

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 1 беті

БАҚЫЛАУ ӨЛШЕУ ҚҰРАЛЫ

Пәні: «Амбулаторлық акушерия»

Пән коды: АА 6301

БББ: 6В10119 «Акушерия және гинекология»

Оқу курсы мен семестрі: 6/11

Кредиттер саны (ECTS): 15

Шымкент, 2025

Құрастырғаны:

Асс. Акбердиева Г.У.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 2 беті

Кафедра меңгерушісінің м.а., м.ғ.к.

Р.Т.Тлеужан

Хаттама № 13 « 25 » 06 2025 ж

1 рубежный контроль

<question>Физиологиялық жүктілік кезінде келесі процесс болмайды:

<variant>инсулин ыдырауы төмендейді

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 3 беті

<variant>глюкозаға толеранттылық төмендейді

<variant>инсулин ыдырауы жоғарлайды

<variant>глюкозаға толеранттылық жоғарлайды

<variant>инсулинге сезімталдық төмендейді

<question> I-ші диспансерлік бақылау тобына әйелдер жатады:

<variant>жиі рецидивы бар жыныс мүшелерінің созылмалы аурулары бар

<variant>алдын ала қарауды талап ететін

<variant>бірінші рет ауырған

<variant>гинекологиялық ауруларымен ауырған

<variant>жұмысқа қабілеті тұрақты төмендеген

<question> Нәресте басымен жатқан кезінде I позициясында жүрек соғысы ... тыңдалады.

<variant>кіндіктен сол жақ төмен

<variant>кіндіктен оң жақ жоғары

<variant>кіндіктен оң жақ төмен

<variant>кіндіктен сол жақ жоғары

<variant>кіндік деңгейінде

<question> Нәрестенің дұрыс орналаспауы кезіндегі жүктіліктің жиі асқынуларына ... алып келеді.

<variant>қағанақ суының мерзімінен бұрын кетуі

<variant>мерзімінен ерте босану

<variant>нәрестенің гипоксиясы

<variant>нәрестенің гипотрофиясы

<variant>плацентаның ажырауы

<question> Нәрестенің көлденең жатуының объективті белгілеріне жатады:

<variant>жатырдың көлденең сопақша орналасуы

<variant>жамбастың кіреберіс жазықтыққа қондырылуы

<variant>жатыр түбі биіктігінің төмен болуы

<variant>нәрестенің алда жатқан бөлігінің анықталмауы

<variant>нәрестенің жүрек соғысын кіндіктен төмен тыңдалады

<question> Нәрестенің дұрыс орналаспауы кезіндегі нәресте мен ана жарақатының алдын-алуға жатады:

<variant>жоспарлы түрде кесар тілігімен босандыру

<variant>сырттай нәрестені басына бұру

<variant>экстрацияны пайдаланып аяғынан шығарып алу

<variant>алдын-ала стационарға жатқызу

<variant>жедел түрде кесар тілігімен босандыру

<question> Жүктілік кезіндегі несепардың дилатациясына әкелетін себептер:

<variant>прогестерон деңгейінің төмендеуі

<variant>эстероген деңгейінің жоғарылауы

<variant>түбекше-табақша жүйесінің тарылуы

<variant>айналымдағы қан көлемінің көбеюі

<variant>айналымдағы қан көлемінің азаюы

<question> Жүкті әйелдің бастапқы АҚҚ – бұл

<variant> жүктіліктің 20-шы аптасына дейін өлшенген АҚҚ

<variant>орташа АҚҚ

<variant>жұмыс АҚҚ

<variant>жүктіліктің 28 аптасына дейін өлшенген АҚҚ

<variant>емханаға тіркелген кездегі өлшенген АҚҚ

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 4 беті

<question> 28 жастағы жүкті әйел С., аймақтық акушерде жүктілікпен және гестациялық гипертензиямен диспансерлік бақылауында тұр. Жүктілікке байланысты дамитын гипертензияны патогенетикалық мақсатымен емдеуде қолданылатын дәрілік зат:

<variant>сульфат магния

<variant>клофелин

<variant>пентамин

<variant>дибазол

<variant>эуфиллин

<question> Жүктілікке байланысты дамитын гипертензияның патогенетикалық механизмдеріне жатады:

<variant>генерализацияланған қантамырлардың спазмы

<variant>белоктық және су-тұз алмасуының бұзылыстары

<variant>қантамыр қабырғасының өткізгіштігінің жоғарылауы

<variant>ТШҰС –ның созылмалы кезеңі

<variant>генерализациялық қантамырлардың дилатациясы

<question> Жүктілікке байланысты дамыған гипертензиямен жүкті әйелдерді зерттеу көлемі:

<variant>тәуліктік протеинурия, тәуліктік диурезді анықтау

<variant>қанның биохимиялық анализін анықтау

<variant>қанның жайылған анализі және коагулограммаларды анықтау

<variant>АҚҚ динамикада және көздің түбінің жағдайын анықтау

<variant>цервикалды канал бөлінділерін бактериологиялық зерттеу

<question> Босану әрекетінің басталғандығын білдіретін белгілер:

<variant>ретті толғақтардың пайда болуы

<variant>қынаптан шырышты тығындардың пайда болуы

<variant>жатыр түбінің деңгейі биік

<variant>кіші жамбас кіреберісіне бастың қондырылуы

<variant>қағанақ суының мерзімінен бұрын кетуі

<question> Босанудың дайындығына не жатады:

<variant>қынапта шырышты тығындардың пайда болуы

<variant>жатыр түбінің биік орналасуы

<variant>ретті толғақтардың пайда болуы

<variant>кіші жамбас кіреберісіне бастың қондырылуы

<variant>қағанақ суының мерзімінен бұрын кетуі

<question> Аурухана ішілік инфекцияларды төмендетудің басты шаралары ... болып табылады.

<variant>қолды ұқыпты жуу және бір реттік сүлгі қолдану

<variant>бөлімшені кезеңмен дезинфекциялау

<variant>келушілер мен қызметкерлердің киімі мен аяқ киімдерін ауыстыру

<variant>палаталарды кварцтау

<variant>бет перде қолдану

<question> Жүктіліктің қалыпты ағымында жүкті емханаға ... рет қаралу қажет.

<variant>жүктілік бойынша 4 рет

<variant>айына 1 рет

<variant>жүктілік бойынша 14-16 рет

<variant>2 аптада 1 рет

<variant>айына 2 рет

<question> Валсалва тәсілі ... арқылы жүргізіледі.

<variant>босанушы әйел ұзақ уақыт ауаны ұстап тұрып, 20-30 сек ұзақтықтан 2-3 рет күшену

<variant>босанушы әйел әр күшенген сайын жиі демалуы

<variant>күшену уақытында ауаны ұзақ уақыт ұстап тұру

<variant>босанушы әйел дәрігердің немесе акушердің айтуы бойынша күшенуі

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 5 беті

<variant>күшену кезінде акушер бұтаралықты қорғауы

<question> Систоликалық АҚ + 2 диастоликалық АҚ / 3 ... көрсетеді.

<variant>орташа артериалды қысымды

<variant>орташа систолалық қысымды

<variant>орташа диастолалық қысымды

<variant>қалыпты артериалды қысымды

<variant>артериалдың қысымның төменгі шегарасы

<question> Орташа артериалды қысымның денгейі ... мм сын.бағ.

<variant>90-100

<variant>120-125

<variant>80-85

<variant>70-79

<variant>60-69

<question>Қазақстан Республикасында ана өлімі жөнінен бірінші орында ... тұрады.

<variant>қан кетулер

<variant>экстрагенитальды патологиялар

<variant>гипертензивті жағдайлар

<variant>инфекциялар

<variant>жатырдың жыртлуы

<question>Жүкті әйелдерге амбулаторлық көмек көрсетудің негізгі біріншілік орны ... болып табылады.

<variant>әйелдерге арнайы көмек

<variant>әйелдерге медициналық көмек

<variant>көп босанушы әйелдерге медициналық көмек

<variant>жоғары қауіп топтарындағы әйелдерге арнайы көмек

<variant>көп босанған әйелдерге арнайы көмек

<question>ҚР босану кезіндегі көмек жүкті және босанатын әйелдерді бақылау және ауруханаға жатқызудың ... кезеңі бөлінген.

<variant>3

<variant>5

<variant>2

<variant>6

<variant>4

<question>25 жастағы жүкті, емханада 32 апталық жүктілігімен диспансерлік бақылауда тұрады. Акушерге кезекті қабылдауына келді. Шағымдары жоқ. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Сыртқы акушерлік тексеру жүргізілді: жатыр қалыпты тонуста. Ұрықтың жүрек соғуы минутуна 140 соққы. Леопольдтың III тәсілі нәрестенің ... анықтау болып табылады.

<variant>келе жатқан бөлігінің кіші жамбасқа қатынасын

<variant>жатыр түбі биіктігі

<variant>жатырда ұрықтың жату түрін

<variant>жатырда ұрықтың жату позициясын

<variant>жатырда ұрықтың жатуын

<question>25 жастағы жүкті, емханада 32 апталық жүктілігімен диспансерлік бақылауда тұрады. Акушерге кезекті қабылдауына келді. Шағымдары жоқ. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Сыртқы акушерлік тексеру жүргізілді: жатыр қалыпты тонуста. Ұрықтың жүрек соғуы минутуна 140 соққы. Леопольдтың IV тәсілі нәрестенің ... анықтау болып табылады.

<variant>келе жатқан бөліктің кіші жамбастің кіреберісіне қатынасы

<variant>түрі

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 6 беті

<variant>позициясы

<variant>орналасуы

<variant>жатыр түбі биіктігі

<question> Ауру Т., 29 жаста, алғаш рет емханың акушеріне жүктіліктің 29-30 аптасында келді. Шөлдеуге, терінің қышынуына, зәрдің көп бөлінуіне шағымданып келді. Осы жүктілігі екінші; біріншісі - осыдан екі жыл бұрын жүктіліктің 29-30 аптасында өлі нәрестемен мерзімінен ерте босанумен аяқталды. Объективті: бойы 159 см, салмағы 71 кг, АҚ 110/70 мм с.б., ІА - 96 см, ЖТБ - 29 см. Нәрестенің орналасуы ұзынша, басымен жатуы, кіші жамбастың кіреберісінде. Нәрестенің жүрек соғысы анық, ритмді, минутына 136 рет, ретті.

Диагноз қойыңыз: Жүктіліктің 29-30 аптасы. ...

<variant>Семіздік. Қант диабеті. ААА

<variant>Семіздік. Ірі нәресте. ААА

<variant>Холестатикалық гепатоз. ААА

<variant>Майлы гепатоз. ААА

<variant>Гипотиреоз. ААА

<question> Емханаға кезекті қабылдауға жүкті 36 апталық жүктілігімен және шат буыны маңында ауру сезімі, «үйрек тәрізді» жүріс пайда болғанына шағымдалып келді. Акушермен болжам диагноз қойылды:

<variant>Симфизит

<variant>Флебит

<variant>Радикулит

<variant>Мерзімінен ерте босану қаупі

<variant>Шат буынының ажырауы

<question> Жүктіліктің 8-9 аптасында әйелде құсу тәулігіне 22 рет, салмақ жоғалту, гипотония, тахикардия минутына 110 рет соғу, диурездің төмендеуі, қалдық азот пен креатининнің жоғарылауы, зәрде ацетон (4плюс) пайда болуы байқалады.

Диагноз:

<variant>Жүктіліктің құсуы, ауыр түрі

<variant>Бүйрек жетіспеушілігі, олигурия, интоксикация

<variant>Жүктіліктің құсуы, орта ауырлық дәрежесі

<variant>Жүктіліктің құсуы, жеңіл түрі

<variant>Ауыр дәрежелі

<question> Қайта босанатын әйелде жүктіліктің 28 аптасында, аяқтарында, алдыңғы құрсақ қабырғасында ісінулер анықталады, АҚ 160/100 мм рт.ст., 170/100 мм рт.ст. Зәрде белок – 0,66 г/л.

Диагноз:

<variant>Преэклампсияның ауыр дәрежесі

<variant>Преэклампсияның жеңіл дәрежесі

<variant>Артериальды гипертензия

<variant>Созылмалы пиелонефрит

<variant>Созылмалы гломерулонефрит

<question> Перзентханаға ес-түссіз жүкті әйел жеткізілді. Туыстарының айтуы бойынша тұмаумен ауырған, бас ауруға шағымданған, аяқтарында ісіну пайда болған. Таңертең тырысулар болған. Жағдайы өте ауыр, ес-түссіз. АҚ 180/100 мм с.б., 190/100 мм с.б. Жүктілік мерзімі 31-32 апта. Нәрестенің басымен жатуы. Нәрестенің жүрек соғысы минутына 140 рет, катетер арқылы зәрі 10мл, лайлы.

Диагноз: Жүктіліктің 31-32 аптасы. ...

<variant>Эклампсия, кома

<variant>Преэклампсияның жеңіл дәрежесі

<variant>Преэклампсияның ауыр дәрежесі

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 7 беті

<variant>Арахноидит

<variant>Менингит

<question>Перзентханаға 24 жастағы әйел жүктіліктің 39-40 аптасында түсті. Бойы 152 см, салмағы – 60 кг. Жамбас өлшемдері: 23-25-28-17,5 см, Соловьев индексі - 15 см, ІА - 105 см, ЖТБ - 39 см. Михаэлис ромбысы – 10х9 см. Нәрестенің ұзынша жатуы, басымен жатуы, нәрестенің жүрек соғысы минутына 140 рет анық, ритмді, бастың тік өлшемі - 12 см. Қынаптық тексеру: жатыр мойны – «жетілген», басымен жатуы, басы кіші жамбастың кіре берісінде қозғалмалы. Диагоналды конъюгата - 11,5 см. Диагноз:

<variant>Жүктіліктің 39-40 аптасы. Жалпы бірқалыпты тарылған жамбас І І дәрежесі Ірі нәресте

<variant>Мерзімі жеткен жүктілік. Жай жалпақ жамбас. Ұрық гипотрофиясы

<variant>Жүктіліктің 39-40 аптасы. Жалпақ рахитты жамбас І дәрежесі. Ұрық гипоксиясы

<variant>Жүктіліктің 39-40 аптасы. Көлденең тарылған жамбас І дәрежесі. Ұрық гипотрофиясы

<variant>Жүктіліктің 39-40 аптасы. Кифозды жамбас. Ірі нәресте

<question>Қанның теріс-резусымен қайта жүкті алғаш босанатын әйелде жүктіліктің 33-34 аптасында антидене титрі 1:32 анықталды. Анамнезінде: жатырдан тыс жүктілік, сол жақтың тубэктомиясы, ерте мерзімде жатыр қуысын қырумен болған өзіндік түсік.

Нәрестенің құрсақшілік жағдайын анықтауда қолданылады:

<variant>нәрестенің УДЗ, амниоцентез, кардиотахография

<variant>нәрестенің УДЗ, амниоцентез, нәрестенің қозғалуы

<variant>кордоцентез, кардиотахография, нәрестенің УДЗ

<variant>кардиотахография, нәрестенің қозғалуы

<variant>ұрықтың биофизикалық профилі

<question>Қанның теріс-резусымен қайта босанатын әйелде жүктіліктің 34-35 аптасында антидене титрі 1:64 анықталды. Анамнезінде: балалық шақта гемотрансфузия болған. Бірінші жүктілігі 34-35 аптада мерзімінен ерте нәрестенің ауыр гемолитикалық ауруымен туылған, нәресте 2-ші тәулікте өлген. Зерттегенде: Нв-94 г/л, УДЗ – плацентаның қалыңдығы 35 мм, асцит жок, бауыры аздап үлкейген, нәрестенің жүрек соғысы минутына 130 рет. Диагнозды дәлелдеу үшін ... жүргізу қажет.

<variant>амниоцентезді

<variant>амниоскопияны

<variant>кульдоцентезді

<variant>УДЗ-ді

<variant>доплерометрияны

<question>34 жастағы әйел етеккірінің 2 айға кідіруімен, өзін жүктімін деп есептейтінімен келді. Анамнезінде: 3 жасында скарлатинадан кейін гломерулонефритпен ауырған. Зәр анализінде протеинурия, микрогематурия. Бірінші жүктілігі ісінулермен, босанумен аяқталды, одан кейін 3 медициналық түсік болған. Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанаралық. АҚ 110/60, 110/65 мм с.б. Ісінулер жоқ. Бимануалды тексеруде жүктіліктің 8-9 аптасы анықталды. Диагноз: Жүктіліктің 8-9 аптасы. ...

<variant>Созылмалы гломерулонефрит. ААА

<variant>ААА. Жіті цистит

<variant>Созылмалы пиелонефрит.

<variant>Зәр-тас ауруы. ААА

<variant>Созылмалы цистит өршу сатысында.

<question>Анатомиялық тар жамбастың жиі кездесетін түрі:

<variant>көлденең тарылған

<variant>жай жалпақ

<variant>жалпы бірқалыпты тарылған

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 8 беті

<variant>рахитті жалпак

<variant>қисық тарылған

<question> Ана жамбасының өлшемі мен тірі нәрестенің басының сай келмеуінде ... көрсетілген.

<variant>кесар тілігі

<variant>акушерлік қысқыштарды қолдану

<variant>утеротониктерді енгізу

<variant>ұрықты бұзу операция

<variant>табиғи босану жолдары арқылы босану

<question>Анатомиялық тар жамбас қалыпты жамбаспен салыстырғандағы:

<variant>бір өлшемі 1.5-2 см қысқарған

<variant>барлық өлшемдері 0.5-1 см қысқарған

<variant>бір өлшемі 1.5-1 см қысқарған

<variant>барлық өлшемдері 0.5-2 см қысқарған

<variant>кіреберістің көлденең өлшемінің ұлғаюы

<question>Жалпы бір қалыпты тарылған жамбасқа тән белгі:

<variant>барлық өлшемдердің бірдей қысқаруы

<variant>ромбтың үшбұрышты болуы

<variant>қысқаруы барлық тік өлшемдердің

<variant>барлық көлденең өлшемдердің қысқаруы

<variant>кіреберістің тік өлшемінің қысқаруы

<question>Жай жалпак жамбасқа тән белгі:

<variant>барлық тік өлшемдердің қысқаруы

<variant>кіреберістің тік өлшемінің қысқаруы

<variant>барлық өлшемдердің бірдей қысқаруы

<variant>сегізкөздің жайылуы және деформациясы

<variant>барлық көлденең өлшемдердің қысқаруы

<question>Клиникалық тар жамбастың белгісіне жатпайды:

<variant>аралықтың күшпен жыртылуы

<variant>қуық қабының қысылуы

<variant>жамбастың бір жазықтығында бастың ұзақ уақыт тұруы

<variant>Вастен белгісі оң мәнді

<variant>бастың жылжу белгісінің болмауы

<question>28 жастағы жүкті Ж., емхананың акушерімен анамнез жинағанда келесі мәлімет жиналды: 2017 ж. 12 маусымында жүктілікке сынама «оң» нәтижелі, соңғы етеккірі 2017 ж. сәуірдің 1 мен 4 арлығында болған. Босанудың болжам уақыты 2018 ж. ... қаңтар.

<variant>8

<variant>1

<variant>15

<variant>22

<variant>29

<question>32 жастағы жүкті М., емхананың акушерімен анамнез жинағанда келесі мәлімет жиналды: соңғы етеккірі наурыздың 3 болған. Босанудың болжам уақыты ... желтоқсан.

<variant>10

<variant>20

<variant>30

<variant>12

<variant>1

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 9 беті

<question>10-11 апталық жүктілігі бар жүкті әйел тәулігіне 10 рет құсады,салмағын жоғалтуда, гипотония, пульсі 90 рет мин. диурез төмендемеген, азот қалдығы және креатинин аздап жоғарылаған, кетонурия – 2++. Дәрігер амалы:

<variant> амбулаторлы емдеу

<variant> интенсивті терапия

<variant> инфузиялық ем

<variant> стационарлы емдеу

<variant> бақылау

<question>Тәулігіне 22 рет жүктілердің шектен тыс құсуындағы дәрігер амалы:

<variant> жүктілікті үзу

<variant> құсуға қарсы препараттар

<variant> жүйке жүйесінің қызметін реттеу

<variant> гемодиализ бөліміне ауыстыруды шешу

<variant> гипербарикалық оксигенация

<question>Жүкті К. -де - жеңіл дәрежедегі преэклампсия. Акушерлік амал:

<variant>жүктілікті 37 аптаға дейін созып босандыру

<variant>2-3 тәулік бойына комплексті ем жүргізу

<variant>1 тәулік бойы емдеу, кейін босандыру

<variant>2 апта емдеу, кейін оталық босандыру

<variant>4-6 сағат бойына емдеу, амалды қайта қарау

<question>Преэклампсияның жеңіл дәрежесін емнің ұзақтығы:

<variant>7-14 күн

<variant>3-4 күн

<variant>5-6 күн

<variant>24-48 сағат

<variant>1-3 күн

<question>Преэклампсияның ауыр дәрежесінде емнің ұзақтығы:

<variant>24-48 сағат

<variant>3-5 күн

<variant>10-14 күн

<variant>5-6 күн

<variant>1-3 күн

<question>Преэклампсияның емнің ұзақтығы:

<variant>1-3 сағат

<variant>24-48 сағат

<variant>1-3 күн

<variant>10-12 сағат

<variant>10-14 күн

<question>Преэклампсияның басты клиникалық белгілері ... жатады.

<variant>ісік, гипертензия, протеинурия

<variant>кыжыл, жүрек айну, гипертензия

<variant>диспепсия, диарея, альбуминурия

<variant>гипертермия, гипертензия, диарея

<variant>гипотония, тахикардия, ісінулер

<question>Ауыр дәрежелі преэклампсияның асқынуына ... жатпайды.

<variant>плацентаның орналасуы

<variant>жүктілердегі жедел майлы гепатоз

<variant>жедел тыныс жеткіліксіздігі

<variant>плацентаның ажырауы

<variant>миға қан құйылу

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 бетін 10 беті

<question>Ауыр дәрежелі преэклампсияда акуыздың тәуліктік мөлшерінің жоғалуы ... г немесе жоғары.

<variant>3

<variant>1

<variant>5

<variant>0,5

<variant>1,5

<question>Преэклампсияның жеңіл дәрежесінде гипертензияның емі ... болып табылады препарат:

<variant>допегит

<variant>пентамин

<variant>нитропруссид натрия

<variant>арфонад

<variant>гигроний

<question>Преэклампсияның ауыр дәрежесінде гипертензияның емі ... болып табылады препарат:

<variant>нифедипин

<variant>допегит

<variant>пентамин

<variant>нитропруссид натрия

<variant>гигроний

<question>Эклампсия кезінде тырысуға қарсы терапияның жүргізілу уақыты:

<variant>24-48 сағат

<variant>2 сағат

<variant>10-12 сағат

<variant>12-24 сағат

<variant> 7 тәулікке дейін

<question>HELLP – синдромының белгісіне ... жатпайды.

<variant>тромбоцит мөлшерінің жоғарлауы

<variant>микроангиопатикалық және гемолитикалық анемия

<variant>бауырдағы трансаминазының жоғарлауы

<variant>тромбоцит мөлшерінің төмендеуі

<variant>тромбоцит санының 110-120 мың

<question>Тромбоцитопениямен HELLP – синдромының байланысы:

<variant>тромбоциттердің микротромб құрамына енуі

<variant>бауырлық ферменттің концентрациясының ұлғаюы

<variant>жеңіл фазада акуыздың жоғарлауы

<variant>простагландиндердің мөлшерінің жоғарлауы

<variant>ауыр анемия

<question>HELLP – синдромының нақты ерте диагностикасы ... болып табылады.

<variant>D – димер тесті

<variant>бауырдағы трансаминазаның мөлшерін анықтау

<variant>тромбоцит саның анықтау

<variant>эритроцит саның анықтау

<variant>лейкоцит мөлшерін анықтау

<question> Преэклампсия кезінде босану қоздырғышының көрсеткішіне жатпайды.

<variant>жетілмеген жатыр мойыны

<variant>HELLP – синдромы

<variant>бауыр функциясының бұзылуы

<variant>милық симптом

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 11 беті

<variant>көрудың нашарлауы

<question>Преэклампсия кезінде ұрық жағынан босану қоздырғышының көрсеткішіне ... жатпайды.

<variant>жетілмеген ұрық

<variant>ұрықтың дистрессі

<variant>ұрықтың аномалді стресстік емес тесті

<variant>ұрықтың аномалді биофизикалық профилі

<variant>ұрықтың дамуының кешігуі

<question>Преэклампсия кезінде босану қоздырғышына ... тән препараты:

<variant>простагландин E1

<variant>окситоцин

<variant>простагландин F2

<variant>спорињья

<variant>синестрол

<question>Преэклампсияның ауыр дәрежесінде инфузионды терапияның бір тәуліктік мөлшерін ... құрайды.

<variant>400-500 мл

<variant>1 л

<variant>1,5 л

<variant>2 л

<variant>3 л

<question>Преэклампсия кезінде тырысуға қарсы таңдаулы препарат ... болып табылады.

<variant>сульфат магния

<variant>диазепам

<variant>папаверина гидрохлорид

<variant>нифедипин

<variant>финлепсин

<question>Эклампсияны ауруымен ажыратпалы диагностика ... жүргізілмейді.

<variant>вирусты гепатитпен

<variant>эпилепсиямен

<variant>ятрогенды тырыспалы синдроммен

<variant>гипертензивті энцефалопатиямен

<variant>инфекционды-токсикалық энцефалопатиямен

<question>Эклампсия кезінде тырысуға ... фазасы жатпайды.

<variant>ентігу

<variant>тырысқақ алды

<variant>тоникалық тырысқақ

<variant>клоникалық тырысқақ

<variant>кома немесе шешілу

<question>Преэклампсияның дәрі дәрмектің емінің принципіне ... жатпайды.

<variant>барбитураттарды қабылдау

<variant>микрорегимодинамиканы жақсарту

<variant>антигипертензивті терапия

<variant>магнезиальді терапия

<variant>инфузионды терапия

<question>Преэклампсияның инфузионды емінде кристаллоидтармен коллоидтардың қарым қатынасы:

<variant>3 / 1

<variant>1 / 2

<variant>1 / 4

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МІДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 12 беті

<variant>1 / 10

<variant>1 / 8

<question>Эклампсияның тырысу кезінде біріншілік көмекке ... жатпайды.

<variant>шокқа қарсы ем

<variant>тігінен жерге жатқызып, басын солға бұру

<variant>тыныс алу жолдарын босату, ауыз қусын тазалау

<variant>оттегін беру

<variant>орталық көк тамырды катетеризациялау

<question>Эклампсия кезінде ӨЖЖ көрсеткішіне ... тән ЕМЕС.

<variant>тілдің жұтылуы

<variant>есін жоғалту

<variant>емге көнбейтін жоғары гипертензия

<variant>ұстамаға қарсы емге көнбейтін ұстамаға дайын кезеңі

<variant>талмадан тыс есінің бұзылуы

<question>Преэклампсияның ауыр критерийіне жатпайды.

<variant>қағанақ суының көлемі

<variant>ауруының ұзақтығы

<variant>соматикалық аурулары

<variant>өткізген емнің әсері болмауы

<variant>ұрық дамуының тежелу синдромы

<question> Преэклампсия еміндегі магний сульфатының курстық дозасы ... грамм.

<variant>72

<variant>24

<variant>28

<variant>52

<variant>32

<question>Дене салмағының 1аптада ... әр жоғарлауында жасырын ісік анықталмайды.

<variant>300

<variant>400

<variant>500

<variant>700

<variant>1000

<question>Преэклампсияның жеңіл дәрежесінің ауыр дәрежесінен айырмашылығы

<variant>жалпы милық симптоматиканың көрінуінде

<variant>гипертензияның деңгейінде

<variant>ісіні синдромының көрінуінде

<variant>протеинурияның дәрежесінде

<variant>олигурияда

<question>Жүктілік кезінде эклампсиядағы тиімді амал:

<variant>жедел түрде кесір тілігін жасау

<variant>реанимация бөлімінде терапия жасау

<variant>терапиядан кейін толғақты қоздыру

<variant>босану жолдары арқылы босандырып алу

<variant>жансыздандыру

<

<question>Жүктіліктің ерте токсикозына ... жатпайды.

<variant>эклампсия

<variant> жүктілік құсуы

<variant>тұзды сілекей ағуы

<variant>дерматоз

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 13 беті

<variant>жүктілік остеопорозы

<question>К., 27 жаста ауданнан көшуіне байланысты емханаға келді. 20 жасынан терапевтте жүректің ревматикалық ақауы бойынша диспансерлі есепте тұр. Соңғы 6 айда физикалық жүктемеде, жүрген кезде еңгіуді байқайды. Осы жүктілік бірінші, жиынды тексеру мәліметтері бойынша 35 аптаға сәйкес. Жүктіге кеңес беруші дәрігер-ревматолог келесі қорытындыны берді: Ревмокардит, белсенді фаза. Жүректің аралас ақауы, сол жақ атрио-ventрикулярлы кеңістіктің стенозына бейімділік. Митральді клапан жетіспеушілігі II Б дәрежесі. Жоғарыда аталғандарды ескере отырып диагноз қойылды: Жүктілік 35 апта. Ревмокардит, белсенді фаза. Жүректің аралас ақауы, сол жақ атрио-ventрикулярлы кеңістіктің стенозына бейімділік. Митральді клапан жетіспеушілігі II Б дәрежесі. Емхананың акушер-гинеколог дәрігерінің тактикасы:

<variant>жүктілікті үзуге бағыттау

<variant>терапиялық стационарға госпитализациялау

<variant>перзентханаға госпитализациялау

<variant>перинатальді орталыққа бағыттау

<variant>ана және бала республикалық орталығына бағыттау

<question>Қайта жүкті, алғаш босанатын 28 жастағы әйел емханың акушер - дәрігеріне жетілген жүктілікпен қабылдауға келді. Жакында кардиотокография жүргізілген. Келесі параметрлер анықталды: базальді ЖЖЖ – 138-142 рет минутына, осциляция жиілігі 1 минутта 12, спорадикалық акцелерация байқалады, децелерация жоқ. Ұрықтың жүрек қызметінің жағдайын бағалайды:

<variant>ұрықтың жағдайы қалыпты

<variant>өмір әрекеттерінің бұзылыстарының алғашқы белгілері

<variant>өмір әрекеттерінің бұзылыстарының мөлшерлі белгілері

<variant>ұрық жағдайының айқын өзгерістері

<variant>ұрықтың сын жағдайлары

<question>Децидуальды қабық ...

<variant>жатырдың жүктілікке байланысты өзгерген кілегей қабаты

<variant>анасының гиперплазия ұшыраған кілегей қабаты

<variant>ұрық жұмыртқасының сыртқы қабаты

<variant>ұрық жұмыртқасының бүрлі қабаты

<variant>ұрық жұмыртқасының сулы қабаты

<question> 1. Жетілген нәрестенің кіндігінің орташа ұзындығы см .

<variant>50-55

<variant>12-18

<variant>80-85

<variant> 20-25

<variant>30-35

<question>Акушер-гинекологқа бір апта бұрын қызамықтың ауыр түрі жөнінен инфекциялық ауруханасында жатып шыққан жүкті әйел келді. Жүктіліктің мерзімі 9-10 апта. Эмбрионның дамуына ауру ...

<variant>ұрықтың өліп қалумен

<variant>даму ақаулары даму мүмкіндігі жоғары

<variant>кері әсерін тигізбейді

<variant>даму ақаулары даму төмен

<variant>ұрықтың өліп қалады

<question>Перинаталды өлімнің жоғарғы қауіп дәрежесі... балл болғанда қойылады.

<variant>10-11

<variant>4-5

<variant>2-3

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 14 беті

<variant>7-8

<variant>5-6

<question>Никотиннің жүктілікке әсер етуі ... көрінеді.

<variant>нәрестенің өлшемінен

<variant>қағанақ суының көлемінен

<variant>нәрестедегі даму ақауымен

<variant>қозғалу активтілігімен

<variant>плацентаның қалыңдығымен

<question>Нәрестенің антенатальды өлімі – нәрестенің жүктіліктің ... өлімі.

<variant>22 апта мерзімінде және босануға дейінгі

<variant>босану барысында

<variant>босанғаннан кейінгі ерте кезеңде

<variant>бала жолдасы туылу кезеңінде

<variant>босанғаннан кеш кезеңде

<question>Емхананың гинекологына 20 жастағы әйел соңғы етеккірінің 50 күн бұрын болғанына шағымданып келді. Жүктіліктің мерзімін анықтаудың мәліметті әдісі болып табылады

<variant>УДЗ

<variant>жүктіліктің күмәнсіз белгілері

<variant>қынаптық тексеру

<variant>жүктіліктің күмәнді белгілері

<variant>жүктілікке иммунологиялық тест

<question>Жүктіліктегі иммунологиялық тест ... анықтауға негізделеді.

<variant>хориондық гонадотропинді

<variant>қандағы прогестеронды

<variant>плацентарлы лактогенді

<variant>лютеиндеуші гормонды

<variant>зәрдегі эстрогендерді

<question>Жүктіліктің ерте мерзімінде қынаптық зерттеуде болып табылады.

<variant>жатыр өлшемінің ұлғаюымен оның тығыздылығының жұмсаруы

<variant>жатыр пальпациясында оның тығыздалуы

<variant>жатырдың бір бұрышының асимметриясы

<variant>жатыр өлшемінің ұлғаюы

<variant>жатыр мойнына өтеберісте жұмсаруы

<question>20 апталық жүктілікте жатыр түбі деңгейі ... болады

<variant>кіндік пен қасаға екеуінің ортасында

<variant>кіндіктен 2 саусақ жоғары

<variant>кіндік деңгейінде

<variant>кіндіктен 2 саусақ төмен

<variant>қасағадан 4 елі жоғары

<question>32 апталық жүктілікте жатыр түбі деңгейі ... болады.

<variant>кіндік пен семсер тәрізді өсіндінің ортасында

<variant>семсер тәрізді өсіндіге дейін жетеді

<variant>кіндік пен қасаға екеуінің ортасында

<variant>семсер тәрізді өсіндіден 2 саусақ төмен

<variant>семсер тәрізді өсіндіден 3 саусақ төмен

<question>Жүктіліктің ... мерзімінен бастап нәрестенің жүрек соғысын тыңдауға болады.

<variant>20 апта

<variant>22 апта

<variant>16 апта

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 бетін 15 беті

<variant>25 апта

<variant>10 апта

<question> Қынаптық тексеру мақсатына кірмейді.

<variant>нәрестенің жағдайын бағалау

<variant>жатыр мойнының ашылу деңгейін бағалау

<variant> қағанақ қуығының бүтіндігін бағалау

<variant>нәресте басының қондырылуын бағалау

<variant>жамбас өлшемін бағалау

<question>Жүктіліктің ерте мерзімінде айқын белгісіне ... жатады.

<variant>жатырда ұрықтың анықталуы

<variant> іштің өлшемінің ұлғаюы

<variant>жүрек айну және құсу

<variant>етеккірдің тоқтауы

<variant>уыздың пайда болуы

<question>Мерзіміне жеткен жүктілікте және нәрестенің орташа салмағында жатыр түбі деңгейі және іш айналымы ... см сәйкес келеді.

<variant>100 және 35

<variant>82 және 30

<variant>106 және 39

<variant> 85 және 33

<variant>90 және 32

<question>Диагональды конъюгатаны нәресте басы өлшеуге болады.

<variant>кіші жамбасқа орныққанда

<variant>кіші сегментпен кіші жамбасқа орныққанда

<variant>үлкен сегментпен кіші жамбасқа орныққанда

<variant>кіші жамбас қуысында

<variant>жамбас түбінде

<question>Диагональды конъюгатаға негізделе отырып есептеуге болады.

<variant>кіші жамбас кіреберісінің тік өлшемін

<variant>шынайы конъюгата

<variant>сыртқы конъюгатаны

<variant>кіші жамбастың кең бөлігінің тік өлшемін

<variant>кіші жамбастың тар бөлігінің тік өлшемін

<question>Перзентхананың қабылдау бөліміне ретті толғағы басталып келген босанатын әйелге тексеру ... басталады.

<variant> іш пальпациясынан

<variant> іш аускультациясынан

<variant> жамбасты өлшеуден

<variant> жүйелермен мүшелер бойынша тексеруден

<variant> аяқтарындағы ісікті анықтаудан

<question>Дене бітімі дұрыс әйелде Михаэлис ромбысы ... пішінді.

<variant> геометриялық дұрыс ромб

<variant>үшбұрышты

<variant>дұрыс емес төртбұрышты

<variant>вертикальды ұзарған төртбұрышты

<variant>горизонтальды ұзарған төртбұрышты

<question>Егер соңғы етеккірі 3 наурызда болғанда босанудың болжам мерзімі ... желтоқсан болып табылады.

<variant>10

<variant> 30

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 16 беті

<variant>1

<variant>2

<variant>12

<question>Жүктіліктің екінші жартысында сыртқы акушерлік тексеру болжамдамайды.

<variant>жамбастың қызметтік бағалауын

<variant> жамбастың анатомиялық бағалауын

<variant>жүктіліктің мерзімін анықтауды

<variant>нәрестенің жату позициясын және өлшемін

<variant>нәрестенің жүрек соғысының жиілігімен ырғағын бағалауды

<question>Амниоскопияға манипуляцияны жасауға ... қарсы көрсеткіш болып табылады.

<variant>жүктіліктің үзілу қаупі

<variant>пролонгирленген жүктілік

<variant>мезгілінен асқан жүктілік

<variant>нәрестенің жетілуінің тоқтауы

<variant>көпұрықты жүктілік

<question>Босанудың үшінші кезеңінің жүргізу амалы ... байланысты.

<variant>плацентаның бөліну белгілерінің болуына

<variant> босану ұзақтығына

<variant>қан кету дәрежесіне

<variant>жаңадан туылған нәресте жағдайына

<variant>сусыз кезеңнің ұзақтығына

<question>Ерте токсикоздың ауыр түрімен жүрген жүкті әйелде (шектен тыс жүктілер құсуы) ағзаларының интоксикациясына басқа ... кірмейді.

<variant>дене қызуының 38 С жоғарылауы

<variant>пульстің мин. 100-120жиіленуі

<variant>артериальды қысымның төмендеуі

<variant>зәрде ацетонның болуы

<variant>дене салмағының бірден төмендеуі

<question>8-9 апталық жүктілігі бар жүкті әйел тәулігіне 22 рет құсады,салмағын жоғалтуда, гипотония, пульсі 110 рет мин. диурез төмендеген, азот қалдығы және креатин жоғарылаған, зәрдері ацетон – 4плюс. Диагноз:

<variant>Жүктілер құсығы, ауыр түрі

<variant>Жіті майлы гепатоз

<variant>Жүктілер құсығы, орташа ауырлық дәрежесі

<variant>Жүктілер құсуы, жеңіл түрі

<variant>Бауыр жетімсіздігі

<question>8-9 апталық жүктілігі бар жүкті әйел тәулігіне 22 рет құсады,салмағын жоғалтуда, гипотония, пульсі 110 рет мин. диурез төмендеген, азот қалдығы және креатин жоғарылаған, зәрдері ацетон – 4 +. Дәрігер амалы:

<variant>госпитализация, комплексті терапия фонында —жүктілікті үзу

<variant>госпитализация,интенсивті инфузионды ем

<variant>жалпы қуаттандыратын терапиялар

<variant>емді талап етпейді

<variant>күндізгі стационарда

<question> Қайта жүкті әйелде жүктіліктің 28 аптасында аяқтарында,іштің алдыңғы қабырғасында ісік анықталынды, АҚ ^ 160/100 мм сын.бағ., 165/100 мм сын.бағ. Диагноз:

<variant>Ауыр дәрежелі преэклампсия

<variant>Жеңіл дәрежелі преэклампсия

<variant>Гипертониялық ауру

<variant>Эклампсия

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 17 беті

<variant>Созылмалы пиелонефриттің асқынуы

<question> Қайта жүкті әйелде жүктіліктің 28 аптасында аяқтарында, іштің алдыңғы қабырғасында ісік анықталынды, АҚ=160/100 мм сын.бағ., 165/100 мм сын.бағ. Дәрігер амалы:

<variant>перзентханаға госпитализация

<variant>еңбекке жарамсыздық қағазын беру

<variant>гипотензивті препараттарды енгізу

<variant>1 аптадан кейін қабылдауды белгілеу

<variant>емді күндізгі стационарда жүргізу

<question>24 жастағы жүкті әйел эпигастрий аймағындағы ауырсынуға шағымданып келген.Түскен кездегі диагнозы: Жүктіліктің 31-32 аптасы,ауыр дәрежедегі прэклампсия. Амал:

<variant>магнезиалды терапияны бастау

<variant>жоғары молекулярлы декстрандар

<variant>төменгі молекулярлы декстрандар

<variant>акуызды трансфузионды орта

<variant>біртопты резус-сиымды қан

<question>Емханаға 7-8 апталық жүктілігі бар жүкті әйел келесі шағымдарымен келді: жүрек айну және тәулігіне 4-5 рет құсу, апатия, жұмысқа деген қабылетінің төмендеуі, дене салмағының 3 кг жоғалтуы. Қарау кезінде: жалпы жағдайы қанағаттанарлық, тері жабындыларының құрғауы, пульс минутына 25 соққы, систолиялық ҚҚ 120 мм сн бағ., кетонурия – 1+. Диагноз:

<variant>Жеңіл дәрежедегі жүктілер құсуы

<variant>Ауыр дәрежедегі жүктілер құсуы

<variant>Тоқтаусыз жүктілер құсуы

<variant>Созылмалы холециститтің өршуі

<variant>Жүктіліктің күмәнді белгісі

<question>Емханаға 7-8 апталық жүктілігі бар жүкті әйел келесі шағымдарымен келді: жүрек айну және тәулігіне 4-5 рет құсу, апатия, жұмысқа деген қабылетінің төмендеуі, дене салмағының 3 кг жоғалтуы. Қарау кезінде: жалпы жағдайы қанағаттанарлық, тері жабындыларының құрғауы, пульс минутына 25 соққы, систолиялық ҚҚ 120 мм сн бағ., кетонурия – 1+. Амал:

<variant>салмақты бақылау, жағдайы ауырланғанда-кетонурияны бақылау

<variant>госпитализацияны қажет етпейді

<variant>тез арада госпитализация, интенсивті ем

<variant>жалпы қуаттандыратын, инфузиялық терапия

<variant>жүктілікті үзуді шешу

<question>Емханадағы аймақтық акушерге ерте мерзіміндегі жүктілігіб бар әйел тәулігіне 20 және оданда көп құсады,тағамды ұстамайды,жүдеген,үдемелі түрде салмағын жоғалтуда, гипотония, пульсі 120 рет мин. шағымдалып келді. Қараған кезде: субфебрилды температура, көз кілегелердің сарғаюы, гипербилирубинемия, диурез төмендеген, азот қалдығы жоғарылаған, кетонурия ++++. Диагноз:

<variant>Тоқтаусыз жүктілер құсуы

<variant>Бүйрек жетімсіздігі

<variant>Орта дәрежелі жүктілер құсуы

<variant>Жеңіл дәрежедегі жүктілер құсуы

<variant>Холециститтің өршуі

<question>Жүктілердің шектен тыс құсуындағы дәрігер амалы:

<variant>госпитализациялау, гиповолемиямен интенсивті күресу, жүктілікті үзу

<variant>госпитализация,тамқтануды қалпына келтіру және жүйке жүйесінің қызметін жақсартуға бағытталған терапияны бастау

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 18 беті

<variant>тез арада нефрологтың, гепатологтың кеңесі, гемодиализ бөліміне ауыстыруды шешу
<variant>жүктілікті үзуді күттірту, гипнозотерапия, рефлексотерапия, гипербарикалық оксигенация терапияларына негізделген интенсивті терапияны жалғастыру

<variant>емді қажет етпейді

<question>9-10 апталық жүктілігі бар әйелде сүйектерінде, бұлшықеттерінде, бел аймағында ауырсынулар басталды, жүрісінің өзгеруі байқалды, парастезия, жамбас сүйектерінде және қасаға байламдарында ауырсынулар. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Симфизит

<variant>Остеохондроз

<variant>Радикулит

<variant>Остеомаляция

<variant>Остеопатия

<question> 26 жастағы жүкті әйел,жүктіліктің 34-35 аптасында 3 күннен бері аяқтарында ісіктің пайда болуына шағымданып келді.Соңғы аптада 500,0г салмақ қосқан.Жағдайы қанағаттанарлық.Соматикалық дені сау.АҚ150/85, 145/85 мм сын.бағ.,балтыры мен тобығында аздаған ісік.Зәр анализінде белок - 0,6 г/л, лейкоциттер – 3-5 көру аймағында. Диагноз: Жүктілік 35-36 апта. ...

<variant>Жеңіл дәрежедегі преэклампсия

<variant>Гломерулонефрит

<variant>Созылмалы пиелонефрит

<variant>Ауыр дәрежедегі преэклампсия

<variant>Гипертониялық ауру

<question> 1. К., 19 жаста, жүктіліктің 35-36 аптасымен гастроэнтерология бөліміне асқазан аймағындағы ауырсынуға,құсуға шағымдарымен жеткізілді.Ауруды сапасыз тағаммен байланыстырады.Бөлімде асқазанды шаю жүргізгеннен кейін бас ауырсынуы басталды.Перзентханаға ауыстырылды. Қараған кезде:терісі бозғылт,балтырында айқын ісік анықталынды. АҚ 160/100 ммсын.бағ., 165/90 мм сын.бағ., зәр анализінде: зәр тығыздығы 1018, , лейкоциттер – 3-4 көру аймағында, белок - 4 г/л, цилиндрлер гиалинді, дәнді 4-5 көру аймағында.

Диагноз: Жүктілік 35-36 апта. ...

<variant>Ауыр дәрежедегі преэклампсия

<variant>Созылмалы пиелонефрит

<variant>Тағаммен улану

<variant>Созылмалы пиелонефриттің өршуі

<variant>Гипертониялық криз

<question>Әйел А. жүктіліктің 36 аптасында іштің төменгі бөлігіндегі тырсып ауру сезіміне, аз мөлшерде қанды бөліністерге шағымданып келді. Объективті: бозғылт, тамыр соғысы 90 рет минутына, АҚҚ 150/100 мм с.б., балтырларында ісінулер. Жатыры қозған, оң жақта локальді ауру сезімі, ұрық бөліктері пальпацияланбайды, ұрықтың жүрек соғысы естілмейді. Диагноз: Жүктіліктің 36 аптасы.

<variant>Преэклампсияның жеңіл дәрежесі. ҚОПМБА Ұрықтың антенаталды өлімі

<variant>Преэклампсияның ауыр дәрежесі. Ұрықтың антенаталды өлімі.

<variant>Плацентаның жатуы. Ұрықтың антенаталды өлімі.

<variant>Преэклампсияның жеңіл дәрежесі. Ұрықтың антенаталды өлімі.

<variant>Плацентаның мерзімінен бұрын ажырауы Ұрықтың антенаталды өлімі

<question>Есепте тұратын жүкті әйел жүктіліктің 11-12 аптасында жыныс жолдарынан аздаған қанды бөліністерге шағымданып келді. Амалыңыз:

<variant>жатыр мойнын айнамен қарау және бимануалды тексеру

<variant>ультрадыбыстық тексеру және сыртқы қарау

<variant>патфлораға жағынды алыу және гинекология бөліміне бағыттау

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 19 беті

<variant>онкоцитологияға жағынды алу және онкодиспансерге бағыттау
<variant>күндізгі стационарға госпитализациялау және бақылау
<question> жүктіліктің 19-20 аптасында жыныс жолдарынан қанды бөліністерге шағымданып келген әйелде жатыртүбінің биіктігі 25 см. Жатыр туго-эластикалық консистенцияда, ұрық бөліктері анықталмайды.

Болжам диагноз: Жүктіліктің 19-20 аптасы.

<variant>Көпіршікті кезбе

<variant>Плацентаның жатуы

<variant>Жатыр мойынның патологиясы

<variant>Басталған түсік

<variant>Плацентаның ажырауы

<question>26 жастағы қайта босанушы әйел, әйелер кеңес орнына 9 апталық жүктілікпен тіркеуге тұрды. Анамнезінен: Артериалды гипертензия диагнозымен участкелік терапевте тіркеуде тұратыны анықталды. Алдыңғы жүктілігі ауыр дәрежедегі презклампсиямен асқынған, соған байланысты жүктілік 32 аптасында медициналық көрсеткіш бойынша үзілген. Тіркеуге алған уақытта әйелде ешқандай шағымдар жоқ. АҚ=120/80 мм сын. бағ. Осындай патологиясы бар жүкті әйелді бірінші рет стационарға ... аптаға дейін жатқызу қажет.

<variant>12

<variant>8

<variant>16

<variant>22

<variant>38

<question>29 жастағы науқас стационарға үш сағат бұрын пайда болған ішінің төменгі жағындағы ауырсынуға және жыныс жолдарынан жағылып келетін қанды бөлінділерге шағымданып түсті.

Анамнезінен: алдыңғы екі жүктілік жатыр қуысын қайталап қырумен жүрген өзіндік түсікпен аяқталған, соңғы еткірі екі ай бұрын болған.

Айнамен қарағанда: жатыр мойны көгерген, аздап қанды бөлінделер көрінеді. Қынаптық тексергенде: жатыр мойны сақаталған, сыртқы ернеу саусақ ұшын жібереді, жатыр 7 апталық жүктілікке сәйкес ұлғайған, қосалқылары анықталмайды, күмбездері терең, қанды жағынды бөлінділер.

Диагноз: Жүктілік 7 апта.... .

<variant>Жүктіліктің үзілу қаупі

<variant>Көпіршік ауруы

<variant>Жолдағы түсік

<variant>Толық емес түсік

<variant>Септикалық түсік

<question>Бірінші босанатын әйел, 25 жаста, мерзіміне жеткен жүктілігімен, қағанак қуығының бүтіндігімен, босану әрекетінсіз аймақтық акушер-гинекологқа келді. Анамнезі өзгеріссіз, жағдайы қанағаттанарлық. Акушерлік статус: нәрестенің жатуы көлденең, басы оң жақта, нәрестенің жүрек соғысы кіндік аймағында тыңдалады, ырғақты, минутына 140 рет. Жыныс жолдарынан бөлінділер жоқ.

Босануды жүргізу амалы:

<variant>жоспарлы кесар тілігі

<variant>босану әрекеті бастала салысымен кесар тілігі

<variant>босануды табиғи жолдар арқылы жүргізу

<variant>амниотомиямен босануды қоздыру

<variant>аяғымен классикалық айналдыру

<question>29 жастағы әйелде жүктіліктің 34-35 аптасы, аяқтарында және беттеріндегі ісінумен перзентханаға келіп түсті. АҚ 170/110 мм сын бағ көтерілуіне байланысты желке

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 20 беті

аймағындағы ауырсыну және мұрнымен тыныс алудың қиындауы болды, диурез төмендеген. Эхографиялық зерттегенде фетометриялық мәліметтердің екі аптаға кешігуі, қағанақ суының жеткіліксіздігі анықталды, доплерометрияда екі жақтағы жатыр артериясында қанмен қамтамасыз етілу резистенттілігі жоғарылаған және ұрық-жатыр қан айналымының жағдайы нашар. Қынаптық тексергенде: жатыр мойны «жетілмеген». Диагноз: Жүктілік 34-35 апта. ...

<variant>Ауыр дәрежедегі преэклампсия. Плацентарлы жетіспеушілік. Нәрестенің құрсақішілік дамуының жетіспеушілігі. Аз сулылық

<variant>Жеңіл дәрежедегі преэклампсия. Плацентарлы жетіспеушілік. Нәрестенің құрсақішілік дамуының жетіспеушілігі. Аз сулылық

<variant>Гипертониялық ауру. Плацентарлы жетіспеушілік. Нәрестенің құрсақішілік дамуының жетіспеушілігі. Аз сулылық

<variant>Ауыр дәрежедегі преэклампсия. Плацентарлы жетіспеушілік. Нәрестенің құрсақішілік дамуының жетіспеушілігі

<variant>Ауыр дәрежедегі преэклампсия. Нәрестенің құрсақішілік дамуының жетіспеушілігі. Аз сулылық. Нәрестенің құрсақішілік инфекциясы

<question>29 жастағы әйелде жүктіліктің 34-35 аптасы, аяқтарында және беттеріндегі ісінумен емханаға келді. АҚ 170/110 мм сын бағ көтерілуіне байланысты желке аймағындағы ауырсыну және мұрнымен тыныс алудың қиындауы болды, диурез төмендеген. Эхографиялық зерттегенде фетометриялық мәліметтердің екі аптаға кешігуі, қағанақ суының жеткіліксіздігі анықталды, доплерометрияда екі жақтағы жатыр артериясында қанмен қамтамасыз етілу резистенттілігі жоғарылаған және ұрық-жатыр қан айналымының жағдайы нашар. Қынаптық тексергенде: жатыр мойны «жетілмеген». Тактика:

<variant>жедел госпитализация, кесар тілігі

<variant>гестозды емдеу ары қарай кесар тілігі

<variant>жедел жағдайда босануды қоздыру және белсендіру

<variant>гестозды емдеу ары қарай босануды қоздыру

<variant>босану мерзіміне дейін гестозды емдеу

<question>26 жастағы қайта жүкті әйел әйелдер кеңес орнының дәрігерінің жолдауымен гинекология бөліміне: Жүктілік 9 апта. Жүктіліктің үзілу қаупі. Үйреншікті жүктілікті көтере алмаушылық. Гинекологиялық анамнезінің ауытқуы диагнозымен келді. Осы триместрде жүктілікті көтере алмаушылықтың патогенетикалық негізделген емі:

<variant>гормоналды ем

<variant>физиотерапиялық ем

<variant>хирургиялық ем

<variant>токолитиктерді қолдану

<variant>спазмолитиктерді қолдану

<question>29 жастағы әйел, ішінде толғақ тәрізді ауырсыну, жыныс жодарынан қанды бөлінділер, бас айналу, әлсіздік шағымдарымен аймақтық акушер-гинекологқа келді. Анамнезінен: 3 жылдан бері етеккір қызметінің бұзылысы және созылмалы қабыну аурымен гинекология бақылауда тұрады, 2 ай бұрын қабынуға қарсы ем алған, соңғы етеккірі 1,5 ай бұрын болған. Объективті: жағдайы ауыр, АҚ 100/60 мм сын бағ., тамыр соғысы 108 рет минутына, әлсіз, дене қызуы 37,2°C. Гинекологиялық тексеруде: жатыр аздап ұлғайған, ауырсынусыз, жұмсарған, жатыр мойнына қарай ығыстырғанда ауырсынулы, қосалқылар аймағы ауырсынулы, күмбездері жайылған, жыныс жолдарынан задап қанды бөлінділер. Диагноз:

<variant>Үзілген жатырдан тыс жүктілік. Геморрагиялық шок

<variant>жатыр қосалқыларының қабынуының асқынуы

<variant>үзілген жатырлық жүктілік. Геморрагиялық шок

<variant>етеккір қызметінің бұзылысы. Қан кету. Геморрагиялық шок

<variant>дисфункционалды жатырдан қан кету

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 21 беті

<question>25 жастағы жүкті әйел аймақтық акушер дәрігерінің қабылдауына келді. Жағдайы қанағаттанарлық, шағымдары жоқ. Ультрадыбыстық зерттеудің мәліметтері: Бұзылмаған ұрық жұмыртқасы жатыр түтігінің ампулярлы бөлігінде орналасқан.

Тактика:

<variant> Лапароскопия. Ұрық жұмыртқасын түтік бүтіндігін бұзбай алып тастау

<variant> Лапароскопия. Түтікті аналық безімен бірге алып тастау

<variant> Лапароскопия. Ұрық жұмыртқасын түтік бөлігімен алып тастау

<variant> Лапаротомия. Ұрық жұмыртқасын түтік бөлігімен алып тастау

<variant> Лапаротомия. Ұрық жұмыртқасын жатыр түтігін кесу арқылы алып тастау

<question>30 жастағы қайта жүкті жүктілігімен есепте: III жүктілік 30-31 апта. Артериалды гипертензия. Асқынған акушерлік анамнез диагнозымен тіркеуде тұрады. Анамнезінен: алдыңғы екі жүктілігі артериалды қысымның көтерілуімен, ісікпен асқынған.

Осы жүкті әйел ... қауіп тобына кіреді.

<variant>преэклампсия

<variant>мерзімінен асу

<variant>анемия

<variant>бүйрек жетіспеушілігі

<variant>босанудан кейінгі септикалық ауру

<question>34 жастағы жүкті әйел, аймақтық акушерге жүрек айну, құсу, ішіндегі ауырсынуға шағымданып түсті. Анамнезінен: бірінші жүктілігі нәрестенің жамбаспен жатуы, босану әрекетінің біріншілік әлсіздігі бойынша кесар тілігі отасмен аяқталған, екінші жүктілігі-асқынусыз медициналық түсікпен аяқталған. Осы жүктілігі үшінші, мерзімі 37 апта.

Перзентханаға жүрек айнуға, құсуға, ішінің ауырсынуына шағымданып түсті. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық, АҚ 120/70 мм сын бағ., тамыр соғысы 80 рет минутына, дене қызуы 36,7, нәрестенің жатуы тік, басы кіші жамбас кіреберісіне орныққан, жүрек соғысы 136 рет минутына, анық, ырғақты. Отадан кейінгі тыртық орнында жергілікті ауырсыну бар.

Жүргізу тактикасы:

<variant>жедел түрдегі кесар тілігі

<variant>күту амалы

<variant>токолитиктерді қолдану

<variant>босануды қоздыру

<variant>жоспарлы кесар тілігі

<question>28 жастағы, жүкті әйел, жүктіліктің 33-34 аптасы, ауыр дәрежедегі преэклампсиямен, магнезиалды терапия қабылдап жатыр, жүктілікті үзуге дайындалып жатыр. Жағдайы тұрақсыз, АҚ 180/110-130/100 мм сын бағ., мимикалық бұлшықеттердің аздап құрысуы байқалады.

Магнезиалды терапияны босанғаннан кейін ... дейін жалғастыру.

<variant>24-48 сағатқа

<variant>10-12 сағатқа

<variant>13-24 сағатқа

<variant>2 сағатқа

<variant>7 тәулікке

<question>Жүктіліктің қалыпты дамуында алғашқы УД зерттеу жүктіліктің ... аптасында жүргізіледі.

<variant>10-14

<variant>6-7

<variant>8-10

<variant>14-16

<variant>21-22

<question>Жүктілерге тағайындалатын фолий қышқылының дозасы ... мг.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 22 беті

<variant>4

<variant>2

<variant>6

<variant>3

<variant>0,5

<question>Жүктілік кезіндегі жеңіл дәрежелі артериялық гипертензия ...

<variant>30 минуттық интервалмен 2 рет өлшегенде АҚҚ 150/100мм сын.бағ.дейін жоғарылуы

<variant>АҚҚ $\geq 180 / 110$ мм сын бағ

<variant>АҚҚ $\geq 140 / 90$ мм сын бағ дейін

<variant>АҚҚ $\geq 160 / 90$ мм сын бағ дейін

<variant>30 минуттық интервалмен 2 рет өлшегенде АҚҚ $\geq 160 / 100$ мм сын бағ

<question>Ауыр дәрежелі преэклампсия профилактикасында қолданылады:

<variant>күн сайын жүктіліктің 12 аптасынан 36 аптасына дейін Аспирин 75 г

<variant>күн сайын жүктіліктің 20 аптасынан босануға дейін Аспирин 120 г

<variant>күн сайын жүктіліктің 16-36 аптасына дейін Аспирин 75-120 г

<variant>кальций Д-3 Никомед препараттары

<variant>профилактикалық ем қажет етпейді

<question>Ауыр дәрежелі преэклампсияға тән протеинурия:

<variant>0,33 г/л және одан жоғары

<variant>5 г/л

<variant>1 г/л және одан жоғары

<variant>0,3 г/л дан 3 г/л ға дейін

<variant>1 г/л ға дейін

<question>Ауыр дәрежелі преэклампсия емінде сағатына 2 грамм магний сульфатының қолдаушы дозасы:

<variant>минутына 22 тамшы

<variant>минутына 11 тамшы

<variant>минутына 16-17 тамшы

<variant>минутына 33 тамшы

<variant>минутына 44 тамшы

<question>Жүкті әйелдер мен оның жұбайының қан тобы мен Rh сәйкестігін анықтау ... жүргізіледі.

<variant>әйелдер консультациясына/емханаға алғаш келген кезде

<variant>жүктілікті есепке алған кезде

<variant>жүктілік мерзіміне қарамастан, жүктілікті есепке алған кезде

<variant>жүктілікке дейін қан тобы мен Rh сәйкестігі анықталса, жүкті әйел мен оның жұбайының қан тобы мен Rh сәйкестігін анықтау қажет емес

<variant>резус сәйкестігі теріс жүкті әйелдерге анти Д-иммуноглобулин егу сұрағын шешу мақсатында

<question>Скрининг кезінде антидене резусына антидене титрі оң нәтижесі алынса, қайтадан анықталады:

<variant>16-20 аптада, кейін әрбір айда 2 рет

<variant>20 аптада, кейін әрбір 4 апта сайын

<variant>20 аптада, 30 аптада, 37 аптада

<variant>антидене титрының өсуіне байланысты

<variant>айына 1 рет

<question>Резус-қайшылық жиі ... болса пайда болады.

<variant>егер жүкті әйел резусы оң, ұрықтың резусы теріс

<variant>егер жүкті әйел резусы теріс, ұрықтың резусы теріс

<variant>егер жүкті әйел резусы оң, ұрықтың резусы оң

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 бетін 23 беті

<variant>егер жүкті әйел резусы теріс, ұрықтың резусы он

<variant>резус сәйкестіктің маңыздылығы жоқ

<question> Ұрықтың және нәрестенің гемолитикалық ауруын диагностикалау үшін ақуыздың оптикалық тығыздығын анықтайтын ... әдіс.

<variant>спектрофотометриялық

<variant>люминесценттік

<variant>темный пол

<variant>агглютинациялық

<variant>иммуноферменттік

<question>Ұрықтың және жаңа туған нәрестенің гемолитикалық ауруының ... түрлерін ажыратады.

<variant>ісінулік, сарғаю, анемиялық

<variant>ісінулік, сарғаю, паренхиматозды

<variant>ісінулік, паренхиматозды, анемиялық

<variant>сарғаю, анемиялық, паренхиматозды

<variant>ісіну, сарғаю, гипохромды

<question>Уақытынан асқан жүктілік - бұл

<variant>42 апта және 294 күннен аса жалғасқан жүктілік

<variant>41 апта 3 күн және 291 күннен аса жалғасқан жүктілік

<variant>42 апта және 296 күннен аса жалғасқан жүктілік

<variant>41 апта 4 күн және 290 күннен аса жалғасқан жүктілік

<variant>41 апта 6 күн және 293 күннен аса жалғасқан жүктілік

<question>Уақытынан асқан жүктілік критеріі:

<variant>ұрық басының конфигурациясының айқындалмауы

<variant>ірімшік тәрізді жағынды

<variant>қоюжасыл тері түсі

<variant>үлкен мөлшерлі нәресте

<variant>қою жасыл түсті кіндік

<question>Мерзімінен асқан жүктілік жиілігі әр түрлі автор мәліметтеріне сәйкес ... %-ға өзгеріп отырады.

<variant>2-14

<variant>20-80

<variant>1-4

<variant>50-60

<variant>18-20

<question>Жүктілік ағымына ... инфекциясы әсер етпейді.

<variant>кандидоз

<variant>зәр шығару жолдарының

<variant>гонорея

<variant>бактериалды вагиноз

<variant>трихомониаз

<question>Жүктілікті 36 аптаға дейін ұзартуда қағанақ суының ерте кетуінде антибактериальді терапияны ... бастау қажет.

<variant>стационарға түсе салысымен

<variant>қағанақ суы кеткеннен 12 сағаттан кейін

<variant>қағанақ суы кеткеннен 18 сағаттан кейін

<variant>қағанақ суы кеткеннен 8 сағаттан кейін

<variant>қағанақ суы кеткеннен 6 сағаттан кейін

<question>Жүктіліктің 34 аптасында босану болды,ұрық тірі салмағы 1800гр.Босанушы 28 жаста.Анамнезінде:тұрмыс құрмаған, қалаулы жүктілік,1- жүктілік,5 жыл көлемінде темекі

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 бетін 24 беті

тартады, 1 жыныстық партнер, тіркеуге 17 аптасында тұрды. Кішентай нәрестенің туылуының негізгі себебі:

<variant> темекі тарту

<variant> тіркеуге кеш тұру

<variant> босану паритеті

<variant> әлеуметтік жағдайы

<variant> әйелдің жасы

<question> Жүкті әйел О., 35 жас, 30 маусым сағат 19:00 де босану бөлімшесіне жыныс жолдарынан қанды бөліністердің болуымен, белдегі және іштегі айқын емес ауырсынумен, соңғы етекпірі 27-30 қыркүйекте, қазіргі уақыттағы жүктілік бесінші, шағымдарымен шұғыл түрде жедел-жәрдем көлігімен жеткізіледі. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Жатыр жұмсақ, ауырсынусыз. Ұрық орналасуы көлденең, соңы жамбасқа орныққан. Жүрек соққысы анық, ритмді 140 соққы/минутына. Айнамен қарауда: Жатыр мойыны көгерген, сыртқы араннан қазғылтым қан бөліністері. PV: жатыр мойыны сақталған, ұзындығы 4 см., тығыз консистенциялы, сыртқы араны жабық. Болжам диагноз:

<variant> Жүктілік 39 апта. Жалған толғақ. Жамбаспен келу. Бала жолдасының орнығуы. ОАА

<variant> Жүктілік 39 апта. Қалыпты орналасқан плацентаның уақытынан бұрын ажырауы. ОАА

<variant> Жүктілік 36 апта. Мезгілінен бұрын босанудың басталуы. Бала жолдаысының орнығуы

<variant> Жүктілік 35-36 апта. Бала жолдасының орнығуы. Уақытынан бұрын босану қаупі. ОАА

<variant> Жүктілік 37-38 апта. Төмен плацентация. ОАА

<question> 22 жастағы жүкті әйелде бөліктік пневмония ауруының 7-ші тәулігінде сол жақ жауырын асты аймақта тыныс естілмейді. Науқаста ... асқынысы дамыды.

<variant> парапневмониялық экссудативті плеврит

<variant> құрғақ плеврит

<variant> плевра эмпиемасы

<variant> бүйрек үсті абсцесі

<variant> спонтанды пневмоторакс

<question> 28 апта жүктілік мерзіміндегі әйел дәрігерге тұншығу ұстамаларына шағымданып келді. Анамнезінде бронхиальды астма. Дәрігердің кеңесі бойынша керек кезде сальбутамол қолданған. Алайда соңғы 2 күнде жағдайының нашарлағандығын сальбутамол ингаляциясы көмектеспейтінідігін айтты. Бұл жағдайда ... қолданған тиімді.

<variant> теопек

<variant> преднизолон

<variant> адреналин

<variant> амброксол

<variant> интал

<question> Жүкті Б., 20 жаста перзентханаға мынандай диагнозбен түсті: Жүктілік 36 апта. Айерс синдромы (біріншілік өкпелік гипертензиялық синдромы). Ұрықтың созылмалы гипоксиясы. Шағымы: физикалық жүктеме кезінде енгізу мазалаған. Пульс 1 мин 68 соққы. АҚҚ 100/60 мм.с.б. Ертеңгі күнінде жүктінің жағдайы нашарлай түсті. Тыныштық жағдайында енгізу, әлсіздік, еріннің цианозы пайда болды. Кардиолог біріншілік өкпелік гипертензияны анықтады, созылмалы өкпелік-жүрек декомпенсация сатысы, жүрек жетіспеушілік II дәреже. Егер дәрігер Айерс синдромын ерте кезінде анықтаған болса, ... жүргізеді.

<variant> 12 аптаға дейін жүктілікті үзу

<variant> барлық жүкті әйелдер тәртізді

<variant> амбулаторлы емнен кейін босандыру

<variant> стационарлы емнен кейін босандыру

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 бетін 25 беті

<variant>20 аптасында жүктілікті үзу

<question>Қабылдау бөлімінде хирург дәрігер 26жасар 34апталық жүкті әйелге жедел панкреатит барына күдіктенеді. Дифференциальді диагностика ... ауруымен жүргізеді.

<variant>жедел мезентериальді қан айналымның бұзылысы

<variant>жедел пиелонефрит

<variant>жедел панкреатит

<variant>жедел ішек өтімсіздігі

<variant>жедел гастродуоденальді қан кету

<question>Науқас А. 25 жас, жүктілік 30 апта ,ОПБ перзентханасына түсті, t-38. Өкпе рентгенінде: өкпе суретінің қатты мөлдірленуі, өкпе түбірінің аздап кеңеюі. Бұл рентгенографиялық көрініс ... тән.

<variant>жедел бронхитке

<variant>жедел пневмонияға

<variant>плевритке

<variant>гриппке

<variant>өкпе туберкулезіне

<question>Жүкті 32 жаста, жүктілік мерзімі 5 апта, әлсіздік, көруінің нашарлауы, жүрісінің бұзылысымен невропатолог кеңесіне жіберілді. Қараған кезде бұлшық еттердің әлсіздігі, жүрісінің теңселуі, терінің сезімталдығының төмендеуі. Диагноз:

<variant>Жайылмалы склероз

<variant>Миастения

<variant>Миопатия

<variant>Мигрень

<variant>Эпилепсия

<question>Әйелдер кеңесіне жүкті әйел келді. 6 жыл бойы қант диабетімен ауырады.

Шағымдары: іштің төменгі бөлігінің толғақ тәрізді ауырсынуы. Физикалық жүктеме кезінде күшейе түседі. Жүктілік 28-29апта. 14 ЭБ инсулин алады. Объективті: жағдайы орташа ауырлықта. Жүрек тондары тұйықталған. ЖСЖ-80 мин. АҚҚ-110/60 мм с.б. қандағы глюкоза-10 ммоль/л, босану барысында ... қолданылады.

<variant>қарапайым инсулинге көшу

<variant>бигуанид тағайындау

<variant>тиазолидиндион қолдану

<variant>сульфанилмочевина дәрілерін қолдану

<variant>ұзақ әсерлі инсулинге көшу

<question>Жүкті 20 жаста жүктілік мерзімі 24 апта он жақ қабырға асты ауырсынуына, әлсіздік, тәбетінің төмендеуіне, іштің кебуіне шағымданады. Анамнезінде—өт жолдарының дискенезиясы. Болжам диагноз:

<variant>Созылмалы холецистит, өршу сатысы

<variant>Вирусты гепатит

<variant>Бауырастылық холестаз

<variant>Жіті панкреатит

<variant>Жедел ішек инфекциясы

<question>Жүкті 20 жаста, жүктілік мерзімі 9 апта. Анамнезде: жиі ЖРВИ ауырған, шылымды 15 жастан шегеді, ұзақ және созылмалы жөтелге шағымданады. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>Созылмалы бронхит

<variant>Бронхоэктаздықауру

<variant>Жіті бронхит

<variant>Бронх демікпесі

<variant>Плеврит

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 26 беті

<question>Қабылдау бөлімінде хирург дәрігер 26 жасар 34 апталық жүкті әйелге жедел панкреатит барына күдіктенеді. Дифференциальді диагностика ... ауруларымен жүргізіледі.

<variant>жедел мезентериальді қан айналымның бұзылысы

<variant>ауыр дәрежелі токсикоз

<variant>жедел пиелонефрит

<variant>жедел ішек өтімсіздігі

<variant>жедел гастродуоденальді қан кету

<question>26 жастағы жүкті әйелде жүктіліктің 37 аптасында үйінде эклампсияның ұстамасы болған. Көк тамырға 20 мл 25% MgSO₄ алғашқы мөлшері енгізілді. АҚҚ– 160/100 мм с.б., есі сақталған. Көмек көрсетуде магнезиялық терапияның жүктемелік мөлшері ... болу керек.

<variant>320 мл физ.ерітіндіге 80 мл 25% магнезия сульфаты 22 тамшы/мин

<variant>320 мл физ.ерітіндіге 80 мл 25% магнезия сульфаты , 11 тамшы/мин

<variant>400 мл физ.ерітіндіге 80 мл 25% магнезия сульфаты, 22 тамшы/мин

<variant>400 мл физ.ерітіндіге 80 мл 25% магнезия сульфаты 22 тамшы/мин

<variant>8-10 мл 25% магнезия сульфатын к/тбірден

<question>Жүкті 32 апта тырысу ұстамаларынан кейін ПИТ перзентханасына жатқызылды. Есі сақталған. АД 130/100 мм.с.б., зәр анализінде ақуыз 5,0 г/л, тобығында айқын емес ісіну, ұрықтың жүрек соғысы 138 мин. Келесі іс-әрекетіңіз:

<variant>магний сульфатымен ем жүргізу, жағдайды 12 сағаттан асырмай тұрақтандыру, босану жолдарының жағдайына байланысты босандыру жолын анықтау

<variant>жансыздандыру, магния сульфатымен ем жүргізу және кесар тілігі операциясын жасау

<variant>жансыздандыру, амниотомия жасау, босандыруды ынталандыру және 24 сағат бойы магния сульфатын пайдалану

<variant>3 сағаттың ішінде жағдайды тұрақтандыру, амниотомия жасау, босандыруды ынталандыру және 24 сағат бойы магния сульфатын пайдалану

<variant>босануды шұғыл түрде оперативті түрде шешу, 24 сағат бойы магния сульфатын пайдалану

<question>Жүкті әйел 35 апта, екі апта бойы аяқтарының ісініп кеткендігіне шағымданады, протеинурия 0,099г/л, АҚҚ 130-140/90 мм.с.б. Жүкті әйелге ...

<variant>күндізгі стационарда медикаментозды ем қолдану

<variant>шұғыл түрде ЖЖП(ОПБ) госпитализациялау

<variant>жоспарлы түрде ЖЖП(ОПБ) госпитализациялау

<variant>босануды ынталандыру арқылы шұғыл түрде босандыру

<variant>динамикалық бақылау, тәуліктік протенурия

<question>Жүктілік мерзімі 37 апта. Қабылдау бөліміне түні бойы тұрақсыз іштегі ауырсынуға шағымданып түсті. АҚҚ 160/100 мм.с.б., қайтадан 30 минуттан кейін өлшегенде АҚҚ- 150/100мм с.б., зәр анализінде белок-1,0 г/л, перифериялық ісінулер байқалмайды. Жатырдың жиырылуы байқалмайды, пальпация кезінде ауырсынбайды, ырғақты, минутына 156 рет.

Дәрігердің әрекеті:

<variant>Нифедипин 10мг пероралді, ЖЖП госпитализациялау

<variant>Емді қажет етпейді, диагностикалық палатада мұқият қарау

<variant>Амбулаторлы бақылау госпитализацияны қажет етпейді

<variant>25% р-р магнезия сульфатын 20 мл к/т 10 мин ішінде, пероральді нифедипин 10 мг, диагностикалық палатада бақылау

<variant>Жағдайды тұрқталған соң және магнезиялық терапия жүргізу

<question>Алғаш босанушы 22 жаста, жүктілік 37 апта ЖЖП стационарлық емделуге түсті. Шағымдары жоқ. АҚҚ 160/100 мм.рт.ст., протенурия 0,42г/тәу. Аятарда ісінулер анықталды. 4 сағаттан кейін АҚҚ 150/100мм.рт. ст, пртенурия 0.33г/л.. УЗИ ұрықтың жамбаспен келуі ИАЖ 100 мм, ұрықтың болжам салмағы 2500гр.Босану жолдары Бишоп бойынша - 9 балл.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 27 беті

Қойылған диагноз Жүктілік 37 апта. Преэклампсия жеңіл дәрежесі. Жеңіл преэклампсияның диагностикалық критерилері:

<variant>систолалық қысым 150 мм рт.ст. диастолалық қысым 100 мм рт.ст. және протеинурия 0.33 г/л мониторлеу барысында

<variant>систолалық қысым 150 мм рт.ст. диастолалық қысым 100 мм рт.ст. және протеинурия 0.33

<variant>диастолалық қысым 100 мм рт.ст. протеинурия 0.42г/л

<variant>диастолалық қысым 100 мм рт.ст. и систолалық қысым 150 мм рт.ст. протеинуриямен

<variant>систолалық қысым 160мм рт.ст. протеинурия 0,33г/л

<question>Жүктілік 36 апта ЦРБ қаралуда. Зкүннің ішінде қолдары, 2апта ішінде аяқтары мен ішінің ісінуіне, іштің төмен тартып ауыратынына шағымданады. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық . АҚҚ 140/100 мм с.б., пульс 80 соққы/мин., протеинурия - 0,99 г/л. Жатыр қозған, ұрық тігінен орналасқан, басымен тірілген. Ұрықтың жүрек соғысы ашық, ырғақты 140 соқк/мин. Диагноз, госпитализациялауды жүргізу:

<variant>Жүктілік 36 апта.преэклампсияның жеңіл дәрежесі. Жалған толғақ. Госпитализация 2 деңгей. Қалалық перзентхана

<variant>Жүктілік 36 апта. Преэклампсия жеңіл дәрежесі. Жалған толғақ. Госпитализация перзентханада ЦРБ-1

<variant>Жүктілік 36 апта. Гестациялық гипертензия. Жалған толғақ. Госпитализация 3 деңгей. Перинатальді орталық

<variant>Жүктілік 36 апта. Преэклампсия ауыр дәрежесі. Жалған толғақ. Госпитализация 2 деңгей. Қалалық перзентхана

<variant>Жүктілік 36 апта. Преэклампсия жеңіл дәрежесі. Жалған толғақ. Госпитализация на 3 деңгей. Перинатальді орталық

<question>Алғаш босанушы 23 жаста 39 апталық жүктілік кезінде эклампсия ұстамасы пайда болды. Жедел жәрдем 25% магнезии сульфатын 20 мл к/т 10 мин ішінде жасады, қосымша ұстап тұрушы дозада 25% магнезии сульфатын 80 мл 11 тамшы мин. Қосымша нифидипин 10 мг. Жүкті есін сақтаған. АҚҚ 150/100мм.рт.ст. Пульс 90 соққы/мин. 10 мин кейін тырысу ұстамасы қайталанды. Көмек көрсетуде сіздің әрекетіңіз:

<variant>к/т 25% магнезия сульфаты 8-10 мл к/т 20 мин. ішінде ұстап тұрушы дозада 25% магнезия сульфаты ерітіндісін

<variant>к/т диазепам10 мг 2-мин ішінде және ұстап тұрушы дозада 25% магнезия сульфатын

<variant>тиопентал –натрия 2%-20мл к/т

<variant>промедол 1% 1 мл және диазепам10 мг к/т және ұстап тұрушы дозада 25% магнезия сульфатын

<variant>к/т 25% магнезия сульфаты ерітіндісін 8- 10 мл 20мин. ішінде және тиопентал – натрий 2%-20мл

<question>Қайта босанушы А., 33 жаста, 26 аптадасында СВА келді. Шағымдары жоқ. Басы ауырмайды, көру және есту қабілеті сақталған. Анамнезінде соңғы бес жылда «Д» учетта терапевтте гипертониялық ауру ІІ дәреже бойынша, терапевттің кеңесімен энам 5 мг*2рет күніне қолданған. Қараған кезде: жағдайы қанағаттанарлық, тері жабындылары қалыпты түсте, өкпеде везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. Жүрек тондары анық, ырғақты. Ps- 86 мин. АҚҚ 140/100 130/100 мм рт.ст. Протеинурия 0,99 г/л. Іс-әрекетіңіз:

<variant>орталық әсерлі пролонгирленген гипотензивті препаратты қолдану

<variant>амбулаторлы бақылауды жалғастыру терапевтпен бірге, гипотензивті терапияны керек етпейді

<variant>тәуліктік монитордан кейін кардиологиялық орталыққа госпитализациялау

<variant>амбулаторлы бақылауды жалғастыру терапевтпен бірге, гипотензивті терапияны жалғастыру эпизодты режимде («А/К бақылауымен»)

<variant>ОПБ госпитализация, ауыр преэклампсия болуына байланысты

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 бетін 28 беті

<question>... анти Д-иммуноглобулин енгізуге көрсеткіш болмайды.

<variant>12 аптаға дейін болған өздігінен түсік

<variant>12+0 аптада болған өздігінен түсік

<variant>Уақытына байланысты емес, жүктілікті инструментальды ұзу

<variant>Уақытына байланысты емес, жүктілікті медикаментозды ұзу

<variant>Инвазиялық араласулардан кейін (биопсия хориона, амниоцентез, кордоцентез)

<question>Резус-қайшылық жүктілікте ДПК (дәрігерлік поликлиникалық кеңес) кезінде госпитализациялауға көрсеткіш болып табылады:

<variant>резус теріс жүктілік кезінде қанда антитела титрі бар сонымен қатар УДЗ мен доплерометрияда ұрықтың гемолитикалық ауру (ГБП) маркері он

<variant>резус теріс жүктілік кезінде қанда антитела титрі жоқ

<variant>резус теріс жүктілік кезінде қанда антитела титрі бар бірақ ұрықтың гемолитикалық ауру (ГБП) белгісі жоқ

<variant>анамнезінде ұрықтың антенатальдык өлімі бар

<variant>алдыңғы жүктілікте ұрықтың иммундық шемені болған

<question>Жүктілік кезінде жоғарғы қауіп жағдайымен, сенсibiliзирленбеген науқастарға анти -Д иммуноглобулин тағайындау қажет:

<variant>жалған толғақ

<variant>плацентаның жолда жатуы кезінде

<variant>қағанақ суының уақытынан бұрын кетуі

<variant>хорионамнионит кезінде

<variant>артериялды гипертензия кезінде

<question>УДЗ – дан кейін әйелдер кеңесіне 24 жастағы жүкті әйел келді. Ұрық қозғалысының азайғандығын айтты. І қан тобы резус терістікпен. УДЗ –қорытындысы: жүктілік 32 апта. Гепатоспленомегалия. Ішек қабырғасының экзогенді ұлғаюы. Кардиомегалия. Басының 2 контуры. Плацентаның ұлғаюы 0,8 см. Көпсулық. Антитела – титрі аптасынан бұрын 1:32.

Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>Жүктілік 32 апта. Резус терістілік қанда антитела титрімен. ҰГА, ісіну түрі

<variant>Жүктілік 32 апта. ҰГА. Ісіну түрі

<variant>Жүктілік 32 апта. Резус терістілік қанда антитела титрімен. ҰГА, анемиялық түрі

<variant>Жүктілік 32 апта. Ұрықтың жедел асфиксиясы

<variant>Жүктілік 32 апта . Резус терістілік қанда антитела титрімен. ҰГА, ядерлық түрі

<question>ҰГА-ның анемиялық түрінің ауыр дәрежесінде, 32 аптаға дейін ... жүргізу керек.

<variant>күрсак ішілік қан құю

<variant>ұрық жағынан жедел кесір тілігі

<variant>күнделікті УДЗ мен доплерометриялық бақылау ұрық жағдайын

<variant>ұрық дистресс-синдромы профилактикасы келесі көктамыр ішілік қан құюмен

<variant>фенобарбитал тағайындау

<question>Емханадағы акушердің қабылдауында жүкті әйел. Соңғы етеккірдің бірінші күні бойынша жүктілік мерзімі – 39 апта 0 күн, 1 УДЗ бойынша – 41 апта 4 күн. Гестациялық мерзімді анықтауда ... нәтижелері дәлірек мәлімет береді.

<variant>1 УДЗ бойынша

<variant>соңғы етеккір бойынша

<variant>соңғы етеккірдің 1 күні + 3 дня бойынша

<variant>соңғы етеккірдің 1 күні және 1 УЗИ-н орта мәні

<variant> УДЗ+соңғы етеккірдің 1 күні және объективті зерттеу әдістері

<question>Босану бөліміне жүкті әйел антенаталдық ұрық өлімімен 35 апталықта түсті. АҚ 120/80 мм сын.бағ., пульс 80 рет/мин., жатыр қозбаған. Анамнезінде: ұрықта тәулік бойы қозғалыстың болмауы, 3 апта бұрын терапевтте ЖРВИ бойынша ем алған. Сол кездегі шағымдары: тамақтағы ауырсыну, бастың ауруы, дене қызуының 38,0⁰С көтерілуі, әлсіздік,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 29 беті

қалтырау, кейде балтыр бұлшықетіндегі ауырсыну. Қазіргі шағымдары бір апта бойы мазалаған. Сырттай қарау кезінде: жалпы жағдайы салыстырмалы түрде қанағаттанарлық. АҚ 120/80 мм сын.бағ., пульс 80 рет/мин. Тері жабындылары және көзге көрінетін шырышты қабаттары бозарған. Араны аздап ісінген, бадамша бездерінде аздаған ақ таңғақтар жабылып ісінген. Жергілікті лимфа түйіндері ұлғайған. Дене қызу 37,0⁰С. Ұрықтың антенатальды өліміне ... себеп болған.

<variant>листериоз

<variant>токсоплазмоз

<variant>микоплазмоз

<variant>В тобындағы стрептококк

<variant>сифилис

<question>Акушер-гинекологқа 1 апта бұрын қызақты қызылшаның ауыр формасымен инфекциялық ауруханада жатып шыққан жүкті әйел қаралды. Жүктілік мерзімі 9-10 апта. Осы сырқаттың ұрыққа әсері:

<variant>ұрықта даму ақауы пайда болу қаупі жоғары

<variant>ұрыққа ешқандай әсері жоқ

<variant>даму ақауы пайда болу қаупі шамалы

<variant>ұрықта өлім қаупі жоғары

<variant>ұрықта өлім қаупі шамалы

<question>Жүкті әйелде клиникалық көріністері симптомсыз түрде (жиі) және/немесе тұмау тәріздес симптомдар (дене қызуы жоғарлауы, бұлшықеттерде және арқада ауырсыну, кезекті түрде қалтырау және ыстық сезімі), асқазан-ішек ауруларының симптоматикасы, моноклеоздағы сияқты жоғары шаршағыштық сезімі ... тән.

<variant>листериоз

<variant>хламидиоз

<variant>туберкулез

<variant>бактериалды вагиноз

<variant>токсоплазмоз

<question>Жүктілік 28 апта. Жүкті жиі зәр шығаруға шағымданады. Дене температурасы 38,0⁰С дейін жоғарылаған. Анамнезінен: созылмалы пиелонефрит. Объективті: тері жабындыларының түсі қалыпты. Көруі өзгермеген, бас ауырсынуы жоқ. Аяқтарда ісінулер анықталмайды. Ұрғылау симптомы екі жақтан оң. Жалпы зәр талдауында: зәр лайлы, р=1019, лейкоциттер көп, белок теріс, эпителий 5-6. Мүмкін болатын диагноз:

<variant>Жүктілік 28 апта. Созылмалы пиелонефрит, өршу сатысы

<variant>Жүктілік 28 апта. Гестациялық пиелонефрит

<variant>Жүктілік 28 апта. Созылмалы гломерулонефрит

<variant>Жүктілік 28 апта. Созылмалы пиелонефрит, ремиссия сатысы

<variant>Жүктілік 28 апта. Жедел пиелонефрит

<question>22 жастағы тұрмыс құрмаған алғаш жүкті әйел адам әйелдер кеңесіне 9 апталық жүктілікпен бірінші рет қаралды. Сол күні өткізілген ВИЧ-қа талдау оң нәтиже берді. Әйелдің шағымдары жоқ. Берілген әйелде ретровирусқа қарсы емді ... дұрыс, себебі:

<variant>жүктіліктің II триместрінде, ұрыққа препараттардың кері әсерін болдырмау үшін

<variant>жүктіліктің I триместрінде, ұрықтың инфицирленуін ерте алдын алу үшін

<variant>жүктіліктің III триместрінде, ұрыққа препараттардың кері әсерін болдырмау үшін

<variant>ретті толғақтың басталуымен және босанудан кейінгі кезеңде инфицирленуді ерте алдын алу үшін

<variant>ретровирусқа қарсы ем босанудан кейін нәрестеге ғана өткізіледі, кері әсерлерді болдырмау үшін

<question>Жүктілік 38 апта, қабылдау бөліміне мына шағымдарымен түседі: тәулік ішінде қағанақ суының кетуімен, жағымсыз иіспен, қараған кезде іші, жатыры ауырсынусыз. КТГ-да

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 30 беті

реактивті түрі.ЖҚА: лейкоциттер 16×10^9 л,с-реактивті белок 7.Жатыр мойнын қараған кезде 10 баллға бағаланады.

Сіздің тактикаңыз:

<variant>ампициллин 1 г к/і 4 сағат сайын ұрықтың алдыңғы иығы туылғанға дейін

<variant>ампициллин 2 г к/і 6 сағат сайын нәресте туылғанға дейін

<variant>эритромицин 250мг 6 сағат сайын 24 сағат ағымында

<variant>бензилпенициллин 2,4г , кейін 4 сағат сайын 1,2 г-нан туылғанға дейін

<variant>клиндамицин 600м г к/і 8 сағат сайын туылғанға дейін

<question>Жүкті К. 29 апта іріңді қақырықты қатты жөтелге, еңтігуге (ТАЖ 28-30 мин), әлсіздікке, бастың ауырсынуына, температураның 38°C жоғарлауына шағымданады.

Физикалық зерттеуде: оң жақ жауырынның бұрышында перкуторлы дыбыстың қысқаруы, аускультацияда – ұсақ көпіршікті дыбыстар естіледі. Сіздің болжам диагнозыңыз, қосымша зерттеу әдістері:

<variant>пневмония, өкпе рентгенографиясы, қоздырғышты антибиотикке төзімділігін анықтау үшін қақырықты бак.зерттеу

<variant>жедел бронхит, кеуде қуысының флюорографиясы

<variant>плеврит, қоздырғышты антибиотикке төзімділігін анықтау үшін қақырықты бак. зерттеу

<variant>өкпе туберкулезі, қоздырғышты анықтау үшін қақырықты бак. зерттеу, өкпенің рентгенографиясы

<variant>ХОБЛ, кеуде қуысының флюорографиясы, қоздырғышты антибиотикке төзімділігін анықтау үшін қақырықты бак. зерттеу

<question>Жүкті 22 жаста эпилепсия , жүктілік мерзімі 18 апта, бірінші жүктілік, соңғы 3 жылда эпилепсия жайлы тұрақты медикаментозды ремиссия. Жүктілік кезінде тырысу ұстамалары қайтадан пайда болды. Жүктіліктің тырысу ұстамаларына әсері:

<variant>жүктілік тырысу ұстамаларын күшейтеді

<variant>жүктілік тырысу ұстамаларын төмендетеді

<variant>эпилепсиялық статусқа әкеледі

<variant>жүктілік тырысу ұстамаларына ешқандай әсер көрсетпейді

<variant>тырысу ұстамалары жиі бола бастайды

<question>Жүкті әйел 19 жаста, жүктілік мерзімі 30 апта әйелдер кеңесіне мынандай шағымдармен келді: оң жақ мықын асты ауырсынуы, құсуға. Қараған кезде: температура $37,2^{\circ}\text{C}$, пульс 98 соққы/мин., тілі құрғақ, ақ жабындымен жабылған. Жатыр түбі пальпация кезінде семсер тәрізді өсінді мен кіндік деңгейінде анықталады. Тонус жоқ, пальпацияда кезінде ауырсынусыз. Іштің оң жақ төменгі бөлігінде бұлшықерттердің қатаюы, ауырсыну байқалады. Щеткина-Блюмберг, Ситковского симптомдары оң. Мүмкін диагноз, іс-әрекетіңіз:

<variant>Жедел аппендицит, хирургия бөліміне шұғыл түрдегоспитализациялау, аппендэктомия

<variant>Жедел аднексит, гинекология бөліміне госпитализациялау, антибиотикотерапия

<variant>Жедел холецистит, шұғыл түрде хирургиялық бөлімгежатқызу

<variant>Жіті панкреатит, шұғыл түрде хирургиялық бөлімге жатқызу

<variant>Оң жақ бүйрек коликасы, урологиялық бөлімшесіне жатқызу

<question>Әйел 35 жаста, жүктілік мерзімі 30 апта, перзентханада патология бөлімінде бронхоастмалық статус ІІ дәрежесі бойынша жатқызылды. Қараған кезде: еңтігу, ТАЖ 28 мин дем шығарудың қиындауымен, өкпеде жан-жақты құрғақ сырылдар. АҚҚ $135/70$ мм с.б., пульс 110 соққы/мин. Астматикалық статусты тоқтату үшін ... қолдану қажет.

<variant>сальбутамол (небулайзер арқылы) 1-2 дозасын

<variant>адреналин 0,1%-0,5 т/а

<variant>эуфиллин 2,4%-10,0 к/і

<variant>супрастин 2%-1,0 бұл/ет

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 31 беті

<variant>преднизолон 30 мг к/і

<question>Жүкті 24 жаста 18 апталық ес-түссіз жағдайда. Объективно: ауыздан ацетон иісі болуы, тері с.б. екі жақтан, ЖСЖ 90 мин. Сіздің іс-әрекетіңіз:

<variant>10ӘБ инсулинді т/і тамшылатып

<variant>т/і 40 — 80 мл 40% глюкоза ертінідісі

<variant>т/і 0,9% натрийхлорид ерітіндісі

<variant>т/і 60 мл преднизолон

<variant>т/і 120 мл фуросемид

<question>Жүкті әйел, 39 жаста 32 апта мерзімімен жедел жәрдеммен ОПБға жеткізілді.

Эпигастрий аймағындағы арқаға берілетін ауырсыну, тамақ ішкен сайын өршиді. Құсу, лоқсу мазалайды. Тері жабындылары боз, АД 100/70 мм рт.ст., пульс 88 уд/мин., ритмді. Жалпы қарау кезінде эпигастрий аймағындағы іші жұмсақ ауырсынумен. Сіздің болжам диагнозыңыз және лабораториялық мәліметіңіз:

<variant>Жедел панкреатит. Қан сарысуындағы амилаза, липаза мөлшерін анықтау

<variant>Жедел холецистит. Функциональді бауыр пробаларын жасау, билирубина, сілтілі фосфатазаны анықтау

<variant>Жедел аппендицит. ЖҚА

<variant>Ойық-жара ауруы. Нәжісті жасырын қанға зерттеу

<variant>Бактериалды инфекциялар. Нәжісті зерттеу

<question>Жүкті 38 жаста 20 апта түнгі ұйқыда тұншығудан оянады. Беротекон қолданды.

Күнделікті 10мг преднизолон қабылдайды. Жалпы қарауда ТАЖ – 22 мин. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>Бронх демікпесі, орташа дәрежелі, асқину, гормонға тәуелді форма

<variant>Бронх демікпесі, жеңіл дәрежесі

<variant>Бронх демікпесі, ауыр ағымда

<variant>Бронх демікпесі, орташа ағымда

<variant>Бронх демікпесі, ауыр ағымда, өршу

<question>Жүкті 30-жаста 34-апталық, эпигастрий аймағындағы өткір ауырсыну, әлсіздік, лоқсуға, бірнеше рет құсуға шағымданады. Анамнезінде: балалық шақтан бері өт жолдарының дискинезиясы. Жалпы қарағанда: тері жабындылары бозарған, АҚҚ 100/60мм с.б., пальпация кезінде – іші жұмсақ, іштің тітіркену симптомы жоқ, эпигастрийда ауырсыну байқалады.

Лабораторлы көрсеткіштер: л-10*10⁹/л, АЛТ-45 МЕ/л; АСТ-36 МЕ/л; жалпы билирубин - 24 мкмоль/л, сілтілі фосфатаза- - 450 МЕ/л. Сіздің тактикаңыз:

<variant>ЖЖП-на госпитализациялау, инфузионды, жансыздандыру терапиясы

<variant>хирургиялық бөлімшеге госпитализациялау, бақылау, жағдайының нашарласа оперативті шара қолдану

<variant>амбулаторлы бақылау, диетотерапия

<variant>амбулаторлы бақылау, диетотерапия, антибиотикотерапия

<variant>инфекционисттің консультациясы

<question>Жүкті Б., 20 жаста. Босану бөліміне Синдром Айерса (біріншілік өкпелік гипертензия) жүктілік 36-апта диагнозымен келіп түсті. Ұрықтың созылмалы гипоксиясы.

Бөлімшеге түскен кездегі шағымдары: физикалық жүктеме кезіндегі тұншығу. Пульс 68сөкқы/мин. АҚҚ100/60мм.сын.б. Науқастың жағдайы келесі күні кенет төмендеді.

Тыныштықта тынысы тарылып, еріндерінің цианозы байқалады. Кардиолог диагнозы: біріншілік өкпелік гипертензия, созылмалы декомпенсирленген өкпелік жүрек, екінші дәрежелі жүрек жетіспеушілігі. Дәрігердің келесі жүргізілетін іс-шаралары:

<variant>ПИТ-қа госпитализациялау. Кардиологтың консультациясы. Жедел кесар тілігі арқылы босандыру, интенсивті терапия жүргізу

<variant>науқас әйелді ОПБ-бөліміне қалыпты босанушы ретінде жолдау

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 32 беті

<variant>ПИТ-қа госпитализациялау. Кардиологтің консультациясы. Босану жолдарының жағдайына байланысты әйелді босандыру әдісін таңдаймыз

<variant>ПИТ-қа госпитализациялау. Кардиологтің консультациясы. Интенсивті терапия. Босану жолдарының жағдайына байланысты әйелді босандыру әдісін таңдаймыз

<variant>ПИТ-қа госпитализациялау. Кардиологтің консультациясы. Интенсивті терапия. Босандыруды жағдайының қалпына келген соң жүргізу

<question>Босану үйінен жүктілік 32 апта мерзімінде ессіз жағдайда жеткізілді. Туыстарының айтуы бойынша екі күн бұрын ЖРВИ мен ауырған, басының ауырғанына шағымданған, аяқтарында ісіктер пайда болған. Таңертен құрысулар болған. Жағдайы ауыр, ессіз. АҚ 180/100 мм сын.бағ. ТАЖ - 25 рет минутына. t-37. Ұрықтың жүрек соғу жиілігі 140 рет минутына. Акушерлік тактика таңданыз және негіздеңіз:

<variant>ИВЛ, кесар тілігі операциясы, кома және тыныс жетіспеушілік болғандықтан

<variant>невропатолог, инфекционист консультациясы, басынан өткерген ОРЗ менингитпен асқынғандықтан

<variant>акушерлік ситуацияны анықтау үшін және босану жүргізуді таңдау үшін наркозбен қынаптық зерттеу жүргізу

<variant>магнезиальды терапиямен бірге комплексті емдеуді бастау, ұрықтың СДР профилактикасы, жетілмеген жүктілікті ескере отырып

<variant>босану жолдарының дайындығының жетіспеген жағдайда босануды простагландинмен жүргізуге дайындау, магнезиальды терапиямен бірге

<question>Жүкті 32 жаста 31 апта мерзімінде 1 дәрежелі босану үйіне жеткізілді. Шағымдары: Басының ауыруы, эпигастрий аймағында ауырсыну, жүрек айнуы. АҚ 140/110 мм рт.ст., протеинурия 2,0 г/л. Қарау кензінде жүкті әйелде басынан аяғына дейін таралатын құрысулар басталды, аяқ қолдарын жылдам қозғалтады. Сіздің әрекетіңіз:

<variant>4-6 л/мин жылдамдықпен оттегін беру, әйелді асқынулардан сақтау, ұстамалардан кейін магнезиальды терапияны бастау

<variant>диазепаммен седацияны бастау, магнезиальды терапия құрысуларды қайтару үшін

<variant>ұстамалардан кейін 4-6 л/мин жылдамдықпен оттегін беру, магнезиальды терапияны бастау

<variant>әйелді асқынулардан сақтау, 4-6 л/мин жылдамдықпен оттегін беру, гипотензивті терапияны бастау

<variant>ұстамалардан кейін диазепаммен седацияны бастау, гипотензивті және магнезиальды терапия

<question>Жүкті К, 29 жаста, патология бөліміне: Жүктілік 37 апта. Преэклампсия жеңіл дәрежесі диагнозымен түсті. АҚ 150/100 мм с.б., 30 минут интервал бойынша. Зәр анализінде белок 0,3 г/л, 4 сағ кейін 1,3 г/л. Соңғы күндері гипертензия, ісіну, протеинурияға көздің көруінің нашарлауы қосылған. Ұрықтың жүрек соғысы қатты, 110 рет минутына. Осы акушерлік жағдайда сіздің тактиканыз:

<variant>магнезиальды терапияны бастау, жағдайы жақсарғаннан кейін ПИТ каталкасымен ауыстыру қалыпты гемодинамикада

<variant>ПИТ-ке каталкамен ауыстыру, магнезиальды терапияны бастау

<variant>анестезиолог-реаниматологпен бірге ПИТ-ке каталкамен ауыстыруды бірге шешу, магнезиальды терапияны бастау

<variant>магнезиальды терапия, бақылау және емдеу

<variant>босану бөліміне каталкамен ауыстыру, босануды индукциялау үшін, магнезиальды терапия

<question>Алғаш босанушы 27 жаста, 37 апта жүктілік мерзімінде преэклампсия жеңіл дәрежесімен 2 күн бойы стационарда. Шағымдары жоқ. АҚ 4 сағ сайын 150/100 мм с.б., протенурия 0,99г/л, аяқтары ісінген. Босану жолдары Бишоп бойынша 8 балл. Акушерлік тактика:

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 33 беті

<variant>жатыр мойыны жетілген босануды индукциялауға көшу, гипертензияны емдеу, АҚ 150/100 мм с.б.

<variant>АҚ мониторинг жалғастыру, 10 мг нифедипин ішке

<variant>окулист консультациясы көз нервісі ісін жоққа шығару үшін

<variant>допегит, 0,25 мг тағайындау әрбір 2 күн сайын дозасын көбейту, рекомендациямен амбулаторлы емдеуге жіберу

<variant>жатыр мойыны жетілген емді қажет етпейді, босануды индукциялауға көшу

<question>Алғаш босанушы 22 жаста 34 апта мерзімінде гестационды гипертензия жеңіл түрімен стационарда емделуде. АҚ 140/90-150/100 мм с.б. Допегит 250 мг күніне 4 рет қабылдауда. Кезекші дәрігердің тексеруінде шүйде аймағында ауырсынуға шағымданды. АҚ 150/100 мм с. б., протенурия 0,33г/. Акушерлік тактиканы тандаңыз және негіздеңіз:

<variant>АҚ мониторингті жалғастыру, 4 сағаттан кейін протеинурияны тексеру преэклампсия жеңіл дәрежесін негіздеу үшін, нифедипин 10 мг ішке АҚ150/100 мм с.б ескере отырып

<variant>магнезиальды терапияны бастау, преэклампсия ауыр дәрежесі бар және тыныс жетіспеушілігін ескере отырып тыныс алу бұзылысының профилактикасы

<variant>АҚ мониторингті жалғастыру, 4 сағаттан кейін протеинурияны тексеру преэклампсия жеңіл дәрежесін негіздеу үшін

<variant>қынаптық тексеру жүргізу акушерлік ситуацияны анықтау үшін

<variant>босану жолдарының дайындықсыз жағдайында, босану простагландинмен жүргізуге дайындау

<question>Әйелдер консультацияның жоспарлы қабылдауына жүкті қаралды, 32 жаста, 36 апта жүктілік мерзімінде. Шағымдары осы қарауда жоқ. Басы ауырмайды. Анамнезінде: бірінші жүктілік, қаланған. 32 апта мерзімде, АҚ 140/100 140/90 мм рт.ст дейін жоғарлаған. Үйінде өз еркімен АҚ мониторинг жүргізеді. Гипотензивті препараттар қабылдамайды.

Қарауда жалпы жағдайы қанағаттанарлық, тері жабындылары қалыпты, таза. Жүрек тондары анық, қалыпты ырғақты. АҚ 140/100 мм рт.ст. Пульс 84 рет минутына. Жатыр тонусы қалыпты. Ұрықтың жүрек соғысы қалыпты, ырғақты, 136 рет минутына. Тәуліктік протеинурия 0,99 г/л. Сіздің тактиказы және негіздеңіз:

<variant>жоспарлы госпитализация, гипертензия және патологиялық протеинурияны ескере отырып

<variant>амбулаторлы бақылауды жалғастыру, қауіпті белгілермен таныстыру, гестационды гипертензияның ауыр дәрежесін ескере отырып

<variant>амбулаторлы бақылауды жалғастыру, тәуліктік протеинурия тағайындау нақты диагнозды верификациясы үшін

<variant>босану үйіне шұғыл госпитализациялау, жүкті әйелдің жасы мен гипертензияның жеңіл дәрежесін ескере отырып

<variant>амбулаторлы бақылауды жалғастыру, 37 аптада жоспарлы госпитализация

<question>Жүкті әйелде 32 апта мерзімінде гипертензия 150/100 мм рт.ст. анықталды. Тәуліктік протенурия - 300 мг/л. Госпитализация дәрежесін көрсетіңіз және себебі:

<variant>3 дәрежеге госпитализация жүктілік мерзімі 32 апта және преэклампсия жеңіл дәрежесі бғандықтан

<variant>3 деңгейге госпитализация преэклампсияның ауыр дәрежесі боғандықтан

<variant>2 дәрежеге госпитализация, зәр шығару жолдарының инфекциясы болғандықтан

<variant>2 дәрежеге госпитализация, гестационды гипертензия болғандықтан

<variant>2 дәрежеге госпитализация, жүктілік мерзімі 32 апта және и преэклампсия жеңіл дәрежесі болғандықтан

<question>Қайта босанушы А, 39 жаста, жүктіліктің 20 апта мерзімінде ЖДАға қаралды.

Шағымдары жоқ. Басы ауырмайды, есту және көру қабілеті бұзылмаған. Анамнезінде 4 жасынан бастап терапевтте «Д» учетта гипертоникалық ауру ІІ дәрежесімен, терапевт рекомендациясы бойынша допегит 250 мгнан күніне 3 реттен қабылдайды. Қарауда: жағдайы

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ			SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы			34-11-2025
«Амбулаторлық акушерия» БӨК			2 беттің 34 беті

қанағаттанарлық, тері жабындылары қалыпты, өкпесінде везикулярлы дыбыс, сырылдар жоқ. Жүрек тоны анық, дұрыс ырғақты. Рс- 86 рет минутына. АҚ 140/90, 130/190 мм рт.ст.

Протеинурия 0,033 г/л. Жүргізу тактикасы:

<variant>терапевтпен бірге амбулаторлы бақылау, гипотензивті терапияны жалғастыру
<variant>терапевтпен бірге амбулаторлы бақылау, гипотензивті терапияны қажет етпейді
<variant>кардиология бөліміне госпитализация

<variant>гипотензивті терапияны тағайындау эпизодтық режимде («АҚ бақылаумен»)

<variant>ОПБға госпитализация, ауыр преэклампсия болғандықтан

<question>Принатальды орталықтың қабылдау бөліміне жедел жәрдем машинасымен алғаш босанушы Б., 39 жаста 34 апта мерзімімен жеткізілді. Шағымдары басының ауыпуы, жүрек соғуының жиілеуі. Жедел жәрдем бригадасы АҚ 170/110 мм рт.ст дейін көтерілгені анықтады. Анамнезінде соңғы 15 жылда созылмалы артериальды гипертензиямен зардап шегеді, жүктіліктің басынан бастап допегит қабылдайды. Осы жүктіліктің барысында пофильді бөлімге бірнеше рет госпитализацияланды. Соңғы госпитализация 2 апта бұрын, амбулаторлы бақылауға жіберілді, допегит 500 мг 4рет күніне қабылдайды. Қарауда жалпы жағдайы ауыр, АҚ 180/110 мм рт.ст. Ұрықтың жүрек соғысы қалыпты, 136 ретминутына. Зәрде– белок 0,99 г/л. 4 сағ кейін белок 0,6 г/л.

Стационарда ары қарайғы тактикаңыз:

<variant>реанимация және интенсивті терапия бөлімінде жағдайы жақсарғаннан кейін, босануға дайындау, преэклампсияның ауыр дәрежесін ескере отырып

<variant>реанимация және интенсивті терапия бөлімінде жағдайы жақсарғаннан кейін, ОПБ ауыстыру, жүктіліктің 37 апта мерзіміне дейін пролангирлеу

<variant>реанимация және интенсивті терапия бөлімінде жағдайы жақсарғаннан кейін, ОПБ ауыстыру жүктіліктің 37 апта мерзіміне дейін амбулаторлы бақылау

<variant>ОПБ госпитализация, гипотензивті терапия 3 препаратпен, эффект болмаған жағдайда босануды анықтау

<variant>ОПБда жағдайы жақсарғаннан және ұрыққы РДС профилактикасына кейін, босануға дайындау, созылмалы артериальды гипертензияның криздік жағдайын ескере отырып

<question>Қайта жүкті 32 апта жүктілікпен. Резус –теріс қан тобымен. Анамнезінде 1 босану, 1 –өздігінен түсік болған 20аптасында. Антитела пайда болды (проба Кумбса) 1:32. ... антитела пайда болған.

<variant>гуморальды иммунды жауап резус-теріс анада эритроцитарлы антиген резус –оң ұрыққа, антирезусті

<variant>гуморальды иммунды жауап резус-теріс анада лейкоцитарлы антиген резус –оң ұрыққа, антирезусті

<variant>гуморальды иммунный жауап резус-теріс анада эритроцитарлы антиген резус –оң ұрыққа, антирезусті

<variant>гуморальды иммунды жауап резус-оң ұрықта антитела резус –теріс ана, антирезусті

<variant>гуморальды иммунды жауап резус-теріс әйелде антитела резус –оң жолдасы, антирезусті антитела пайда болған ұрық эритроцитне

<question>Қанның резус – терістілігі бар қайта жүкті, бірінші рет босанушы 31-32 аптасында антитела титрі 1:32. Анамнезінде : жатырдан тыс жүктілік, сол жақтан тубэктомия, өздігінен болған түсік жатыр қуысын қыру. УЗИ- мен доплерометрияда ҰГА, ісіну түрі (гепатоспленомегалия, басының 2 контуры, плацентаның ұлғаюы). Кордоцентез нәтижесі: қан тобы II, резус оң, гемоглобин – 70 г/л, гематокрит – 22%, билирубин -238 мкмоль/л. Сіздің тактикаңыз:

<variant>күрсақшілік қан құю ҰГА ауыр түрі болғандықтан

<variant>ұрықта жедел гипоксия болғандықтан шұғыл кесір тілігі

<variant>анемия және жүктілік мерзімі 31-32 апта болғандықтан шұғыл кесір тілігі

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 35 беті

<variant>күрсақшілік қан күйі ҰГА орташа дәрежесі болғандықтан

<variant>билирубиннің сағаттық өсуі динамикада болғандықтан, 34 аптасында кесір тілігі

<question>24 жастағы жүкті С, 28 апталық мерзімінде әйелдер кеңесіне келуіндегі зәр анализінде бактериурия анықталды. Жағдайы қанағаттанарлық, шағымдары жоқ. АҚ 120/80 мм.с.б., пульсі 60 рет/мин. Сіздің тактикаңыз және негіздеңіз:

<variant>антибиотикотерапия (цефуроксим) тағайындау, симптомсыз бактериурия уақытынан бұрын босанудың себебі

<variant>антибиотикотерапия (сумамед) тағайындау, босанудан кейінгі кезеңде дамитын ірінді-септикалық аурулардың себебі симптомсыз бактериурия

<variant>антибиотикотерапия (ампициллин) тағайындау, симптомсыз бактериурия нәрестенің тері жамылғысында іріндіктердің пайда болуын шақыру мүмкін

<variant>емді қажет етпейді, 4 аптадан соң зәрді қайталау, симптомсыз бактериурия ұрыққа әсер етпейді

<variant>емді қажет етпейді, симптомсыз бактериурия – жүктілік кезінде физиологиялық жағдай

<question>24 жастағы жүкті К, гравидограмманы ескере отырып, 32 аптасында ұрықтың жатыршілік дамуының артта қалуына күмәнданған соң ультрадыбысты биометрия жасалынып, 3 аптаға артта қалғаны анықталды. Шағымдары жоқ. Объективті: АҚ 120/80 мм.с.б., температура 36,6°C. Жатыр қалыпты, пальпация кезінде ауырсынусыз. Ұрықтың жүрек соғуы анық, ретті, 144 рет/мин. Анамнезінен анықталды: зиянды әдеттері жоқ, баллалық шағында пиелонефритке қарсы ем алған. «Д» есепте тұрмайды. Зәрді бактериологиялық себу кезінде анықталды $E. coli 5 \times 10^5$ КОЕ/мл. Жүктілікті жүргізу кезіндегі тиімді бағыт және негіздеңіз:

<variant>симптомсыз бактериурияны емдеу, ұрықтың жатыршілік дамуының артта қалуын диагностикалау үшін доплерометрия мен ұрықтың жағдайын бағалау

<variant>уақытынан бұрын босанудың қаупі болғандықтан, төсектік тәртіп және токолитиктер

<variant>дексаметазон, уақытынан бұрын босанудың қаупі болғандықтан

<variant>аспирин презклампсияны алдын алуда және өз жағдайын бағалауда

<variant>фолий қышқылы ұрықтың нерв түтігінің дефекттерін алдын алуда, амбулаторлы бақылауды жалғастыру

<question>Акушер-гинекологқа 1 апта бұрын қызамықтың ауыр формасымен инфекциялық ауруханада жатып шыққан жүкті әйел қаралды. Жүктілік мерзімі 9-10 апта. Дәрігердің тактикасы:

<variant>жүктілікті үзу

<variant>жүктілікті ары қарай бақылау

<variant>сактандыру терапиясы

<variant>ұрықтың УДЗ

<variant>даму ақаулары болған кезде жүктілікті үзу

<question>Дәрігерге жүкті әйел келесі шағымдармен келді: дене қызуының 38,5°C жоғарлауы, миалгия, мұрнының бітелуі. Жүктілік мерзімі 5-6 апта. Ауруы жедел басталған, суық тиюмен байланыстырады. Берілген жағдайда рационалды жағынан тиімді ем:

<variant>оксолин жақпасын мұрынның шырышты қабатына жағу, қарапайым герпес вирусына қарсы әсері бар

<variant>ламивудин, ретровирустарға және гепатит В-ға қарсы тиімді

<variant>рибавирин, нейтралездеуші антиденелердің санын жоғарлата отырып вирусқа қарсы, иммунитетті корекциялайтын әсері бар

<variant>ремантадин, жүйелі қолдануға арналған вирусқа қарсы препарат, тұмаудың А түрін емдеуде тиімді

<variant>интерферон β , барлық клеткаларда вирустық инфекциялардың кең спектріне қабылдамаушылықты тудырады

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 36 беті

<question>АИТВ-инфекциясы бар жүкті әйелді нәрестенің және медициналық персоналдың инфицирлену қаупін неғұрлым төмендету үшін ... әдісімен босандырған жөн.

<variant>кіндікті тез бөлу

<variant>табиғи босану жолдары арқылы босандыру

<variant>индукциялық

<variant>кесар тілігі арқылы босандыру

<variant>жүктіліктің 36-37 апталық мерзімінде индукцияланған босандыру

<question>32 жастағы босанушы босанудан кейінгі үшінші тәулікте іштің төменгі бөлігіндегі ауырсынуға, қалтырауға, бас ауырсынуына, дене температурасының 39,0°C дейін жоғарылауына шағымданады. Босану кезінде плацентаның жартылай тығыз бекуіне байланысты плацентаны қолмен бөлу өткізілді. Анамнезінде: бір босану мен екі жасанды түсік, созылмалы пиелонефрит. Сүт бездері мөлшерлі тығыздалған. Бұл науқасқа ... тағайындаған дұрыс.

<variant>кең спектрлі антибиотиктер

<variant>утеротоникалық препараттар

<variant>жасанды физикалық факторлар (аппараттық физиоэм)

<variant>пролактиннің бөлінуін тежейтін препараттар

<variant>нитрофурандар тобындағы антибактериялық препараттар

<question>Науқас Н., жүктіліктің 17-18 аптасында генитальды хламидиоз анықталды.

Жүктілікті жүргізу тактикасын анықтаңыз:

<variant>макролид тобының антибиотиктары

<variant>рифампицин тобындағы антибиотиктарды иониазидпен қосып беру

<variant>жартылай синтетикалық пенициллин немесе цефалоспоринды детоксикациялық терапиямен қосып жүргізу

<variant>физио-, санаторлы-курортты, сіңіретін ем

<variant>қабынуға қарсы стероидты емес препараттар мен иммунодепрессанттар арқылы емдеу

<question>Науқас Т, жүктіліктің 21-22 аптасында зәр шығару жолдарының инфекциясы диагностикаланды, микрофлораның антибиотиктерге сезімталдығы анықталды. Жүктіліктің екінші жартысында қолдануға болмайды:

<variant>левомецетин

<variant>эритромицин

<variant>фурагин

<variant>оксациллин

<variant>цефазолин

<question>Презклампсия дәрежесінің нақты көрсеткіші:

<variant>ерте басталуы және ағымының ұзақтығы

<variant>эритроциттердің санының төмендеуі

<variant>лейкоциттердің санының жоғарлауы

<variant>несеп қышқылының құрылымының төмендеуі

<variant>тромбоциттердің санының жоғарлауы

<question>Жеңіл презклампсиядағы гипотензивті препарат:

<variant>допегит

<variant>пентамин

<variant>нитропруссид натрия

<variant>арфонад

<variant>гигроний

<question>Кіші жамбастың ең кіші өлшемі:

<variant>кіші жамбастың тар бөлігі жазықтығының көлденең өлшемі

<variant>кіші жамбастың кең бөлігі жазықтығының тік өлшемі

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 37 беті

<variant>кіші жамбасқа кіреберіс жазықтығының тік өлшемі

<variant>кіші жамбастың шығаберіс жазықтығын көлденең өлшемі

<variant>кіші жамбасқа кіреберіс жазықтығының қиғаш өлшемдері

<question>Кіші жамбастың ең үлкен өлшемі:

<variant>кіші жамбас кіреберіс жазықтығының көлденең өлшемі

<variant>кіші жамбас қуысының кең бөлігінің көлденең өлшемі

<variant>кіші жамбас қуысының кең бөлігінің тік өлшемі

<variant>кіші жамбас тар жазықтығының қиғаш өлшемі

<variant>кіші жамбас шығаберіс жазықтығының тік өлшемі

<question> Ф.А.Соловьев индексі -

<variant>14.0 см; сүйек қалыңдығын анықтау үшін өлшенеді

<variant>12.0 см; жамбас пішінін анықтау үшін өлшенеді

<variant>16.0 см; жамбас өлшемдерін анықтау үшін өлшенеді

<variant>18.0 см; сыртқы конъюгатаны анықтау үшін өлшенеді

<variant>20.0 см; диагональді конъюгатаны анықтау үшін өлшенеді

<question>Диагональді конъюгата ... анықтау мақсатында өлшенеді.

<variant>шынайы конъюгатаны

<variant>анатомиялық конъюгатаны

<variant>сыртқы конъюгатаны

<variant>кіші жамбастың тар жазықтығының тік өлшемін

<variant>келе жатқан бөліктің орналақан жерін

<question>Қалыптыда диагональді конъюгата өлшемі ... тең.

<variant>13 см

<variant>11 см

<variant>14 см

<variant>10 см

<variant>9 см

<question>Қынаптық зерттегенде: нәресте баспен келуде, кіші еңбек оң жақта алдынан, оқша жік сол қиғаш өлшемде. Нәрестенің орналасуы, позицисы және түрі:

<variant>нәресте орналасуы тігінен, 2-ші позиция, алдыңғы түрі

<variant>нәресте орналасуы көлденең, 1-ші позиция, алдыңғы түрі

<variant>нәресте орналасуы қиғашынан, 1-ші позиция, артқы түрі

<variant>нәресте орналасуы тігінен, 2-ші позиция, артқы түрі

<variant>нәресте орналасуы көлденең, 2-ші позиция, алдыңғы түрі

<question>Қынаптық зерттегенде: нәресте баспен келуде, кіші еңбек оң жақта артта, оқша жік оң жақ қиғаш өлшемде. Нәрестенің орналасуы, позицисы және артқы түрі:

<variant>нәресте орналасуы тігінен, 2-ші позиция, артқы түрі

<variant>нәресте орналасуы көлденең, 1-ші позиция, артқы түрі

<variant>нәресте орналасуы қиғаш, 2-ші позиция, алдыңғы түрі

<variant>нәресте орналасуы көлденең, 1-ші позиция, алдыңғы түрі

<variant>нәресте орналасуы қиғаш, 1-ші позиция, алдыңғы түрі

<question>Қынаптық зерттегенде: нәресте басының төменгі полюсі интерспинальді сызық деңгейінде, сегізкөз ойығы баспен толық жабылмаған, соңғы сегізкөз омыртқалары палпацияланады. Нәресте басының орналасқан жері:

<variant>бас үлкен сегментімен кіші жамбас кіреберіс жақытығына бекіген

<variant>бас кіші сегментімен кіші жамбас кіреберіс жақытығына қондырылған

<variant>бас кіші жамбас кіреберіс жазықтығына орныққан

<variant>бас кіші жамбас қуысында

<variant>бас жамбас түбінде

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 бетін 38 беті

<question>Қынаптық зерттегенде: нәресте баспен келуде, оның төменгі полюсі интерспинальді сызықтан төмен орналасқан, сегізкөз ойығы баспен толық жабылған, құйымшақ омыртқалары және отырғыш төмпешіктері пальпацияланады. Нәресте басының орналасқан жері:

<variant>бас кіші жамбас қуысында

<variant>бас кіші жамбас кіреберіс жазықтығына орныққан

<variant>бас үлкен сегментімен кіші жамбас кіреберіс жақытығына бекіген

<variant>бас жамбас шыға берісінде бекіген

<variant>бас кіші сегментімен кіші жамбас кіреберіс жақытығына бекіген

<question>Қынаптық зерттегенде: нәресте баспен келуде, пальпацияда симфиздің жоғарғы жиегі, атаусыз сызықтар қолжетімді, сегізкөз ойығы сегізкөз ойығы ұзына бойына. Нәресте басының орналасқан жері:

<variant>бас кіші жамбас кіреберіс жазықтығына бекіген

<variant>бас үлкен сегментімен кіші жамбас кіреберіс жақытығына орныққан

<variant>бас кіші сегментімен кіші жамбас кіреберіс жақытығына орныққан

<variant>бас кіші жамбас қуысында орныққан

<variant>бас жамбас шығаберісінде орныққан

<question>Қынаптық зерттегенде: нәресте баспен келуде, белгісіз сызықтар, симфиздің төменгі жиегі аздап аныталады, аздап сегізкөз ойығы анықталады. Осы мәліметтерге сүйене отырып нәресте басының орналасуы ... туралы қорытынды жасауға болады.

<variant>бас кіші сегментімен кіші жамбас кіреберіс жақытығына бекігені

<variant>бас кіші жамбас кіреберіс жазықтығына орныққаны

<variant>бас үлкен сегментімен кіші жамбас кіреберіс жақытығына бекігені

<variant>бас кіші жамбас қуысында екендігі

<variant>бас жамбас шығаберісінде екендігі

<question>Шүйдемен келудің артқы түрімен қондырылуда ...

<variant>жамбастан шығаберісте бас иілу және шалқаю жасайды

<variant>жамбасқа кіреберісте бас шалқаю жасайды

<variant>бас айналым өлшемімен кесіп шығады

<variant>босану ісігі үлкен еңбек аймағында құрылады

<variant>жетекші нүкте болып маңдай ортасы болады

<question> Шүйдемен келудің артқы түрімен қондырылуда ...

<variant>бастың ішкі бұрылысы жиірек 135 градус болады

<variant>бас 34 см айналым өлшемімен кесіп шығады

<variant>жетекші нүкте үлкен еңбек болады

<variant>жамбасқа кіреберісте бас шалқаю жасайды

<variant>бас пішіні шар тәрізді болады

<question> Төбемен қондырылуда ...

<variant>бас тік өлшеммен төбемен туылып шығады

<variant>жамбас қуысында бас шүйдесімен алға қарай бұрылыс жасайды

<variant>бас иілу жасай отырып кесіп шығады

<variant>жамбасқа кіреберісте бас иілу жасайды

<variant>босану ісігі маңдай аймағында орналасқан

<question>Маңдаймен қондырылуда жамбас шығаберісінде бас ... жасайды.

<variant>иілу және шалқаю

<variant>иілу

<variant>шалқаю

<variant>сыртқы бұрылыс

<variant>ішкі бұрылыс

<question>Бетпен қондырылуда ...

<variant>бас вертикалді өлшеммен кесіп шығады

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 39 беті

<variant>бас шалқая кесіп шығады
 <variant>жетекші нүкте кеңсірікүсті болады
 <variant>бас пішіні "балғатәрізді"
 <variant>беку нүктесі иек болады
 <question>Шүйдемен келудің алдыңғы түрінде ...
 <variant>бас шалқайған күйде туылады
 <variant>жамбасқа кіреберісте бас шалқаю жасайды
 <variant>шүйде төмпеі бекіну нүктесі болады
 <variant>босану ісігі артқы төбе сүйегі аймағында орналасады
 <variant>үлкен еңбек жетекші нүкте болады
 <question>Шүйдемен келудің артқы түрімен қондырылуда босану ... ерекшеленеді.
 <variant>айдап шығару кезеңінің ұзаққа созылуымен
 <variant>акушерлік жарақат жиілігінің төмендігімен
 <variant>ашылу кезеңінің шапшаң ағымымен
 <variant>қағанақ суының кеш кетуімен
 <variant>инфекциялық асқынулардың жиілігінің жоғары болуымен
 <variant>жамбастың кең бөлігінде басталып жамбас түбінде аяқталады
 <variant>жамбас түбінде жүреді
 <variant>кіші жамбастың кең бөлігінде жүреді
 <variant>кіші жамбас кіреберіс жазықтығында жүреді
 <variant>кіші жамбас кіреберісінде басталып жамбас түбінде аяқталады
 <question>Кіші еңбек босануда ... жүргізу нүктесі болады.
 <variant>шүйдемен келудің алдыңғы түріндегі қондырылуда
 <variant>майдаймен қондырылуда
 <variant>бетпен қондырылуда
 <variant>төбемен қондырылуда
 <variant>шүйдемен келудің артқы түріндегі қондырылуда
 <question>Үлкен еңбек ... жүргізу нүктесі болады.
 <variant>төбемен қондырылуда
 <variant>шүйдемен келудің алдыңғы түріндегі қондырылуда
 <variant>шүйдемен келудің артқы түріндегі қондырылуда
 <variant>майдаймен қондырылуда
 <variant>бетпен қондырылуда
 <question>Тіласты сүйегі ... бекіну нүктесі болады.
 <variant>бетпен қондырылуда
 <variant>майдаймен қондырылуда
 <variant>шүйдемен келудің алдыңғы түріндегі қондырылуда
 <variant>төбемен қондырылуда
 <variant>шүйдемен келудің артқы түріндегі қондырылуда
 <variant>(Жүктілік мерзіміне тәуелсіз өлген жүкті әйелдер, босанушы әйелдер, жүктілік аяқталғаннан кейінгі 42 күн ішінде өлген әйелдер саны)/ (тірі туылғандар саны) x 100 000
 <variant>(Босану кезінде өлген әйелдер саны)/(босану саны x 100 000
 <variant>(Жүктіліктің асқынуынан өлген әйелдер саны 22 аптада)/(тірі және өлі туылғандар саны) x 100 000
 <variant>(Жүктілік кезінде 22 аптасында өлген және одан жоғары, босану кезінде және босанғаннан кейін 2 апта ағымында өлген әйелдер саны / (тірі және өлі туылғандар саны) x100 000
 <variant>(Жүктілік мерзіміне тәуелсіз өлген жүкті әйелдер, босанушы әйелдер, жүктілік аяқталғаннан кейінгі 32 күн ішінде өлген әйелдер саны) x 100 000

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 40 беті

<question>Қайта босанатын әйелде ретті босану әрекеті басталғаннан 7 сағаттан кейін қағанақ суы кетті және күшенулер басталды.

Қынаптық тексеру: жатыр ернеуі толық ашылған, қағанақ қуығы жоқ. Нәрестенің басы сегізкөз ойысы мен шат буынын толық жауып жатыр, шонданай өсіндісі анықталмайды, құйымшақ ұшы қолға сезілмейді. Нәресте басының орналасуын анықтаңыз:

<variant>кіші жамбастың тарылған бөлімінде

<variant>кіші жамбастың кеңейген бөлімінде

<variant>үлкен сегментімен кіші жамбастың кіреберісінде

<variant>жамбас түбінде

<variant>кіші жамбастың кіреберісінде

<question>25 жастағы жүкті, емханада 32 апталық жүктілігімен диспансерлік бақылауда тұрады. Акушерге кезекті қабылдауына келді. Шағымдары жоқ. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Сыртқы акушерлік тексеру жүргізілді: жатыр қалыпты тонуста. Ұрықтың жүрек соғуы минутуна 140 соққы. Леопольдтың I тәсілі нәрестенің ... анықтау болып табылады.

<variant>жатыр түбі деңгейін және жатыр түбі деңгейінде жатқан бөлігін

<variant>кіші жамбас қуысында төмен жатқан бөлігін

<variant>жатырда ұрықтың жату позициясын

<variant>жатырда ұрықтың жату түрін

<variant>жатырда ұрықтың жатуын

<question>25 жастағы жүкті, емханада 32 апталық жүктілігімен диспансерлік бақылауда тұрады. Акушерге кезекті қабылдауына келді. Шағымдары жоқ. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Сыртқы акушерлік тексеру жүргізілді: жатыр қалыпты тонуста. Ұрықтың жүрек соғуы минутуна 140 соққы. Леопольдтың II тәсілі нәрестенің ... анықтау болып табылады.

<variant>ұрық жатуының түрін, позициясын

<variant>ұрықтың даму ақауларын

<variant>жатыр түбі биіктігін

<variant>төмен жатқан бөлігін

<variant>іш айналымын

<question>25 жастағы жүкті, емханада 32 апталық жүктілігімен диспансерлік бақылауда тұрады. Акушерге кезекті қабылдауына келді. Шағымдары жоқ. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Сыртқы акушерлік тексеру жүргізілді: жатыр қалыпты тонуста. Ұрықтың жүрек соғуы минутуна 140 соққы. Леопольдтың IV тәсілі нәрестенің ... анықтау болып табылады.

<variant>жатқан бөліктің кіші жамбас кіреберісінің жазықтықтарына қатынасын

<variant>түрі

<variant>позициясы

<variant>орналасуы

<variant>жатыр түбі биіктігі

<question>Мерзімі жеткен жүктілікпен алғаш босанатын әйелде босану әрекеті басталғаннан 3 сағаттан кейін күшенулер басталды. Нәрестенің жүрек соғысы анық, минутуна 136 рет соғу, ырғақты.

Қынаптық тексеру: жатыр мойыны ашылуы 10 см, қағанақ қабы бүтін, жыртылып ашық түсті қағанақ сулары кетті. Басымен жатыр, кіші сегментімен жамбастың кіреберісінде, жебе тәрізді жігі сол жақ қиғаш өлшемде, кіші еңбек оң жақ алдында. Мүйіске қол жетпейді. Экзостоздар жоқ. Диагнозыңыз:

<variant>босанудың II кезеңі. Шапшаң босану

<variant>босанудың I кезеңі. Шапшаң босану.

<variant>босанудың II кезеңі. Қарқынды босану.

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 41 беті

<variant>босанудың ІІ кезеңі. Дислокацияланған босану әрекеті.

<variant>мерзімі жеткен жүктілік. Босанудың ІІ кезеңі. Босану әрекетінің әлсіздігі

<question>30 жастағы қайта босанушы әйел, жүктіліктің 38-39 аптасында ретті толғақ басталғаннан 5 сағаттан кейін және де қағанақ суы кеткеннен 8 сағаттан кейін перзентханаға түсті. Нәрестенің жамбаспен жатуы диагностикаланды. Нәрестенің жүрек соғысы анық, ретті минутына 136 рет. нәрестенің болжама салмағы 3000,0±200,0. Қынаптық зерттеу: жатыр мойны тегістелген, шеттері жұқа, жатыр мойны ернеуінің ашылуы 5 см, қағанақ қуығы жоқ. Жамбаспен жатыр. Экзостоздар жоқ. Мүйіске қол жетпейді. Диагноз: Жүктілік 38-39 апта. Нәрестенің жамбаспен жатуы....

<variant>Босанудың І кезеңі. Қағанақ суының ерте кетуі

<variant>Босанудың ІІ кезеңі. Қағанақ суының мерзімінен бұрын кетуі

<variant>Босанудың ІІ кезеңі. Қарқынды босану әрекеті

<variant>Босанудың ІІ кезеңі. Күшенудің әлсіздігі.

<variant>Босанудың І кезеңі. Қарқынды босану әрекеті

<question>Босанғаннан 30 минуттан кейін әйелде бала жолдасының бөліну белгілері, жыныс жолынан қанды бөлінділері жоқ. Болжам диагноз:

<variant>бала жолдасының толық шынайы бітісуі

<variant>бала жолдасының қысылуы

<variant>жатыр гипотониясы

<variant>бала жолдасының толық жатуы

<variant>бала жолдасының тығыз жабысуы

<question>Жедел мезгілі жеткен босануда салмағы 4200,0, ұзындығы 52 см қыз бала туылды.

Бала жолдасы өздігінен бөлінді - бүтін. Көп кешікпей жыныс жолынан қанды бөлінділер бөлінуде. Консервативті қан тоқтату әдістері эффективті. Жалпы қан жоғалту 800,0. АҚ90/50 мм с.б.б, пульс 100 рет минутына. Гемоглобин - 90 г/л, эритроциттер $2,8 \cdot 10^{12}$ /л, Ht-30%. Диагноз: Босанудан кейінгі ерте кезең. Геморрагиялық шоктың ...

<variant>ІІ дәрежесі. Гипотониялық қан кету

<variant>ІІІ дәрежесі. Жатыр мойнының жыртылуы

<variant>ІІІ дәрежесі. Қынап қабырғаларының жыртылуы

<variant>І дәрежесі. Жатырдың жыртылуы

<variant>ІІ дәрежесі. Атониялық қан ағу

<question>2. Алғаш босанушы 28 жастағы жүктілік мерзімі жеткен әйел перзентханаға түсті.

Шағымы жоқ. Жағдайы қанағаттанарлық. АҚ 110/70 мм с.б.б. Жатыры қозбаған. Нәрестенің 3 ірі бөлімі пальпацияланады. Жамбас өлшемдері 25-28-31-20 см. УДЗ қорытындысы: Жүктілік 39-40 апта. Егіздер. Екі нәрестенің де жамбаспен жатуы. Диагноз: Жүктілік 38-39 апта. Егіздер.

...

<variant>Нәрестелердің жамбаспен жатуы

<variant>Көлденең тарылған жамбас

<variant>Жалпы бір қалыпты тарылған жамбас І дәрежесі

<variant>Созылмалы фетоплацентарлы жетіспеушілік

<variant>Нәрестелердің көлденең жатуы

<question>24 жастағы алғаш босанушы әйел мерзімі жеткен жүктілікпен, ретті босану әрекеті басталғаннан 5 сағаттан кейін перзентханаға түсті. Жамбас өлшемдері 26-29-30-17,5 см, Михаэлис ромбысы – 9 x 10 см, Соловьев индексі – 15 см, ішінің айналымы - 98 см, жатыр түбінің биіктігі- 32 см. Қынаптық тексеру: жатыр мойны тегістелген, шеті орташа қалыңдықта, жатыр мойны ернеуінің ашылуы 5 см, қағанақ қуығы бүтін, кіндік ілмектері жатыр, кіші жамбас кіреберісінде нәресте басы қозғалмалы. Диагональдық конъюгата - 10,5 см. Диагноз: Жүктіліктің 39-40 аптасы Босанудың І кезеңі. ...

<variant>Кіндік ілмектерінің жатуы. Жәй жалпақ жамбастың ІІ дәрежесі.

<variant>Тар жамбастың І дәрежесі. Кіндік ілмегінің түсіп кетуі.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 42 беті

<variant>Тар жамбас III дәрежесі. Кіндік ілмектерінің жатуы.

<variant>Жәй рахиттық жамбас. Кіндік ілмегінің түсіп кетуі.

<variant>Кіндік ілмегінің жатуы. Көлденең тарылған жамбас.

<question>Алғаш босанушы әйелде босану әрекеті басталғаннан кейін 6 сағаттан кейін күшену басталды. Нәрестенің жүрек соғысы анық, ретті, минутына 136 рет.

Қынаптық тексеруде: жатыр мойны ернеулерінің ашылуы - 10 см, қағанақ қуығы бүтін, амниотомия жасалды, ашық сарғыш түсті қағанақ суы кетті. Нәресте басымен жатыр, төбе жігі жамбастың көлденең өлшемінде, қасағаға жақын орналасқан. Мүйіске қол жетпейді.

Нәрестенің болжам салмағы - 4000,0±200,0 г. Сіздің диагнозыңыз: Жүктіліктің 39-40 аптасы.

Ірі нәресте.

<variant>Босанудың II кезеңі. Алдыңғы асинклитизм.

<variant>Босанудың I период кезеңі. Маңдаймен жату.

<variant>Босанудың I кезеңі. Алдыңғы баспен жату.

<variant>Босанудың I кезеңі. Алдыңғы асинклитизм.

<variant>Босанудың I кезеңі. Бетпен жатуы.

<question>Мерзімі жеткен жүктілікпен босанушы әйелде босанудың II кезеңінде кеннеттен еңтігу, акроцианоз көпіршікті қақырықпен жөтелу пайда болды, өкпесінде әртүрлі калибрлі ылғал сырылдар естіледі. Анамнезінде: кардиологтен консультация жасалған, «Ревматизм, активті емес фазасы. Митралды қақпақшаның стенозы» диагнозы қойылды. Күшенулер әрбір 1-2 минут сайын 50-55 секундтан, нәресте ұзынша орналасқан, кіші жамбас қуысында нәресте басы орналасқан, нәрестенің жүрек соғысы анық, ретті минутына 170 рет. Сіздің диагнозыңыз: Жүктілік 39-40 апта. Босанудың II кезеңі. ...

<variant>Митралды қақпақшаның стенозы. Өкпе ісінуі

<variant>Митралды стеноз. ҚАЗ IIА

<variant>Митралды стеноз. ҚАЗ I. Нәрестенің гипоксиясы

<variant>Митралды стеноз. Өкпе ісінуі алдында.

<variant>Митралды қақпақшаның стенозы. ТЖ II

<question>Алғаш босанушы әйелдің жамбас өлшемдері қалыпты және де нәрестенің болжам салмағы орташа, жатыр мойны толық ашылған кезде нәрестенің төбе жігі кіші жамбастың кіреберіс жазықтығының көлденең өлшемінде екендігі анықталды, үлкен еңбек оң жағында, кіші еңбек –сол жағында, үлкен еңбекпен бір деңгейде. Нәресте басының қондырылу сипаты:

<variant>нәресте төбесімен келуі

<variant>шүйдемен жатудың артқы түрі

<variant>шүйдемен жатудың алдыңғы түрі

<variant>маңдаймен жату

<variant>бетпен жату

<question>35 жастағы жүкті әйел К. жүктіліктің 36-37 аптасында қағанақ суы кеткеннен 10 сағаттан кейін және реті босану әрекеті басталғаннан 7 сағаттан кейін перзентханаға түсті.

Нәресте көлденең орналасқан, нәресте жатырмен тығыз қысылған. Нәрестенің жүрек соғысы естілмейді. Толғақтар 2-3 минут сайын 40 секундқа дейін, күші жақсы.

Қынаптық тексеру: жатыр мойны ернеуінің ашылуы толық, қағанақ қуығы жоқ, қолы анықталады. Диагноз: Жүктіліктің 36-37 аптасы.

<variant>Қағанақ суының мерзімінен бұрын кетуі. Нәрестенің көлденең орналасуының

аскынуы. Қолының түсіп кетуі. Нәрестенің интранаталдық өлімі

<variant>Босану әрекетінің әлсіздігі. Нәрестенің қиғаш орналасуы. Аяғының түсіп кетуі.

Нәрестенің антенаталдық өлімі.

<variant>Босану әрекетінің әлсіздігі. Нәрестенің көлденең орналасуы. Нәрестенің интранаталдық өлімі.

<variant>Қолының түсіп кетуі. Нәрестенің антенаталдық өлімі

<variant>Қағанақ суының ерте кетуі. Босанудың II кезеңі. Нәрестенің антенаталдық өлімі

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 43 беті

<question>Жүктіліктің 34 аптасында жүкті әйелдің эклампсия ұстамасы үйінде болған. Перинаталды орталыққа түскен кезде АҚ - 160/100 мм. Ұрықтың болжамдылық салмағы - 1500 г. Бетінде және сирақтарында шағын ісінулер белгіленеді. Протеинурия – 3,3г/л. Жатыр мойының жетілуі Бишоп бойынша 6 балл. Жан сақтау бөлімінде интенсивтік кешендік терапия басталған. Дәрігер тактикасы:

<variant>жан сақтау бөлімі жағдайын қалпына келтіру мен кесар тілігін жасау

<variant>интенсивтік емдеу жалғастыру кезінде ұрықтың дамуы үшін жүктілікті 1 аптаға созу

<variant>интенсивтік емдеуді жалғастырып жүктілікті 3-4 тәулікке созу

<variant>амниотомия және окситоцинмен босандыруды жедел түрде қоздыру

<variant>жатыр мойының жетілдетуін бастау

<question>Ауыр дәрежелі преэклампсиямен емделіп жатқан жүкті әйелде 33-34 аптада қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын ажырауы басталған, ұрық өлді. Дәрігердің әрекеті:

<variant>жедел кесар тілігі

<variant>жан сақтау бөлімінде емдеу, жатыр мойының жетілуін жүргізу

<variant>жедел түрде босандыруды қоздыру

<variant>ұрық бұзу операциясын жасау

<variant>жағдайды қалыптастырғаннан кейін, кесар тілігін жасау

<question>25-26 аптада қайта жүкті перинатальдық орталыққа жыныс жолдарынан қанды бөліністер 100 мл-дей мөлшері белгілерімен түсті. Қан кету тоқталды. УДЗ-де плацентаның толық төмен орналасуы анықталды. Дәрігер тактикасы:

<variant>стационарда интенсивті бақылау, қан кету қайталанса – кесар тілігін жасау

<variant>мифепристон және мизопростолмен жатыр мойынын дайындау

<variant>интенсивтік бақылау, зерттеу. қан кету қайталанса – окситоцинмен босандыруды қоздыру

<variant>қалыпты жағдайға келтіргеннен кейін – амбулаторлық бақылау.

<variant>жедел корпоральдық кесар тілігі

<question>Қайта босанушы 29 жаста қалыпты жамбас өлшемдерімен және 38 апталық жүктілікпен босану қызметі басталғаннан 2 сағаттан кейін бүтін қағанақ суымен келіп түсті. Түскен кезде аяғында ісік анықталды. АҚҚ 150/100 мм.с.б. екі қолында. Іштің көлемі 96 см, жатыр түбі биіктігі- 32 см. Ұрық ұзына бойы, басымен жамбастың кіре берісіне келіп орналасқан. Ұрық жүрек соғысы 140 рет минутына. Кіндік тұсының ауырсынуына шағымданды Жатыр гипертонуста, керілген, ұрық жүрек соғысы тұйықталған. Жыныс жолдарынан қанды бөліністер пайда болды. Сіздің амалыңыз:

<variant>шұғыл түрде кесар тілігі

<variant>босануды қоздыруды бастау

<variant>амниотомия жасау

<variant>реанимация және жан сақтау бөлімінде гестоздың интенсиві емін жалғастыру

<variant>жоспарлы түрдегі кесар тілігі

<question>Қайта босанатын әйелде жүктіліктің 28 аптасында, аяқтарында, алдыңғы құрсақ қабырғасында ісінулер анықталады, АҚ 160/100 мм рт.ст., 170/100 мм рт.ст. Зәрде белок – 0,66 г/л. Диагноз:

<variant>Преэклампсияның ауыр дәрежесі

<variant>Преэклампсияның орта дәрежесі

<variant>Артериальды гипертензия

<variant>Созылмалы пиелонефрит

<variant>созылмалы гломерулонефрит

<question>Перзентханаға ес-түссіз жүкті әйел жеткізілді. Туыстарының айтуы бойынша тұмаумен ауырған, бас ауруға шағымданған, аяқтарында ісіну пайда болған. Таңертең тырысулар болған. Жағдайы өте ауыр, ес-түссіз. АҚ 180/100 мм с.б., 190/100 мм с.б. Жүктілік

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 44 беті

мерзімі 31-32 апта. Нәрестенің басымен жатуы. Нәрестенің жүрек соғысы минутына 140 рет, катетер арқылы зәрі 10мл, лайлы. Диагноз: Жүктіліктің 31-32 аптасы. ...

<variant>Эклампсия, кома

<variant>Преэклампсияның жеңіл дәрежесі

<variant>Преэклампсияның ауыр дәрежесі

<variant>Арахноидит

<variant>Менингит

<question>34 жастағы әйел К., етеккірінің 2 айға кідіруімен, өзін жүктімін деп есептейтінімен келді. Анамнезінде: 3 жасында скарлатинадан кейін гломерулонефритпен ауырған. Зәр анализінде протеинурия, микрогематурия. Бірінші жүктілігі ісінулермен, босанумен аяқталды, одан кейін 3 медициналық түсік болған. Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанаралық. АҚ 110/60, 110/65 мм.с.б. Ісінулер жоқ. Бимануалды тексеруде жүктіліктің 8-9 аптасы анықталды. Диагноз: Жүктіліктің 8-9 аптасы. ...

<variant>Созылмалы гломерулонефрит. ААА

<variant>Созылмалы радикулит. ААА

<variant>Созылмалы пиелонефрит

<variant>Зәр-тас ауруы. ААА

<variant>Созылмалы цистит өршу сатысында

<question>Перзентханаға 24 жастағы әйел жүктіліктің 39-40 аптасында түсті. Бойы 152 см, салмағы – 60 кг. Жамбас өлшемдері: 23-25-28-17,5 см, Соловьев индексі - 15 см, ІА - 105 см, ЖТБ - 39 см. Михаэлис ромбысы – 10х9 см. Нәрестенің ұзынша жатуы, басымен жатуы, нәрестенің жүрек соғысы минутына 140 рет анық, ритмді, бастың тік өлшемі - 12 см.

Қынаптық тексеру: жатыр мойны – «жетілген», басымен жатуы, басы кіші жамбастың кіре берісінде қозғалмалы. Диагоналды конъюгата - 11,5 см. Диагноз қойыңыз:

<variant>Жүктіліктің 39-40 аптасы. Жалпы бірқалыпты тарылған жамбас ІІ дәрежесі. Ірі нәресте.

<variant>Мерзімі жеткен жүктілік. Жай жалпақ жамбас

<variant>Жүктіліктің 39-40 аптасы. Жалпы бірқалыпты тарылған жамбас ІІ дәрежесі

<variant>Жүктіліктің 39-40 аптасы. Жалпы бірқалыпты тарылған жамбас І дәрежесі.

<variant>Жүктіліктің 39-40 аптасы. Ірі нәресте

<question>Мерзімі жеткен жүктілікпен босанушы әйелде босанудың ІІ кезеңінде кеннеттен еңгігу, акроцианоз, көпіршікті қақырықпен жөтелу пайда болды, өкпесінде әртүрлі калибрлі ылғал сырылдар естіледі. Анамнезінде: кардиологтен консультация жасалған, «Ревматизм, активті емес фазасы. Митралды қақпақшаның стенозы» диагнозы қойылды. Күшенулер әрбір 1-2 минут сайын 50-55 секундтан, нәресте ұзынша орналасқан, кіші жамбас қуысында нәресте басы орналасқан, нәрестенің жүрек соғысы анық, ретті минутына 170 рет. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Мерзімі жеткен жүктілік. Босанудың ІІ кезеңі. Митралдық қақпақшаның стенозы. Өкпе ісінуі.

<variant>Мерзімі жеткен жүктілік. Босанудың ІІ кезеңі, Митралдық стеноз. ҚАЗ ІІ А

<variant>Мерзімі жеткен жүктілік. Босанудың ІІ кезеңі, Митралдық стеноз. ҚАЗ І. Нәрестенің гипоксиясы

<variant>Мерзімі жеткен жүктілік. Босанудың ІІ кезеңі, Митралдық стеноз. Өкпе ісінуі алдында.

<variant>Мерзімі жеткен жүктілік. Митралды қақпақшаның стенозы. ТЖ ІІ

<question>Алғаш босанушы әйелдің жамбас өлшемдері қалыпты және нәрестенің болжам салмағы орташа, жатыр мойны толық ашылған кезде нәрестенің төбе жігі кіші жамбастың кіреберіс жазықтығының көлденең өлшемінде екендігі анықталды, үлкен еңбек оң жағында, кіші еңбек – сол жағында, үлкен еңбекпен бір деңгейде.

Нәресте басының қондырылу сипатын анықтаңыз:

<variant>алдыңғы баспен жату

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 45 беті

<variant>шүйдемен жатудың артқы түрі

<variant>шүйдемен жатудың алдыңғы түрі

<variant>маңдаймен жату

<variant>бетпен жату

<question>Жамбаспен келу нақты диагнозы жүктіліктің ... қойылады

<variant>32 аптасында

<variant>34 аптасында

<variant>40 аптасында

<variant>28 аптасында

<variant>36 аптасында

<question>Жүкті әйел 23 жаста, 30-31 апталық жүктілікпен патология бөліміне әлсіздікке, шөлдеуге, тойымсыз аштық сезімге, суықтықты тәулігіне 5-6 литрге дейін ішуіне шағым айтып түсті. Әйелде терінің қышуы, көп зәр шығуы мазалайды. Бірінші жүктілігі 27-28 аптада, мерзімінен бұрын өлі ұрықпен босану, осы жүктілігі – екінші, жатыр 30-31 апталық жүктілікке сәйкес ұлғайған, ұрықтың орналасуы ұзына бойы, басымен келіп тұр. Жүрек соғымы айқын, ырғақты. Қандағы қант мөлшері 10, 2 ммоль/л. Зәрде 5 ммоль /л. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Гестациялық диабет

<variant>Семіздік

<variant>қант диабеті

<variant>Дерматит

<variant>Ауыр акушерлік анамнез

<question>Жедел аппендицит пен мерзіміне жеткен жүктілік. Сіздің амалыңыз:

<variant>аппендэктомия және кесар тілігі

<variant>аппендэктомия және кесар тілігіжатыр ампутациясымен

<variant>жоспарланған босандыру және босануды консервативті жүргізу

<variant>аппендэктомия және босануды консервативті жүргізу

<variant>аппендэктомия және кесар тілігі жатыр экстирпациясымен

<question>Скульский формуласы ... анықтайды.

<variant>жатыр қуысындағы ұрықтың ұзындығын

<variant>жатыр қабырғасының қалыңдығын

<variant>ұрықтың маңдай-шүйде өлшемін

<variant>жүктілік мерзімін

<variant>босану мерзімін

<question>Плацента ... дамиды.

<variant>ұрықтанудың 1 аптасынан басталады

<variant>ұрықтың қан айналысымен басталады

<variant>16 аптада

<variant>ұрықтанудың 3 аптасынан, бұрлердің васкуляризациясынан, бұрлердің үштік бұрлерге ауысуынан.

<variant>плацентаның толық бекуінен

<question>Плацентарлық қан айналым ... басталады.

<variant>жүктіліктің II айынан

<variant>жүктіліктің III айынан

<variant>жүктіліктің IV айынан

<variant>жүктіліктің V айынан

<variant>жүктіліктің VI айынан

<question> 1. Жаңа туған нәрестелерде тыныс бұзылыстары синдромын емдеуінің негізгі мәлеметтері:

<variant>тыныс жолдарының өткізгіштігін қалпына келтіру, қосымша көмек вентиляция

<variant>ауру қоздырғышының сезімталдығын ескере отырып антибиотикотерапия

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨҚ		34-11-2025 2 бетін 46 беті

<variant>су және тұз алмасуды қалыптастыруды, айналымдағы сұйықтық көлемін толықтыру

<variant>жүрек-қан тамырлық дәрілер

<variant>тыныс аналептиктері, гормонотерапия

<question>Ұрық басымен кіші жамбас қуысында тұрғанда қынап арқылы қарау кезінде ... анықталады.

<variant>басы сегізкөз бен қасағаның жоғарғы үштен бірін, мүйіске қол жетпейді, отырғыш осі анықталады. Басы иілген, кіші еңбек үлкен еңбектен төмен. Сагитальды жігі бір қиғаш өлшемге сәйкес келеді

<variant>сегізкөз ойығы бос, мүйіске қол жетеді, қасағаның ішкі беті бос, сагитальды жігі қиғаш өлшемге сәйкес

<variant>сегізкөз ойығының ішкі беті, қасағаның 2/3, ішкі бетінде бала басы, сагитальды жігі қиғаш өлшемге сәйкес

<variant>сегізкөз ойығы мен симфиздің ішкі бетінде бала басы орналасқан, отырғыш сүйек остері анықталады, сагитальды жігі қиғаш өлшемде

<variant>сегізкөз ойығы мен симфиздің ішкі бетінде бала басы орналасқан, отырғыш сүйек осі анықталмайды

<question>Алғашқы босанушы, 24 жаста, босанудың ІІ кезеңінде 20 минут, ұрық басының жылжуы жоқ, ұрықтың жүрек соғысы 135 рет/минутына, қынап арқылы тексергенде аузы, беті анықталады. Нәресте басының ... қондырылуы.

<variant>бетпен

<variant>шүйдемен

<variant>артқы төбемен

<variant>маңдаймен

<variant>алдыңғы төбемен

<question>Көп босанушы әйелдегі жатыр жырттылу қауіп белгісі:

<variant>күшті босану қызметі, босанушының тынымсыздығы, жатыр формасы құм сағаты тәрізді

<variant>сыртқы жыныс мүшелердің және жатыр мойнын ісінуі, әлсіз толғақ

<variant>әлсіз ауыртпалы толғақ, толғақ арасында төменгі сегментін ауырсынуы

<variant>жыныс мүшелерден аз мөлшерді қан бөліністердің болуы

<variant>босану қызметінің дискоординациясы, зәрінде қан болуы

<question>Аралықтың ІІ дәрежелі жырттылысында ...

<variant>аралық бұлшықеттерінің зақымданады

<variant>қан кету болмайды

<variant>тіндердің ісінуі байқалмайды

<variant>жергілікті қан айналым бұзылмайды

<variant>тік ішек сыртқы сфинктері зақымдалады

<question>Аралық жырттылуының ІІІ дәрежесінде бірінші тігіс міндетті түрде ... салынады.

<variant>қынап жырттылуының жоғарғы бұрышынан

<variant>аралықтың бұлшық еттеріне

<variant>аралықтың терісіне

<variant>тік ішектің қабырғасына және сфинктіріне

<variant>қынап жырттылуының төменгі бұрышынан

<question>Акушерлік және ультрадыбыстық тексеру нәтижелерінде 26 жастағы жүкті әйелге келесі диагноз қойылды: Ұрықтың антенаталды өлуі.

Диагнозды талқылаңыз:

<variant>жүктіліктің ≥ 22 аптасына дейінгі және босанудың басталуына дейінгі ұрық өлімі

<variant>жүктіліктің ≥ 37 аптасына дейінгі және босанудың басталуына дейінгі ұрық өлімі

<variant>жүктіліктің ≥ 40 аптасына дейінгі және ұрық туылғанынан кейінгі өлімі

<variant>жүктіліктің ≥ 12 аптасына дейінгі және ұрық туылғанына дейінгі өлімі

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 47 беті

<variant>жүктіліктің бірінші күнінен және босанудың басталуына дейінгі ұрық өлімі
<question>ДДСҰ (ВОЗ) тірі туылу критерийлеріне өтуге байланысты перинаталды өлім көрсеткіші өте жоғарылады.

Бұл өлім көрсеткішін төмендету мақсатында жүргізілетін шаралар:

<variant> ұрықтың денсаулығына қауіпті жағдайларды ерте анықтау

<variant>перинаталды өлім себептерінің анализін жүргізу

<variant>жүкті әйелдің демалу және тамақтану тәртібтерін сақтау

<variant> жүктілікті сақтау сұрағын уақытылы шешу

<variant>жүкті әйелдермен санитарлы-ағарту жұмысын жақсарту

<question>Мерзімі жеткен жүктілігі бар босанушы әйел перзентханаға босануға түсті.

Құжаттар мен бірге партограмма толтырылды. Партограмма ... белгілейді.

<variant>ұрық басының жамбас жазықтықтарынан өтуін

<variant>босанушының өмір анамнезін

<variant>аурудың анамнезін

<variant>жатыр мойнының жетілу дәрежесін

<variant>аллериялық анамнезін

<question> Дене массасы ... жоғары болуында ірі нәресте деп саналады.

<variant>4000 г

<variant>3500 г

<variant>3800 г

<variant>3000 г

<variant>4500 г

<question>Жүктіліктің екінші жартысында апталық салмақ қосу ... болуы тиіс.

<variant>300-400 г

<variant>50-200 г

<variant>200-300 г

<variant>100-150 г

<variant>400-500 г

<question>Ерте гестоздың жиі кездесетін түріне ... жатады.

<variant>жүкті әйелдер құсуы, птализм

<variant>жүкті әйелдер ісінуі, гипертониясы

<variant>жүкті әйелдер гипертониясы, преэклампсия

<variant>жүкті әйелдер хорейсы, дерматоздар

<variant>жүкті әйелдер құсуы, бауыр желел сарғайып солуы

<question>Жүктілердің құсуында жүктілікті үзуге ... көрсеткіш болып табылады.

<variant>алиментарлы дистрофия

<variant>5 кг астам салмақ жоғалту, анемия

<variant>ацетонурияның пайда болуы

<variant>ісінудің пайда болуы және гипертензия

<variant>метаболикалық ацидоздың болуы

<question>Цангемейстер үштігіне ... кіреді.

<variant>ісінулер, протеинурия, гипертензия

<variant>гипертензия, диспротеинемия, гиповолемия

<variant>тамырлар тарылуы, гиповолемия, гипотермия

<variant>ісінулер, диурездің төмендеуі, альбуминурия

<variant>ісінулер, гипопроteinемия, диспротеинемия

<question>Эклампсия талмасының ... кезеңі бет бұлшықттерінің аздап фибриллярлы жыбырлауымен сипатталады.

<variant>1-ші

<variant>2-ші

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 48 беті

<variant>3-ші

<variant>4-ші

<variant>2-ші және 3-ші

<question> Эклампсия талмасының ... кезеңі тоникалық құрысулармен сипатталады.

<variant>2-ші

<variant>1-ші

<variant>3-ші

<variant>4-ші

<variant>2-ші және 3-ші

<question> Эклампсия талмасының ... кезеңі клоникалық құрысулармен сипатталады.

<variant>3-ші

<variant>2-ші

<variant>1-ші

<variant>4-ші

<variant>2-ші және 3-ші

<variant>жүктіліктің мерзімінен асуы, ірі ұрықтың дамуы

<variant>бүйрек жетіспеушілігімен

<variant>жүрек-қантамыр жетіспеушілігінің дамуымен

<variant>босанғаннан кейінгі септикалық аурумен

<question> 26 жастағы жүкті әйел, жүктіліктің 34-35 аптасында 3 күннен бері аяқтарында ісіктің пайда болуына шағымданып келді. Соңғы аптада 500,0г салмақ қосқан. Жағдайы қанағаттанарлық. Соматикалық дені сау. АҚ 150/85, 145/85 мм сын. бағ., балтыры мен тобығында аздаған ісік. Зәр анализінде белок - 0,6 г/л, лейкоциттер – 3-5 көру аймағында. Диагноз:

Жүктілік 35-36 апта.

<variant>Жеңіл дәрежедегі преэклампсия

<variant>Ауыр дәрежедегі преэклампсия

<variant>Гломерулонефрит гипертониялық түрі

<variant>Созылмалы пиелонефрит

<variant>Гипертониялық ауру

<question> Емханада акушер плацентаның жатуына күдіктенгенде... жасамауы тиіс.

<variant>қынаптық зерттеуді

<variant>сыртқы акушерлік тексеруді

<variant>анамнез жинауды

<variant>ультрадыбыстық тексеруді

<variant>жатыр мойнын айнамен қаруды

<question> Жүктіліктің үшінші ұшайлығында жыныс жолдарынан қан кетудің ең жиі себебі:

<variant>плацентаның жатуы

<variant>бұтаралық жыртылуы

<variant>қынаптың жыртылуы

<variant>жатыр мойынның жыртылуы

<variant>тромбоцитопения

<question> Тұңғыш босанушы әйел, 25 жаста, жетілген жүктілікпен босануда 7 сағат. Ұрық жүрек соғысы анық ретті, 145 рет минутына. Толғағы 40 минут сайын 5-6 секундтан жақсы күшімен. Р. V. жатыр мойны тегістелген, ашылуы – 2,0 см. Қағанақ қабы анықталмайды, суы мөлдір. Ұрық басы келіп тұр, кіші жамбас кіре берісіне тірелген. Сіздің тактикаңыз:

<variant>партограмма бойынша бақылау

<variant>окситоцинмен босану стимуляциясын бастау

<variant>амниотомия, босану стимуляциясымен

<variant>жедел кесар тілігі

<variant>кесар тілігінің пайдасына амалды қайта қарау

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨҚ		34-11-2025 2 беттің 49 беті

<question> Жүкті әйел 1 деңгейлі перзентханаға жүктіліктің 28 аптасында судың кетуі шағымымен келіп түсті. Объективті: жатыр қалыпты тонуста, көлемі жүктіліктің 28 аптасына сай. Ұрықтың жүрек соғысы анық, ретті 136 соққы/мин. Температура 36,6 °С, ЖҚА: Л- 7,5*10⁹/л. Сіздің тактикаңыз және неге:

<variant> Жүктілікті жалғастыру антибактериальді терапия және дексаметазон фонында, себебі ұрықтың РДС-синдромына профилактика жүргізу керек, жүктіліктің 28-29 аптасын ескере отырып 3 деңгейлі перзентханаға ауыстыру.

<variant> Босануды қоздыруды окситоцинмен бастау, себебі босануға дейін қағанақ суының кетуі бар.

<variant> Босануды қоздыруды окситоцинмен бастау, себебі хориоамнионит бар

<variant> Жүктілікті жалғастыру дексаметазон фонында, себебі ұрықтың өкпесі даму үшін терапия жүргізу қажет, жүктіліктің 28-29 аптасын ескере отырып 3 деңгейлі перзентханаға ауыстыру.

<variant> Жүктілікті жалғастыру антибактериальді терапия және дексаметазон фонында, себебі ұрықтың РДС-синдромына профилактика жүргізу керек. Жүктіліктің 28-29 аптасын ескере отырып 2 деңгейлі перзентханаға ауыстыру.

<question> Перзентханада жатқан қайта босанатын әйелге жүктіліктің 32 аптасында қағанақ суының босануға дейін кетуіне байланысты өрмелеуші инфекция және ұрық СДР профилактикасы жүргізілді. 3-ші тәулікте ретті босану әрекеттері басталған кезде дене қызуы 38⁰С көтеріліп, қан анализінде: Л- 15,2*10⁹/л. Мөлдір емес иісі бар су кетіп жатыр. Қынаптық зерттеуде: жатыр мойын ашылуы – 4 см. Ұрық басымен келіп тұр, кіші жамбас кіреберісіне тірелген. Қағанақ қабы жоқ. Сіздің әрекетіңіз және неге:

<variant> Босануды консервативті жүргізу антибактериальді терапиямен, босанудың активті фазасын, хориоамнионитты, босануды 3-4 сағат ішінде жүргізу мүмкіндігін ескере отырып.

<variant> Шұғыл кесір тілігі, хориоамнионитты ескере отырып.

<variant> Шұғыл кесір тілігі, қағанақ суының босануға дейін кетуін ескере отырып.

<variant> Босануды консервативті жүргізу антибактериальді терапиямен, қағанақ суының босануға дейін кетуін, хориоамнионитты ескере отырып.

<variant> Босануды консервативті жүргізу антибактериальді терапиямен, қағанақ суының босануға дейін кетуін, жүктіліктің 32-33 аптасын ескере отырып

<question> Жүкті әйел жүктіліктің 31 аптасында босану әрекеті басталғаннан 2 сағаттан кейін стационарға түсті. Ұрықтың орналасуы тігінен. Ұрықтың жүрек соғысы 132 соққы/мин.

Қынаптық зерттеуде: жатыр мойны тегістелген, ашылуы 1 см. Ұрық басымен келген, кіші жамбас кіреберісіне тірелген. Қағанақ қабы бүтін. Сіздің әрекетіңіз және неге:

<variant> Жүктіліктің 31 аптасын ескере отырып, нифедипинмен жедел токолиз жүргізу арқылы ұрықтың РДС синдром профилактикасын бастау. Босанудың 1 кезеңін ескеріп босануға дейін ампициллин 2 гр т/і 6 сағаттан кейін енгізуді бастау

<variant> Партограмма бойынша бақылау, ампициллин 2,0 т/і тағайындау, жүктіліктің 31 аптасын ескере отырып.

<variant> Партограмма бойынша бақылау, ұрықтың РДС профилактикасын тағайындау, жүктіліктің 31 аптасын ескере отырып.

<question> Денісау жаңа туылған нәрестенің жүрек соғысы минутына ... рет соғады.

<variant> 120-140 рет минутына

<variant> 90-100 рет минутына

<variant> 80-90 рет минутына

<variant> 150-160 рет минутына

<variant> 160-170 рет минутына

<question> Сазонова – Бартельс жіктелуі бойынша босанудан кейінгі септикалық аурулардың I сатысы:

<variant> босанудан кейінгі жара эндометрит

QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 50 беті

<variant>метротромбофлебит

<variant>тромбофлебит

<variant>параметрит

<variant>перитонит

<question>Босанғаннан кейін қан кетудің алдын алуда қолданатын препарат:

<variant>окситоцин

<variant>метилэргометрин

<variant>хинин

<variant>эрготал

<variant>простенон

<question>Босанғаннан кейінгі кезеңде қан ағудың ең тиімді алдын-алу ... болып табылады.

<variant>үшінші кезеңді белсенді жүргізу

<variant>окситоцинді күре тамырға енгізу

<variant>метилэргометринді күре тамырға енгізу

<variant>мизопростолды тік ішекке енгізу

<variant>жатырдың сыртқы массажы

<question>Босанғаннан кейінгі кезеңдегі 2000,0 мл жоғары қан кеткенде инфузионды терапия(кристаллоидтар) көлемі ... мл.

<variant>3000,0

<variant>2000,0

<variant>1000,0

<variant>400,0

<variant>600,0

<question>Босанғаннан кейінгі кезеңдегі 2000,0 мл жоғары қан кеткенде жаңадан қатырылған плазма мөлшері ... мл.

<variant>1000,0 және жоғары

<variant>200,0

<variant>400,0

<variant>600,0

<variant>800,0

<question>Қанағуды тоқтату мақсатында қолданылатын окситоциннің максималды дозасы ... бірлік.

<variant>60

<variant>40

<variant>30

<variant>20

<variant>10

<question>Мерзіміндегі босанудан соң 10

минуттан кейін жыныс жолдарынан қанды бөлінділер бөліне бастады.

Балажолдасының бөліну белгілері бар. Қан жоғалту 100,0. Тактикаңыз:

<variant>балажолдасы кезеңін белсенді жүргізу

<variant>балажолдасын қолмен бөлу және шығару

<variant>көк тамырға метилэргометринді енгізу

<variant>но-шпаны енгізу

<variant>іштің төменгі бөлімін суық басу

<question>Балажолдасының өздігінен бөлінген, бүтіндігі күмәнтудырады. Жатыртығыз.

Қан жоғалту - 200,0. Тактикаңыз:

<variant>жатырқуысын қолмен тексеру

<variant>балажолдасын қолмен бөліп шығару

<variant>жатырқуысының кюретажы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 51 беті

<variant>іштің төменгі бөліміне суық басу

<variant>окситоцинді енгізу.

<question>Босанғаннан кейінгі ... күнде ейіні өліммен аяқталған кезде ана өліміне жатады.

<variant>42

<variant>56

<variant>70

<variant>46

<variant>60

<question>Босанғаннан кейін жатыр түбі деңгейі ... орналасқан.

<variant>кіндік деңгейінде

<variant>кіндіктен 2 елі жоғарыда

<variant>қасаға деңгейінде

<variant>кіндіктен 2 елі төмен

<variant>қасағадан 2 елі жоғарыда

<question>22 жастағы босанған әйел, босанғаннан кейінгі 4

тәуліктен әр естесімен бірге қанағаттанарлық жағдайда үйіне шығарылып жатыр, нәрестені тек емшек сүтімен қоректендіреді. Перзентханадан шыққаннан кейінгі контрацепция түрі:

<variant>лактационды аменорея әдісін

<variant>қосарланған оральді контрацептивтер

<variant>ырғақты әдісті

<variant>барьерлі әдісті

<variant>жатыр ішлік контрацепцияны

<question>Мерзімінен бұрын босану диагнозы ... нәресте туылғанда қойылады.

<variant>массасы 2300 г, ұзындығы 44 см

<variant>массасы 2800 г, ұзындығы 48 см

<variant>массасы 2600 г, ұзындығы 47 см

<variant>массасы 800 г, ұзындығы 28 см

<variant>массасы 3000 г, ұзындығы 50 см

<question>Лактациялық аменорея әдісі қолданылады:

<variant>босанудан кейін 6 ай бойы

<variant>емшекпен емізудің барлық уақытында

<variant>дереу босанудан кейін

<variant>бірінші етеккірден кейін

<variant>босанудан кейін 1 жыл бойы

<question>Акушерлік перитонит жиі ... кейін дамиды.

<variant>кесар тілігінен

<variant>босанудан

<variant>ерте өздігінен түсіктен

<variant>жасанды аборттан

<variant>кеш өздігінен түсіктен

<question>Лактациялық маститтің дамуындағы инфекцияның берілу жолдары:

<variant>лимфогенді

<variant>гематогенді

<variant>галактогенді

<variant>перинеуралды

<variant>фекальді оралды

<question>Босанғаннан кейінгі серозды маститтің клиникалық белгісіне жатпайды:

<variant>сүт безі ұлғайғаны

<variant>пальпацияда кезінде сүт безінің тығыздалуы

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 52 беті

<variant>сүт безінің зақымдалған жағында ауырсынуы

<variant>дене қызуы 38-39С

<variant>сүт безінің тығыздалған бөлігінің түсі қызарған

<question> Ірінді лактациялық маститтің клиникалық түріне жатпайды:

<variant>серозды мастит

<variant>альвеола фрункулезі

<variant>ареола абсцесі

<variant>инфильтративті мастит

<variant>ретромаммарлы абсцесс

<question> Анаөлімкөрсеткішікелесітәсілменесептелінеді:

<variant> (жүктілікмерзімінебайланыссызжүктілердің, жүктілікаяқталғансоң 42 күнішіндегібосанушылардың, босанғанәйелдердіңқайтысболғандарсаны)/ (тірітуғандарсаны) × 100 000

<variant> (28 аптажәнеоданжоғарыжүктілікмерзімінде, босанудажәнебосануданкейін 2 аптаішіндеөлгенәйелдерсаны)/ (тіріжәнеөлітуғандарсаны) × 100 000

<variant> (Жүктілікмерзімінебайланыссызжүктілердің, жүктілікаяқталғансоң 42 күнішіндегібосанушылардың, босанғанәйелдердіңқайтысболғандарсаны)/ (тіріжәнеөлітуғандарсаны) × 100 000

<variant> (Босанукезіндеөлгенәйелдерсаны)/(босанусаны) × 100 000

<variant> (28 апталықжүктілікасқынуынанөлгенәйелдерсаны)/(тіріжәнеөлітуғандарсаны) × 100 000

<question> Перинатальдіөлімкөрсеткішікелесітәсілменесептелінеді:

<variant> (жүктіліккезінде (ұрықтыңсалмағы 500гржәнеоданжоғары), босанукезіндежәнетуғаннанкейіналғашқы 168 сағатішіндеөлгендерсаны)/ (өліжәнетірітуғандарсаны) × 1000

<variant> (Туғаннан кейін алғашқы 7 тәуліктеөлгендерсаны)/ (босанусаны) × 1000

<variant> (Өлітуғандарсанытуғаннанкейіналғашқы 168 сағаттаөлгендерсаны)/ (тірітуғандарсаны) × 1000

<variant> (Өлі туғандар саны)/ (босану саны) × 1000

<variant> (Интранатальді өлгендер саны)/ (өлі туғандар саны) × 1000

<question> Антенатальді өлім көрсеткішіне ұрық өлімінің келесі жағдайлары жатады:

<variant> жүктіліктің 22-40 апта мерзімінде

<variant> Босану кезінде

<variant> Жүктілік және босану кезінде

<variant> Босанғаннан кейін алғашқы 24 сағатта

<variant> Бүкіл жүктілік бойы

<question> HELP- синдромға тән диагностикалық белгісі:

<variant> трансаминазалардың (АСТ, АЛТ) 10-15 есе және одан көп күрт жоғарлауы

<variant> Трансаминазалардың (АСТ, АЛТ) күрт төмендеуі

<variant> Трансаминазалардың қалыпты деңгейі

<variant> Лейкоциттер деңгейінің 10-15 есе төмендеуі

<variant> Лейкоциттер деңгейінің жоғарлауы

<question> Шокті индекс – бұл:

<variant> Пульс жиілігін систолиялық АҚ көрсеткішіне бөлу

<variant> Пульс жиілігін диастолиялық АҚ көрсеткішіне бөлу

<variant> Систолиялық және диастолиялық АҚ көрсеткіштер қосындысын пульс жиілігіне бөлу

<variant> Систолиялық және 2 диастолиялық АҚ көрсеткіштер қосындысын 3-ке бөлу

<variant> Пульс жиілігін орташа АҚ көрсеткішіне бөлу

<question> Спинальді анестезия келесі жағдайда қолданылмайды:

<variant> Акушерлік қысқыш салу

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 53 беті

<variant>Кесар тілігі

<variant>Лапаротомия

<variant>Плацентаны қолмен ажырату

<variant>Шат аралық жыртылуларын тігу

<question>Босанудан кейінгі эндометриттің арнайы лабораторлы-инструменталды әдісінің міндеті болып табылады:

<variant>Қан егіндісін стерильдікке

<variant>Жатыр қуысынан аспиратты бактериологиялық зерттеу

<variant>Кеңейтілген қан анализі

<variant>ЖатырУДЗ

<variant>Гемостаз жүйесін зерттеу

<question>Эндометриттің жасырын түріне тән:

<variant>Созылмалы, ағымы айқын клиникалық симптоматикасыз

<variant>Бірінші орынға ішек парезі симптомы шығады

<variant>Найзағай тәрізді, ағымы ауыр, айқын интоксикациямен

<variant>Деструктивті процестермен жедел басталу

<variant>Интенсивті емнен кейін симптомдардың тез азаюы және жоғалуы

<question>Босанудан кейінгі параметритке тән:

<variant>Клетчаткадағы даму процесінің жатыр мойнының жыртылуымен байланысы

<variant>Параметриялы клетчатканың екіжақты зақымдануы

<variant>Дене температурасы жоғарылығы

<variant>Жатыр маңы клетчатканың біржақты зақымдануы

<variant>Босанудан кейін 10-12-ші күні айқын симптоматика

<question>Қайта жүкті алғаш босанушы әйелде өлі ұрықпен уақытынан бұрын босану болды.

Стационардан шығару алдында тексеру жүргізілді: Нв 98 г/л, Эритроциттер 3x10¹²/л, Лейкоциттер 6,8x10⁹/л, ЭТЖ 18 мм/сағ; Зеранализі: үлес салмағы 1020, Л 2-3 көру алаңында.

Осы жағдайда көрсетілген контрацепцияны науқас қашан бастай алады:

<variant>Босанудан кейін 4-6 аптадан соң

<variant>Босанудан кейін 6 аптадан соң

<variant>Босанудан кейін 6 айдан соң

<variant>Босанудан кейін 1-5 күндері

<variant>Босанудан кейін 3 аптадан соң

<question>Босанушыда босану әрекеті басталған соң 6 сағаттан кейін қызбала дүниеге келді, асқынусыз. Сіздің әрекетіңіз және неге?

<variant>Б/е окситоцинді 10 ЕД енгізу гипотониялық қан кетудің алдын-алу үшін

<variant>Ректальді мизопростол 0,2мг гипотониялық қан кетуді емдеу үшін

<variant>К/т окситоцинді 10 ЕД енгізу гипотониялық қан кетудің алдын-алу үшін

<variant>К/т метилэргометрин 1,0 енгізу гипотониялық қан кетуді емдеу үшін

<variant>К/т окситоцинді 5 БР енгізу гипотониялық қан кетуді емдеу үшін

<question>Босанудың 1 кезеңінің ұзақтығы 16 сағат, 2 кезең - 1 сағат. Нәресте мойнынан

кіндік бауының тығыз оралуымен туды, Апгар шкаласы бойынша - 5 балл. Өздігінен тыныс алу реанимациялық шаралардан кейін пайда болды. Туғаннан соң 5 мин. кейін Апгар шкаласы бойынша - 7 балл. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Орташа дәрежелі асфиксия

<variant>Ауыр дәрежелі асфиксия

<variant>Бас ми жаракаты

<variant>Пневмопатия

<variant>Жеңіл дәрежелі асфиксия

<question>Босанған әйел Р., 25 жаста, қағанақ суының уақытынан бұрын кетуімен өткен (сусыз кезең 8 сағат 30 минут) бірінші уақытында босанудан кейін 4 тәулікте кешкі дәрігердің

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 бетін 54 беті

қарауында қалтырауға және дене температурасының 39 градусқа көтерілуіне шағымданды. Анамнезінде созылмалы тонзиллит, пиелонефрит. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық, беті гиперемиялы. Пульс минутына 92 рет. Дене температурасы – 39 градус. Сол жақ сүт безінің жоғарғы-сыртқы квадрантында көлемі 6х7см инфильтрат бар, пальпация кезінде ауырсынады, терісі гиперемияланған. Сол жақ емізікте беткейлі жарылу. Оң жақ сүт безі ерекшеліксіз. Жатыр түбі қасағадан 4 саусақ жоғары, жатыр ауырсынусыз. Бөліністер қанды-серозды, иіссіз. 3 күннен кейін жүргізілген терапияға қарамастан босанған әйелде температурасы қайта көтерілді, қалтырау пайда болды, сол жақ сүт безінде ауырсыну мазалайды, әлсіздік. Пульс — 100 уд/мин. Сүт безі гиперемиялы, ісінулі, жоғарғы-сыртқы квадранты ауырсынулы, ортасы жұмсарған. Осы аурудың дамуына қандай себептер әкелуі мүмкін:

<variant>Емізік жарылуы, себебі инфекция үшін «кіру қақпасы» болып табылады

<variant>Экстрагенитальді патологияның өршуі, инфекцияның таралу көзі ретінде

<variant>Қағанақ суының босанудан бұрын кетуі, ұзақ сусыз кезең ынталандырушы фактор болуы мүмкін

<variant>Иммунореактивтіліктің төмендеуі, себебі жүктілік екіншілік иммуножетіспеушілік болып қарастырылады

<variant>Лактостаз, себебі сүт безі босамаған

<question>Босанған әйел 32 жаста босанудан кейін 3 тәулікте ішінің төменгі жағындағы ауырсынуға, қалтырауға, басының ауырсынуына, дене температурасының 39 градусқа дейін көтерілуіне шағымданды. Босануда плацентаның жартылай тығыз жабысуына байланысты плацентаны қолмен ажыратып және бала жолдасын шығару жүргізілді. Анамнезінде бір босану және екі жасанды түсік, созылмалы пиелонефрит. Сүт бездері сәл қатайған. Қандай диагноз дұрыс?

<variant>Эндометрит

<variant>Мастит

<variant>Лохиометра

<variant>Лактостаз

<variant>Созылмалы пиелонефриттің өршуі

<question>Босанған әйел 32 жаста босанудан кейін 3 тәулікте ішінің төменгі жағындағы ауырсынуға, қалтырауға, басының ауырсынуына, дене температурасының 39 градусқа дейін көтерілуіне шағымданды. Босануда плацентаның жартылай тығыз жабысуына байланысты плацентаны қолмен ажыратып және бала жолдасын шығару жүргізілді. Анамнезінде бір босану және екі жасанды түсік, созылмалы пиелонефрит. Сүт бездері сәл қатайған. Осы науқасқа диагностикалық іздену жүргізу кезінде қандай зерттеу әдісі неғұрлым бағалы?

<variant>Ішкі жыныс мүшелерінің трансвагинальді ультрадыбысты сканирленуі

<variant>Жатыр қуысынан аспиратты бактериологиялық зерттеуі

<variant>Стерильдікке зәр егіндісі

<variant>Нечипоренко бойынша зәр анализі

<variant>Гистероскопия

<question>Босанған әйел 32 жаста босанудан кейін 3 тәулікте ішінің төменгі жағындағы ауырсынуға, қалтырауға, басының ауырсынуына, дене температурасының 39 градусқа дейін көтерілуіне шағымданды. Босануда плацентаның жартылай тығыз жабысуына байланысты плацентаны қолмен ажыратып және бала жолдасын шығару жүргізілді. Анамнезінде бір босану және екі жасанды түсік, созылмалы пиелонефрит. Сүт бездері сәл қатайған. Осы науқасқа этиотропты терапияның негізгі бағыты болып табылады:

<variant>Кең әсерлі спектрлі антибиотиктер

<variant>Преформирленген физикалық факторлар

<variant>Пролактин бөлінуін блоkirлеуші препараттар

<variant>Нитрофуран тобындағы антибактериальді препараттар

<variant>Утеротоникалық препараттар

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 55 беті

<question>Босанған әйел 32 жаста босанудан кейін 3 тәулікте ішінің төменгі жағындағы ауырсынуға, қалтырауға, басының ауырсынуына, дене температурасының 39 градусқа дейін көтерілуіне шағымданды. Босануда плацентаның жартылай тығыз жабысуына байланысты плацентаны қолмен ажыратып және бала жолдасын шығару жүргізілді. Анамнезінде бір босану және екі жасанды түсік, созылмалы пиелонефрит. Сүт бездері сәл қатайған. Сазанов-Бартельс жіктелуіне сәйкес бірінші этапта босанудан кейін инфекция таралуы жүргізіледі

<variant>Жамбастың бүйір қабырғалық клетчаткалы кеңістігі арқылы

<variant>Параметрий бойынша

<variant>Жамбастың артқы тік ішек клетчаткасы кеңістігі бойынша

<variant>Көпіршік алды клетчаткалы кеңістік бойынша

<variant>Параректум бойынша

<question>Босанған әйел 32 жаста босанудан кейін 3 тәулікте ішінің төменгі жағындағы ауырсынуға, қалтырауға, басының ауырсынуына, дене температурасының 39 градусқа дейін көтерілуіне шағымданды. Босануда плацентаның жартылай тығыз жабысуына байланысты плацентаны қолмен ажыратып және бала жолдасын шығару жүргізілді. Анамнезінде бір босану және екі жасанды түсік, созылмалы пиелонефрит. Сүт бездері сәл қатайған. Қандай микроорганизмдер босанудан кейінгі іріңді-септикалық асқынуды шақырады?

<variant>Энтеробактерия, спора түзбейтін анаэробтар

<variant>Стрепто- и стафилококктар

<variant>Вирустар

<variant>Мико- и уреоплазмалар

<variant>Спора түзуші анаэробтар

<question>Босанған әйел 32 жаста босанудан кейін 3 тәулікте ішінің төменгі жағындағы ауырсынуға, қалтырауға, басының ауырсынуына, дене температурасының 39 градусқа дейін көтерілуіне шағымданды. Босануда плацентаның жартылай тығыз жабысуына байланысты плацентаны қолмен ажыратып және бала жолдасын шығару жүргізілді. Анамнезінде бір босану және екі жасанды түсік, созылмалы пиелонефрит. Сүт бездері сәл қатайған.

Эксудативті қабыну ошағындағы негізгі клеткалар қандай:

<variant>Полиморфты ядролы лейкоциттер

<variant>Лаброциттер

<variant>Фибробласттар

<variant>Плазматикалық клеткалар

<variant>Гистиоциттер

<question>УДЗ белгілері: ішек ілмегі кеңейген, гиповолюмді құраммен толтырылған, перистальтикасы жоқ, құрсақ қуысында бос сұйықтық, кесар тілігі операциясынан кейін жатыр қабырғаларының біркелкі емес қалыңдығы. Осы патология Сазанов –Бартельс жіктеуі бойынша қай этапқа жатады:

<variant>Үшінші этап

<variant>Төртінші этап

<variant>Бесінші этап

<variant>Бірінші этап

<variant>Екінші этап

<question>Босанушыда босанудың III кезеңінде ұрық жолдастың 3,0x4,0 см көлемінде дефектісі анықталды. Ұрық жолдас туылғаннан кейін плацентаның кідіруі және плацентаның бүтіндігіне күмән туындаған кезде міндетті түрде жасау керек:

<variant>дереу жатыр қуысын қолмен тексеру

<variant>Қан кеткеннен кейін жатыр қуысын қолмен тексеруді жүргізу

<variant>Патологияны анықтау үшін ультрадыбыстық зерттеуді жүргізу

<variant>Жатыр қуысын қыру

<variant>Жиыруға көмектесетін препараттар тағайындау

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 бетін 56 беті

<question>38 жастағы көп босанушыда жылдам босану болды. Жүктілік бойынша тіркеуге тұрмаған. Баланы туғаннан соң босанған әйелдің жағдайы күрт төмендеді. Қалтырауға, жөтелге, төсартындағы ауру сезіміне шағымданды. Қозған, цианоз, құсу және тырысулар байқалады. Науқас комаға құлады. Осы жағдайдағы дұрыс диагнозды таңдаңыз:

- <variant>Қағанақ суымен эмболия
- <variant>Өкпе артериясының тромбоэмболиясы
- <variant>Эпилепсия ұстамасы
- <variant>Жатыр жыртылуы
- <variant>Эклампсия, эклампсиялық кома

<question>26 жастағы тексерілмеген жүкті әйел іштегі кесіп ауыратын ауру сезіміне, суықтерге, жыныс жолдардан бөлінетін бөлінділерге шағымданып түсті. Үйде өте айқын босану әрекеті болған. Түскен кезде – жүкті апатиялы, сұрақтарға қиындықпен жауап береді, босану әрекеті жоқ. Тері жабындары боз, тахикардия. Іші дұрыс емес формалы. Ұрықтың жүрек соғысы естілмейді. Щеткин- Блюмберг симптомы оң. Сәйкес келетін диагнозды таңдаңыз:

- <variant>болған жатыр жыртылуы
- <variant>Жедел аппендицит
- <variant>Уақытынан бұрын плацентаның ажырауы
- <variant>Қауіп төндіруші жатыр жыртылуы
- <variant>Босану әрекетінің дискординациясы

<question>29 жастағы алғаш босанушы 2 минутты интервалдағы ауырсынулы толғақтарға шағымданып түсті. Қарағанда : жатыр мойны 2см ашылған. 2 сағаттан кейін ол жиі ауырсынулы толғақтарға шағымдануды жалғастырды, жатыр мойнының ашылуы сол 2см-де. Болжам

диагнозыңыз:

- <variant>дискоординацияланған босану әрекеті
- <variant>Патологиялық прелиминарлы кезең
- <variant>Босану әрекетінің әлсіздігі
- <variant>Босанудың белсенді фазасы
- <variant>Босанудың латентті фазасы

<question>20 жастағы алғаш босанушыда үшінші тәулікте сүт бездерінің ұлғаюы, бала белсенсіз сорады, аз. Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық, температурасы қалыпты, пульс 76 соққы минутына. Сүт бездері ісінген, еміздіктері таза. Жатыр тығыз, ауырсынусыз, кіндіктен 6см жоғары. Лохиалар қанды, орташа. Сіздің диагнозыңыз:

- <variant>Кеш босанудан кейінгі кезең. Лактостаз.
- <variant>Кеш босанудан кейінгі кезең. Мастит.
- <variant>Босанудан кейінгі кезең. Жатыр субинволюциясы.
- <variant>Босанудан кейінгі кезең. Лохиометра
- <variant>Ерте босанудан кейінгі кезең. Мастит.

<question>Алғаш босанушы босанудың II кезеңінде. Босанушыны қадағалау кезінде ұрықтыңжүрек соғысы 90-100 соққы минутына дейін сиреді. Күшенуден кейін қайта қалпына келмейді. Қынаптық тексеру кезінде ұрықтың басы кіші жамбас қуысының тар бөлігінде сагитальды тігісімен оң жақ қиғаш өлшемде орналасқаны анықталды, кіші еңбек солға қараған.

Ұрық жағынан акушерлік қысқаштарды салуға көрсеткіш:

- <variant>ұрық дистресі
- <variant>өлі ұрық
- <variant>жетілмегендік
- <variant>Босану жарақаты
- <variant>Ірі ұрық

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 57 беті

<question>36 жастағы босанушы К. Белсенді босану әрекетімен босану үйіне жеткізілді. IV жүктілік. 4 босану. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Түскеннен 15 минуттан кейін тірі мерзімді 3950 гр. Қыз жынысты туылды. 10 минуттан кейін босанушыда жыныс мүшелерінен қанды бөлінділер пайда болды. Жатыры тығыз, домалақ пішінді, түбікіндік деңгейінде орналасқан. Қынаптан түсетін кіндік лигатурамен терең тыныс алу және тыныс шығару кезінде қынаптан тартылады және қайтадан бұрынғы деңгейіне түседі. Жыныс жолдарынан қанды бөлінділер көбейді, қан жоғалту 400 мл құрады, жалғасуда. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Мерзімді босану. Босанудың III кезеңі. Плацентаның тығыз жабысуымен байланысты қан кетуі.

<variant>Мерзімді босану. Босанудың III кезеңі. Гипотониялық қан кетуі.

<variant>Мерзімді босану. Босанудың III кезеңі. Аттониялық қан кетуі

<variant>Мерзімді босану. Босанудың III кезеңі. Ерте босанудан кейінгі кезеңдегі қан кетуі.

<variant>Мерзімді босану. Босанудың III кезеңі. Плацентаның өсуімен байланысты қан кетуі.

<question>Босанудан кейінгі 3 тәулікте 32 жасар босанушыда бас ауруы, қалтырау, іштің төменгі жағындағы ауру сезімі, дене температурасы 39С дейін жоғарылауы шағымдары пайда болды. Босануда плацентаның жартылай жабысуымен байланысты бала жолдасын қолмен бөлу және шығару жүргізілді. Анамнезінде: босанулар және екі мед. аборт, созылмалы пиелонефрит, сүт бездері орташа ұлғайған. Қандай диагноз дұрыс:

<variant>Босанудан кейінгі кезең. Эндометрит.

<variant>Босанудан кейінгі кезең. Жатырдың субинволюциясы.

<variant>Босанудан кейінгі кезең. Жедел респираторлы ауру.

<variant>Босанудан кейінгі кезең. Инфильтративті мастит.

<variant>Босанудан кейінгі кезең. Созылмалы пиелонефриттің асқынуы.

<question> 36 жастағы күшті толғақпен және қынаптан ұрық қолы шығып келе жатқан босанушы әйелді босану бөліміне алып келді. Анамнез нәтижелері: алтыншы жүктілік, I,II,III – асқынусыз аяқталған. IV - медаборт , V – жамбаспен келудегі босану. Объективті жағдайы тынышсыз, дене температурасы 37С, пульс 90 сок/мин. Ісіктер жоқ. ІА 160 см. Жатыр дұрыс емес көлденең пішінді. Жатыр ұрықты толық қамтиды, созылған және төменгі сегментте ауырсынады. Ұрық қозғалмайды. Ұрықтың бөліктері қиын анықталады. Ұрық маңы суы меконимен араласқан, аздап ағады. Ұрықтың жүрек соғысы және қозғалысы анықталмайды. Р.У.: сыртқы жыныс мүшелері ісінген және ісінген көк түсті ұрықтың сол қолы шығып тұр. Жатыр мойыны тегістелген, толық ашылған. Иықтары кіші жамбасқа катты кептелген. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Мерзімді босану. II кезең. Ұрықтың күрделі көлденең орналасуы. Қауіп төндіруші жатыр жыртылуы. Өлі ұрық.

<variant>Мерзімді босану. II кезең. Ұрықтың күрделі көлденең орналасуы.

<variant>Мерзімді босану. II кезең. Ұрықтың көлденең орналасуы. Өлі ұрық.

<variant>Мерзімді босану. II кезең. Ұрықтың күрделі көлденең орналасуы. Қауіп төндіруші жатыр жыртылуы.

<variant>Мерзімді босану. II кезең. Ұрықтың күрделі көлденең орналасуы

<question> Босанудан кейінгі үшінші тәулікте босанған әйел жалпы әлсіздікке, қалтырауға, іштің төменгі бөлігінің ауырыуына шағымданады. Осы босану уақытынан бұрын ұрық маңы суы кетуімен (сусыз кезең – 20 сағат), босану күшінің әлсіздігімен асқынған, осымен байланысты босану қуыстық қысқаштарды салумен аяқталған. Объективті тері жабындары орташа гиперемияланған, дене темпереатурасы 39С, пульс 96 сок/мин, ҚҚ 120/70 мм сынап бағанасында. Қынаптық тексеру: жатыр мойыны пішінделген, цервикалды канал 1 см өткізеді, жатыр жеткіліксіз жиырылған, домалақ пішінді, пальпацияда ауырсынады. Бөлінділер жағымсыз иісті және қоңыр түсті. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Босанудан кейінгі кезең. Септикалық метрозэндометрит

<variant>Босанудан кейінгі кезең. Пельвиоперитонит

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 58 беті

<variant>Босанудан кейінгі кезең. Босанудан кейінгі перитонит

<variant>Босанудан кейінгі кезең. Септикопиемия

<variant>Босанудан кейінгі кезең. Босанудан кейінгі жара

<question> Босанушы И, босанудан кейінгі кезеңнің 15 тәулігінде акушерлік клиникаға дене температурасының 38С қа жоғарылауына, оң жақ сүт безінде ауру сезіміне шағымданып келді. Қарағанда: оң жақ сүт безі ұлғайған, ауырады, оның терісі жоғарғы сыртқы квадрантта ісінген, гиперемияланған, цианозды. Пальпацияда тығыз, көлемі 8*8см ортасында флюктуация анықталатын өткір ауырсынулы инфильтрат байқалады. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Босанудан кейінгі кезең. Инфильтративті іріңді мастит

<variant>Босанудан кейінгі кезең. Гангренозды мастит

<variant>Босанудан кейінгі кезең. Абсцеске айналушы мастит

<variant>Босанудан кейінгі кезең. Іріңді некротикалық мастит

<variant>Босанудан кейінгі кезең. Босанудан кейінгісерозды мастит

<question>В., 25 жаста емханадағы акушер-гинеколог дәрігерге етеккірінің болмауына, жалпы әлсіздігіне шағымданып келді. Бір жыл бұрын бала туған, босанғаннан кейінгі кезеңде шомбалды қан ағу болған, қарқынды ем алған, гемотрансфузия жасалған. Босанғаннан кейін сүт шығуы мардымсыз болған, оған қарсы жүргізілген емге қарамастан, лактация толығымен жоғалған. Объективті: әйелде дене салмағының тапшылығы, сүт бездері босаңсыраған, қолтық асты ойықта және қасағада түктенуі мардымсыз. Сыртқы жыныс мүшелері атрофияға ұшыраған, пигменттері жоқ. ҚЗ: қынап іші кең, жатыр мойны қысқарған, жатыр денесі қалыптыдан кіші, қосалқылар аймағында ешнәрсе байқалмайды. Шихан синдромы деген диагноз қойылды. Диагнозды негіздейтін тәсіл:

<variant>қанда гормондар деңгейін анықтау

<variant>қанның биохимиялық анализі

<variant>С өзегінен бактериологиялық егу

<variant>қанды зарарсыздыққа алу

<variant>қанның коагулограммасы

<question>Қанның теріс-резусымен қайта босанатын әйелде жүктіліктің 34-35 аптасында антидене титрі 1:64 анықталды. Анамнезінде: балалық шақта гемотрансфузия болған. Бірінші жүктілігі 35-36 аптада мерзімінен ерте нәрестенің ауыр гемолитикалық ауруымен туылған, нәресте 2-ші тәулікте өлген. Зерттегенде: Нв-94 г/л, УДЗ – плацентаның қалыңдығы 35 мм, асцит жок, бауыры аздап үлкейген, нәрестенің жүрек соғысы минутына 130 рет. Амниоцентез - билирубиннің оптикалық тығыздығы 0,30 қатысты бірлік, протеин концентрациясы - 0,250 г/%. Диагнозды дәлелдеу үшін ... жүргізу қажет.

<variant>амниоцентезді

<variant>амниоскопияны

<variant>кульдоцентезді

<variant>УДЗ-ді

<variant>доплерометрияны

<question>Қанның теріс-резусымен қайта жүкті алғаш босанатын әйелде жүктіліктің 33-34 аптасында антидене титрі 1:32 анықталды. Анамнезінде: жатырдан тыс жүктілік, сол жақтың тубэктомиясы, ерте мерзімде жатыр қуысын қырумен болған өзіндік түсік. Нәрестенің құрсақшілік жағдайын анықтауда қолданылады:

<variant>нәрестенің УДЗ-і, амниоцентез, кардиотахография

<variant>нәрестенің УДЗ, амниоцентез, нәрестенің қозғалуы

<variant>кордоцентез, кардиотахография, нәрестенің УДЗ

<variant>кардиотахография, нәрестенің қозғалуы

<variant>ұрықтың биофизикалық профилі

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 59 беті

<question>25 жастағы жүкті әйелде 5 күннен бері жыныс жолдарынан іріңді бөлінділердің бөлінуіне, кіші дәретке шыққанда ауырсыну сезімінің болуына шағымданады, дене қызуы қалыпты. Айнамен қарағанда: жатыр мойнымен қынабы қызарған, «іріңді лента» түріндегі көп мөлшердегі кілегейлі-іріңді бөлінділер. Бимануалды тексергенде: жатыры 8-9 апталық жүктілікке сай ұлғайған, қосалқылары пальпацияланбайды, аздап ауырсынулы.

Этиологиясын негіздеу үшін...көмектеседі

<variant>бактериологиялық зерттеу

<variant>цитологиялық әдіс

<variant>гистологиялық әдіс

<variant>кіші жамбас мүшелерінің УДЗ

<variant>кольпоскопия

<question>20 жастағы әйел емханадағы акушерге өзін жүкті деп санап тізімге тұруға келді (етеккірдің кешігуі 10 күн). Қараған кезде: жағдайы қанағаттанарлық, іші жұмсақ, ауырсынусыз, АҚ 120/80 мм сын бағ. Гинекологиялық тексерген кезде: айнамен қарағанда-

жатыр мойны таза, бөлінділер ақ. Жатыры ұлғаймаған, оң жақтан жатыр түтігі ұлғайған,

қынап кілегейі көгерген. Кіші жамбас мүшелерін УДЗ дамып жатқан түтіктік жүктілікке ұқсас өзгеріс анықталған. Акушер дәрігерінің дұрыс амалы:

<variant>науқасты жедел түрде ауруханаға жатқызу

<variant>ЭКО қайта келуді белгілеу

<variant>кульдоцентез жсау

<variant>қанда ХГ титрін анықтауға әйелді жіберу

<variant>тізімге алу/бақылау

<question> 30 жастағы жүкті әйел Р., емханаға 3 күннен бері қынап аймағындағы қышынуына, ашуына, басының ауырсынуына, $t = 38^{\circ}\text{C}$ шағымданып келді. Қараған кезде: қынаптан көлемі 2-3 см, домалақ пішінді, қызарған везикулалар анықталады. Диагнозды негіздеу үшін ... керек.

<variant>қанның ИФА-ы

<variant>гениталийдің УДЗ

<variant>жамбас мүшелерінің МРТ

<variant>қанның РВ

<variant>жағындының бактериоскопиясы

<question> Емхананың акушер-гинеколог дәрігеріне 20 жастағы әйел соңғы етеккірінің 50 күн бұрын болғанына шағымданып келді. Жүктіліктің мерзімін анықтаудың мәліметті әдісі болып... табылады.

<variant>УДЗ

<variant>жүктіліктің күмәнсіз белгілері

<variant>қынаптық тексеру

<variant>жүктілікке иммунологиялық тест

<variant>жүктіліктің күмәнді белгілері

<question> Жаңа перинаталдық технологияға ... кірмейді.

<variant>босанғаннан кейінгі кезеңнің үшінші тәулігінде міндетті түрде УДЗ

<variant>жүктілік уақытында гравидограмма және босану уақытында партограмма

<variant>емшекпен емізу

<variant>қызметкерлердің қолды жууы

<variant>серіктес босану

<question> «Ана қауіпсіздігі» бағдарламасының принциптеріне жатпайды:

<variant>бала жолдасы тіндерінің жатырда қалуын УДЗ –мен анықтау

<variant>босану кезінде дәрі дәрмек қолданбау

<variant>госпитализация кезеңінің қысқаруы

<variant>қысып орау тәжірибесінен бас тарту

<variant>ана мен бала терісінің жанасуы

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 60 беті

<question>УДЗ арқылы анықталатын ұрықтың асқазан-ішек жолының патологиясына... жатпайды.

<variant>Spina bifida

<variant>асцит

<variant>12 елі ішектің атрезиясы

<variant>гастрошизис

<variant>диафрагмальды жарық

<question>Емханаға алғаш жүкті әйел жүктіліктің 35-36 аптасында нәрестенің қозғалу белсенділігінің төмендеуіне шағымданып келді. Нәрестенің жүрек соғысы үнсізделген, ритмді, минутына 136 рет соғу. Бұл жағдайда қолайлы болып ... табылады.

<variant>функционалды сынамалармен кардиотахография

<variant>амниоскопия

<variant>сыртқы акушерлік зерттеу әдісі

<variant>доплерометрия қолдануымен УДЗ

<variant>нәрестенің ЭКГ

<question>26 жастағы әйел кезекті етеккірінің 10 күнге кешігуіне шағымданады. Жыныстық қатынаста ретті тұрады, жүктіліктен сақтанбайды. Жағдайы қанағаттанарлық. Трансвагинальдық эхография кезінде үдемелі түтіктік жүктілік туралы күмәнданған.

Дәрігерінің тактикасы:

<variant>диагнозды анықтау үшін шұғыл түрде госпитализациялау

<variant>ХГ титрін қан немесе зәрде анықтау

<variant>кульдоцентез, пунктат болмаған жағдайда – 5 күннен кейін қайта келу

<variant>функциональдық диагностика тестілер, бақылаулы УДЗ

<variant>қанды гормондарға тексеру, бақылаулы УДЗ

<question> Жүктілікті көтере алмаушылықтың анатомиялық себептерін верификациялау үшін ең ақпаратты әдіс болып... табылады.

<variant>кіші жамбас қуысы ағзаларының МРТ

<variant>кіші жамбас қуысы ағзаларының УДЗ

<variant>лапароскопия

<variant>айнамен қарау

<variant>қынаптық тексеру

<question> Алғашбосанушы 28 жастағы жүктілік мерзімі жеткен әйел перзентханаға түсті.

Шағымы жоқ. Жағдайы қанағаттанарлық. АҚ 110/70 мм с.б.б. Жатыры қозбаған. Нәрестенің 3 ірі бөлімі пальпацияланады. Жамбас өлшемдері 25-28-31-20 см. УДЗ қорытындысы: Жүктілік 39-40 апта. Егіздер. Екі нәрестенің де жамбаспен жатуы. Диагноз: Жүктілік 38-39 апта. Егіздер.

...

<variant>Нәрестелердің жамбаспен жатуы

<variant>Көлденең тарылған жамбас

<variant>Жалпы бір қалыпты тарылған жамбас І дәрежесі

<variant>Созылмалы фетоплацентарлы жетіспеушілік

<variant>Босану алдын белгілері

<question>Бастың шалқаю сатысы ... анықталуы мүмкін.

<variant>жатыр мойының ашылу кезеңінде

<variant>УДЗ да

<variant>прелиминарлық кезеңінде

<variant>жүктілік кезінде

<variant>Леопольд Левицкий әдісі көмегімен

<question>«Ана қауіпсіздігі» бағдарламасына сәйкес ... қолданылады.

<variant>ана мен бала терісінің жанасуы

<variant>перидуралды анестезия

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 61 беті

<variant>қасаға түктерін қыру

<variant>қысып орау

<variant>тазалау клизмасын жасау

<question> Бала жолдасы туылғаннан кейін дефектісіне күмән болды. Сіздің амалыңыз:

<variant>жатыр қуысын қолмен тексеру

<variant>бимануалды компрессия

<variant>патологияны нақтылау мақсатында УДЗ

<variant>жатыр қуысын қыру

<variant>бала жолдасын сырттан шығаруды жасау

<question>Босанудан кейінгі кеш кезеңінде қан кету бойынша 28 жастағы М. босанған әйелді тексергенде бала жолдасының бөліктерінің қалып қойғаны анықталды. Дәрігер амалы:

<variant>плацента тіндердің қалдықтарын инструменталды алып тастау

<variant>антибактериалды терапия жүргізу

<variant>УДЗ

<variant>гемотрансфузия жүргізу

<variant>жиырылтатын препараттарды енгізу

<question> Ұрықтың көлденең орнығуының анықталуы ... негізделеді.

<variant>УДЗ-ге

<variant>Соловьев индексінің бағалауына

<variant>КТГ-ге

<variant>доплерометрияға

<variant>колпоскопияға

<question> УДЗ арқылы анықталатын ұрықтың асқазан-ішек жолының патологиясына ... жатады.

<variant>гастрошизис

<variant>кардиомегалия

<variant>вентрикуломегалия

<variant>Spina bifida

<variant>миопатия

<question> Жаңа перинаталдық технологияға ... кіреді.

<variant>партограмма

<variant>босанғаннан кейінгі кезеңде міндетті УДЗ

<variant>қасағадағы түктерді алып тастау

<variant>жамбас өлшемдерін өлшеу

<variant>тазалау клизмасы

<question> Емхана гинекологына 20 жастағы әйел етеккірінің 50 күнге кешігуіне шағымданып келді. Жүктіліктің мерзімін анықтаудың мәліметті әдісі ... болып табылады.

<variant>УДЗ

<variant>жүктіліктің күмәнсіз белгілері

<variant>қынаптық тексеру

<variant>жүктілікке иммунологиялық тест

<variant>жүктіліктің күмәнді белгілері

<question> 25 жастағы босанған әйел С.босанудан кейін 3 тәулікте басының ауыруына, ұйқысының бұзылуына, тәбетінің төмендеуіне, ішінің төменгі жағының ауырсынуына шағымданады. Қараған кезде пульс 105 рет минутына, дене температурасы 38,3⁰СЖҚА лейкоциттер = 11x10⁹/л. Пальпаторлы – жатыр түбі 1 к/с кіндіктен төмен. УДЗ – жатыр айқын емес контурмен. Лохиялар іріңді. Диагноз: Босанғаннан кейінгі кезең. ...

<variant>Эндометрит

<variant>Сальпингоофорит

<variant>Пельвиоперитонит

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 62 беті

<variant>Метротромбофлебит

<variant>Параметрит

<question> Босанған әйел босанудан кейін 3 тәулікте басының ауыруына, ұйқысының бұзылуына, тәбетінің төмендеуіне, ішінің төменгі жағының ауырсынуына шағымданады. Қараған кезде пульс 105 рет минутына, дене температурасы 38,3⁰СЖҚА лейкоциттер = 11x10⁹/л. Пальпаторлы – жатыр түбі 1 к/с кіндіктен төмен. УДЗ – жатыр айқын контурмен. Лохиялар іріңді. Бартельс- Сазонов жіктелуіне сәйкес аталған жағдай іріңді-септикалық инфекцияның ... сатысы.

<variant>I

<variant>II

<variant>III

<variant>IV

<variant>V

<question> 25-26 аптада қайта жүкті перинатальдық орталыққа жыныс жолдарынан қанды бөліністер 100 мл-дей мөлшері белгілерімен түсті. Қан кету тоқталды. УДЗ-де плацентаның толық төмен орналасуы анықталды. Дәрігер тактикасы:

<variant>интенсивтік бақылау, зерттеу. қан кету қайталанса – кесар тілігін жасау

<variant>мифепристон және мизопростолмен жатыр мойынын дайындау

<variant>интенсивтік бақылау, зерттеу. қан кету қайталанса – окситоцинмен босандыруды қоздыру

<variant>қалыпты жағдайға келтіргеннен кейін – амбулаторлық бақылау.

<variant>жедел корпоральдық кесар тілігі

<question> 38 аптада көп босанушы әйелде ұрық көлденең орналасуы анықталған. Дәрігердің әрекеті:

<variant>перинаталдық орталыққа тез арада жеткізу

<variant>сыртқы акушерлік бұрылыс жасау

<variant>ұрықты УДЗ мен 2 аптадан кейін қайта қарау

<variant>жаттығулардың кешенін тағайындау

<variant>толғақ басталғасын стационарға жіберу

<question> Жүктілікті ерте мерзімінде анықтаудағы маңызды орынға ... ие.

<variant>УДЗ мәліметтері

<variant>жүктіліктің ықтимал белгілерін бағалау

<variant>қынаптық зерттеулердің мәліметтері данные влагалищного исследования

<variant>жүктілік анықтауға арналған иммунологиялық тестер

<variant>жүктіліктің күмәнді белгілерін бағалау

<question> Ұрыққа минималды қауіпті зерттеу әдісі:

<variant>УДЗ

<variant>хорион бүрлерінің биопсиясы

<variant>кордоцентез

<variant>амниоцентез

<variant>фетоскопия

<question> Ұрық жетілгендігін УДЗ арқылы бағалаудың негізгі критеріі:

<variant>ұрықтың ұзындығы

<variant>бұлшықеттер тонусы

<variant>жүктілік мерзімі

<variant>Апгар шкаласы бойынша бағалау

<variant>ұрық рефлекстері

<question> 30 апталық жүктілік мерзімін анықтау үшін ... қолданады.

<variant>УДЗ

<variant>рентгенологиялық әдіс

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 63 беті

<variant>ЭКГ және ұрық ФКГ

<variant>амниоскопия

<variant>цитологиялық әдіс

<question>Емханаға гестациялық мерзімі 34 апта жүкті әйел тәулік бойы ұрық қозғалысы сиреуіне шағымданып келді. Гравидограмма анализінде: ЖТБ сызығы 28 аптадан бастап, 50 percentile және 10 percentile сызықтарына параллельді орналасқан. Объективті: ЖТБ – 30 см. ұрық жүрек соғысы анық, ретті 128 соққы/мин. Антенатальді КТГ жасалды: базальды, монотонды ырғақ 100 соққы/мин, кеш вариабельді децелерациялар (80 секундтан 70 соққы/мин жоғары). Сіздің әрекетіңіз:

<variant>3 деңгейдегі перинаталдық орталыққа жатқызу

<variant>1 деңгейдегі перзентханаға госпитализациялау

<variant>2 деңгейдегі перзентханаға госпитализациялау

<variant>босануға дейін динамикалық бақылау

<variant>1 аптадан кейін УДЗ жасау

<question>1 деңгейлі босану стационарына гестациялық мерзімі 28 апта жүкті әйел су кетуіне шағымданып келіп түсті. Объективті: Жатыр тонусы қалыпты, ЖТБ 27 см. Ұрықтың жүрек соғуы анық, ретті 142 соққы/мин. Сіздің әрекетіңіз:

<variant>«айнамен» қарау, «цитологиялық тест, УДЗ жүргізу, диагноз нақтыланған жағдайда 3 деңгейлі перзентханаға ауыстыру

<variant>«айнамен» қарау, диагноз нақтыланған жағдайда жүктілік патологиясы бөлімінде бақылау

<variant>қағанақ қабы бүтіндігін анықтау үшін қынаптық зерттеу жүргізу

<variant>«айнамен» қарау, «цитологиялық тест, УДЗ жүргізу, диагноз нақтыланған жағдайда 2 деңгейлі перзентханаға ауыстыру

<variant>«айнамен» қарау, УДЗ жасау, диагноз нақтыланған жағдайда босану бөліміне ауыстыру, РДС синдромы профилактикасын бастау

<question>Біріншілік медико-санитарлы көмекке гестациялық мерзімі 35 апта жүкті әйел тәулік бойы ұрық қозғалысы сиреуіне шағымданып келді. Гравидограмма анализінде: жатыр түбі биіктігі сызығы 28 аптадан бастап, 50 percentile және 10 percentile сызықтарына параллельді орналасқан. Объективті: жатыр түбі биіктігі - 30 см. ұрық жүрек соғысы анық, ретті 128 соққы/мин. Осы жағдайда біріншілік медико-санитарлы көмекте жүргізілетін зерттеу:

<variant>бейстрессті кардиотокография, шағымдарын, мерзімін, гравидограмма

<variant>ұрық УДЗ, партограмма, қан биохимиясы

<variant>Допплерометрия, стрессті кардиотокография, қан анализі

<variant>ұрықтың биофизикалық дамуын анықтау, қынаптан жағынды алу

<variant>генетикалық зерттеу, цитологияға жағынды алу

<question>Жүктілік кезінде ұрық жағдайын бақылау үшін ең тиімді болып саналатын зерттеу:

<variant>жатыр түбінің тұру биіктігін өлшеу

<variant>салмақ қосуы

<variant>ұрықтың жүрек қағысының жиілігін тыңдау

<variant>жүктіліктің 16 аптасына дейін УДЗ зерттеу

<variant>артериальді қан қысымын зерттеу

<question>УДЗ -де жүктіліктің 33-34 аптасында аз сулылық анықталды. Ұрық өлшемдері гестация уақытына сәйкес келеді, ақаулар анықталмаған. Ұрықтың жүрек соғу жиілігі 155-160 соққы минутына. Мүмкін болатын акушерлік тактика:

<variant>инфузионды терапия

<variant>жүктілікті жалғастыру

<variant>ұрық жағдайын мониторингілеу

<variant>доплерография жүргізу

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 64 беті

<variant>аптасына КТГ 2 рет

<question> Босану кезіндегі ұрықтың қауіпті жағдайын білдіретін ақпарат беретін диагностикалық әдіс:

<variant>кардиотокография

<variant>амниоцентез

<variant>аускультация

<variant>доплерометрия

<variant>ұрықты УДЗ

<question>Ұрықтың он екі қатпарлы ішектің атрезиясында УДЗ жасағанда тән:

<variant>кұрсак қуысындағы екіқабатты көпіршік

<variant>тоқ және аш ішектердің кеңеюі

<variant>асцит

<variant>суаздық

<variant>асқазанның эхокөлеңкесінің болмауы

<question> Емханаға бірінші рет жүкті болушы әйел дәрігерге қаралуға келді, жүктілік мерзімі 35-36 апта. Ұрықтың қимылының белсенділігінің төмендеуіне шағымданады. Ұрықтың жүрек соғуы тұйықтау, ырғақты, 136 рет/мин. Бұл жағдайда тиімді зерттеу әдісі:

<variant>КТГ – ұрықтың биофизикалық профилі

<variant>«ана- плацента – ұрық» жүйесінің доплерометриясы

<variant>ұрықтың қимылының жиілігін зерттеу

<variant>УДЗ

<variant>ұрықтың ЭКГ –сы

<question>32 жастағы босанған әйел, босанудан кейін 3 тәулік. Клиникалық жатырдың инволюциясының кідіру белгілері байқалады. УДЗ жасалды – плацентарлық тіннің қалдықтарына күдіктену. Жүргізу тактикасы:

<variant>жатыр қуысының инструментальдік ревизиясы

<variant>бақылау

<variant>көк тамырға 400 мл физиологиялық ертіндімен+ 10 бірлік окситоцинді тамшылау

<variant>антибиотикотерапия

<variant>физиотерапевтік ем

<question>Пациент Әсел, 17 жаста. Етеккірінің 3 апта бойына жоқтығына шағымдарымен емханаға келді, бірнеше күн бойына жүрегі айну, сүт бездерінің ісінуін байқаған. Айнада қарағанда –, жатыр қынабы мен мойыншығы шырышының көгеріңкілігі. Бөлінділер шырышты, бірқалыпты. Бимануалды тексеру: жатыр қалыптан сәл үлкенірек, ауырсынусыз, мойнақ аймағында «жұмсару». Өсінділер ерекшеліксіз, жиынтықтар еркін (қосалқылар ерекшеліксіз, қабырғалары еркін). Диагнозды негіздеу үшін қосымша тексеру әдістері:

<variant>УДЗ, ХГ-ға қан тапсыру

<variant>КТ, жалпы қан анализі

<variant>МРТ, қанның биохимиясы

<variant>гистероскопия, қандағы гормондар

<variant>краниография, коагулограмма

<question>Ұрықтың құрсақішілік дамуының кідіру кезіндегі негізгі диагностикалық шараларының тізімі:

<variant>гравидограмма, ұрықтың УДЗ, биофизикалық сынамалар, доплерометрия

<variant>партограмма, іш айналымын, жатыр түбі биіктігін өлшеу

<variant>жүктінің салмағын, іш айналымын өлшеу, ұрықтың УДЗ

<variant>термометрия, УДЗ, сыртқы акушерлік тексеру әдістері

<variant>ұрықтың жүрек соғысын аускультациялау, жатыр түбі биіктігін өлшеу

<question> 29 жастағы әйелде, жүктілігінің 30-31 аптасында, 3 апта бойына АҚҚ 160\100 мм сын. бағ. дейін жоғарылауы аясында басының ауыруы және мұрнымен тыныс алуының

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 65 беті

қиындауы, диурезінің азаюы пайда болды. УДЗ-да анықталды: ұрықтың фетометриялық көрсеткіштері 2 аптаға артта қалған және суаздық, доплерометрияда – екі жақты жатыр артериялары қанағымның резистенттілігінің жоғарылауы және ұрық-плацента қанағымның «критикалық» жағдайы анықталды. Дәрігер тактикасы:

<variant>қарқынды терапия аясында босануды шұғыл түрде кесар тілігімен аяқтау

<variant>кешенді қарқынды терапия, босану индукциясы және консервативті босандыру

<variant>кешенді қарқынды терапия, оң нәтиже берген жағдайда - жүктілікті жалғастыру

<variant>кешенді қарқынды терапия, босанудың уақыты мен тәсілі туралы сұрақты шешу

<variant>доплерометриямен бақылау арқылы қарқынды терапия аясында жүктілікті

<question> Босануға дейінгі ұрық қабығының жарылуы кезіндегі негізгі диагностикалық әдістерді таңдаңыз:

<variant>бақылаулы төсеніш, айнамен қарау, нитритті сынама, УДЗ

<variant>УДЗ, зәр анализі, пульс санау, тазалық дәрежесіне жабынды алу

<variant>лейкоформула, УДЗ, АҚ өлшеу, ұрықтың КТГ

<variant>лейкоформула құрамы, ұрықтың ЖСЖ, ЭКГ

<variant>УДЗ, нитритті сынама, қынаптық зерттеу, АҚ өлшеу, пульс

<question> Мерзімінен асқан жүктіліктің диагностикасы ... басталады.

<variant>жүктіліктің шынайы мерзімін анықтаудан

<variant>УДЗ зерттеуден

<variant>ұрықтың ЧСС анықтаудан

<variant>ұрықтың болжам салмағын анықтаудан

<variant>функционалдық тесттерді жүргізуден

<question> Резус – қайшылық жүктілікте кезінде госпитализациялауға көрсеткіш:

<variant>резус теріс жүктілік кезінде қанда антидене титрі бар, сонымен қатар УДЗ мен доплерометрияда ұрықтың гемолитикалық ауру маркері оң

<variant>резус теріс жүктілік кезінде қанда антидене титрі жоқ

<variant>резус теріс жүктілік кезінде қанда антидене титрі бар бірақ ұрықтың гемолитикалық ауру белгісі жоқ

<variant>анамнезінде ұрықтың антенатальды өлімі бар

<variant>алдыңғы жүктілікте ұрықтың иммундық шемені болған

<question> УДЗ – ден кейін емханаға 24 жастағы жүкті әйел келді. Ұрық қозғалысының азайғандығын айтты. І қан тобы резус терістікпен. УДЗ – қорытындысы: жүктілік 32 апта. Гепатоспленомегалия. Ішек қабырғасының экзогенді ұлғаюы. Кардиомегалия. Басының 2

контуры. Плацентаның ұлғаюы 0,8 см. Көпсулық. Антитела – титрі аптасынан бұрын 1:32.

Сіздің болжам диагнозыңыз: Жүктілік 32 апта. ...

<variant>Қанның резус терістілігі антитела титрімен. ҰГА. Ісіну түрі

<variant>ҰГА. Ісіну түрі

<variant>Қанның резус терістілігі антитела титрімен. ҰГА, анемиялық түрі

<variant>Ұрықтың жедел асфиксиясы

<variant>Қанның резус терістілігі антитела титрімен. ҰГА, ядрлық түрі

<question> Емхана қабылдауында қайта жүкті С. 28 жаста. Етеккір бойынша жүктілік мерзімі – 42 апта, Ұрықтың 1-УДЗ бойынша – 41 апта 1 күн, ұрықтың 2-УДЗ бойынша - 41 апта 4 күн.

Ұрық тамырларының доплер УДЗ: ПН 2 дәрежелі. КТГ – реактивті тип. Сіздің амалыңыз:

<variant>жедел госпитализацияға жолдау

<variant>жоспарлы госпитализация

<variant>босану индукциясына жолдау

<variant>бақылауды жалғастыру

<variant>кесар тілігіне жолдау

<question> Егер мерзімінен асқан жүктілік кезінде ұрыққа қауіп төнген жағдайда ... қажет.

<variant>жедел босандыру

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 66 беті

<variant>амниоцентез жасау

<variant>ұрық қанының рН анықтау

<variant>УДЗ жасау

<variant>1 аптадан кейін қайта тексеру

<question> Жыныс жолдарынан қанды бөлініске және 3 сағат бойы толғаққа шағымданып жүкті әйел стационарға түсті. Жүктілік толық мерзімді. Жатыр толғақ кезінде тонуста, толғақтан тыс жақсы жазылады. Ұрық басымен келген, кіші жамбасқа кіреберісте. Ұрықтың жүрек соғысы анық, ырғағы дұрыс 132 соққы/мин. УДЗ қорытындысы 2 апта бұрын – ұрық жолдасы төмен сол жақ қабырға бойымен орналасқан. Сіздің тактикаңыз және себебі:

<variant>босану бөлімінде қынаптық қарау, гемостаз мақсатында - амниотомия

<variant>босану бөлімінде қынаптық қарау, себебі толғақтардың болуы

<variant>қарау бөлімінде қарау, себебі қанды бөліністердің болуы

<variant>жүктілер патология бөлімінде қарау, себебі толғақтардың болуы

<variant>палатада қынаптық қарау, себебі жыныс жолдарынан қанды бөліністер бар

<question>Ұрықтың гемолитикалық ауруының УДЗ критерилеріне жатады:

<variant>плацента қалыңдығы 0,5-1,0 см, бауыр өлшемі, көкбауыр , іш өлшемі гестациялық мерзіміне сәйкес

<variant>плацента қалыңдығының жұқаруы 0,5-1,0 см, бауыр өлшемі, көкбауыр , іш өлшемі гестациялық мерзіміне сәйкес

<variant>қалыпты плацента өлшемі гепатоспленомегалия жоқ ЖТБ гестациялық мерзімге сәйкес

<variant>плацента қалыңдығы 2-3 см бауыр өлшемі, көкбауыр , іш өлшемі гестациялық мерзіміне сәйкес

<variant>плацента қалыңдығы жұқарған 2-3 см бауыр өлшемі, көкбауыр , іш өлшемі гестациялық мерзіміне сәйкес

<question> А 32 апта жүктілікте. Резус теріс қантобы. Анамнезінде өздігінен түсік 20 аптасында, антитела пайда болған (проба Кумбс 1:32). Сіздің әрекетіңіз:

<variant>ұрықтың УДЗ, орта ми артериясының доплерометриясы, госпитализация

<variant>госпитализация, ұрық КТГ

<variant>антидене титрін бақылау

<variant>тез арада босандыру, қан ауыстырып құю

<variant>биофизикалық профилін анықтау, госпитализация

<question> Қанның резус – терістілігі бар қайта жүкті, бірінші рет босанушы 33-34 аптасында антитела титрі 1:32. Анамнезінде: жатырдан тыс жүктілік, сол жақтан тубэктомия, өздігінен болған түсік жатыр қуысын қыру. Іштегі бала жағдайын анықтау үшін... қолданамыз.

<variant>ұрық УДЗ, ортаңғы ми артериясының доплерометриясын

<variant>ұрық УДЗ , амниоцентез, бала қозғалысын

<variant>амниоцентез, кариотахография, ұрық УДЗ

<variant>кардиотахография, ұрық қозғалысы, амниоскопиясын

<variant>ұрық қозғалысы, фетометрия, кардиотокографиясын

<question> Резус- изосенсибилизацияда ұрық жағдайын бағалау үшін альтернативті тексеру әдісі және оны негіздеу:

<variant>гемолитикалық аурудың ісіну формасын анықтау үшін-доплерографиясы

<variant>кардиомегалияны, амниотикалық сұйықтық индексін анықтау үшін-УДЗ

<variant>амниотикалық сұйықтық мөлшерін, сапасын анықтау үшін-амниоскопия

<variant>эритроциттердің бақылау дәрежесін анықтау үшін-амниоцентез

<variant>анемияны анықтауда гематокрит мөлшерін анықтау үшін-кордоцентез

<question> Әйел Б 27 жаста, жүктілігі бойынша есепте тұрады, 36 апта болған. Ж-3, б-2, алдыңғы баласы антенаталды өліммен аяқталған. Қан тобы 1(0), RhD (-). Антидене титрі 1:32. УДЗ-де ҰГА анықталған жоқ. Клиникалық хаттама бойынша...босандыру қажет.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 67 беті

<variant>38 аптадан ерте емес

<variant>34 аптадан ерте емес

<variant>36 аптадан ерте емес

<variant>42 аптадан кеш емес

<variant>40 аптадан кеш емес

<question> УДЗ –ден кейін 24 жастағы, Ж. деген әйел, емханаға келді. Ұрық қозғалысының азайғандығына шағымданады, 2 жүктілік, біріншісі мед. түсік болған. Қан тобы І резус-теріс.

УДЗ: Жүктілік 34 апта. Гепатоспленомегалия. Кардиомегалия. Ішек қабырғасының экзогенді үлкеюі. Плацента қалыңдауы 0.8 см. Көпсулық. Антидене титрі аптада 1:32. Жүргізу тактикаңыз:

<variant>шұғыл түрде босандыру үшін госпитализация

<variant>жоспарлы түрде босандыру үшін госпитализация

<variant>УДЗ мен доплерометрия, КТГ мен амбулаторлы бақылау

<variant>алмастырып қан құю үшін стационарға жатқызу

<variant>тезарада вакцинациялау анти-RhD-иммуноглобулинмен

<question> Емхана қабылдауында жүкті әйел. Жүктілік мерзімі соңғы еттекірінің бірінші күні бойынша - 39 апта 0 күн, УДЗ бойынша - 41 апта 4 күн. Дәрігердің тактикасы:

<variant>алдын ала босану индукциясына келісім алып, босану индукциясына жіберу

<variant>жедел госпитализация

<variant>жүктілікті қадағалауын жалғастыру

<variant>амнион сұйықтығының индексін анықтау үшін УДЗ

<variant>консервативті босануға жіберу

<question> Емхана қабылдауында жүкті әйел. Жүктілік мерзімі соңғы еттекірінің бірінші күні бойынша - 39 апта 5 күн, 1 УДЗ бойынша -41 апта 3 күн, 2 УДЗ бойынша -41 апта 1 күн .

Сіздің тактикаңыз:

<variant>босану индукциясына жіберу

<variant>кесар тілігіне жолдау

<variant>консервативті босануды жоспарлау

<variant>бақылауда ұстау

<variant>бағдарлы босандыру

<question> Алғаш босанушы 25 жаста, Жүктілік мерзімі соңғы еттекірінің бірінші күні мен 1 УДЗ бойынша – 41 апта 5 күн. Қынаптық тексеруде: Бишоп бойынша жатыр мойнының ашылу дәрежесі 7 балл. Допплерометрияда ұрық-жатыр-плацентарлы қанайналым бұзылыстары жоқ.

Дәрігердің тактикасы:

<variant>босану жолдарын дайындау

<variant>жедел кесар тілігі

<variant>жоспарлы кесар тілігі

<variant>босану индукциясына жіберу

<variant>амниотомия, кейін босану индукциясы

<question> Акушер-гинекологқа 1 апта бұрын қызылшаның ауыр формасымен инфекциялық ауруханада жатып шыққан жүкті әйел қаралды. Жүктілік мерзімі 9-10 апта. Дәрігердің тактикасы:

<variant>жүктілікті үзу

<variant>жүктілікті ары қарай бақылау

<variant>сақтандыру терапиясы

<variant>ұрықтың УДЗ-сын жасау

<variant>доплерография жасау

<question> Жүктілік 37 апта, «Ұрықтың құрсақішілік дамуының тежелуі» диагнозымен қайта босанушы әйел жоспарлы түрде жатқызылды, Допплерография қорытындысы: Плацента қанайналым бұзылысы 1 Б дәрежесі, УДЗ қорытындысы: Амниотикалық сұйықтық индексі

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 68 беті

гестациялық мерзіміне сай. Бишоп бойынша жатыр мойны – 8 ұпай. Акушер-гинеколог дәрігерінің тактикасы:

<variant>жедел босану әрекеті басталмас бұрын жүктілікті ұзарту

<variant>амниотомия арқылы босану индукциясын жүргізу

<variant>простагландиндермен босану индукциясын жасау

<variant>кесір тілігі операциясы арқылы босандыру

<variant>жүктілікті үзу

<question> Жүктілік 37 апта, «Ұрықтың құрсақішілік дамуының тежелуі» диагнозымен қайта босанушы әйел жоспарлы түрде жатқызылды. Допплерография қорытындысы: плацента қанайналым бұзылысы ІБ дәрежесі, стресстік емес тест оң, УДЗ – амниотикалық сұйықтық индексі гестациялық мерзіміне сай. Бишоп бойынша жатыр мойны – 8 балл. Қазіргі жағдайда доплерографияны ... жасау керек.

<variant>2 аптада 1 рет

<variant>күніне 2 рет

<variant>күніне 1 рет

<variant>2 күнде 1 рет

<variant>аптасына 1 рет

<question> «Ұрықтың құрсақішілік дамуының тежелуі» диагнозымен қайта босанушы әйел, етеккірі бойынша – 32 апта, 1-ші скринингті УДЗ – 32 апта жүктілікпен жоспарлы түрде жатқызылды. УДДГ – плацента қанайналым бұзылысы 2 дәреже, гравидограмма бойынша – 5 аптаға кешіккен, ЖТБ- 28 см. Бишоп бойынша жатыр мойны – 1 балл. КТГ- нестресті тест оң. Қазіргі жағдайда УДДГ- ны ... жиілігінде жасау керек.

<variant>3 күнде 1 рет

<variant>күніне 2 рет

<variant>күніне 1 рет

<variant>аптасына 1 рет

<variant>1 аптада 1 рет

<question> ... –УДЗ-дің қосымша көрсеткіші болып табылмайды.

<variant>Ұрық жынысын білу

<variant>Егер жатыр түбі биіктігі жүктілікке сай келмеу

<variant>Корригирленген ақауға күмән тууы

<variant>Корригирленген емес ақауға күмән тууы

<variant>Қағанақ суының кетуіне күмән тууы

<question> 20-24 аптада жүргізілетін УДЗ-дің мақсаты:

<variant>ұрықтың хромосомиялық аруларының эхографиялық маркерлерін және туа біткен даму ақауларын анықтау

<variant>ұрықтың жағалық кеңістігінің көлемін және мұрын сүйегінің ұзындығын бағалау

<variant>плацентаның және ұрықтың функциональды жағдайын бағалау

<variant>ұрықтың құрсақішілік дамуының тежелуін анықтау

<variant>ұрық жынысын анықтау

<question> 10-14 аптада жүргізілетін УДЗ-дің мақсаты:

<variant>ұрықтың жағалық кеңістігінің көлемін және мұрын сүйегінің ұзындығын бағалау

<variant>ұрықтың хромосомиялық аруларының эхографиялық маркерлерін және тау біткен даму ақауларын анықтау

<variant>плацентаның және ұрықтың функциональды жағдайын бағалау

<variant>ұрықтың құрсақішілік дамуының тежелуін анықтау

<variant>ұрық жынысын анықтау

<question> 30-34 аптада жүргізілетін УДЗ-дің мақсаты:

<variant>плацентаның және ұрықтың функциональды жағдайын бағалау

<variant>ұрықтың жағалық кеңістігінің көлемін және мұрын сүйегінің ұзындығын бағалау

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 69 беті

<variant>ұрықтың хромосомиялық аруларының эхографиялық маркерлерін және тау біткен даму ақауларын анықтау

<variant>ұрықтың құрсақшілік дамуының тежелуін анықтау

<variant>ұрық жынысын анықтау

<question> Генетикалық зерттеудің бірінші деңгейінде ... жүргізіледі.

<variant>жүктіліктің алғашқы триместрлерінде ұрықтың мүмкін генетикалық бұзылыстарына қарай қауіп топтарын анықтау мақсатында УДЗ

<variant>ұрықтың құрсақшілік хромосомды ауруы диагнозын анықтау

<variant>жүктіліктің үшінші триместрінде хорионбиопсия жүргізу

<variant>плацентобиопсия жүргізу

<variant>кордоцентез жүргізу

<question> Инвазивті процедура жүргізуге көрсеткіш болмайды (хорион талшықтары аспирациясы, плацентоцентез, кордоцентез):

<variant>18 жас және одан кіші

<variant>35 жас және одан жоғары

<variant>тұқымқуалаушылық ауруы бар баланың тууы

<variant>генді мутацияларды анықталған жанұялық тасымалдаушылық

<variant>УДЗ маркерлерінің ауытқушылықтарын анықтау

<question> Бірінші УДЗ скрининг келесі мақсатпен жүргізіледі:

<variant>жағалық кеңістіктің қалыңдығын, мұрын сүйегінің ұзындығын анықтау

<variant>хромосомды аурулардың эхографиялық маркерлерін анықтау

<variant>ұрықтың туа біткен ақауларының кеш көріністерін анықтау

<variant>ұрықтың құрсақшілік дамуының тежелуін анықтау

<variant>ұрық жынысын анықтау

<question> Екінші УДЗ скрининг ... үшін жүргізіледі.

<variant>ұрықтың хромосомды аурулардың эхографиялық маркерлерін анықтау

<variant>жағалық кеңістіктің қалыңдығын, мұрын сүйегінің ұзындығын анықтау

<variant>ұрықтың туа біткен ақауларының кеш көріністерін, ұрық және плацентаны функционалды бағалау

<variant>ұрықтың құрсақшілік дамуының тежелуін анықтау

<variant>ұрық жынысын анықтау

<question> Үшінші УДЗ скрининг ... үшін жүргізіледі.

<variant>ұрық және плацентаны функционалды бағалау

<variant>жағалық кеңістіктің қалыңдығын, мұрын сүйегінің ұзындығын анықтау

<variant>ұрықтың туа біткен ақауларын және хромосомды аурулардың эхографиялық маркерлерін анықтау

<variant>ұрықтың құрсақшілік дамуының тежелуін анықтау

<variant>ұрық жынысын анықтау

<question> Ұрықтың генетикалық бұзылыстары анықталған жағдайда жүктілікті жүргізу тактикасы:

<variant>дәрігер-генетик, УДЗ дәрігері, дәрігер акушер-гинеколог қатысуымен пренаталды консилиум өткізу

<variant>ВКК құрамында: әйелдер консультациясы меңгерушісі, дәрігер акушер – гинеколог, сонолог дәрігер

<variant>БМСК акушер-гинеколог дәрігерімен

<variant>жүкті әйел және оның отбасысымен

<variant>неанотолог дәрігер және балалар хирургы

<question> УДЗ бақылауымен алдыңғы құрсақ қабырғасы арқылы жасалады (сирек қынап арқылы) 3-30 мл сұйықтық алынады. Негізгі диагностикалық материал көзі клетка болып табылады. Оларды 2-4 апта бойы культивирлеп, кейін цитогенетикалық және биохимиялық

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 70 беті

зерттеулерде қолданады. Әдіс арқылы барлық хромосомды аномалияларды, 60-тан жоғары зат алмасудың тұқымқуалаушылық аурулары, эритроцитарлы антиген бойынша ана мен ұрық сай келмеуін анықтауға болады. ... инвазивті әдісі туралы айтылған.

<variant>амниоцентез

<variant>кордоцентез

<variant>плацентоцентез

<variant>хорионбиопсия

<variant>стерналды пункция

<question> Ұрықтың гемолитикалық ауруының анемиялық түрінің ауыр дәрежесінде, 32 аптаға дейін ... жүргізу керек.

<variant>күрсак ішілік қан құюды

<variant>ұрық жағынан жедел кесір тілігін

<variant>күнделікті УДЗ мен доплерометриялық бақылауды

<variant>көктамыр ішілік қан құюды

<variant>фенобарбитал тағайындауды

<question> Емхана акушер-гинеколог дәрігеріне етеккірінің кешігуіне (соңғы етеккірі 8 апта бұрын болған), жүрек айнуына және кейде таңертең бірретті құсуына, иісті көтере алмауына шағымданып әйел келді. Қынаптық тексеруде жатыр мойнының жұмсаруы анықталады.

Жатыр консистенциясы жұмсақ, пальпация кезінде тығыздалады, «қаз жұмыртқасы» көлеміне дейін ұлғайған. Ауырсынусыз. Жүктілік қаламаған. Акушер-гинеколог дәрігерінің тактикасы:

<variant>клинико-лабораторлы тексеруді жүргізіп, жүктілікті үзуге жіберу

<variant>клинико-лабораторлы тексеру жүргізу

<variant>УДЗ жүргізу

<variant>диспансерлік бақылауға тұрғызу

<variant>ары қарайғы бақылау

<question> Емхана акушер-гинеколог дәрігеріне 22 жастағы әйел Д. етеккірінің болмауына шағымданып келіп түсті. Соңғы етеккірі 20.09.2010ж. Объективті тексеруде жатыр мойны және қынаптың шырышты қабатының цианозы, ақ түсті иіссіз бөліністер анықталды.

Қынаптық тексеруде жатыр консистенциясы жұмсақтау, пальпация кезінде тығыздалады, «қаз жұмыртқасы» көлеміне дейін ұлғайған. Ауырсынусыз. Қосалқылар ұлғаймаған, ауырсынусыз. ... УДЗ тағайындау қажет.

<variant>жүктілік мерзімін анықтау үшін

<variant>ұрықтың қалпын анықтау

<variant>ұрықтың тума ақауларын анықтау үшін

<variant>осы жүктіліктің асқыну симптомдарын анықтау үшін

<variant>ұрық қозғалысын анықтау үшін

<question> 2. Жатыр мойнының жетілмеуінде босану индукциясы үшін ... қолданылады.

<variant>простагландин Е2 қынапқа

<variant>амниотомия

<variant>окситоцин

<variant>мифепристон

<variant>эстрогендер

<question> Амниоскопия жасауға көрсеткіш:

<variant>гемолитикалық ауру

<variant>жүктіліктің үзілу қаупі

<variant>мерзімінен ерте босану

<variant>нәрестенің жетілуінің тоқтауы

<variant>көпұрықты жүктілік

<question> Плацентаның жатуына күдіктенгенде емханада ... жүргізіледі.

<variant>ультрадыбыстық тексеру

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 71 беті

<variant>амниотомия

<variant>қынаптық зерттеу

<variant>жатыр мойнын айнамен қарау

<variant>жатырдың сыртқы массажы

<question> Толғақ қызметінің өте күшті болуындағы амалыңыз:

<variant>бақылау

<variant>амниотомия

<variant>кесар тілігі

<variant>фторатанмен наркоз, партусистен, алулент

<variant>толғақты күшейту

<question>Жүктілік кезіндегі амниоцентез ... диагностикасын жасауда көмектеседі.

<variant>ұрықтың гемолитикалық ауруының

<variant>ұрық анемиясының

<variant>ұрық пиелонефритінің

<variant>плацента жағдайының

<variant>ұрық гипотиреозының

<question> Босану кезіндегі ұрықтың қауіпті жағдайын білдіретін ақпаратты диагностикалық әдіс:

<variant>кардиотокография

<variant>амниоцентез

<variant>аускультация

<variant>доплерометрия

<variant>ұрықты УДЗ

<question> Босану бөліміне жүктілер патологиясы палатасынан 28 жасар қайта босанушы жүкті әйел босану қызметінің басталуына байланысты ауыстырылды. Жүктілер патологиясы палатасында 5 күн болды. Диагнозы: Жүктілігі 39 апта. Презклампсия жеңіл дәрежесі. Ауыстырған кезде АҚ 140/95 мм с.б.б., зәрінде белок 1,32 г/л. І кезеңнің басында дәрігердің ең ықтималды тактикасы:

<variant>амниотомия

<variant>босануды аурусыздандыру

<variant>гипотензивті терапия

<variant>оксигенотерапия

<variant>динамикада қарау

<question> Перзентханаға 23 жастағы қайталап босанушы әйел түсті, мерзімі жетілген жүктілікпен, толғағы 3 сағат бұрын басталған, 1 сағат бұрын босану жолдарынан қанды бөліністер көрінген. Қарау кезде: ана мен ұрықтың жағдайы қалыпты. Ұрықтың басы 3/5 жағдайда орналасқан. Қынап арқылы зерттегенде: жатыр мойны жазылған, шеттері жұқа, 8 см-ге ашылған, қағанақ суының көпіршігі тұтас, қағанақ қабықтардың бұдырланғаны байқалады. Ұрықтың басы келіп тұр, аз мөлшерде қанды бөліністер, көбейген жоқ. Босанушы патологиясымен дәрігердің тактикасы:

<variant>амниотомия жасау

<variant>оперативтік әдіспен босандыру

<variant>босануды индукциялау

<variant>эпизиотомия жасау

<variant>акушерлік қысқыштарды салу

<question> Перзентханаға жедел көмек көлігімен жүкті әйел жеткізілді, жүктілік мерзімі 37 апта, әйел басының ауруына шағымданады. АҚ 145/90 мм с. б. аяқтарында - ісік. Зәр анализінде белок –0,66 г/л. РV: жатыр мойнының жетілу дәрежесі Бишоп шкаласы бойынша - 7 ұпай. ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің № 239 бұйрығы бойынша істеу қажет:

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 72 беті

<variant>магнезиалды терапия, амниотомия жасап, толғақты қоздыру

<variant>ПГ Е2 немесе Е1 жатыр мойнын дайындау

<variant>амниотомия және толғақ қызметін қоздыру

<variant>преэклампсияны емдеу және бақылау

<variant>кесар тілі

<question> 23 жасар қайта босанушы мерзіміне жеткен жүктілік, босану басталуынан 5 сағаттан кейін жыныс жолдарынан қанды бөлінділер пайда болды, ұрықтың жүрек соғуы 132 рет/мин. Жағдайы қанағаттанарлық. Жатыр ернеуінің ашылуы 8-9 см. Сіздің амалыңыз:

<variant>амниотомия, босануды жалғастыру

<variant>амниотомия, кесар тілігі

<variant>бақылауды жалғастыру

<variant>босануды ынталандыру

<variant>оттегін беру

<question> Қайта жүкті әйелде резус-теріс қан тобы және жүктілік мерзімі 37 апта, антидене титрі 1:32. Амалыңыз:

<variant>амниотомия жасап, табиғи жолмен тууға босандыру әрекетін қоздыру

<variant>десенсибилизациялаушы ем жүргізу

<variant>кесар тілігі операция жолымен босандыру

<variant>күйеуінің тері жырымын ауыстыру операциясын жасау

<variant>плазморефрез жүргізу

<question>Босану кезінде нәрестенің жедел гипоксия кезінде нақты ақпарат беретін әдіс:

<variant>нәрестенің кардиотокографиясы

<variant>амниоцентез

<variant>плацентарлық гормондар деңгейін анықтау

<variant>нәрестені ультрадыбыстық зерттеу

<variant>Леопольд әдісі

<question> Босанудың индукциясы мақсатында амниотомия жүргізудің жағдайы:

<variant>нәрестенің басымен жатуы, нәресте басымен анасының жамбасына сай келуі

<variant>нәрестенің басымен жатуы, мерзімі жеткен жүктілік

<variant>нәрестенің жамбаспен жатуы, мерзімі жетпеген жүктілік

<variant>нәрестенің көлденең орналасуы, мерзімі жеткен жүктілік

<variant>нәрестенің жамбаспен жатуы, мерзімі жеткен жүктілік

<question> Амниотомия жүргізуге қарсы көрсетулер:

<variant> қуықтық-қынаптық және тік ішек қынаптық жыланкөздер

<variant> жатыр тыртығы, мерзімі жеткен жүктілік, анемия

<variant> жатыр тыртығы, мерзімі жетпеген жүктілік

<variant> анемия, созылмалы артериальды гипертензия

<variant> жатыр тыртығы, нәрестенің басымен жатуы

<question> Хромосомды аномалиялар диагностикасының инвазивті түрлеріне ... жатпайды.

<variant>амниоскопия

<variant>хорион талшықтары аспирациясы

<variant>плацентоцентез

<variant>амниоцентез

<variant>кордоцентез

<question> Қағанақ суымен эмболияны шақыратын қауіп факторлар: көп босанған әйелдер, мекониймен лайланған қағанақ суы, жатыр мойнының жыртылуы, нәрестенің құрсақішілік өлімі, тым күшті тетаниялық толғақ, жылдам немесе ұзаққа созылған босану, амниоцентез, плацентаның жабысып бітісуі, қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын сылынуы, жатыр жыртылуы, хориоамнионит, макросомия,

<variant>кесар тілігі отасы

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 73 беті

<variant>нәресте жынысы қыз бала

<variant>жатыр ампутациясы отасы

<variant>босанғаннан кейінгі қан кету

<variant>мерзімінен бұрын босану

<question>Ұрықтың жағдайын бағалауда ... қолданылады.

<variant>кардиотокография

<variant>рентгенография

<variant>флебография

<variant>аортография

<variant>лимфография

<question> Біріншілік медико-санитарлы көмекке гестациялық мерзімі 35 апта жүкті әйел тәулік бойы ұрық қозғалысы сиреуіне шағымданып келді. Гравидограмма анализінде: жатыр түбі биіктігі сызығы 28 аптадан бастап, 50 және 10 пайыздық сызықтарына параллельді орналасқан. Объективті: жатыр түбі биіктігі - 30 см. ұрық жүрек соғысы анық, ретті 128 соққы/мин. Осы жағдайда біріншілік медико-санитарлы көмекте жүргізілетін зерттеу:

<variant>гравидограмма мәліметтерін ескере отырып бейстрессті кардиотокография

<variant>гравидограмма мәліметтерін ескере отырып УДЗ

<variant>ана-плацента-ұрық қан айналым бұзылысын дәлелдеу үшін бейстрессті КТГ

<variant>жүкті әйелдің шағымдарын ескере отырып УДЗ

<variant>гестациялық мерзімге кіші ұрықты нақтылау үшін УДЗ

<question> Жүрек қызметінің тоқтауына дейін, жедел тыныс жетіспеушілігі және жедел тамыр ішілік қан үю синдромымен аралас генезді симптомдар жиынтығы дамуымен амниотикалық сұйықтықтың өкпе қан тамырына түсуімен байланысты қауіпті жағдай ... деп аталады.

<variant> қағанақ суымен эмболия

<variant> геморрагиялық шок

<variant> цереброваскулярлы жетіспеушілік

<variant> босанғаннан кейінгі сепсис

<variant> босанғаннан кейінгі қан кету

<question> 29 жастағы әйелде жүктіліктің 34-35 аптасы, аяқтарында және беттеріндегі ісінумен перзентханаға келіп түсті. АҚ 170/110 мм сын бағ көтерілуіне байланысты желке аймағындағы ауырсыну және мұрнымен тыныс алудың қиындауы болды, диурез төмендеген. Эхографиялық зерттегенде фетометриялық мәліметтердің екі аптаға кешігуі, қағанақ суының жеткіліксіздігі анықталды, доплерометрияда екі жақтағы жатыр артериясында қанмен қамтамасыз етілу резистенттілігі жоғарылаған және ұрық-жатыр қан айналымының жағдайы нашар. Қынаптық тексергенде: жатыр мойны «жетілмеген». Дәрігер тактикасы:

<variant>кесар тілігі отасы арқылы тез арада босандыру

<variant>босану мерзіміне дейін гестозды емдеу

<variant>нәрестенің өмір сүру қабілетіне дейін гестозды емдеу

<variant>жедел жағдайда босануды қоздыру және босануды белсендіру

<variant>нәрестенің өмір сүру қабілетіне дейін босануды қоздыру

<question> Трофобластикалық аурулардың емінің тиімділігінің негізгі анықтау әдісі:

<variant>қанның сары суында және зәрде динамикалық ХГ-ң титрін анықтау

<variant>динамикалық трансвагиналдық эхография

<variant>компьютерлік томография

<variant>гистероскопия және фракциондық диагностикалық кыру

<variant>лапароскопия

<question> Ұрықтың күрсақшілік дамуы кідіруінің негізгі диагностикалық шараларына жатпайды:

<variant>партограмманы жүргізу

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 74 беті

<variant>гравидограмманы жүргізу
<variant>ультрадыбыстық биометрия
<variant>биофизикалық сынағалар
<variant>кіндік артерияның доплерометриясы
<question> Жүкті әйел 38 апта.Қабылдау бөліміне мынандай шағымдармен түседі:қағанақ суының кетуімен,қалжырау,Т-38С,қараған кезде: қағанақ суы іріңді жағымсыз иіспен, жатыр мойыны Бишоп шкаласы бойынша 3 балл, ұрық- КТГ-реактивті түрі. Дәрігердің тактикасы:
<variant>шұғыл кесар тілігі
<variant>босануды консервативті жүргізу
<variant>жоспарлы кесар тілігі
<variant>ұрықтың биофизикалық профилін анықтау
<variant>профилактика ретінде СРД тағайындау
<question>Биофизикалық профильге ... жатпайды.
<variant>стрессті тест
<variant>бейстрессті тест
<variant>тыныс қозғалысы бір эпизодтан кем емес болуы
<variant>төменгі жақта немесе кеудеде ұрықтың қозғалысы 3 қозғалыстан аспауы
<variant>қағанақ маңы суының қалыпты мөлшері
<question> Жүктілік 35 апта. Жеңіл дәрежелі преэклампсия. Ұрықтың болжам салмағы - 2350 г. Жатыр мойынының жетілуі Бишоп бойынша – 7 балл. Допплерометрия бойынша диастолалық қан айналасуы жоқтығы анықталған. КТГ бойынша 1 сағаттың арасында екі рет – ұрық жағдайының айқын бұзылысы байқалды. Ем фонында ... қажет.
<variant>жедел түрде кесар тілігі
<variant>ұрық дамуы үшін жүктілікті 1 аптадай созу
<variant>амниотомия, окситоцинмен босандыруды қоздыру
<variant>жатыр мойынын дайындау
<variant>доплерометриямен КТГ қайталап жасау
<question> Жүктілік 35 апта. Жеңіл дәрежелі преэклампсия. Ұрықтың болжам салмағы-2350г. Жатыр мойынының жетілуі Бишоп бойынша 7 ұпай. Допплерометрия бойынша диастолалық қан айналасуы жоқтығы анықталған. КТГ бойынша сағаттың арасында екі рет – ұрықтың жағдайының айқын бұзылысы. Емдік жалғастыру кезінде ... бастау керек.
<variant>кесар тілігін
<variant>оситоцинмен босандыруды
<variant>жатыр мойынының дайындайғын
<variant>ұрық дамуы үшін жүктілікті созуды
<variant>доплерометрия және КТГ – ны
<question> 24 жастағы жүкті К,гравидограмманы ескере отырып, 32 аптасында ұрықтың жатыр ішілік дамуының артта қалуына күмәнданған соң ультрадыбысты биометрия жасалынып, 3 аптаға артта қалғаны анықталды. Шағымдары жоқ. Объективті: АҚ 120/80 мм.с.б. ,температура 36,6°С. Жатыр қалыпты,пальпация кезінде ауырсынусыз. Ұрықтың жүрек соғуы анық, ретті, 144 рет/мин. Анамнезінен анықталды: зиянды әдеттері жоқ, баллалық шағында пиелонефритке қарсы ем алған. «Д» есепте тұрмайды. Зәрді бактериологиялық себу кезінде анықталды E. coli 5x10⁵ КОЕ/мл. Жүктілікті жүргізу кезінде тиімді бағыт... болып табылады.
<variant>симптомсыз бактериурияны емдеу, ұрықтың доплерометриясы
<variant>төсектік тәртіп және токолитиктер
<variant>дексаметазонды тағайындау
<variant>аспиринді тағайындау
<variant>фолий қышқылын тағайындау

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 бетін 75 беті

<question> Қайта босанушы әйелде толғақ 12 сағат бойы жалғасып жатыр. Ұрық маңы суы бүтін. Кенеттен ішінде жедел ауырсыну, тері жамылғыларының бозғылттануы пайда болды. Ұрықтың жүрек соғысы – брадикардия. Қынаптық зерттеуде жатыр аңқасының ашылуы толық, ұрық қапшығы катаянған, ұрық басы кіші жамбас қуысында. Дәрігердің тактикасы:

<variant>ұрық қапшығын бұзып, акушерлік қысқыштарды салу

<variant>кесар тілігі операциясын жасау

<variant>ұрық гипоксиясын емдеу

<variant>амниотомия жасау

<variant>амниотомиядан кейін окситоцинмен босануды қоздыруды бастау

<question> 30 жастағы қайта босанушы әйел, жүктілігінің 38-39 аптасында 5 сағат бұрын басталған босану қызметімен және 2 сағат бұрын ұрық маңы суының төгілуімен перзентханаға жеткізілді. Ұрықтың жамбаспен жатуы анықталды. Ұрықтың жүрек қағысы айқын, ырғақты, минутына 136 соққыға дейін. ұрықтың болжам салмағы 3000,0. Қынаптық зерттеу кезінде жатыр аңқасының ашылуы 8 см, ұрық қапшығы жоқ, кіші жамбасқа кіре беріске жамбасымен келіп тұр. Мүйісіне қол жетпейді. Ең ықтимал диагноз: Жүктіліктің 38-39 аптасы. ...

<variant>Ұрықтың жамбаспен жатуы. Босанудың I кезеңі. Ұрық маңы суының босануға дейін төгілуі.

<variant>Босанудың I кезеңі. Ұрықтың жамбаспен жатуы.

<variant>Ұрықтың жамбаспен жатуы. Прелиминарлы кезең. Ұрық маңы суының босануға дейін төгілуі.

<variant>Ұрықтың жамбаспен жатуы. Босанудың II кезеңі. Ұрық маңы суының босануға дейін төгілуі.

<variant>Ұрықтың жамбаспен жатуы. Босанудың I кезеңі.

<question> Әйел, жүктіліктің 36 аптасы+3 күн мерзімінде, ішінің төменгі бөлігінің және бел аймағының тәулік бойына мазасыздандырып ауырсынуына шағымданып перзентханаға түсті. Объективті-жағдайы қанағаттанарлық. Ұрықтың жатысы ұзынынан, туылатын бөлігі жамбасы. Ұрықтың жүрек қағысы тұншығып естіледі, ырғақты, минутына 140 соққы. Ұрық маңы суы төгілмеген. Іш айналымы 95 см, жатыр түбінің тұру биіктігі 36 см. Ең ықтимал диагноз: Жүктілік 36 апта 3 күн. ...

<variant>Жалған толғақтар. Ұрықтың жамбаспен жату

<variant>Босанудың I кезеңі. Ұрықтың жамбаспен жатуы

<variant>Босанудың I кезеңі

<variant>Жалған толғақтар. Акушерлік ауыр анамнез

<variant>Патологиялық прелиминарлық кезең

<question> Перзентхананың қабылдау бөліміне қайта жүкті, жүктілігінің 37 аптасы+4 күнінде, ұрық маңы суының 4 сағат бұрын төгілгеніне, ішінің төменгі бөлігінің бір сағаттан бері толғақ тәрізді ауырсынуына шағымданып түсті. Толғақтары әрбір 6-7 минут сайын 10-15 секундтан. Ең ықтимал диагноз:

<variant>Жүктілік 37 апта 4 күн. Босанудың I кезеңі. Ұрық маңы суының босануға дейінгі төгілуі. ААА.

<variant>Жүктілік 37 апта 5 күн. Босанудың I кезеңі. Ұрық маңы суының төгілуі.

<variant>Жүктілік 37 апта 6 күн. Босанудың I кезеңі. Ұрық маңы суының ерте төгілуі.

<variant>Жүктілік 37 апта 4 күн. Босанудың I кезеңі. Жиі босану.

<variant>Жүктілік 37 апта 3 күн. Босанудың I кезеңі. Акушерлік ауыр анамнез.

<question> 35 жастағы жүкті әйел К. жүктіліктің 36-37 аптасында қағанақ суы кеткеннен 10 сағаттан кейін және реті босану әрекеті басталғаннан 7 сағаттан кейін перзентханаға түсті.

Нәресте көлденең орналасқан. нәресте жатырмен тығыз қамтылған. Нәрестенің жүрек соғысы естілмейді. Толғақтар 2-3 минут сайын 40 секундқа дейін, күші жақсы. Қынаптық тексеру: жатыр мойны ернеуінің ашылуы толық, қағанақ қуығы жоқ, иығы анықталады. Диагноз:

Жүктіліктің 36-37 аптасы. ...

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 76 беті

<variant>Қағанақ суының мерзімінен бұрын кетуі. Нәрестенің көлденең орналасуының асқынуы. Қолының түсіп кетуі. Нәрестенің интранаталдық өлімі

<variant>Босану әрекетінің әлсіздігі. Нәрестенің қиғаш орналасуы. Қолының түсіп кетуі. Нәрестенің антенаталдық өлімі.

<variant>Босану әрекетінің әлсіздігі. Нәрестенің көлденең орналасуы. Нәрестенің интранаталдық өлімі.

<variant>Қолының түсіп кетуі. Нәрестенің антенаталдық өлімі

<variant>Қағанақ суының ерте кетуі. Босанудың II кезеңі. Қолының түсіп кетуі

<question> Нәрестенің дұрыс орналаспауы кезіндегі жүктіліктің жиі асқынулары болып ... табылады.

<variant>қағанақ суының мерзімінен бұрын кетуі

<variant>мерзімінен ерте босану

<variant>нәрестенің гипоксиясы

<variant>ісіну

<variant>плацентаның ажырауы

<question> Мерзіміне жеткен жүктілікте қағанақ суының ... мл болуы қалыпты.

<variant>500-1500

<variant>500-600

<variant>100-500

<variant>300-400

<variant>1600-2000

<question> Тар жамбастағы жиі кездесетін асқынуларға ... жатады.

<variant>қағанақ суының мерзімінен ерте кетуі

<variant>ұрықтың көлденең орналасуы

<variant>қағанақ суының көптігі

<variant>преэклампсия

<variant>ұрықтың жатыр ішілік гипоксиясы

<question> Партограмма құрамына кіреді.

<variant>қағанақ суының жағдайы

<variant>жатыр мойнының жетілу дәрежесі

<variant>нәресте жынысы

<variant>нәресте салмағы

<variant>босанудың болжамды уақыты

<question> Босанғаннан кейінгі ерте кезеңде гипотониялық қан кетудің төменгі қаупіне ... жатады.

<variant>қағанақ суының мерзімінен ерте кетуі

<variant>жатыр миомасы бар науқастар

<variant>босану әрекетінің әлсіздігі

<variant>дене салмағы 4000,0 және одан жоғары нәресте туылу

<variant>көп босанғандар

<question> Өткізіліп қалған көлденең жатқан ұрықтың дамуына ... негізгі шарт болып табылады.

<variant>қағанақ суының кетуі

<variant>босану қызметінің әлсіздігі

<variant>ірі ұрық

<variant>өте күшті босану қызметі

<variant>жетілмеген ұрық

<question> Мерзіміне жеткен жүктілігі бар алғаш босанатын әйелге қағанақ суының кетуіне байланысты босану әрекеті басталғаннан 5 сағаттан кейін қынаптық зерттеу жасалынды. Сол кезде жатыр мойнының ашылуы 5см., қағанақ қуығы жок,көздері, мұрын ұшы, ауыз

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 77 беті

пальпацияланды, бет сызығы оң жақ қиғаш өлшемде. Иегі алдынан, сол жақта. Мүйіс анықталмайды. Босандыру амалына ... жатады.

<variant>табиғи жол арқылы босандыру

<variant>кесар тілігі операциясы

<variant>босануды окситоцинмен белсендіру

<variant>ұрықты бұзу операциясымен аяқтау

<variant>акушерлік ұйқы-демалысын беру

<question> Қанның резус – терістілігі бар қайта жүкті, бірінші рет босанушы 31-32 аптасында антитела титрі 1:32. Анамнезінде: жатырдан тыс жүктілік, сол жақтан тубэктомия, өздігінен болған түсік жатыр қуысын қыру. УЗИ- мен доплерометрияда ұрықтың гемолитикалық ауруы, ісіну түрі (гепатоспленомегалия, басының 2 контуры, плацентаның ұлғаюы). Кордоцентез нәтижесі: қан тобы II, резус оң, гемоглобин – 70 г/л, гематокрит – 22%, билирубин 238 мкмоль/л. Дәрігердің амалы:

<variant>күрсақішілік қан құю

<variant>шұғыл кесір тілігі

<variant>амниотомия жасау

<variant>УЗД жасау

<variant>34 аптасында кесір тілігі

<question> Қанның резус – терістілігі бар қайта жүкті, бірінші рет босанушы 31-32 аптасында антитела титрі 1:32. Анамнезінде: жатырдан тыс жүктілік, сол жақтан тубэктомия, өздігінен болған түсік жатыр қуысын қыру. УЗИ- мен доплерометрияда ұрықтың гемолитикалық ауруы, ісіну түрі (гепатоспленомегалия, басының 2 контуры, плацентаның ұлғаюы). Кордоцентез нәтижесі: қан тобы II, резус оң, гемоглобин – 70 г/л, гематокрит – 22%, билирубин 238 мкмоль/л. Дәрігердің болжам диагнозы: Жүктілік 31-32 апта. ...

<variant>Ұрықтың гемолитикалық ауруы. Ісіну түрі, ауыр дәрежеде.

<variant>Ұрықтың гемолитикалық ауруы. Анемиялық түрі.

<variant>Ұрықтың гемолитикалық ауруы. Анемиялық ауыр дәрежеде.

<variant>Ұрықтың гемолитикалық ауруы. Ядерлық сарғаю түрі.

<variant>Ұрықтың гемолитикалық ауруы. Жедел гипоксия белгісімен.

<question> КТГ мәліметтері бойынша ұрықтың ауыр құрсақішілік қиналуында келесі осцилляцийдің амплитудасы көрсетіледі:

<variant>минутына 0-5

<variant>минутына 5-10

<variant>минутына 10-25

<variant>минутына 25-30

<variant>минутына 30дан жоғары

<question> Кордоцентез кезінде ... негізгі зерттеу материалы болып табылады.

<variant>лимфоциттер

<variant>ретикулоциттер

<variant>амниоциттер

<variant>эритроциттер

<variant>тромбоциттер

<question> Жүктіліктегі иммунологиялық тест ... анықтауға негізделген.

<variant>хориондық гонадотропинді

<variant>қандағы прогестеронды

<variant>плацентарлы лактогенді

<variant>лютеиндеуші гормонды

<variant>зәрдегі эстрогендерді

<question> 1. Презклампсия кезінде ұрық жағынан босану қоздырғышының көрсеткішіне ... жатпайды.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 78 беті

<variant>жетілмеген ұрық

<variant>ұрықтың аномалді стресстік емес тесті

<variant>ұрықтың дистресі

<variant>ұрықтың аномалді биофизикалық профилі

<variant>ұрықтың дамуының кешігуі

<question> Анасы мен нәресте арасында иммунологиялық қайшылық туындағанда босану ... асқынуы мүмкін.

<variant>нәрестенің интранталды өлімімен

<variant>жатыр жыртылуымен

<variant>босанудың үшінші кезеңінде қан кетумен

<variant>қағанақ суының ерте кетуімен

<variant>нәресте гиптрофиясымен

<question> Ұрықта және жаңа туған нәрестеде гемолитикалық ауру жиі пайда болады:

<variant>қан тобы бойынша иммунологиялық сәйкессіздігінде

<variant>резус – фактор бойынша иммунологиялық сәйкессіздігінде

<variant>ABO- жүйесі бойынша иммунологиялық сәйкестілігінде

<variant>ұрық пен ананың қанының тобы бірдей болса

<variant>ұрық пен ананың қанының резус-факторы бірдей болса

<question> Пренаталды диагностика мақсатында ұрық ДНК-сын алуда ... ерте алуға болады.

<variant>хорион бүрі биопсиясын

<variant>фетоскопияны

<variant>амниоцентезді

<variant>кордоцентезді

<variant>ұрық тінінің биопсиясын

<question> Кардиотокографияны рутинді қолдану

<variant>оперативті босану пайызын жоғарылатады

<variant>перинаталды аурушандық төмендетеді

<variant>кесар тілігі жиілігінің пайызын төмендетеді

<variant>ресурстарды үнемдейді

<variant>перинаталды өлім төмендетеді

<question> УДЗ әдісі жүкті әйелдерде ... мақсатында жүргізіледі.

<variant>жүктіліктің мерзімін, ұрық дамуының туа біткен ақауларын анықтау

<variant>босану мерзімін анықтау

<variant>жүкті әйелдердің кеш пайда болған токсикозын емдеу

<variant>жатыр дамуының ақауларын анықтау

<variant>жүкті әйелдердің ерте пайда болған токсикозын емдеу

<question> Емхана акушер-гинеколог дәрігеріне 28 жасар жүкті әйел іштің төменгі бөлігіндегі және беліндегі ауырсынуға шағымданып келді. Жүктілік мерзімі 15-16 апта. Анамнезінде 1 босану және 3 рет жасанды түсік жасатқан. Қынаптық қарауда: жатыр мойнының ұзындығы 2,5 см, сыртқы аңқа жабық. Жатыр жүктілік мерзіміне сәйкес ұлғайған. Дәрігердің іс-әрекеті:

<variant>жүктіні ауруханаға жатқызу

<variant>физикалық жүктемені шектеуді ұсыну, УДЗ

<variant>жатыр мойнын айнамен қарау және тазалық дәрежесіне жұғынды алу

<variant>гормональді терапияны тағайындау

<variant>жатыр мойнына тігіс салу

<question> Қайта жүкті әйелдің 32-33 аптасында ұрық жамбасымен орналасқаны анықталған. Дәрігердің әрекеті:

<variant>УДЗ+ұрықтың орналасуын қалпына келтіретін жаттығулар

<variant>УДЗ+перинатальдық орталыққа жедел жолдама беру

<variant>УДЗ+сыртқы акушерлік бұрылыс жасау

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 79 беті

<variant>УДЗ+2 аптадан кейін қайта қабылдауын тағайындау

<variant>УДЗ + қайта қабылдау тағайындау

<question> Босануға дейінгі ұрық қабығының жарылуы кезіндегі негізгі диагностикалық әдістері:

<variant>1сағаттық астарлы бақылау,стерильді гинекологиялық айнамен қарау,УДЗ

<variant>УДЗ,зәр анализі,АҚ өлшеу,пульс,ЭКГ,тазалық дәрежесіне сынама

<variant>УДЗ,АҚ өлшеу,пульс,ұрықтың ЖСЖ бақылау,көрсеткіш бойынша КТГ

<variant>2 сағаттық астарлы бақылау,ұрықтың ЖСЖ бақылау,ЭКГ

<variant>УДЗ,қынаптық зерттеу,АҚ өлшеу,пульс

<question> Хориоамнионитте оперативті жолмен босандыруға көрсеткіш:

<variant>емнің нәтижесіздігі,ұрық жағдайы қауіптілігі,тез босануға шарттардың жоқтығы

<variant>КТГ-ның реактивті түрі,жайылған лейкоцитоз $16 \cdot 10^9$ л

<variant>әйелдің босанудың аяқталуын кесар тілігі арқылы қалауы

<variant>КТГ-ның қауіпті түрі,18 сағаттан артық сусыз кезеңнің ұзаруы

<variant>ана мен ұрықтың инфицирлену белгілерінің болуы

2 рубежный контроль

<question> Жатыр тыртығымен босанушыны жүргізудегі көрсеткіш:

<variant>босанудағы үзіліссіз КТГ

<variant>акушерлік қысқыш салу

<variant>кешенді жансыздандыру

<variant>окситоцинмен босануды күшейту

<variant>бала жолдасын қолмен бөліп алу

<question> Алғаш босанушы 34 жаста, жүктіліктің 32 аптасы реанимациялық бөлімінде 1 тәулік бойы жатыр. Диагноз: Жүктілік 32 апта. Преэклампсияның ауыр дәрежесі, КТГ 40 мин бойы мониторинг барысында бірқалыпты төменгі вариабелді ритмде акцелерацияның болмауы. Бишоп бойынша босану жолдары 6 балл. Дәрігердің әрекеті:

<variant>кесар тілігі көмегімен босандыру

<variant>мезопростолдың көмегімен босануды ынталандыру

<variant>амниотомия,окситоцинмен босануды ынталандыру

<variant>босануды ынталандыру

<variant>ұрықтың профилактикасы

<question> Алғашқы босанушы 23 жаста, 12 сағат ретті толғақтар. Ұрықтың болжам салмағы орташа. Жатыр мойнының ашылуы - 5 см. Цервикограмма шара қолдану сызығына келді. Акушер дәрігер осы кезде ... бастауы керек.

<variant>амниотомияны

<variant>акушерлік демалысты

<variant>бақылауды

<variant>кесар тілігін

<variant>көк тамырға гинипрал егуді

<question> Жүкті 25 жаста 34 апта мерзімімен босану үйінде бір күн бойы, преэклампсия ауыр дәрежесімен госпитализацияланды, жағдайы жақсарғаннан кейін қынаптық тексеруде, басымен келген, босану жолдары Бишоп бойынша 7 балл, КТГ мониторингта аздаған кеш децелерация. Босануды жүргізу жолы:

<variant>амниотомия, окситоцинмен индукция, үздіксіз КТГ мониторингін жүргізу

<variant>кесар тілігі операциясы,КТГ

<variant>КТГ, ЭКГ – дан соң босандыруды бастау

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 80 беті

<variant>200 мг мезопростолмен босануды индукциялау, КТГ

<variant>мезопростолмен босануды индукциялау

<question> УДЗ –ден кейін 24 жастағы, Ж деген әйел, әйелдер кеңесіне келді. Ұрық қозғалысының азайғандығына шағымданады, 2 жүктілік алдыңғысы мед. аборт болған. қан тобы І резус-теріс. УДЗ: жүтілік 34 апта, Гепатоспленомегалия. Кардиомегалия. Ішек қабырғасының эхогенді үлкеюі.Плацента қалындауы0.8 см. Көпсулық. Антидене титрі аптада 1:32. Дәрігердің жүргізу тактикасы:

<variant>шұғыл түрде босандыру үшін,стационарға госпитализация

<variant>жоспарлы түрде босандыру үшін,стационарға госпитализация

<variant>амбулаторлы бақылау ,УДЗ мен доплерометрия тағайындау

<variant>кесар тілігін жасау үшін,стационарға госпитализация

<variant>тезарада вакцинациялау,КТГ мониторинг

<question> Босану бөліміне бірінші босанушы жүктіліктің 42 аптасында босану әрекетімен келіп түсті.Ұрық тігінен орналасқан, баспен келуі. Ұрықтың жүрек соғысы минутына 150 соққы, анық, ритмді. PV: жатыр мойны тегістелген, ашылуы- 2 см. Дәрігердің тактикасы:

<variant>үздіксіз КТГ бақылауыменбосануды консервативті жүргізу

<variant>амниотомиядан кейін стимуляция

<variant>шұғыл кесар тілігі

<variant>босану әрекетін окситоцинмен стимульдеу

<variant>партограмма қолдана отырып, босануды консервативті жүргізу

<question> Жыныс жолдарынан қанды бөлініске және 3 сағат бойы толғаққа шағымданып жүкті әйел стационарға түсті. Жүктілік толық мерзімді. Жатыр толғақ кезінде тонуста, толғақтан тыс жақсы жазылады. Ұрық басымен келген, кіші жамбасқа кіреберісте. Ұрықтың жүрек соғысы анық, ырғағы дұрыс 132 соққы/мин. УДЗ қорытындысы 2 апта бұрын – ұрық жолдасы төмен сол жақ қабырға бойымен орналасқан. Дәрігердің тактикасы - босану болімінде қынаптық қарау жасау, себебі:

<variant>УДЗ мәліметтері бойынша гемостаз мақсатында амниотомия жасау қажет

<variant>3 сағ.бойы толғақ және УДЗ нәтижесі бар

<variant>3 сағ.бойы толғақ және қанды бөліністер бар

<variant>толғақ бар

<variant>жыныс жолдарында қанды бөліністер бар

<question> УДЗ кезінде ұрық дамуының ақауларын терістеу үшін ... тиімді мерзім болып табылады.

<variant>15 – 16 апта

<variant>5 – 6 апта

<variant>8 - 9 апта

<variant>22 – 23 апта

<variant>27 - 28 апта

<question> Жаңатуған нәрестеде ЭКГ мәліметтері бойынша – правограмма анықталды, Р тісшесінің стандартты бұрып жіберуі жоғары, оң жағында теріс, R тісшесі төмен. ЭКГ-ның бұл мәліметінен ... процесін көріп тұрмыз.

<variant>қалыпты электрокардиограмма

<variant>жаңатуған нәрестенің инфекциялық

<variant>жаңатуған нәрестенің қабыну

<variant>жаңатуған нәрестенің асфиксия

<variant>жаңатуған нәрестенің жүрек ақауы

<question> Жүкті әйел М., стационарға ЖДА бағыттауымен келіп түсті жүктіліктің 35 аптасында. Шағымы 2 апта бойы ұрықтың жиі қозғалуына. ІА-85 см, ЖТБ – 26 см. Бұл жағдайда диагнозды негіздеу үшін ... қолданылады.

<variant>ультрадыбыстық биометрия

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 81 беті

<variant>гравидограмма

<variant>доплерометрия

<variant>ұрық қозғалуын санау

<variant>КТГ

<question> Н. есімді науқаста А(II) Rh- теріс типті қан, жүктіліктің 26 аптасында Ультрадыбысты зерттеу жасаған кезде ісіну және плацентаның қалыңдығы 4,5 см екені анықталды. Қан титр антиденесі 1:8 тең. Анамнезінен: жасөспірім шағында резусі анықталмай қан құйылған екен. Жүкті әйелге қосымша ... жүргізу керек.

<variant>диагностық амниоцентезді

<variant>қан құрамындағы гемоглобинді анықтауды

<variant>кардиотокографияны

<variant>қандағы антидене титрін анықтауды

<variant>қандағы билирубинді анықтауды

<question> Қайта жүкті, алғаш босанатын 28 жастағы әйел әйелдер кеңесі дәрігеріне жетілген жүктілікпен қабылдауға келді. Жақында кардиотокография жүргізілген. Келесі параметрлер анықталды: базальді ЖЖЖ – 138-142 рет минутына, осциляция жиілігі 1 минутта 12, спорадикалық акцелерация байқалады, децелерация жоқ. Ұрықтың жүрек қызметінің жағдайын бағалаңыз:

<variant>ұрықтың жағдайы қалыпты

<variant>өмір әрекеттерінің бұзылыстарының алғашқы белгілері

<variant>өмір әрекеттерінің бұзылыстарының мөлшерлі белгілері

<variant>ұрық жағдайының айқын өзгерістері

<variant>ұрықтың сын жағдайлары

<question> Босану кезінде нәрестенің жедел гипоксия кезінде нақты ақпарат беретін әдіс... .

<variant>нәрестенің кардиотокографиясы

<variant>амниоцентез

<variant>плацентарлық гормондар деңгейін анықтау

<variant>нәрестені ультрадыбыстық зерттеу

<variant>Леопольд әдісі

<question> Әйел перзентханаға босанудың белсенді сатысында түсті, қағанақ суы 2 сағат бұрын кеткен. Кардиотокограммада нәрестенің ЖЖЖ толғақ уақытына байланыссыз баяулап, базалды деңгейге тез оралады, вариабелділігі жақсы. Бұл ЖЖЖ баяулауын ... түсіндіреді.

<variant>қағанақ қабының жарылуы

<variant>нәресте басының қысылуы

<variant>жатырлық-плацентарлық жеткіліксіздігі

<variant>нәрестенің метаболикалық ацидозы

<variant>кіндіктің мойынға тығыз оралуы

<question> Емхана дәрігеріне етеккірінің тежелуіне (соңғысы 7 апта бұрын болған), лоқсуға және таңертеңгілік кейде бір рет болатын құсуға, иістерді жаратпайтындығына шағымданып келді. Өзін жүктімін деп санайды, жүктілігі қалаусыз. Соматикалық дені сау. Анамнезінде 3 босану (балалары тірі) және 2 медициналық түсік болған. Гинекологиялық және венерологиялық аурулары болмаған. Қынаптық зерттеу кезінде анықталды: қынап шырышы айқын көгерген, жатыр мойны қалыптасқан, сыртқы аңқасы жабық. Жатыр денесі гиперантефлексияда, жұмсақтау, бірақ пальпациялау кезінде тығыздалады, жүктіліктің 7 аптасына дейін ұлғайған. Бөлінділері сірлі. Дәрігердің тактикасы:

<variant>клинико- лабораторлық тексеру жүргізу және жүктілікті үзуге жолдама беру

<variant>клинико-лабораторлық тексеру жүргізу

<variant>клинико-лабораторлық тексеру және жатырға УДЗ жүргізу

<variant>клинико-лабораторлық тексеру жүргізу және диспансерлік бақылауға қою

<variant>жүктілікті үзуге жолдама беру

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 82 беті

<question> Жатырдың жиырылу дәрежесін ... анықтауға болады.

<variant>жатыр түбінің тұру биіктігіне қарап

<variant>жыныс жолдарындағы бөлінділерге қарап

<variant>әйелдің шағымына қарап

<variant>тек қана УДЗ мәліметіне қарап

<variant>шамамен 6-8 аптада жатырдың толық инволюциясы жүреді

<question>Плацента жатуының толық және толық емес түрінің ажырату диагностикасы ... негізделеді.

<variant>УДЗ мәліметтеріне

<variant>сыртқы қан кету көлеміне

<variant>ауру синдромының айқындылық дәрежесіне

<variant>анемия белгілерінің айқындылық дәрежесіне

<variant>ұрық жағдайына

<question> Орынбасар гормонды терапия жүргізер алдында әйелге ... жүргізу керек.

<variant>жатыр мойнынан онкоцитологияға жағынды алу, УДЗ, маммография, денситометрия, коагулограмма, биохимиялық зерттеу

<variant>УДЗ, маммография, денситометрия, кеуде қуысын Rn-зерттеу, коагулограмма, биохимиялық зерттеу

<variant>жатыр мойнынан онкоцитологияға жағынды алу, УДЗ, маммография, денситометрия, коагулограмма

<variant>жатыр мойнынан онкоцитологияға жағынды алу, УДЗ, коагулограмма, биохимиялық зерттеу

<variant>жатыр мойнынан онкоцитологияға жағынды алу, УДЗ, денситометрия, коагулограмма

<question> Босанудан кейін кеш кезеңде қан кету себебімен әйелді зерттегенде жатыр ішінде плацентаның бөліктері бар екені белгіленді. Дәрігердің тактикасы:

<variant>плацентаның қалдығын инструментпен алып, жатырды жиыртатын препараттар, АБ тағайындау

<variant>жатырды жиыртатын препараттарды енгізу, ұрық КТГ

<variant>антибактериалдық терапия, УДЗ

<variant>УДЗ, ұрық КТГ

<variant>гемотрансфузия, ЭКГ

<question> Әйел акушер-гинеколог дәрігерде диспансерлік есепте тұр. Жүктілік мерзімі 20 апта. Объективті тексеруде жатыр түбі биіктігі гестация мерзіміне сәйкес келеді. Дәрігер УДЗ-ны ... тағайындады.

<variant>ұрықтың тума ақауларын анықтау үшін

<variant>ұрықтың қалпын анықтау

<variant>жүктілік мерзімін анықтау үшін

<variant>осы жүктіліктің асқыну симптомдарын анықтау үшін

<variant>ұрық қозғалысын анықтау үшін

<question> Әйел 26 жаста, жүктілігі бойынша әйелдер кеңесіне бірінші рет келгенде, жүрек соғу ұстамасы пайда болды. Анамнезінен: мұндай ұстамалар 10 жылдан бері мазалап тұрады, бірақ бұл ауру бойынша маман есебінде тұрмайды. Жүкті әйел екі күн бұрын жеке клиникада УДЗ жасатқан, қорытындысы: 5-6 апта мерзіміндегі қалыпты дамып келе жатқан жүктілік.

Қараған кезде: толымдылығы мен кернелуі қанағаттанарлық, жиілігі дұрыс тамыр соғысы, аускультативті - жүрек тондары ырғақты, маятник тәрізді ырғақ байқалады, ЖЖЖ 200 рет минутына, АҚҚ 130/80 мм с.б.б. ЭКГ-да суправентрикулярлы тарылған QRS комплекстері мен тахикардия. Р толқындары айқын анықталмайды. Ұстамадан тыс уақытта түсірілген ЭКГ-да ырғақ синусты ырғақ, қалыпты. Емдеудің қолайлы түрі:

<variant>вагусты тәсіл

<variant>лидокаинды көк тамырға егу

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 83 беті

<variant>электроимпульстік терапия

<variant>кордаронды көк тамырға егу

<variant>аденозинді көк тамырға егу

<question> 14 - 15 апталық жүкті әйелде бел аймағында ауыру сезім, таңертең бетінің ісінуі, жүрек айну пайда болды. Қарап тексергенде: әйел делсал, сұрақтарға көңілсіз жауап береді. Қанда: эритроциттер - $3,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциттер- $15 \times 10^9/л$, ЭТЖ - 45 мм/с. Зәр анализі: бұлыңғыр, эритроциттер - 0 - 1 к/а, лейкоциттер- 20-22 к/а, бактериялар +++++, шырыш. Көрсетілген зерттеу әдістерінің ішінде ... жүргізу барынша ақпаратты.

<variant>УДЗ

<variant>цистоскопия

<variant>бүйрек биопсиясы

<variant>контрасты урография

<variant>компьютерлік томография

<question> 38 аптада көп босанушыда ұрықтың көлденең орналасуы анықталған. Акушер-гинеколог дәрігердің әрекеті:

<variant>көп босанушы жүкті әйелді перинаталдық орталыққа тез арада жеткізу

<variant>сыртқы акушерлік бұрылыс жасау

<variant>ұрық УДЗ мен 2 аптадан кейін қайта қарау

<variant>ұрық орналасуының коррекциялау үшін арналған жаттығулардың кешенін тағайындау

<variant>толғақ басталғасын перинаталдық орталыққа жолдамамен жіберу

<question> Босанған әйел 32 жаста, уақытында босанудан кейінгі 3 тәулік. Жатыр субинволюциясының клиникалық көріністері, УДЗ- плацентарлық тіннің қалдықтары анықталады. Дәрігердің іс-әрекеті:

<variant>жатыр қуысын инструментальды тексеру

<variant>бақылау

<variant>10 ЕД окситоцинді 400,0 мл физиологиялық ертіндіде көк тамырға тамшылатып енгізу.

<variant>антибиотикотерапия

<variant>қалақай тұнбасы+ витаминотерапия

<question> Бала жолдасының түгелдігіне күмәндансаңыз немесе плацентаның бір бөлігі болмаса, дәрігердің іс-әрекеті:

<variant>УДЗ жасау дерттануды анықтау үшін

<variant>бірден жатыр қуысын қолмен тексеру

<variant>қан кету басталған соң жатыр қуысын қолмен тексеру

<variant>жатыр қуысын қыру

<variant>жатырын сырттай уқалау

<question> Жүктілікке күмәнданғанда ең ақпаратты әдіс ...

<variant>УДЗ

<variant>кеңейтілген рентгенография

<variant>КТ

<variant>МРТ

<variant>радионуклидті диагностика

<question> 32 жастағы 17 апталық жүкті әйел бөлімшеге түсті, сол жақ бел аймағындағы кенет ауырсынуға, жиі зәр шығаруға шағымданады. УДЗ-да гидронефроз, акустикалық жолмен гиперэхогенді конкременттер анықталды. Рентгенологиялық көрініс:

<variant>зәр-тас ауруы

<variant>пиелонефрит

<variant>бүйрек поликистозы

<variant>гломерулонефрит

<variant>бүйрек пагі

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 84 беті

<question> Жүкті әйел, анамнезінде кеуде-мойын омыртқасының остеохондрозы, емханаға асқыну сатысымен келіп түсті. Бұл жағдайда сәулелік жүктемесі ең аз сәулелік зерттеу әдісі:

- <variant>МРТ
- <variant>рентгенография
- <variant>рентгеноскопия
- <variant>УДЗ
- <variant>КТ

<question> 21 жастағы алғаш жүкті, 32 апта жүктілігінде УДЗ тағайындалды. Анамнезінде: зиянды әдеттері – күніне бір қорап шылым шегеді. Көрсеткіштер:

- <variant>ұрық өлшемі
- <variant>плацента қалыңдығы
- <variant>ұрықтың даму ақауы
- <variant>қозғалыс белсенділігі
- <variant>қағанақ суының көлемі

<question>УДЗ-де, жүктіліктің бастапқы кезеңінде, ұрықтың өмір сүру қабілетін бағалау ... негізделеді.

- <variant>жүрек жұмысын тіркеуге
- <variant>ұрық басын сәйкестендіруге
- <variant>мойын-жағалық аймақты өлшеуге
- <variant>құйымшақ-шүйде аймағын өлшеуге
- <variant>ұрық жұмыртқасының ішкі орта диаметрін өлшеуге

<question>УДЗ-де ұрықта гемолитикалық аурудың дамуының алғашқы белгісі болып ... табылады.

- <variant>плацентаның қалыңдауы
- <variant>көпсулық
- <variant>гепатоспленомегалия
- <variant>кіндік тамырларының ұлғаюы
- <variant>билирубин санының өсуі

<question>Ұрықтың даму ақауларын анықтау үшін УДЗ жүктіліктің ... аптасында жасалады. Для определения пороков развития плода УЗИ наиболее вероятно выполняется в сроках:

- <variant>22-23 апта
- <variant>15-16 апта
- <variant>17-18 апта
- <variant>19-20 апта
- <variant>24-25 апта

<question>Гравидограмма бойынша ұрықтың өсуі 2 аптаға тежелген. УДЗ бойынша ұрықтың биофизикалық профилі жүргізілді. Ұрықтың биофизикалық профилінен ... білуге болады.

- <variant>ұрықтың жағдайын
- <variant>ұрықтың өсуін
- <variant>жүктілік мерзімін
- <variant>плацентаның жағдайын
- <variant>қағанақ суының көлемін

<question>УДЗ-де ұрықтың биофизикалық профилін анықтау кезінде ең бірінші ... жүргізу керек.

- <variant>фетометрияны
- <variant>ұрықтың жағдайын
- <variant>доплерометрияны
- <variant>кардиотокографияны
- <variant>қағанақ суының мөлшерін анықтауды

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 85 беті

<question>Кіші жамбас ағзаларын УДЗ жүргізу үшін қуықты толтыру ең алдымен ... үшін қажет болуы мүмкін.

<variant>акустикалық фон жасау

<variant>ағзаларды дұрыс орналастыру

<variant>жатыр қосалқыларын визуализациялау

<variant>жатырдың және клетчатканың визуализациясы

<variant>ағзалардың экзогенділігін жасау

<question>Босанғаннан кейінгі жатыр қуысының визуализациясына негізделетін бала жолдасы тінінің қалдықтарының УДЗ-гі ең ықтимал диагностикасы:

<variant>ұйынды

<variant>қан

<variant>гипоэхогенді учаскелер

<variant>гиперэхогенді учаскелер

<variant>бос кеңістік өлшемдері

<question>Клиникалық хаттамаға сай жүктілікті бақылаудағы скринингтік УДЗ саны:

<variant>3

<variant>1

<variant>2

<variant>4

<variant>5

<question> 10-11 апталық жүктілік кезінде УДЗ – скринингтің ең ықтимал 1-ші мақсаты:

<variant>мерзімін анықтау

<variant>плацентацияны анықтау

<variant>пренаталды диагностика

<variant>ұрықтың орналасуын анықтау

<variant>көпұрықтылығын анықтау

<question>10-11 апта жүктілік кезінде 1-ші рет УДЗ скринингтің мақсаты:

<variant>пренаталды диагностика

<variant>мерзімін анықтау

<variant>плацентацияны анықтау

<variant>ұрықтың орналасуын анықтау

<variant>көпұрықтылығын анықтау

<question>30-34 апта жүктілік кезінде 3-ші рет УДЗ скринингтің мақсаты:

<variant>ҰҚДА-ын анықтау

<variant>ұрықтың орналасуын анықтау

<variant>плацентаның жетілу дәрежесін анықтау

<variant>кеш манифестацимен бірге ҰДА-ын анықтау

<variant>жатыршілік судың көлемін анықтау

<question>Гравидограмманы анализдеу барысында 32-33 апта жүктілікте ЖТБ-нің 2 аптаға кеш қалуы анықталды. УДЗ жасалынды, амниотикалық сұйықтық индексінің 5см-ден төмен болуы ... көрсетеді.

<variant>азсулықты

<variant>көпсулықты

<variant>АЖ индексі қалыпты екенін

<variant>айқын судың аз болуын

<variant>айқын судың көп болуын

<question>УДЗ-да 28-29 апта жүктілікте амниотикалық сұйықтық индексінің 20см-ден жоғарылауы анықталды. Ең мүмкін болатын ұйғарым:

<variant>айқын судың көп болуы

<variant>судың аз болуы

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 86 беті

<variant>судың көп болуы

<variant>АЖ индексі қалыпты

<variant>айқын судың аз болуы

<question> Жүктіліктің алғашқы триместрында ... қолданылады.

<variant>УДЗ

<variant>рентгеноскопия

<variant>КТ

<variant>МРТ

<variant>термография

<question>Жүктілерде COVID-19коронавирусты инфекцияның инкубациялық кезеңі:

<variant> орта есеппен 2-14 күн

<variant> орта есеппен 1-2 сағат

<variant> орта есеппен 3-5 күн

<variant> орта есеппен 20-21 күн

<variant> орта есеппен 12-48 сағат

<question>40 жастағы әйел жалпы тәжірибелік дәрігерге басы ауыруына, жүрегі айнауына, жүрек тұсында қысып ауырсынуға шағымданып қаралды. 15 апталық жүктілік. Екі жыл бойы артериялық гипертензия мен жүректің ишемиялық ауруымен диспансерлік бақылауда тұрады. Артериялық қысым ең жоғарғы деңгейі 150/95 мм сынап бағанасына дейін жоғарылайды. Клиникалық-зертханалық тексеру нәтижелері өзгеріссіз.

Созылмалы артериялық гипертензияның дәрежесі мен қауіп тобын анықтаңыз:

<variant> созылмалы артериялық гипертензия I дәрежесі, қауіп тобы IV

<variant> созылмалы артериялық гипертензия III дәрежесі, қауіп тобы III

<variant> созылмалы артериялық гипертензия II дәрежесі, қауіп тобы III

<variant> созылмалы артериялық гипертензия II дәрежесі, қауіп тобы IV

<variant> созылмалы артериялық гипертензия III дәрежесі, қауіп тобы IV

<question>16 апталық жүктілік анықталған әйел дәрігерге қаралды. Үш жыл бойы артериялық гипертензия бойынша диспансерлік бақылауда тұрады. Артериялық қысым ең жоғарғы деңгейі 160/110 мм сынап бағанасына дейін жоғарылайды. ЭКГ-да сол қарынша гипертрофиясы. Офтальмоскопиялық тексергенде көз торы тамырларының ангиопатиясы анықталды. Созылмалы артериялық гипертензияның дәрежесі мен қауіп тобын анықтаңыз:

<variant> созылмалы артериялық гипертензия III дәрежесі, қауіп тобы III

<variant> созылмалы артериялық гипертензия I дәрежесі, қауіп тобы IV

<variant> созылмалы артериялық гипертензия II дәрежесі, қауіп тобы III

<variant> созылмалы артериялық гипертензия II дәрежесі, қауіп тобы IV

<variant> созылмалы артериялық гипертензия III дәрежесі, қауіп тобы IV

<question>ҚР ДСМ 04.07.2014 “Жүрек ақаулары бар фертильді жастағы әйелдерді, сонымен қатар жүкті әйелдерді тексеру” 10 хаттамасына сәйкес жүкті әйелдердегі жүрек ақауларының клиникалық жіктелімі бойынша аналық қатерлікті бағалау арқылы ДДСҰ IV-не жатады:

<variant>Анық митралдық стеноз, көректі симптоматикалық қолқалық стеноз

<variant>Марфан синдромы қолқаның 40-45 мм дилатациясымен

<variant>Қолқаның қалпына келтірілген коарктациясы

<variant>Гипертрофиялық кардиомиопатия

<variant>Сол қарыншаның жеңіл дисфункциясы

<question>Наукас 38 жаста. Жүктілік 25 апта+3 күн, шұғыл түрде қабылдау бөлмесіне жеткізілген. Кенеттен пайда болған ентікпеге, жөтелге шағымданады, қысқа уақытқа есінен танып қалған, төс артында ауырсыну сезімі бар. Объективті: терісі бозарған, суық, акроцианоз. АҚ= 70 және 50 мм сынап бағаны. ЖЖЖ=ps=минутына 125 рет. Эхокардиография: жүректің оң жақ бөлімдерінің кеңеюі, қарыншааралық қалқадағы парадоксальды қозғалыстың

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 87 беті

диастолаға өтуі. Миокардтың жиырылғыш қабілетін жақсарту үшін осы жағдайда қандай препарат тағайындаған дұрыс?

<variant>добутамин

<variant>норадреналин гидротартрат

<variant>хлорид натрий

<variant>метилпреднизалон

<variant>адреналин гидрохлорид

<question> 25 жастағы жүкті әйел А. Кезенді мұрын және қызыл иектен қан кетуге шағымданады. Аяқтары мен ішінің тері қабатында геморрагиялық қан құюлар байқалады.

ЖҚА: тромбоциттер 95 x 109/л. Диагноз:

<variant> иммундық тромбоцитопения

<variant> геморрагиялық васкулит

<variant> ревматоидты артрит

<variant> гемофилия

<variant> жіті лейкоз

<question> Жүктілерде иммундық тромбоцитопения емінде қолданатын негізгі препаратты таңдаңыз

<variant>преднизолон

<variant>винкристин

<variant>цитарабин

<variant>эноксапарин

<variant>лидокаин

<question> 27 жастағы жүкті әйел В. Диагноз: Иммундық тромбоцитопения. Бірінші линиядағы ем түрін құрыңыз

<variant>преднизолон 0,5-2 мг/кг/тәулігіне

<variant>эльтромбопаг 25-75 мг

<variant>ритуксимаб 375 мг/м2

<variant>ромиплазмин 1-10 мг/кг

<variant>винкристин 6 мг

<question> 30 жастағы жүкті әйел К. Диагноз: Иммундық тромбоцитопения. Бірінші линиядағы ем нәтижесіз болған. Келесі емдеу жоспарын құрыңыз

<variant> спленэктомия

<variant>плазмаферез

<variant> иммуноглобулин

<variant> преднизолон

<variant>гемодиализ

<question> Жүкті әйел аяғының ұюына шағымданды. Объективті қарағанда кеуде торы үйлесімді дамығаны, тар жамбас, аяғы арықтығы байқалды. АҚҚ 200/120 мм сынап бағанасымен. Кеуде торының R – графиясында қабырғаларда узуралар анықталған. Болжам диагноз:

<variant>қолқа коарктациясы

<variant>саркоидоз

<variant>Иценко – Кушинг ауруы

<variant>спецификалық емес аортоартериит

<variant>қолқа атеросклерозы

<question> Жүкті әйелде тексергенде бетінде қызару байқалады. Жүрек ұшын пальпациялағанда «мысық пырылы» анықталады. Аускультативті: диастоалық шу, шапалақты I тон, митралді қақпақшаның ашылу тоны, аритмия. ЖСЖ – 110 рет минутына, пульс тапшылығы. Өкпенің төменгі бөлігінде ылғалды дыбыссыз сырылдар. ТҚЖ – 21-22 минутына. Кеуде торы органдарының рентгенографиясы: жүрек бел аймағы тегістелген, өңеш

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 бетін 88 беті

кіші радиус доғасына ауытқыған. ЭКГ-да: сол жүрекше және оң қарынша гипертрофиясы. Науқаста байқалатын қақпақша зақымдануы:

<variant>митралді стеноз

<variant>митралді жеткіліксіздік

<variant>қолқа стенозы

<variant>қолқа жеткіліксіздігі

<variant>үшжармақты қақпақша жеткіліксіздігі

<question> 34 жастағы жүкті әйел енгітуге, әлсіздікке, жүрегі жиі соғуына, жүктемеден кейінгі жүрек тұсында ауырсынуға шағымданды. Анамнезінде: бір жыл бұрын жігі ревматикалық қызбадан емделген. Объективті: жүрек шекарасы солға және жоғарыға ығысқан, жүрек соғысы ырғақты, жүрек түрткісінде 1 тон әлсіреген, сол қолтықтасты аймаққа берілетін систоалық шу естіледі. Болжам диагноз:

<variant> митралді қақпақша жеткіліксіздігі

<variant> сол атриовентрикулярлы саңылау тарылуы

<variant> қолқа саңылауы тарылуы

<variant> қолқа қақпақшасының жеткіліксіздігі

<variant> үшжармақты қақпақша жеткіліксіздігі

<question> 35 жастағы науқас әйел дәрігерге қаралуға келді. Д- бакылауда гипохромды микроцитарлы анемия диагнозымен тұрады. Анамнезінде 7 жылдан бері созылмалы энтерит. Ранферон қабылдағаннан соң жүрегі айналуға, құсуға және эпигастрида қолайсыз сезімге шағымданды. Науқасты емдеудің келесі тактикасына ... жатады.

<variant> темір препараттарын парентералді тағайындау

<variant> эритроцитарлы массаны құю

<variant> дозы ранферон дозасын азайту

<variant> емге церукал қосу

<variant> басқа темір препаратын peros тағайындау

<question>Әйел адам 30 жаста. Шағымдары: енгіту, жүрек қағуы. Анамнездерінен: ревматикалық қызба. Объективті: акроцианоз, I тон әлсіреген, оң жақ IV қабырғааралықта дөрекі систоалық шу. ЭКГ: кезектен тыс алдында Р тісшесі жоқ деформацияланған кеңейген (0,11 сек жоғары) қарыншалық комплекс пайда болуы. Сіздің ЭКГ қорытындыңыз:

<variant>қарыншалық экстрасистолия

<variant>жүрекшелер жыпылықтауы

<variant>қарыншаүстілік экстрасистолия

<variant>пароксизмалды тахикардия

<variant>жүрекшелік экстрасистолия

<question>Әйел 25 жаста, жүйелі қызыл жегімен ауырады, преднизолон 5 мг/тәул. қабылдайды. Соңғы екі жылда ремиссия байқалуда. Науқас жүкті болғысы келеді. Дұрыс кеңесті көрсетінін:

<variant> жүйелі қызыл жегі жүктілікке абсолютті қарсы көрсеткіш

<variant> ремиссия кезеңі – жүктілікті жоспарлаудың ең қолайлы уақыты

<variant> преднизолонды тоқтатып жүктілікті жоспарлау

<variant> жүктілікті тек толық жазылғаннан кейін жоспарлау керек

<variant> жүктілік кезінде преднизолон дозасын жоғарлату керек

<question> Гипохромды анемия, қан сарысуындағы ферритина деңгейі төмендеуі, эритроидты өсінді гиперплазиясы ... тән.

<variant> теміртапшылықты анемияға

<variant> аутоиммунды гемолитикалық анемияға

<variant> В 12 - дефицитті анемияға

<variant> Минковский - Шоффар анемиясына

<variant> апластикалық анемияға

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 89 беті

<question> Мегалобластты қан түзілу түрі, қандағы ферритин деңгейі жоғарылауы, неврологиялық симптоматика ... тән.

<variant> В 12 витамин - дефицитті анемияға

<variant> аутоиммунды гемолитикалық анемияға

<variant> Минковский – Шоффар анемиясына

<variant> теміртапшылықты анемияға

<variant> апластикалық анемияға

<question> 20 жастағы науқас әйел жүрек тұсында шаншып ауырсынуға, жүрек соғуына, әлсіздікке, тез шаршауға шағымданды. Анамнезінде: 3 апта бұрын грипппен ауырған. Қарағанда жүрек шекаралары солға ығысқан, жүректің барлық аймағында иррадиациясыз систолалық шу естіледі, ЖСЖ – минутына 90 рет. Дене қызуы 37,70С. Зертханалық тексергенде лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарылауы анықталған, С реактивті белок оң мәнді (+),. ЭКГ-да: реполяризация бұзылысы және қарыншаішілік өткізгіштіктің баяулауы. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> миокардит

<variant> перикардит

<variant> кардиомиопатия

<variant> миокардиодистрофия

<variant> нейроциркулярлы дистония

<question> Дәрігерге 22 жастағы науқас әйел аяқ басындағы буындарда ауырсынуға, субфебрилді температураға, сирақ және сан терілерінде симметриялы геморрагиялық бөртпелерге шағымданып қаралды. Анамнезінде: бірінші рет ауырған, апта бұрын вирусты инфекциямен ауырған. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> Шейнлейн-Генох ауруы

<variant> Верльгоф ауруы

<variant> Гемофилия

<variant> Рандю-Ослер ауруы

<variant> Жіті лейкоз

<question>Жүкті әйел К, 29 жаста, гестацияның 30 апталық мерзімінде зәрден бактериялар++ анықталған. Зәрдің дақылдық зерттеуі өткізілген, онда E coli 105 КТБ анықталған. Зәр жыныс жүйелері бойынша патологиялардың клиникалық белгілері жоқ. ҚР ДСМ 27.12.2017 жылғы “Жүктілік кезінде, босануда және босанудан кейінгі зәр жолдарының инфекциясы” №36 хаттамасына сәйкес әрі қарайғы әрекетіңіз қандай.

<variant>Зәрдің дақылдық зерттеуін қайта тағайындау, оң нәтиже болғанда антибактериялық емдеуді бастау

<variant>Зәрде Ничипоренко бойынша зерттеуге жіберу урологтың консультациясы

<variant>Антибактериялық емдеуді сульфаниламидтермен (800мг 2 рет/тәу 3 күн) бастау

<variant>14 күн бойына бақылау және зәрдің дақылдық зерттеуін қайталау

<variant>Антибактериялық емдеу барысында бсану индукциясын өткізу

<question>26 жастағы жүйті әйел жүктіліктің 28-аптасында емханадағы дәрігеріне әлсіздікке шағымданып келді. Анамнезінде созылмалы аурулар, жарақаттар мен операциялар жоқ. Жағдайы қанағаттанарлық. Аяқтары шамалы ісінген. Дене қызуы 36,5°С, пульс минутына 80 сокқы, АҚ 140/90 мм с.б. Іштегі нәрестенің жүрек соғуы минутына 145-148, анық, ырғақты. Жатыры қозымсыз. Жыныстық жолдарында патологиялық бөлінді жоқ. Қанның жалпы талдамасында гемоглобин 123 г/л. Несептің бір реттік порциясында белок іздері. Қандай тәсіл қолданған дұрыс:

<variant>АҚ мен несептегі белокты қадағалап, амбулаториялық бақылау

<variant>терапия бөлімшесіне жатқызу

<variant>2-деңгейлі перзентханаға жатқызу

<variant>3-деңгейлі перзентханаға жатқызу

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 бетін 90 беті

<variant> акушерия және гинекология F3I жатқызу

<question> Қайтадан аяғы ауыр 30 жасар әйел емхана дәрігерінің қабылдауында отырғанда кенеттен ішінің ауырғанына және жыныстық жолдарынан 250,0 мл көлемінде қан кетті, қан кету әлі де жалғасуда. Сонымен қатар жалпы әлсіздік, енгігу пайда болды. Жағдайы орташа ауырлықта, АҚ 90/60 мм с. б., пульс минутына 96 соққы. Жатыры гипертонуста, оңжақ түтік бұрышы ауырсынады. Іштегі нәрестенің жүрек соғысы естілмейді. Бұл жағдайда берілген нұсқалардың қайсысын бірінші кезекте орындау керек?

<variant> жедел жәрдем бригадасын шақыру

<variant> ұрықты КТГ

<variant> кіші жамбасты УДЗ

<variant> айнамен тексеріп қарау

<variant> іншек арқылы тексеру

<question> 25 жастағы әйел, жүктілігі 12-13 апта. Зәрдің жиі ауырсынумен болатындығына, қасаға үсті ауырсынуна, жиі императивті кіші дәретке шығуы сезіміне шағымданып келді. Бұл шағымдар суықтағаннан 2-3 күннен кейін пайда болды. Тексеру кезінде жалпы қан анализі патологиясыз, жалпы зәр анализінде – лейкоциттер 20-30 в п/зр дейін, бактериялар+++. Аталған қай диагноз ең қолайлы?

<variant> зәр жолдарының инфекциясы

<variant> жіті пиелонефрит

<variant> зәр тас ауруы

<variant> симптомсыз бактериурия

<variant> тубулоинтерстициалды нефрит

<question> 34 жастағы әйел етеккірінің 2 айға кідіруімен, өзін жүктімін деп есептейтінімен келді. Анамнезінде: 3 жасында скарлатинадан кейін гломерулонефритпен ауырған. Зәр анализінде протеинурия, микрогематурия. Бірінші жүктілігі ісінулермен, босанумен аяқталды, одан кейін 3 медициналық түсік болған. Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанаралық. АҚ 110/60, 110/65 мм.с.б. Ісінулер жоқ. Бимануалды тексеруде жүктіліктің 8-9 аптасы анықталды. Диагноз: Жүктіліктің 8-9 аптасы ...

<variant> созылмалы гломерулонефрит. ААА

<variant> ААА. Жіті цистит

<variant> созылмалы пиелонефрит.

<variant> зәр-тас ауруы. ААА

<variant> созылмалы цистит өршу сатысында.

<question> 28 жастағы әйел жүктіліктің 17-18 аптасында тіркеуге алынды. Объективті тексергенде аяқтары ісінгені анықталды. АҚҚ 160/90 мм сынап бағанасымен. Жалпы несеп анализі: СТ – 1,012, белок – 1,066г/л, лейкоциттер 4-5 көру аймағында, лейкограмма – 40% лимфоциттер. Зимницкий сынамасы: салыстырмалы тығыздық ауқымы -0,007. ЭКГ – сол қарынша гипертрофиясының белгісі. Қандағы креатинин деңгейі 100 мкмол/л. Осы жағдайдағы жүктілік кезіндегі бүйректің зақымдалу түрін анықтаңыз:

<variant> созылмалы гломерулонефрит

<variant> жіті гломерулонефрит

<variant> жіті пиелонефрит

<variant> созылмалы пиелонефрит

<variant> жүктілік гестозы

<question> 23 жастағы жүкті әйел жүктілік мерзімі 28 апта, дәрігерге кіші дәретке жиі шығатынына, дене қызуы 37,5°C-қа дейін көтерілетініне, оңжақ бел аймағында ауырсыну пайда болып, шап аймағына берілетініне шағымданып келді. Соматикалық дені сау. АҚ 110/65 мм с. б., пульс минутына 90 соққы. Шаншу симптомы оңжақта оң. Қанның жалпы талдамасы: аз мөлшерде лейкоцитоз, СОЭ жылдамдатылған. Несептің жалпы талдамасы – лейкоцитурия, бактерии++. Болжалды диагноз:

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 91 беті

<variant>гестациялық пиелонефрит

<variant>несептас ауруы

<variant>уропсепсис

<variant>жіті пиелонефрит

<variant>жіті цистит

<question> 25 жастағы әйел жалпы тәжірибелік дәрігерге кілегейлі-ірінді, қиын бөлінуші қақырықты жөтелге, дене температурасының 37°C дейін көтерілуіне шағымданып келді. Ауруы суықтаудан кейін жедел басталған. Сол жағында, жауырын аралық аймақта құрғақ сырылдар естіледі. Қанның жалпы талдауы өзгеріссіз. Науқасқа оның жүктіліктің 8-10 аптасында екенін ескере отырып ... тағайындау қажет.

<variant> лазолван, жылы сусын

<variant> метрогил, гентамицин

<variant> ципрофлоксацин

<variant> амоксиклав, бронхолитин

<variant> бромгексин, тетрациклин

<question> 32 жастағы науқас әйел ірінді қақырықпен жөтел, қалтырау, дене қызуының 40°C-қа дейін жоғарылауы, айқын интоксикациялық синдромға шағымданды. Объективті және рентгенологиялық мәліметтерінде жұқа қабырғалы сұйықтықсыз қуыстың түзілуімен өкпе тінінің ірінді –деструктивті ыдырауы анықталды. Осы симптомдар ... пневмонияға тән.

<variant> стафилококкты

<variant> клебсиеллалы

<variant> аденовирусты

<variant> пневмококкты

<variant> микоплазмалы

<question> 29 жастағы науқас әйелде сирек экспираторлы тұншығу ұстамалары байқалады, тұншығуды басу үшін аптасына бір реттен кем емес сальбутамол ингаляциясын қолданады. Ұстама кезінде құрғақ ысқырықты сырылдар естіледі. Ұстама аралық кезеңді зерттегенде болу керек шамадан ЖФТШ1 (ОФВ1) 80-85 %. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> бронх демікпесі, жеңіл интермиттирлеуші

<variant> бронх демікпесі, орташа дәрежелі

<variant> бронх демікпесі, жеңіл персистирлеуші

<variant> созылмалы обструктивті бронхит, жеңіл ағым

<variant> созылмалы обструктивті бронхит, орташа ауырлықта

<question> 35 жастағы науқас әйел кіші дәретке отырғанда күйдіріп ауырсынуға, белінің оң жағында ауырсынуға және дене қызбасына шағымданады. Жалпы зәр анализінде – салмағы – 1024, белок – іздері анықталады, лейкоциттер көру алаңында 100-ге дейін, эритроциттер – 2-3 к/а, бактерия +++, шырыш +++. Бұл аталған белгілер ... тән.

<variant> жедел пиелонефритке

<variant> созылмалы гломерулонефритке

<variant> жедел гломерулонефритке

<variant> созылмалы пиелонефритке

<variant> интерстициальді нефритке

<question> 24 жастағы науқас әйел әйелдер консультациясына әлсіздікке, бас ауруына, бел тұсындағы ауырсынуға шағымданып келді. Тексергенде: жүктіліктің 17 аптасы, АҚҚ – 110/70 мм.с.б. Жалпы зәр анализі: салмағы-1008, лейко – 14-25 к/а. Нечипоренко сынамасы: эр-500, лейко-4500, цилиндр-100. Науқасқа тағайындауға болады:

<variant> ровамицин-макролид, себебі оның кері әсері өте төмен

<variant> тетрациклин, себебі ол плацента барьерінен оңай өтеді

<variant> гентамицин-аминогликозид, себебі ол нефро- және ототоксикалық әсер етеді

<variant> цефазолин-цефалоспориннің 1 буыны, себебі плацента барьерінен өтеді

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 92 беті

<variant> норфлоксацин, себебі ол түзіліп келе жатқан сүйек-буын ұлпасына токсикалық әсер етеді

<question> 38 жастағы науқас әйел жалпы тәжірибелік дәрігерге келесі шағымдармен келді: бас ауруы, аяқтарының ісінуі, жүргенде енгігу, әлсіздік, тәбетінің төмендеуі. Бүйрек ауруымен 10 жылдай ауырады. Жалпы қан анализінде: Нв–96 г/л; Эр.–2,8х1012/л; Лейк.- 8,8х109/л; ЭТЖ–35 мм/сағ. Мочевина – 16 ммоль/л, креатинин – 0,250 ммоль/л. Жалпы зәр анализінде: тығыздығы – 1005; белок–4,5 г/л; лейкоц.- 6-10 к/а; эр.– 20- 25 к/а; гиалинді цилиндр - 2-3 к/а. Клиникалық диагнозды нақтылау үшін ... жүргізу қажет.

<variant> шумақтық фильтрацияны анықтау

<variant> зәрді микобактерия туберкулезіне тексеру

<variant> Бенс-Джонс ақуызын анықтау

<variant> зәрді бактериологиялық зерттеу

<variant> Нечипоренко сынаамасын

<question> Зәрдің салыстырмалы тығыздығы 1013, белок деңгейі 0,033 г/л, лейкоциттер көру аймағында 30-40, 1-2 лейкоцитарлы цилиндрлер. Лейкограммада 90 % нейтрофилдер.

Анализдердегі бұл өзгерістер ... тән.

<variant> созылмалы пиелонефритке

<variant> созылмалы гломерулонефритке

<variant> жіті интерстициалды нефритке

<variant> жіті гломерулонефритке

<variant> бүйрек амилоидозына

<question>38 жастағы жүкті әйел жедел жәрдем машинасымен жүкті әйелдердің патология бөлімшесіне жеткізілді, жүктілік мерзімі 33 апта, эпигастрийдегі ауырсынуға шағымданады, ауру сезімі арқаға таралады, тамақ ішкенде күшейеді, жүрегі айниды, бірнеше рет құсқан. Осы шағымдар 2 күннен бері мазасын алған. Терісі бозарған, АҚ 100/70 мм сынап бағаны, пульс 88соғу/мин, ырғақты. Қарау кезінде іш жұмсақ, эпигастралдық аймақ ауруады. Сіздің болжамды диагнозыңыз және қандай зертханалық мәліметтер диагнозды нақтылай алады:

<variant>Жедел панкреатит. Қан сарысуындағы амилаза және липаза деңгейлерін анықтау

<variant>Жедел холецистит. Функционалдық бауыр сынаамасын, билирубинді сілтілі фосфатаза деңгейін анықтау

<variant>Ойық-жара ауруы. Нәжістен жасырын қанның болуын анықтау

<variant>Бактериялық инфекция. Нәжіс жағындысының лейкоциттерді іздеу, нәжісті себу

<variant>Оңжақты бүйрек шаншуы, урологиялық бөлімшеге жатқызу, спазмолитиктер

<question> 32 жастағы әйел емханада жүктілік бойынша диспансерлік бақылауда тұр.

Жүктіліктің 28 аптасында терінің қышуымен, түнгі ұйқысының бұзылуымен, әлсіздікпен, жүрегі айнумен шағымдалып келді. Қанның биохимиялық тексеруінде: АЛТ-56 бірлік/л, АСТ-42 бірлік/л, жалпы бил-12,4 мм/л, ЩФ-480бірлік/л. Маркерлік диагностика НВsAg-отр, а-НВs-он, а-НВcoreLgG-теріс, НВeAg-теріс, а-НВe – теріс, ati-НCVIgM-теріс, anti-CVIgG-теріс. Диагнозы қандай?

<variant>жүктілер холестазы

<variant>созылмалы вирусты гепатит

<variant>жүктілер гепатозы

<variant>бұл осы жүктіліктің мерзіміне қалыпты

<variant>созылмалы холециститтің жітіленуі

<question> 32 жастағы әйел. Жүктілігі 26-27 апта. Жүктілігі бірінші. Кезекті тексеруінде гликемия 6,2 ммоль/л. 2 жыл бұрын тексеру кезінде гликемия – 4,2 ммоль/л. Бұл жағдайда балаға қандай болжам мүмкін?

<variant> ірі ұрықтың жоғары қауіпі

<variant> ұрықтың құрсақ ішінде кідіруі

<variant> ТЖА (ВПС) дамуының жоғары қауіпі

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 93 беті

<variant> туылғанда салмағының 2500 г төмен болуы
 <variant> мерзімінен бұрын босанудың жоғары қауіпі
 <question> Ауру Т., 29 жаста, алғаш рет емханың жалпы тәжірибелік дәрігеріне жүктіліктің 29-30 аптасында келді. Шөлдеуге, терінің қышынуына, зәрдің көп бөлінуіне шағымданып келді. Осы жүктілігі екінші; біріншісі - осыдан екі жыл бұрын жүктіліктің 29-30 аптасында өлі нәрестемен мерзімінен ерте босанумен аяқталды. Объективті: бойы 159 см, салмағы 71 кг, АҚ 110/70 мм с.б., ІА - 96 см, ЖТБ - 29 см. Нәрестенің орналасуы ұзынша, басымен жатуы, кіші жамбастың кіреберісінде. Нәрестенің жүрек соғысы анық, ритмді, минутына 136 рет, ретті. Диагноз қойыңыз: Жүктіліктің 29-30 аптасы. ...
 <variant>Семіздік. Қант диабеті. ААА
 <variant>Семіздік. Ірі нәресте. ААА
 <variant>Холестатикалық гепатоз. ААА
 <variant>Майлы гепатоз. ААА
 <variant>Гипотиреоз. ААА
 <question> Қант диабетімен жүкті әйелді жоспарлы түрде госпитализациялау мерзімдері:
 <variant> бірінші госпитализациялау жүктіліктің 4-6-шы; екінші - 21-24-ші; үшінші - 35-36-ші апталарында
 <variant> бірінші госпитализациялау жүктіліктің 10-12-ші; екінші - 28-29- шы; үшінші-38-39-шы апталарында
 <variant> бірінші госпитализациялау жүктіліктің 4-6- шы; екінші - 28-29- шы; үшінші - на 35-36-й апталарында
 <variant> бірінші госпитализациялау жүктіліктің 4-6-шы; екінші – 21-24-ші; үшінші -38-39-шы апталарында
 <variant> бірінші госпитализациялау жүктіліктің 21-24-й; екінші – 28-30- шы; үшінші - 38-39-шы апталарында
 <question>38 жастағы жүкті әйел жедел жәрдем машинасымен жүкті әйелдердің патология бөлімшесіне жеткізілді, жүктілік мерзімі 33 апта, эпигастрийдегі ауырсынуға шағымданады, ауру сезімі арқаға таралады, тамақ ішкенде күшейеді, жүрегі айниды, бірнеше рет құсқан. Осы шағымдар 2 күннен бері мазасын алған. Терісі бозарған, АҚ 100/70 мм сынап бағаны, пульс 88соғу/мин, ырғақты. Қарау кезінде іш жұмсақ, эпигастралдық аймақ ауруады. Сіздің болжамды диагнозыңыз және қандай зертханалық мәліметтер диагнозды нақтылай алады:
 <variant>Жедел панкреатит. Қан сарысуындағы амилаза және липаза деңгейлерін анықтау.
 <variant>Жедел холецистит. Функционалдық бауыр сынамасын, билирубинді сілтілі фосфатаза деңгейін анықтау
 <variant>Ойық-жара ауруы. Нәжістен жасырын қанның болуын анықтау
 <variant>Бактериялық инфекция. Нәжіс жағындысының лейкоциттерді іздеу, нәжісті себу
 <variant>Оңжақты бүйрек шаншуы, урологиялық бөлімшеге жатқызу, спазмолитиктер
 <question>Науқас 26 жаста, жүктілік 35 апта+ 6 күн, анамнезінде: қант диабеті 1 тип, орташа ауырлық дәрежелі. ҚР ДСМ КХ сәйкес (12.12.2013) осы жағдайдағы инсулинотерапияеың ерекшклігі қандай?
 <variant>көп реттік инъекция тәртібінде қарқынды инсулинотерапия
 <variant>мөлшерді стандарттан 50 ға арттыру
 <variant>инсулин қабылдау мерзімін көбейту
 <variant>мөлшерді стандарттан 30 ға азайту
 <variant>тек пероральды қантты төмендететін препараттарды қабылдау
 <question> Ауыз арқылы глюкозаға толеранттылық сынамасы негізінде гестациялық қант диабетін анықтау критерийлері:
 <variant> плазмадағы аш қарынға глюкоза деңгейі 7,0 ммоль/л – ге тең және жоғары және 2 сағаттан кейін -7,8 ммоль/л– ге тең және жоғары болуы

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 94 беті

<variant> плазмадағы аш қарынға глюкоза деңгейі 6,8 ммоль/л – ге тең және жоғары және 2 сағаттан кейін -7,0 ммоль/л– ге тең және жоғары болуы

<variant> плазмадағы аш қарынға глюкоза деңгейі 7,5 ммоль/л – ге тең және жоғары және 2 сағаттан кейін -8,1 ммоль/л– ге тең және жоғары болуы

<variant> плазмадағы аш қарынға глюкоза деңгейі 7,0 ммоль/л – ге тең және жоғары және 2 сағаттан кейін -9,1 ммоль/л– ге тең және жоғары болуы

<variant> плазмадағы аш қарынға глюкоза деңгейі 7,0 ммоль/л – ге тең және жоғары және 2 сағаттан кейін -11,1 ммоль/л– ге тең және жоғары болуы

<question> Жүктіліктің алғашқы 12 аптасында инсулиннің тәуліктік сұранысы төмендеуі байқалады және оның себебі:

<variant> глюкозаның анасынан ұрық қан айналымына өтуіне байланысты

<variant> экзогенді инсулинге организм сезімталдығының жоғарылауына байланысты

<variant> ана организмінде глюкоза сіңірілуінің жылдамдауына байланысты

<variant> Лангерганс аралшықтарында қан айналымы жылдамдауына байланысты

<variant> эндогенді инсулин бөлінуінің жылдамдауына байланысты

<question> 20 жастағы әйел емханаға салмағы төмендеуіне, шөлдеуге және жиі диурезге шағымданып қаралды. Анамнезінде: 3 апта бұрын жіті респираторлық-вирустық инфекциямен ауырған. Объективті: тері қабаты және тілі құрғақ. Бауыры қабырғаастынан 2 см шығынқы. Аш қарында гликемия 17 ммоль/л. Зәр анализі: зәрдің салмақтық тығыздығы–1030, кетон денешіктері ++, глюкоза-5%. Бұл жағдайда ең тиімді ... тағайындау.

<variant> гликемияны бақылай отырып сағатына 0,1 бірлік/кг дене салмағына қарай есеппен инсулин

<variant> сиофор күніне 1 таблетка, кешке үнемі

<variant> ұзақ әсерлі диабетон 2 таблеткадан таңертең үнемі

<variant> қарапайым инсулин 6 бірлік бір рет

<variant> гликемияны бақылай отырып сағатына 1,0 бірлік/кг дене салмағына қарай есеппен

<question> Бауырішілік холестаздың индикаторларына ... жатады.

<variant> сілтілі фосфатаза белсенділігінің жоғарылауы

<variant> лактатдегидрогеназаның белсенділігінің жоғарылауы

<variant> протрмбин белсенділігінің жоғарылауы

<variant> аминотрансфераздар белсенділігінің жоғарылауы

<variant> ЭТЖ жоғарылауы

<question> Жүктілік 9-10 апта. Қызақтың ауыр түрі. Дәрігер амалы:

<variant> жүктілікті үзу

<variant> диспансерлік бақылау

<variant> гормонотерапия жүргізу

<variant> жүктілікті жалғастыру

<variant> иммуномодуляторларды тағайындау

<question> 30 жастағы әйел Р., емханаға 3 күннен бері қынап аймағындағы қышынуына, ашуына, басының ауырсынуына, $t=38^{\circ}\text{C}$ шағымданып келді. Қараған кезде: қынаптан көлемі 2-3 см, домалақ пішінді, қызарған везикулалар анықталады.

Болжам диагноз:

<variant> Генитальді герпес

<variant> Кандиломатоз

<variant> Генитальді туберкулез

<variant> Сифилис

<variant> Фурункулез

<question> 30 жастағы әйел Р., емханаға 3 күннен бері қынап аймағындағы қышынуына, ашуына, басының ауырсынуына, $t=38^{\circ}\text{C}$ шағымданып келді. Қараған кезде: қынаптан көлемі 2-3 см, домалақ пішінді, қызарған везикулалар анықталады. Диагнозды негіздеу үшін ... керек.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 95 беті

Болжам диагноз:

<variant> қанның ИФА
<variant> гениталийдің УДЗ
<variant> жамбас мүшелерінің МРТ
<variant> қанның РВ
<variant> жағындының бактериоскопиясы
<question> 30 жастағы әйел Р., емханаға 3 күннен бері қынап аймағындағы қышыну, ашуға, басының ауырсынуына, $t=38^{\circ}\text{C}$ шағымданып келді. Қараған кезде: қынаптан көлемі 2-3 см домалақ пішінді қызарған везикулалар анықталады. Клиникалық диагноз: Гениталды герпес қойылды.

Жүргізу амалы:

<variant> вирусқа қарсы терапия
<variant> физиоєм
<variant> антисептикалық ерітінділермен спринцерлеу
<variant> саңырауқұлаққа қарсы дәрілер
<variant> антибиотиктер/эубиотиктер
<question> 25 жастағы жүкті әйел 5 күннен бері жыныс жолдарынан іріңді бөлінділердің бөлінуіне, кіші дәретке шыққанда ауырсыну сезімінің болуына шағымданады, дене қызуы қалыпты. Жыныстық қатынаста үнемі емес, үнемілік қатнаста болатын адамы жоқ. Айнамен қарағанда: жатыр мойнымен қынабы қызарған, «іріңді лента» түріндегі көп мөлшердегі кілегейлі-іріңді бөлінділер. Бимануалды тексергенде: жатыры және косалқылары ұлғаймаған, ауырсынусыз.

Болжам диагноз:

<variant> Хламидиоз
<variant> Гонорея
<variant> Бактериалды вагиноз
<variant> Вагинальды кандидоз
<variant> Трихомониаз
<question> Әлемдегі АҚТҚ-ның кең тараған жұқтыру жолдары:
<variant> гетеросексуалды қатынас
<variant> қан құю
<variant> нашаны вена ішілік қолдану
<variant> анасынан баласына
<variant> сүйісу
<question> Анасынан баласына АҚТҚ жұғу қауіпі ... жоғарлайды.
<variant> жоғарғы вирустық ауырлық
<variant> туылуының қауіпсіз әдістерін қолдану
<variant> төменгі вирустық ауырлық
<variant> жыныстық қатынас арқылы берілген ауруларды ерте дер кезінде емдеу
<variant> емшекпен емізуден бас тарту
<question> АҚТҚ статусын инфекцияланғанын анықтау үшін экспресс тестілеуде ... анықталады.
<variant> АҚТҚ-қа антиденені анықтау
<variant> АҚТҚ-ға антиген анықтау
<variant> АҚТҚ концентрациясын анықтау
<variant> вирусты аурулықты анықтау
<variant> СД4 лимфоциттерін санау
<question> АҚТҚ инфекциясымен бүкіл өмір сүретін адамдардың 40%-ында даму қауіпі бар:
<variant> туберкулез
<variant> малярия

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 бетін 96 беті

<variant>паразитті инфекция

<variant> цитомегаловирусты инфекция

<variant> пневмоцистты пневмания

<question>Құралдарды қауіпсіздендіру үшін бірінші болып ...

<variant> хлорлы ерітіндіде 10 минут салып қою

<variant> сабынмен жуу

<variant>жоғарғы температурамен буда залансыздандыру

<variant> 20 минут қайнату

<variant>пермаганат калий ерітіндісінде 10 минут залансыздандыру

<question> БДҰ ның статистикасы бойынша ...пайыз нәрестелер жүктілік кезінде АҚТҚ-сы бар аналардан жұқтырады.

<variant> 5-10

<variant> 11-20

<variant> 21-25

<variant> 26-40

<variant> 41-60

<question> БДҰ статистикасы бойынша ... пайыз балалар туылу кезінде АҚТҚ жұқтырады.

<variant> 15

<variant> 25

<variant> 40

<variant> 60

<variant> 10

<question> БДҰ статистикасы бойынша пайыз балалар емшек ему арқылы АҚТҚ жұқтырады.

<variant> 5-15

<variant> 16-20

<variant> 21-25

<variant> 26-40

<variant> 41-60

<question> Емшекпен емізу кезінде АҚТҚ-ның жұғу қатерін көбейту ықпалы ... болып табылады.

<variant> ұзақ уақыт емізу

<variant> аралас емізуге ерте алмастыру

<variant> сут безінің абцессі

<variant> анасының сапасыз тамақтануы

<variant> баланың аузының шырышты қабатының аурулары

<question> АҚТҚ-ның инактивирлеу қабілеті бар дезинфекциялы зат ...

<variant> 70 % спирты

<variant> фурацилин

<variant> хлорофиллипт

<variant> күміс нитраты

<variant> 5 % йод

<question> АҚТҚ-сы бар қан мен бұлғанған инеден инфекция жұқтыру ... % құрайды.

<variant> 1

<variant> 5

<variant> 100

<variant> 50

<variant> 80

<question> 29 жастағы жүкті әйел. Диагноз: Имундық тромбоцитопения. Ажыратпалы диагностика жасау қажет ауруларды таңдаңыз

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 97 беті

<variant>адамның иммундық тапшылық тудыратын вирусы

<variant>теміртапшылық анемия

<variant>гепатит А

<variant>созылмалы лейкоз

<variant>бруцеллез

<question>ҚР ДСМ 29.07.2017 жылғы №24 хаттамасына сәйкес макролидтерге төзімді Mycoplasma genitalium туындатқан инфекцияға қандай антибиотиктер қолданылады

<variant>Моксифлоксацин

<variant>офлоксацин

<variant>джозамицин

<variant>цефтриаксон

<variant>азитромицин

<question>Нәрестедегі мерезде төменде қандай клиникалық белгілер болады:

<variant>Тері мацерацияланған, эпидермис борпылдақ, кей жерлері эрозияланған, пласттармен қабаттасады. Теріасты-май шелмайы дамыған, тері жылдам қатпарланады, әжімді, беті қарт адамның бетіне ұқсайды

<variant>Бөксе сан аймағында, балтыр бұлшықетінде, жаурында терінің және теріасты май шелмайының диффузды тығыздануы, басқан кезде ойық қалдырмайды. Беті маска тәрізді, төменгі жақ буындары қозғалмайды

<variant>Зақымдану ошағындағы тері ісінген, кернеулі, эритематозды-цианозды түсті, сипағанда салқын, ығысуы қиын. Басқан кезде пайда болатын ойық ұзақ уақыт сақталады.

<variant>Терісі ісінген, эритемалық-көкшіл түсті, эпидермис астында көпіршіктер, жайылған эрозиялық беткейлер. Никольский симптомы оң, эпидермисі жоқ тері участкесі 2 дәрежедегі күйікті еске түсіреді

<variant>Ірі қатпарлары ісінген, эритематозды учаскелер, баздануды еске түсіреді. Беткейінде серозды-іріңді қабық қабаттасқан.

<question>Әйелінде біріншілік серонегативті мерез диагнозы қойылған. Күйеуімен жыныстық өмірі жүйелі. Жолдасы тексеруден өткен. Мерездің клиникалық-серологиялық белгілері анықталмаған. Күйеуін қандай емдеуден өткізу керек:

<variant>Превентивтік

<variant>Сынақтық

<variant>Спецификалық

<variant>Профилактикалық

<variant>Жалпы терапия

<question>Науқас Н, 27 жаста, жыныстық өмірі ретсіз, бұзылған, бадамша бездерінің бір жақты үлкеюі және тығыздалуы байқалады, эритемасы мыс түстес қызыл, шекаралық анық, эрозия немесе ойық жара жоқ, температурасы бар және жұтынғанда ауырсыну сезінеді. Жақасты лимфа түйіндері ұлғайған, тығыз-эластикалық консистенцияда, қозғалмалы және пальпацияда ауырмайды. СРК теріс. Сіздің болжамды диагнозыңыз?

<variant>Біріншілік серонегативті мерез, шанкр-амигдалит

<variant>Біріншілік серонегативті мерез, қатты шанкр

<variant>Біріншілік серопозитивті мерез сифилис

<variant>сифилома

<variant>Біріншілік серопозитивті мерез, шанкр-амигдалит

<question>Аналық бездің ісігі бар науқасқа овариэктомиа жасалды. Гистологиялық зерттеуде метастаздық зақымданулар туралы қорытынды жасалды. Қай жерде орналасқан қатерлі ісік аналық безге жиі метастаз береді?

<variant>Асқазанның қатерлі ісігі

<variant>Сүт безінің қатерлі ісігі

<variant>Ұйқы безінің қатерлі ісігі

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 98 беті

<variant>Өкпенің қатерлі ісігі

<variant>Бауырдың қатерлі ісігі

<question>Жүктілігі дамымаған 23-24 апталық мерзімдік жүкті әйелге жүргізілген эхографияда нәресте ішінің алдыңғы қабырғасы аймағында әртүрлі дәрежеде кеңейген ішектің жүзіп жүрген бос тұзақтары анықталған. Сукөптік белгісі бар. Нәрестеде қандай патология болуына күдіктенуге болады?

<variant>псевдоомфалоцеле

<variant>омфалоцеле

<variant>гастрошизис

<variant>куыс лимфангиомасы

<variant>күрсак тератомасы

<question>30 жастағы науқас, жүктілік мерзімі 19 апта. Гинекологиялық тексергенде жатыр мойнағының шектелген аймағында ірі лейкоплакия анықталды. Цитологиялық – жасуша бөлігінің атипиясымен айқын дисплазия, «жалаңаш ядролар», ядросыз жасушалар кешені, қабыршақтар. Дәрігердің тәсілі:

<variant>босанғанша бақылау, сосын тексеру

<variant>жатыр мойнағына биопсия жасап, жүктілікті үзу

<variant>жүктілікті үзу және жатыр мойнағын электроконизациялау

<variant>Жатыр мойнағының электроконизациясы және жүктілікті сақтап қалатын ем/терапия

<variant>жатырды қосалқыларымен бірге экстирпациялау

<question>42 жастағы әйел дәрігерге ішінің төменгі жағының ауырлығына, етеккірінің көп мөлшерде келетініне шағымданып келді. Анамнезінде ілкі бедеулік. PV: жатыры жүктіліктің 9-10 аптасындағыдай үлкейген, контурлары тегіс емес, тығыз консистенциялы, жылжымалы, ауырсындырмайды. Қосалқылары көрінбейді, күмбез терең, бос. ҚЖТ Нб 98 г/л. Бірінші кезекте қосымша тексеру әдістерінің қайсысын жүргізген дұрыс?

<variant>кіші жамбасты УДЗ

<variant>гистеросонография

<variant>гистероскопия

<variant>кіші жамбасты МРТ

<variant>кіші жамбасты КТ

<question>Ұрықтың гемолитикалық ауруының ультрадыбыстық критерийлеріне не жатады?

<variant>плацентаның қалыңдауы

<variant>қағанақ суы аз

<variant>ұрық бауырының өлшеміннің кішіреюі

<variant>ұрық көкбауырының өлшеміннің азаюы

<variant>кіндіктің кішіреюі

<question> Жүкті әйел жүктіліктің 23 аптасында қабылдау бөліміне ішінің ауырсынуына шағымданып шұғыл түрде келіп түсті. Ауырсыну кенет басталып, тұрақты сипат алып, оң жақ мықын аймағында локализденген. Аурсынудан басқа жүрек айнуы, құсу, айқын әлсіздік, бас айналуы, жиі зәр шығару белгілері бар. Қарау кезінде тері жабындылары бозғылт, тг қалыпты, тамыр соғысы 100 соққы/мин, АҚҚ 100/60 мм сын. бағ. Іші жұмсақ, пальпация кезінде оң жақ мықын аймағында ауырсыну және айқын емес бұлшықеттер қатаюы, Щеткин-Блюмберг симптомы оң, жатыр тонуста емес, қасаға деңгейінде орналасқан. Қан талдауында: Эр.3,0·10¹², Нб-101, L -10,0·10⁹. Сіздің тактикаңыз:

<variant> Волкович-Дьяконов бойынша тілік, аппендэктомия

<variant> Лапаротомия, аппендэктомия, кесір тілігі

<variant> Төменгі ортаңғы лапаротомия, кесір тілігі

<variant> 3 сағат бойы консервативті бақылау

<variant> Лапаротомия, аппендэктомия, жатыр экстирпациясы түтіктермен.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 99 беті

<question> 26 жастағы қайта жүкті әйел жалпы тәжірибелік дәрігерінің жолдауымен гинекология бөліміне: Жүктілік 9 апта. Жүктіліктің үзілу қаупі. Үйреншікті жүктілікті көтере алмаушылық. Гинекологиялық анамнезінің ауытқуы диагнозымен келді.

Осы триместрде жүктілікті көтере алмаушылықтың патогенетикалық негізделген емі:

<variant>гормоналды ем

<variant>физиотерапиялық ем

<variant>хирургиялық ем

<variant> токолитиктерді қолдану

<variant> спазмолитиктерді қолдану

<question> Жүктіліктің III триместрінде жүктілікті көтере алмаушылықта негізгі ем әдісі:

<variant> токолитиктерді қолдану

<variant> хирургиялық ем

<variant> комплексті гормональды терапия

<variant> электроұйқы және физиотерапия

<variant> спазмолитиктерді қолдану

<question> Мезгілінен бұрын босануда ... тиімділігі дәлелденбеген.

<variant> эпизиотомия

<variant> күтіп тұру амалының

<variant> токолитиктер

<variant> антибиотиктермен алдын алу

<variant> үш деңгейге госпитализациялау

<question> Мезгілінен бұрын босануда токолиз ... жүргізіледі.

<variant> нифедипинмен

<variant> магний сульфатпен

<variant> бетта-адреноблокатормен

<variant> баралгинмен

<variant> 0,9 % спирт ерітіндісімен

<question> Мерзілінен бұрын босануда антибиотиктермен алдын алу үшін ... енгізіледі.

<variant> эритромицин

<variant> цефазолин

<variant> тетрациклин

<variant> виферон

<variant> пенициллин

<question> Мезгілінен бұрын босануда нифедипинмен токолиз ... енгізіледі.

<variant> 15 минут сайын 10 мг-нан 4 рет

<variant> 30 минут сайын 0,5 мг

<variant> 5 мг-нан күнінен 3 рет, 120 мг-на 1 рет

<variant> 20 мг-нан 3 рет

<variant> 120 мг-нан 1 рет

<question> Уақытынан бұрын босану жиілігін төмендететін эффективті әдістерге жатады:

<variant> Анамнезінде уақытынан бұрын босану бар жүктілерде бактериялы вагинозды емдеу

<variant> Төсектік режим

<variant> «Критикалық мерзімде» госпитализациялау

<variant> Босануға дейінгі қаралуды көбейту

<variant> Жыныстық тыныштық, «критикалық мерзімде» құрамында прогестерон бар препараттарды қабылдау және госпитализациялау

<question> БМСК гестациялық мерзімі 35 апта жүкті әйел тәулік бойы ұрық қозғалысы сиреуіне шағымданып келді. Гравидограмма анализінде: ЖТБ сызығы 28 аптадан бастап, 50 percentile және 10 percentile сызықтарына параллельді орналасқан. Объективті: ЖТБ – 30 см.

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 100 беті

ұрық жүрек соғысы анық, ретті 128 соққы/мин. Осы жағдайда БМСК қандай зерттеу жүргізіледі және неге:

<variant> Нестрессті кардиотокография, шағымдарын, мерзімін және гравидограмма мәліметтерін ескере отырып

<variant> Ұрық УДЗ, гравидограмма мәліметтерін ескере отырып

<variant> ҰҚДТ диагнозын және ана-плацента-ұрық қан айналым бұзылысын дәлелдеу үшін нестрессті кардиотокография

<variant> Ұрық УДЗ, жүкті әйелдің шағымдарын ескере отырып

<variant> Ұрықтың УДЗ, ГМКҰ-тынақтылау үшін

<question> 3 деңгейлі перзентханаға тексерілмеген әйел жүктіліктің 31 аптасында келесі шағымдармен келіп түсті: 2 күн бойы ұрықтың қозғалу жиілігінің сиреуі. Объективті: ЖТБ – 27 см. Ұрықтың жүрек соғысы тұйықталған, ретті 100 соққы/мин. Нестрессті тест жүргізілді: нәтижесі патологиялық НСТ, УДЗ –1 ұрық, фетометрия бойынша 27 апта, АИ - 5 смден кем. Доплерография: реверсті, қанайналым 0. Жатыр мойны Бишоп бойынша 5 балл. Жүргізу тактика және неге:

<variant> кесір тілігі, ҰҚДТ және доплерография нәтижесі бойынша реверсті қанайналымды ескере отырып.

<variant> босану индукциясы, себебі ҰҚДТ емдеудің жалғыз әдісі гестация мерзіміне байланыссыз босандыру

<variant> босану индукциясы, ҰҚДТ және доплерография нәтижесі бойынша реверсті қанайналымды ескере отырып

<variant> кесір тілігі, жүкті әйел шағымын, ҰҚДТ ескере отырып.

<variant> кесір тілігі, жетілмеген жатыр мойнын және ҰҚДТ ескере отырып

<question> 18.11 күні 2 деңгейлі перзентханаға алғаш жүкті, алғаш босанатын әйел келіп түсті. Соңғы етеккірі 04.02., ЖДА алғаш келуі -келуі 24.06 мерзімі 20 апта. Ұрықтың алғаш қозғалуы 27.06. УДЗ 06.05.- 14 апта, УДЗ 05.08- 28 апта. 18.11 перзентханада УДЗ жүргізілген-ұрық 1, жетілген, басымен келіп тұр, с/б +, плацента артқы қабырғада орналасқан жетілудің 3 дәрежесі, кальцинаттармен, су- шамалы мөлшерде. КТГ жүргізілген: 9 балл. Сіздің тактикаңыз және неге:

<variant> Босану индукциясы, себебі жүктілік мерзімі 42 апта

<variant> Босану индукциясы, себебі ҰҚДТ анықталды

<variant> Босану индукциясы, себебі жүктілік мерзімі 41 апта

<variant> Кесір тілігі, себебі жүктілік мерзімі 42 апта

<variant> Кесір тілігі, себебі «ұрықтың қауіпті жағдайы» анықталады

<question> Мерзімі өтіп кеткен жүктіліктебосану әрекетін бағалау үшін қынаптық тексеру жүргізіледі:

<variant>4 сағаттан соң

<variant>3сағаттан соң

<variant>5 сағаттан соң

<variant>2 сағаттан соң

<variant>1 сағаттан соң

<question> Мерзімі өтіп кеткен жүктілікте босанудан кейінгі қан кетудің эффективті алдын алу болып табылады:

<variant> босанудың III кезеңін белсенді жүргізу

<variant> бала туған соң окситоцин көктамырға енгізу

<variant> «тамырда инемен» босанудың III кезеңін жүргізу

<variant> бала туған соң окситоцин бұлшықетке енгізу

<variant> босану III кезеңін күту тактикасымен жүргізу

<question> Алғаш босанушы, жүктілігі 42 апта, босану әрекеті басталған соң 11 сағаттан кейін қағанақ суы кетті. PV: жатыр мойын ашылуы толық, қағанақ қабы анықталмайды, ұрық

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 101 беті

басымен келіп тұр. Оқ тәрізді тігіс оң жақ қиғаш өлшемде. Кіші еңбек оң жақтан алдынан. Шонданай осі анықталады. Осы жағдайда бас кіші жамбастан қандай өлшемде туады?

<variant> Кіші қиғаш

<variant> Ортаңғы қиғаш

<variant> Үлкен қиғаш

<variant> Тік

<variant> Вертикалды

<question> Қайта жүкті, қайта босанушы әйел, 30 жаста, мерзімі өтіп кеткен жүктілігімен босануда 7 сағат. Ұрық жүрек соғысы анық ретті, 145рет минутына. Толғағы 5-6 минут сайын 30-35 секундтан жақсы күшімен. Р.У. жатыр мойны тегістелген, ашылуы – 4,0см. Қағанақ қабы анықталмайды, суы мөлдір. Ұрық басы келіп тұр, кіші жамбас кіре берісіне тірелген.

Сіздің тактикаңыз:

<variant> Партограмма бойынша бақылау

<variant> Окситоцинмен босану стимуляциясын бастау

<variant> Амниотомия, босану стимуляциясымен

<variant> Жедел кесар тілігі

<variant> Амниотомия, 1 сағаттан соң жатыр мойны ашылуы болмаса толғақ стимуляциясы

<question> Босанушы М, 25 жаста, жүктілік 43 апта мерзімімен 2 деңгейлі перзентханаға түсті. Шағымдары – ішінің төмен тартып ауырсынуына 2 тәулік бойы, Қынаптық тексеруде: жатыр мойны 1,0 см-ге дейін қысқарған, жартылай жұмсарған, цервикальді өзек 2 к/с ішкі араңнан ары өтеді. Қағанақ қабы бүтін. Сіздің әрекетіңіз:

<variant> 3 деңгейге ауыстыру және амниотомия

<variant> токолиз нифедипинмен

<variant> РДС алдын алу: дексаметазон 6 mg б/етке

<variant> Ампициллин 2 гк/т әр 6 сағат сайын нәресте туғанға дейін

<variant> Токолизді бастау нифедипинмен және

<question> Алғаш босанушы әйелде жүктілік 42 аптабосанудың ІІ кезеңі басталды. Дұрыс босануды жүргізу тактикасын таңдаңыз?

<variant> Босануды неонатолог қатысуымен жүргізу

<variant> Эпизиотомия немесе перинеотомия

<variant> Ышқыну кезінде босану стимуляциясы

<variant> Ваккум-экстракция ұрықтың

<variant> Пудендальді анестезиямен босануды жүргізу

<question> Босану әрекеті басталған соң 9 сағаттан кейін мерзімі асқан жүктілікпен қайта босанушы әйел келіп түсті. Қынаптық тексеруде – жатыр мойын ашылуы 6,0см, қағанақ қабы бүтін, пальпацияланады: көз, мұрын түбі, бет сызығы оң қиғаш өлшемде. Иек сол жақтан алдынан, мүйіске саусақ жетпейді. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Жетілген жүктілік. Босану І кезеңі. Бетпен келу алдыңғы түрі.

<variant> Жетілген жүктілік. Босану І кезеңі. Ерте кеткен су. Бетпен келу артқы түрі.

<variant> Жетілген жүктілік. Босану ІІ кезеңі. Бетпен келу артқы түрі.

<variant> Жетілген жүктілік. Босану І кезеңі. Шалқайып келу. Ерте кеткен су.

<variant> Жетілген жүктілік. Босану ІІ кезеңі. Маңдаймен келу түрі.

<question> Босану ІІ кезеңінде қынаптық тексеру кезінде ұрықтың баспен келуі анықталды, жатыр мойын ашылуы – толық, үлкен еңбек пальпацияланады. Ұрық басының орналасуы қандай:

<variant> Төбемен

<variant> Маңдай

<variant> Бетпен келу алдыңғы түрі

<variant> Бетпен келу артқы түрі

<variant> Шүйдемен келу артқы түрі

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 102 беті

<question> Босану кезінде босанушы әйелде ҚҚ жоғарылуы, тахикардия байқалды, төс артында ауырсыну, өлімнен қорқу, тыныс алудың қиындауы, цианоз пайда болды. Өлі ұрық туғаннан кейін 2 сағаттан соң өкпе ісінуі, ҚШҰ-синдромы пайда болды. Сіздің болжам диагнозыңыз:

- <variant> Қағанақ суымен эмболия
- <variant> Миокард инфарктісі
- <variant> Эклампсия
- <variant> Өкпе артериясының тромбоэмболиясы
- <variant> Өкпе инфарктісі

<question> Қайта босанушы, 33 жаста, босануда 17 сағат, ұрықтың жүрек соғуы – 82рет минутына 15 минут арасында. Ышқынуы 1-2 минут сайын 50-55секундтан. Қынаптық тексеруде – жатыр мойын ашылуы толық, қағанақ қабы жоқ. Бас сегізкөз ойығында, бастың төменгі полюсі шонданай төмпегі бойында. Оқ тәрізді тігіс тік өлшемде. Сіздің тактикаңыз:

- <variant> Вакуум-экстракция ұрықтың
- <variant> Қуысты акушерлік қысқыш салу
- <variant> Босану стимуляциясы окситоцинмен
- <variant> Ылғанданғыш оттегі беру, босануды консервативті жүргізу
- <variant> Эпизиотомия

<question> Жамбаспен келу кезінде босанудың ІІ кезеңінде ұрық алдыңғы жауырның төменгі бұрышына дейін туылды ары қарай туылуы тоқталды. Сіздің әрекетіңіз:

- <variant> Классикалық қолмен көмектесу
- <variant> Жамбас бөлігінен ұрық экстракциясы
- <variant> Цовьянову 1 әдісі
- <variant> Цовьянову 2 әдісі
- <variant> Морисо-Левре-Лашапель әдісі

<question> Алғаш босанушы 25 жаста, мерзімі асқан жүктілігімен жатыр мойынның ІІІ дәрежелі жыртылуы бар. Сіздің тактикаңыз:

- <variant> Жатыр қуысын қолмен тексеру жатыр жыртылуы жоққа шығару үшін
- <variant> Жыртылуды тігу
- <variant> Лапаротомия, тотальді гистерэктомия
- <variant> Жыртылысты тіккен соң антибиотик тағайындау
- <variant> Жыртылысты тігу, келесіде қынап тампонадасымен

<question> Алғаш босанушы әйел жүктілік мерзімі 42 аптада, босанудың ІІ кезеңінде. Қынаптық тексеруде: ашылуы-толық, оқ тәрізді тігіс оң қиғаш өлшемде, кіші еңбек сол жақтан алдынан. Ұрық жүрек соғуы анық, 164 рет минутына, ретті. Босану шешу әдісін таңда және неге?

- <variant> Босануды консервативті жүргізу, себебі жатыр мойын ашылуы толық
- <variant> Кесар тілігі операциясымен босандыру, себебі маңдаймен келу
- <variant> Кесар тілігі операциясымен босандыру, себебі төбемен келу
- <variant> Босануды консервативті жүргізу, себебі маңдаймен келу
- <variant> босануды консервативті жүргізу, себебі шүйдемен келген артқы түрі

<question> Босану әрекеті басталған соң 10 сағаттан кейін ұл жынысты ұрықпен босану болды, босану ерекшеліксіз өтті. Келесі тактика және неге?

- <variant> б/етке 10 бірлікте окситоцин енгізу, атониялық қан кету алдын алу үшін
- <variant> б/етке 10 бірлікте окситоцин енгізу, атониялық қан кету емдеу үшін
- <variant> к/т 10 бірлікте окситоцин енгізу, атониялық қан кету алдын алу үшін
- <variant> б/етке 5 бірлікте окситоцин енгізу, атониялық қан кету алдын алу үшін
- <variant> б/етке 5 бірлікте окситоцин енгізу, атониялық қан кету емдеу үшін

<question> Қайта босанушы әйел қалыпты жамбас өлшемдерімен, жүктілік мерзімі 42 аптада келіп түсті. Қынаптық тексеруде: жатыр мойын ашылуы толық, ұрық басы келіп тұр, тірелген.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 103 беті

Анықталады сагиталды тігіс және кіші мен үлкен еңбектер пальпацияланады. Кіші еңбек артқа қарай ығысқан. ІА-94см, ЖТБ-36см. Босануды шешу әдісін таңдау және неге?

<variant> Босануды консервативті жүргізу, себебі жатыр мойын ашылуы толық,

<variant> Босануды кесар тілігі босандыру, себебі төбемен келу ұрықтың болжам салмағы 3200,0-3400,0

<variant> Босануды кесар тілігі босандыру, себебі маңдаймен келу

<variant> Босануды кесар тілігі босандыру, себебі бастың асинклитикалық келуі

<variant> Босануды кесар тілігі босандыру, себебі бетпен келу

<question> Алғаш босанушы мерзімі асқан жүктілікпен босануда. Қарау кезінде: ұрықтың жұмсақ бөлігі келген, басы жатыр түбінде. ЖТБ-33см, ІА-95см. Жатыр мойны тегістелген, ашылуы – 4,0см. Ұрық жамбасы келіп тұр. Қағанақ қабы бүтін. Тактика және неге?

<variant> Консервативті жүргізу, себебі таза жамбаспен келу

<variant> Консервативті жүргізу, себебі жатыр мойын ашылуы 2,0см

<variant> Кесар тілігі себебі аяқтары түсуі мүмкін

<variant> Жедел кесар тілігі, себебі кіндік бауы түсуі және қысылуы мүмкін

<variant> Кесар тілігі себебі босану жарақаты болуы мүмкін

<question> Қайта босанушы 25жаста, жетілген жүктілікпен перзентханаға түсті. ІА-105см, ЖТБ-42см. Ұрық тігінен орналасқан, жамбасы келіп тұр, тірелген. Жүрек соғуы анық ретті, 140рет минутына. Босану шешу әдісін таңда, неге:

<variant> Жоспарлы кесар тілігі, себебі ұрық жамбаспен келген және ірі ұрық

<variant> Жоспарлы кесар тілігі, себебі алғаш босанушы

<variant> Табиғи жолмен босану себебі асқынған акушерлік анамнез жоқ

<variant> Табиғи жолмен босану себебі таза жамбаспен келу.

<variant> Табиғи жолмен босандыру, себебі ұрық жағдайы қалыпты.

<question> Жүктіліктің 42 апталық мерзімінде алғаш рет босанғалы жатқан 23 жастағы әйел. Босанудың алғашқы кезеңі 10 сағатқа созылады. Партограммада жатыр мойнағы әрекет сызығынан өтіп кеткен. Объективті: нәресте ұзына бойы орналасқан, басымен жатыр, нәрестенің жүрек қағысы анық, ырғақты, минутына 140 соққы. Толғақ 5-6 минут сайын 25 секундтан, күші әлсіз. Нәрестенің болжалды салмағы 3500,0 гр. Дәрігердің қолданатын тәсілі:

<variant> амниотомия

<variant> босануды стимуляциялау

<variant> жұлын анестезиясы

<variant> кесарь тілігі

<variant> бақылау

<question> Екінші рет аяғы ауыр 32 жастағы әйел жүктіліктің 42 апталық мерзімінде ішінің төменгі жағының сұққылап ауыратынына, әсіресе іштегі нәресте қимылдағанда ауыратынына шағымданды. Анамнезінде жатырының төменгі бөлігіне көлденең кесіп, кесарь тілігін жасаған. Жағдайы қанағаттанарлық. Пульс минутына 88 соққы. АҚ 140/90 мм с.б. Жатыры қозымсыз. Іштегі нәрестенің жүрек қағысы айқын, минутына 36 соққы. Жатырдағы болжалды тыртық аймағында пальпация кезінде ауырсыну күшейеді. Жатыр мойнағы Бишоп межесі бойынша 5 балл. Нәресте басымен келген. Мүйіз қолжетімсіз. Шығынды шырышты. Қандай тәсіл қолданған дұрыс:

<variant> шұғыл кесар тілігін жасау

<variant> жоспарлы кесар тілігін жасау

<variant> нәрестенің ТСБ алдын алып, кесарь тілігін жасау

<variant> жағдайы нашарласа кесарь тілігін жасау

<variant> токолиздік терапия

<question> 25 жастағы бірінші рет босанушы әйел жүктілік мерзімінің 41 апта+6 күн мерзімінде қағанақ суы кетіп, перзентханаға түсті. Объективті: іштегі нәресте көлденең жатыр, жамбасымен келген, нәрестенің жүрек қағысы анық, ырғақты, минутына 140 соққы.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 104 беті

Нәрестенің болжалды салмағы 3900,0 гр. Жыныстық жолдарынан меконилиі су тамшылауда. Жатыр мойнағы Бишоп межесі бойынша 5 балл. Дәрігердің қолданатын оңтайлы тәсілі:

<variant>шұғыл түрде кесарь тілігі операциясы

<variant>мизопротолмен организмді босануға дайындау

<variant>мифепристонмен организмді босануға дайындау

<variant> окситоцинмен толғақ шақыру

<variant>жоспарлы түрде кесарь тілігі операциясы

<question>25 жастағы босанушы әйел, мезгілінен асқан жүктілігі мен антиденесіз резус-теріс қан тобы, 4 сағаттан бері босанғалы

жатыр. Қандай жағдайда анти-резус иммуноглобулинді салған дұрыс:

<variant>босанғаннан кейін, нәресте қаны оң резусты болғанда босанғаннан кейін, нәресте қаны

<variant>теріс резусты болғанда

<variant>босанғаннан кейін, нәрестеде гемолиздік сарғаю болса

<variant>босанғаннан кейін, антидене титрі жоғарыласа

<variant>келесі жоспарланған жүктіліктен бұрын

<question>Қайта босанушы 24 жаста, жүктілік мерзімі 42 апта, белінің және ішінің төменгі жағының тартып ауыратынына шағымданады. Жағдайы қанағаттанарлық. Нәресте тігінен орналасқан, басымен келген. Іштегі нәрестенің жүрек қағысы анық, ырғақты, минутына 150 сокқы. Жатыр мойнағы орталықта орналасқан, 1,5 см дейін қысқарған, жұмсақ консистенциялы, цервикальдық каналдан 1 саусақ көлденеңінен ішкі аңқаға сыяды, "өтпелі" білік жоқ, ұрық көпіршігі бүтін, нәресте басымен келген, кіші жамбасқа кіреберісте жатыр. Қандай емдеу тәсілі оңтайлы болмақ:

<variant>амниотомия жасау

<variant>динамикада бақылау

<variant>окситоцинмен толғақ шақыру

<variant>ұрық қабығының төменгі полюсінің ажырауы

<variant>мизопростолмен жатыр мойнағын дайындау

<question> Перзентханаға мерзімі асқан жүктілігімен босанушы әйел жеткізілді, тексеру барысында ұрықтың асқынған көлденең жатуы мен қолдарының түсуі анықталды. ұрықтың жүрек қағысы естілмейді. Осы жағдайда босануды шешудің қай әдісі тиімді болады?

<variant> ұрықтың декапитациясын жасау

<variant> классикалық акушерлік бұру, соңынан ұрықты аяғынан тартып шығару

<variant> шұғыл түрде кесарь тілігін жасау

<variant> босануды консервативті жүргізуді жалғастыру

<variant> краниотомия жасау

<question>Жүктілігінің мерзімі асқан қайтабосанушы әйелде толғақ 12 сағат бойы жалғасып жатыр. ұрық маңы суы бүтін. Кенеттен ішінде жедел ауырсыну, тері жамылғыларының болғылттануы пайда болды. ұрықтың жүрек соғысы – брадикардия. Қынаптық зерттеуде жатыр аңқасының ашылуы толық, ұрық қапшығы қатайған, ұрық басы кіші жамбас қуысында. Дәрігер тактикасы қандай:

<variant> ұрық қапшығын бұзып, акушерлік қысқыштарды салу

<variant> Кесарь тілігі операциясын жасау

<variant> ұрық гипоксиясын емдеу

<variant> Амниотомия жасау

<variant> Амниотомиядан кейін окситоцинмен босануды қоздыруды бастау

<question> Алғашбосанушы 28 жастағы жүктілік мерзімі жеткен әйел емханаға келді. Шағымы жоқ. Жағдайы қанағаттанарлық. АҚ 110/70 110/80 мм с.б.б. Жатыры қозбаған. Нәрестенің 3 ірі бөлімі пальпацияланады. Жамбас өлшемдері 25-28-31-20 см. УДЗ қорытындысы: Жүктілік

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 105 беті

39-40 апта. Егіздер. Екі нәрестенің де жамбаспен жатуы. Диагноз: Жүктілік 38-39 апта. Егіздер.....

<variant>Жамбаспен жатуы.

<variant>Көлденең тарылған жамбас

<variant> Жалпы бір қалыпты тарылған жамбас I дәрежесі

<variant>Созылмалы фетоплацентарлы жетіспеушілік

<variant>Босану алдын белгілері

<question> Жамбаспен орнығудың жиілігі ... %.

<variant> 3-5

<variant> 0.5-1

<variant> 1-2

<variant> 5-7

<variant> 10-12

<question> Ұрықтың аяқтары жамбас-сан буынында бүгілген, ал тізе буынында жазылған, жамбастық орнығудың қай түрі:

<variant> нағыз бөкселік

<variant> толық аяқтық

<variant> аралас бөксе-аяқтық

<variant> толық емес аяқтық

<variant> тізелік

<question>Ұрықтың аяқтары жамбас-сан буынында және тізе буынында бүгілген, жамбастық орнығудың қай түрі:

<variant> аралас бөксе-аяқтық

<variant> толық аяқтық

<variant> толық емес аяқтық

<variant> нағыз бөкселік

<variant> тізелік

<question> Егер ұрықтың екі аяғы тізе буынында бүгілген, ал жамбас-сан буынында жазылған болса, жамбастық орнығудың қай түрі:

<variant> тізелік

<variant> толық емес аяқтық

<variant> аралас бөксе-аяқтық

<variant> нағыз бөкселік

<variant> толық аяқтық

<question>Ұрықтың жамбастық орнығуын анықтау үшін Леопольд-Левицкийдің сыртқы тәсілі қолданылады:

<variant> бірінші және үшінші

<variant> бірінші және екінші

<variant> екінші және үшінші

<variant> екінші және төртінші

<variant> үшінші және төртінші

<question>Жамбастық орнығудың түрі ... анықталады.

<variant> босану кезінді қынаптық тексеру арқылы

<variant> жүктіліктің үшінші триместрінде

<variant> уақытылы жүктілікте

<variant> жүктіліктің екінші триместрінде

<variant> босанудың бірінші кезеңінде

<question>Ұрықтың жамбастық орнығуын сыртқы акушерлік тексергенде тән емес:

<variant> келе жатқан бөлігі тығыз, кіші жамбас астауының кіреберісінде

<variant> қозғалатын бөліктің жатыр түбінде орныққан

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 106 беті

<variant> кіндіктен жоғарыда ұрықтың жүрек соғуы естіледі

<variant> жатыр түбінің жоғары орналасуы

<variant> орныққан бөліктің консистенциясы жұмсақ, қозғалуға келмейді

<question> Ұрықтың толық аяқтық орнығуына тән:

<variant> екі аяғымен

<variant> бір аяғымен

<variant> бөксе аяғымен бірге

<variant> тізелік

<variant> бөкселік

<question> Ұрықтың жамбастық орнығуындағы босану биомеханизмінің алтыншы кезеңі:

<variant> бастың бүгілуі

<variant> иықтың іштей бұрылуы

<variant> бастың іштей бұрылуы

<variant> омыртқаның бел аймағында бүгілуі

<variant> бөксеңіз іштей бұрылуы

<question> Ұрықтың нағыз бөкселік орнығуында босану биомеханизмінде анықталатын нүкте:

<variant> алдыңғы бөкселік

<variant> артқы бөкселік

<variant> құйымшақтық

<variant> сегізкөздік

<variant> шүйде асты шұңқыры

<question> Ұрықтың жамбастық орнығуындағы босану биомеханизмінің үшінші бекіну нүктесі:

<variant> шүйде асты шұңқыры және қасаға доғасы

<variant> шүйде асты шұңқыры және сегізкөз-құйымшақ қосындысы

<variant> алдыңғы жауырынның акромиальды өсіндісі және қасаға доғасы

<variant> мықын аймағының шұңқыры және қасаға доғасы

<variant> жоғары иық және қасаға доғасы

<question> Цовьянов әдісі ... алдын алмайды.

<variant> кіндік бауы түсуінің

<variant> ұрық аяғының түсуінің

<variant> ұрықтың қолдарының жиналуының

<variant> басының шалқайуының

<variant> жатыр мойнының, ішкі бөлігінің, спазымының

<question> Ұрықтың жамбаспен орнығуының себебіне қатысы жоқ:

<variant> жүктілік паритеті

<variant> қағанақ суының көптігі

<variant> көп ұрықтық

<variant> плацентаның орнығуы

<variant> жатырдың қатерлі ісігі

<question> Мерзімінен ерте босануда жамбаспен орнығудың жиілігі :

<variant> жоғарлауы

<variant> төмендеуі

<variant> әйелдің жалпы жағдайына байланысты

<variant> ұрықтың гипоксиясына байланысты

<variant> жедел босанудан ерекшеленбейді

<question> Цовьянов 2 әдісінің көрсеткішін атаңыз:

<variant> толық аяқпен орнығу

<variant> ірі ұрық

<variant> ұрықтың көлденең орнығуы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 107 беті

<variant> анасының ауыр жағдайы

<variant> бөкселік орнығуы

<question> Жамбаспен орнығуда классикалық қолдық әдіс қолданылмайды:

<variant> қолдар өздігінен туылғаннан соң

<variant> аралас бөкселік

<variant> толық аяқтық

<variant> толық емес аяқтық

<variant> тізелік

<question> Цовьянов 1 әдісі ... жатуында қолданылады.

<variant> нағыз бөкселік

<variant> аралас бөкселік

<variant> толық аяқтық

<variant> толық емес аяқтық

<variant> тізелік

<question> Ұрықтың көлденең орнығуының анықталуы негізделген ...

<variant> жатыр түбінің жоғары орналасуы жүктілік мерзіміне байланыссыз

<variant> амниоскопия

<variant> жүктілік паритеті

<variant> етеккірдің соңғы күні бойынша

<variant> ЭКО алғаш рет келуі

<question> Көпұрықты жүктілікке тән ...

<variant> жатыр көлемі үлкен және келе жатқан басының көлемі кіші

<variant> жатыр көлемі үлкен және келе жатқан басының көлемі үлкен

<variant> жатыр көлемі үлкен және келе жатқан басының көлемі қалыпты

<variant> жатыр көлемі үлкен емес және келе жатқан басының көлемі үлкен емес

<variant> жатыр көлемі қалыпты және келе жатқан басының көлемі үлкен

<question> Көпұрықты жүктілікте жиі кездесетін асқынулар:

<variant> мезгілінен ерте босану

<variant> қалыпты орналасқан плацентаның мезгілінен ерте қыртыстануы

<variant> мезгілінен кеш босану

<variant> ұрық дамуының тежелуі

<variant> ұрықтың гипоксиясы

<question> Көпұрықты жүктілікті босануда жиі кездесетін асқынулар:

<variant> босану әрекетінің әлсіздігі

<variant> қағанақ суының кеш кетуі

<variant> плацентаның ажырауы

<variant> жатырдың жыртылуы

<variant> босану әрекетінің күштілігі

<question> Алғаш босанатын әйел мерзімі 35-36 апталық жүктілігі және іштегі нәрестесі қимылының төмендеуіне шағымданып келді. Іштегі нәрестесі жүрек соғысы минутына 136 соққы. Ең мәліметті тексеру әдісі:

<variant> функционалды сынамалар мен кардиотахография

<variant> амниоскопия

<variant> цервикоскопия

<variant> доплерография

<variant> нәрестенің ЭКГ

<question> 2017 жылғы 27 желтоқсан №36 "Ұрықты бағалау" диагностикалау мен емдеудің клиникалық хаттамасына сай кардиотокография жасауға насы жағынан не көрсеткіш болады?

<variant> ұрық маңы суының аз болуы мен көп болуы

<variant> мерзімінен бұрын босану (мерзімі жетілмеу)

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 108 беті

<variant>сусыз кезең (24 сағаттан көп)

<variant>көп ұрық

<variant>меконияльды ұрық маңы суының болуы

<question>ҚР ДСМ 09.07.16 жылғы “Бұтаралығы, вульва және қынаптың қабыну аурулары (бартолинит, вульвит, вагинит)” № 14 хаттамасына сәйкес жүкті әйелдегі бактериялық вагинозды емдеу сызбасын көрсетіңіз:

<variant>метронидазол 250мг пероралды күніне 3 рет 7 күн немесе 500 мг-нан күніне 2 реттен 7 күн per os

<variant>клиндамицин 2% жақпасын бір рет қынап ішіне 5 г-нан (1 аппликатор) түнде 7 күн немесе қынаптық свечи 100 мг-нан 1 рет 3 күн немесе клиндамицин 300 мг-нан күніне 2 рет 7 күн per os

<variant>метронидазол 500 мг-нан күніне 2 рет 10-14 күн per os

<variant>тинидазол 2 г бір рет

<variant>метронидазол 2 г бір рет

<question>Пациент 27 жаста, оңжақүлкен жыныс ерні аймағының ауыратынына және дене қызуының 39,0 С-қа көтерілгеніне, жүргенде ауырсынады. Объективті: оңжақ үлкен жыныс ерні ісінген, ауырсынады, қызарған, пальпациялағанда жұмсарған аймақтар бар. Ықтимал диагноз:

<variant>бартолин безінің абсцесі

<variant>бартолин безінің кистасы

<variant>вульва аймағының гематомасы

<variant>сарпайдың үлкен жапсарының фурункулезі

<variant>парауретралық киста

<question>Науқас М., 32 жаста, кеңестік-диагностикалық мекеменің дәрігеріне сыртқы жыныс мүшелерінің және қынаптың ашуына, қышуына, ауырсынуына, қынаптан бөлінділердің болуына шағымданып келді. Гинекологиялық жағдайы: сыртқы жыныс мүшелері қалыпты дамыған, ісінген, гиперемияланған. Айнада: жатыр мен қынаптың шырышты қабаттары гиперемияланған, бөлінділер-балық иісімен ақ таңдақтар. Бактериоскопияда кілттік жасушалар, рН >4,5. 2016 жылғы 9 маусым №14 "Шап аралықтың, вульваның, қынаптың қабыну аурулары" диагностикалау және емдеудің клиникалық хаттамасына сай осы науқасқа бірінші топтаманың қай препаратын және қай мөлшерде тағайындау керек?

<variant>Метронидазол 500 мг 2рет 7 күн

<variant>Тинидазол күніне 2 г. 3күн

<variant>Клотримазол 100 мг түнде 7 күн

<variant>Метронидазол 500 мг күніне 3 рет 5 күн

<variant>Клотримазол 5 гр интравагинальды түнге 7 күн

<question> Аймақтық отбасылық дәрігерге 29 жастағы бірінші босанудан кейінгі әйел келді. Босанғаннан кейінгі 8-тәулікте сүт бездерінің қатаюы, сүтті сығудың қиындауы байқалды. 10-тәулікте қалтырау, $t = 39^{\circ}\text{C}$, бастың ауруы, жалпы әлсіздік, оң жақ сүт безінде қатты ауырсыну пайда болды. Анамнезінен: қағанақ суының мерзімінен ерте кетуіне байланысты босануды қоздыру жүргізілген. Объективті: оң жақ сүт безінің жоғарғы квадрантының ортасында флюктуациясы бар қатаюы анықталады, терісі қызарған, ұстағанда ыстық. Емізіктерде тілінулер байқалады. Қолтықасты лимфа түйіндері ұлғайған, ауырсынулы. Осы патологияның дамуында ерекше орынды не алады?

<variant> патологиялық лактостаз және емізіктердегі тілінулер

<variant> босану әрекетінің әлсіздігі

<variant> қағанақ суының ерте кетуі

<variant> босануды қоздыру

<variant> сұйықтықты көп ішу

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 109 беті

<question> 24 жастағы босанған әйелде босанғаннан кейінгі 4-тәулікте дене қызуы $t = 40^{\circ}\text{C}$, ішінің төмен жағында бірден ауырсыну, іштің кебуі, үлкен дәретке отыру ауырсынулы, іш пердесінің тітіркену симптомы оң нәтижелігі анықталды. Жатыр(түбі кіндіктен 1 елі төмен) ұлғайған, ауырсынулы, пішіні анықталмайды, қимылы шектелген. Артқы күмбез салбырап тұр.

Болжам диагноз:

<variant> Пельвиоперитонит

<variant> Жедел оофорит

<variant> Эндометрит

<variant> Параметрит

<variant> Метрит

<question> 25 жастағы босанған әйелде босанғаннан кейінгі 10-тәулікте жыныс жолдарынан бөлінділер қанды, іріңді, жағымсыз иісті, пальпацияда жатыр ауырсынулы, $t = 38^{\circ}\text{C}$, тамыр соғысы 100 рет мин. Тері қабаттары қызарған, құрғақ.

Болжам диагноз:

<variant> Эндометрит

<variant> Жедел оофорит

<variant> Жедел сальпингит

<variant> Параметрит

<variant> Метрит

<question> 30 жастағы босанаған әйелде босанғаннан кейінгі 8 тәулікте, қалтырап жатыр, $t = 40^{\circ}\text{C}$. Ішінің төменгі жағында ауырсыну, ішектері кепкен. Жатыры ұлғайған, оң жаққа қарай ығысқан, жұмсақ. Қынаптық тексерген кезде сол жақ қосалқылары аймағында жедел ауырсынулы инфльтр анықталады.

Болжам диагноз:

<variant> Жіті сальпингоофорит

<variant> Пельвиоперитонит

<variant> Эндометрит

<variant> Параметрит

<variant> Миометрит

<question> Босанғаннан кейінгі 12-ші тәулік, $t = 38,2^{\circ}\text{C}$. Сүт бездеріндегі ауырсынуға шағымданады. Тамыр соғысы 86 рет мин. Сүт бездері едәуір ұлғайған, қатайған, пальпацияда ауырсынулы.

Осы жағдайда ... дұрыс болып табылады.

<variant> көкіректі сығу арқылы сүттен босату

<variant> сұйықтық ішуді азайту

<variant> көкіректі сығып байлау

<variant> сүт бездеріне компрессия

<variant> антибиотиктер тағайындау

<question> Қайта босанушы әйел, 26 жаста, босанғаннан кейінгі 12-ші тәулікте $t = 39^{\circ}\text{C}$, қалтырау, ұйқысы бұзылған, қолтық асты лимфа түйіндері ұлғайған және ауырсынады. Сүт бездерін тексерген кезде: оң жақ сүт безінің жоғарғы сыртқы аймағында қызару анықталды. Терінің өзгерген аймағында тығыз, аз қимылдайтын инфильтрат анықталды.

Осы жағдайда ... дұрыс болып табылады.

<variant> хирургиялық ем

<variant> сүт бездерін сығу арқылы босату

<variant> симптоматикалық ем

<variant> инфузионды терапия

<variant> зақымдалған аймаққа компресс

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 110 беті

<question> 32 жастағы босанған әйелде босанғаннан кейінгі 12 тәулікте қалтырау, $t = 39^{\circ}\text{C}$. Қынаптық тексеруде жатыр денесі ұлғайған, ауырсынады, әсіресе қабырғалары аймағында. Бөлінділер қанды (қара-қызыл түсті) ірің аралас, сасық иісті.

Осы жағдайда ... амал дұрыс болып табылады.

<variant> жатыр қуысын босату

<variant> жатыр аймағына мұз қою

<variant> инфузионды терапия

<variant> симптоматикалық терапия

<variant> гистерэктомия

<question> 22 жастағы босанған әйел босанғаннан кейінгі 1-ші тәуліктен кейін қасаға аймағындағы ауырсынуға, аяғымен қимылдағанда ауырсырудың күшеюіне шағымданады.

Объективті: қасаға аймағында ісіну, ауырсыну және жылжыған бұрыштарында терендену анықталады. Анамнезінен: бірінші босануы уақтылы, салмағы 4300 г. тірі, жетілген нәресте туылған.

Жүргізу амалы:

<variant> төсектік қалып, жамбас аймағында қиылысты таңу

<variant> белсенді қалып және антибактериалды терапия

<variant> физио- ем- сәулелі ем

<variant> гипсті таңу салу

<variant> жамбас аймағына массаж

<question> Босағаннан кейінгі бөлімде 29 жастағы тұңғыш босанушы әйелде босанғаннан кейінгі 10-ші тәулікте сүт бездерінің қатаюы, сүт сығудың қиындауы болған. 5-ші тәулікте қалтырау, $t = 39^{\circ}\text{C}$, бастың ауырсынуы, оң жақ сүт бездерінде ауырсыну белгілері пайда болды. Оң жақ сүт безінің сыртқы аймағында жұмсақ ошақтары бар ауырсынулы қатаю пальпацияланады, осы жерде тері қызарған, ыстық. Емізіктерде тілмелер анықталады. Қолтық асты лимфа түйіндері ұлғайған, ауырсынулы.

Дұрыс амал:

<variant> хирургиялық ем

<variant> сүт бездерін сығу арқылы босату

<variant> симптоматикалық терапия

<variant> инфузионды терапия

<variant> зақымдалған аймаққа компресс

<question> Босағаннан кейінгі бөлімде 29 жастағы тұңғыш босанушы әйелде босанғаннан кейінгі 10-ші тәулікте сүт бездерінің қатаюы, сүт сығудың қиындауы болған. 5-ші тәулікте қалтырау, $t = 39^{\circ}\text{C}$, бастың ауырсынуы, оң жақ сүт бездерінде ауырсыну белгілері пайда болды. Оң жақ сүт безінің сыртқы аймағында жұмсақ ошақтары бар ауырсынулы қатаю пальпацияланады, осы жерде тері қызарған, ыстық. Емізіктерде тілмелер анықталады. Қолтық асты лимфа түйіндері ұлғайған, ауырсынулы.

Лактацияны басуға нәтижелі болып ... табылады.

<variant> парлодел

<variant> бромкамфора

<variant> гипотиазид

<variant> фуро- семид

<variant> токоферол

<question> Науқас А., 33 жаста, сол үлкен жыныс ерні аймағындағы ауырсынуларға, жыныстық қатынас кезінде жағымсыз сезімге, жалпы димкәстікке шағымданып келді. Қарау кезінде сол үлкен жыныс ерні маңында түзіліс анықталды, пальпацияда ауырсынады, тіндердің ісінуі. 2016 жылғы 9 маусым №14 "Шап аралықтың, вульваның, қынаптың қабыну аурулары" диагностикалау және емдеудің клиникалық хаттамасына сай осы науқасқа қынап

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 111 беті

пен вульва беткейінің бактериоскопиялық зерттеуінен басқа қандай зертханалық тексеру жүргізу керек?

<variant>қанның жалпы анализі

<variant>қанның биохимиялық анализі

<variant>ПТР

<variant>ИФА

<variant>бактериологиялық (культуралдық) зерттеу

<question>22 жастағы әйел ішінің төменгі жағы ауыратынына, кіші дәретке жиі шығатынына, кіші дәретке шыққанда ашитынына шағымданады. Симптомдар сақтанбай жыныстық қатынасқа түскен соң пайда болған. Объективті: үрпінің қызаруы, ісінгені байқалады, көп мөлшерде ірінді шығынды бөлінеді, кіші дәретке шыққанда ашып ауырады, жатыр мойнағының іншектік бөлігі қызарған, цервикальдық каналдан көп мөлшерде ірінді шығынды бөлінеді. Болжамды диагноз:

<variant>гонорея (соз)

<variant>хламидиоз

<variant>кандидоз

<variant>трихомониаз

<variant>гарднереллез

<question>2017 жылғы 27 желтоқсан №36 "Босанудан кейінгі эндометрит" диагностикалау және емдеудің клиникалық хаттамасына сай организмнің адаптациялық-компенсаторлық айқындылық дәрежесіне байланысты мына өзгерістер эндометриттің қай формасына сай: 3 күннен аспайтын қысқа уақыттық, резорбтивті қызбамен, жатырдың субинволюциясы жоқ, жатыр құрамының рН жоғарлауы мен макрофагтар көлемінің жоғарлауы.

<variant>субкомпенсирленген эндометрит

<variant>компенсирленген эндометрит

<variant>декомпенсирленген эндометрит

<variant>терминальды эндометрит

<variant>ошақты эндометрит

<question>42 жастағы әйел сыртқы жыныстық ағзалары аймағының қышытынына, ашитынына, түнде төсекте жатып, тіпті ұйқтап жатып та қасынатынына, жыныстық қатынасқа түскенде ауыратынына, жыныстық жолдарынан иісі жағымсыз шығынды бөлінетініне шағымданады. Сыртқы жыныстық ағзаларын тексергенде қасыған із, терісі мен сілемейі сызат түсіп, жарақаттанып, қанап тұр, тері жамылғысы ақ атрофияланған, паптрості қағазына ұқсас, сілемейлі қабықта ақшыл түсті түйіндақтар байқалады. Сарпайдың кіші жапсары бүріскен. Диагнозды нақтылау үшін қандай тексеру жүргізген дұрыс:

<variant>вульвоскопия

<variant>гистероскопия

<variant>кіші жамбас ағзаларын УДЗ

<variant>жатыр қуысын диагностикалық қырнау

<variant>кіші жамбас ағзаларын МРТ

<question>43 жастағы әйел сыртқы жыныстық ағзаларының ауыратынына, қышытынына, ашу немесе тітіркену сезіміне, шап лимфатүйіндерінің үлкейгеніне, кіші дәретке ауырсынып шығатынына, шамалы қан аралас шығынды бөлінетініне шағымданады. Сыртқы жыныстық ағзаларын тексергенде сарпайдың үлкен жапсары аймағында ісік тәрізді түзілім анықталды, қара қоңыр түсті, жара болған бөліктер бар, қанап тұр. Шап лимфатүйіндері үлкейген. Диагнозды нақтылау үшін қандай тексеру әдісін жүргізген дұрыс:

<variant>гистологиялық тексеру

<variant>тазалық дәрежесін анықтау үшін сүртінді алу

<variant>кіші жамбас ағзаларын УДЗ

<variant>кольпоскопия

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 112 беті

<variant>АПВ анықтау үшін қан ИФА

<question>Профилактикалық тексеру кезінде 40 жастағы пациенттің жатыр мойнағында сedef түсті өнезді бөлік анықталды. Жатыр мойнағы лейкоплакиясы диагнозы қойылды. Кольпоскопия жасалды. Онкоцитологияға сүргінді алынды. Диагноз расталды. Барынша негізделген емдеу тәсілі:

<variant>криодеструкция

<variant>химиялық коагуляция

<variant>гіндерді хирургиялық кесу

<variant>электрокоагуляция

<variant>лазерлік коагуляция

<question>Берілген клиникалық симптомдар кездесетін ауруды атаңыз: етеккірі және жүктілік жоқ, аналық без тінінде көптеген премордиалдық фолликулар (гистологиялық зерттеуде), көптеген әйелдерде прогестерон сынағы оң, қан плазмасында ФСТ және ЛГ деңгейлері жоғары

<variant>тұрақты аналық без синдромы

<variant>поликистозды аналық без синдромы

<variant>эндометриоз

<variant>адреногенителдық синдром

<variant>семіп қалған аналық без синдромы

<question>33 жастағы әйел серозды сипаттағы аздаған бөліндіге, ЕАС (етеккір алдындағы синдром) кезінде күшейетініне шағымданады. Акушерия-гинекологиялық анамнез: соңғы 2 жүктілігі 8-9 апталық ерте кезеңде түсік түсумен аяқталған. Диагноз қою үшін берілген тексеру әдістерінің қайсысын қолданған дұрыс?

<variant>полимеразды тізбекті реакция

<variant>иммунофлуоресценция реакциясы

<variant>иммобилизация реакциясы

<variant>микроскопия

<variant>қанның жалпы талдамасы

<question> Перзентханадан шыққаннан кейін кесар тілігі операциясымен босанған әйелде 10 тәулікте перитонит және нәрестесінде омфалит анықталды. Ауруханаішілік инфекцияны төмендетудегі басты шара:

<variant> қолды тазалап жуу және бір ретті сүлгіні қолдану

<variant> қызметкерлер мен келушілердің киімі мен аяқ киімдерін ауыстыру

<variant> мекемені циклді дезинфекциялау және желдендіру

<variant> бөлмелерді кварцтау және дезерітінділермен өңдеу

<variant> масканы тәртіпті сақтау және палаталарды кварцтау

<question> Босанудан кейін эндометрияның физиологиялық қалпына келу мерзімі:

<variant> 6 – 8 апта

<variant> 10 – 15 күн

<variant> 2 – 3 апта

<variant> 4 – 5 апта

<variant> 9 – 10 апта

<question> ҚР ДСМ 27.12.2017 жылғы “Босанудан кейінгі эндометрит” №36 хаттамасына сәйкес босанудан кейінгі эндометритті емдеу принциптері:

<variant> инфекция ошағын тазалау, инфузиялық терапия, кең спектрлі антибиотиктер

<variant> антибактериялық терапия, жатыр қуысын вакуумды аспирациялау

<variant> инфузиялық терапия, жатыр қуысын вакуумды аспирациялау немесе кюретаж

<variant> инфузиялық терапия, жатыр қуысына антисептиктер енгізу, антибактериялық терапия

<variant> инфекция ошағын тазалау, кең спектрлі антибиотиктер

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 113 беті

<question>Босанушы К., 35 жаста, 15-ші тәулікте гинекологиялық бөлімшеге дене температурасының 39С-ге жоғарылауына, қынаптан шіріген иісті бөлінділердің болуына, ішінің төменгі жағы мен беліндегі ауырсынуға, жалпы әлсіздікке шағымданып түскен. 14 күн бұрын босанған, ІІ мерзімді; босанудың жалпы ұзақтығы 12 сағат 10 минут болған, сусыз аралық – 10 сағат. Объективті: жалпы жағдайы ауыр, тежелген жағдайда. Терісі бозарған, ылғалды. Жүрек тондары дыбыссыз, пульсі ырғақты, 112 соғу/мин, толығы және кернеулігі қанағаттанарлық. АҚ 110/70 мм сынап бағаны. Тілі ылғалды, сұр өңезбен жабылған. Іші жұмсақ, кеспеген, пальпацияда төменгі бөліктері ауырады; ішпердені тітіркендіру симптомы жоқ. Гинекологиялық тексерулер: цервикальды каналдан 1 көлденең саусақ өте алады. Жатыры жұмсақ, жүктіліктің 10 аптасына сәйкес үлкейген, ауырады. Жатыр тамырлары проекциясында үлкейген және ауыратын жіпшелер пальпацияланады. Бөлінулер көп, ірінді, жағымсыз иісті. Сазонов-Бартельс жіктемесіне сәйкес осы жағдай қандай ірінді-септикалық кезеңге жатады?

<variant>ІІІ кезеңге

<variant>І кезеңге

<variant>ІІ кезеңге

<variant>ІV кезеңге

<variant>V кезеңге

<question>26 жастағы босанған әйел босанғаннан кейін 5 тәулікте дене температурасының аздап жоғарлауына (38С төмен), ішінің төменгі бөліктеріндегі ауырсынуға шағымданады. Қалтырау жоқ, жағдайы қалыпты (әлсіздік жоқ, бас ауру жоқ), осы жағдайдың толқын тәрізділігін бақыған-"дімкәстік" кезеңінен кейін "жақсару" кезеңі жүреді. 2017 жылғы 27 желтоқсан №36 "Босанудан кейінгі эндометрит" диагностикалау және емдеудің клиникалық хаттамасына сайберілген клиникалық сурет эндометриттің қай түріне сай?

<variant>жасырын

<variant>классикалық

<variant>аборттивті

<variant>атипті

<variant>латентті

<question>Кесар тілігі отасы жасалған соң 2-тәулікте әйелде перитонит көрінісі пайда болды. Мерзімі жеткен жүктілік, босанғанға дейін қағанақ суы кетуіне, босанудың 1-кезеңі әлсіз, хорионамнионитке байланысты кесарь тілігі операциясы жасалған. Бұл патологиялық жағдайдың орын алуының ықтимал себебі неде ?

<variant>операция кезінде инфекциялану

<variant>жатырдағы жарақаттың толық болмауы

<variant>ішек парезі

<variant>жатыр қуысында ұрық қабықшасы қалдықтарының болуы

<variant>босанғаннан кейін жатырдың қанағаттанарлықсыз жиырылуы

<question>23 жастағы босанған әйел босанғаннан кейінгі кезеңнің 4-тәулігінде қалтырау, ішінің төменгі бөлігінің қатты ауыруы, метеоризм, жыныстық жолдарынан иісі жағымсыз ірінді шығындылар бөлінгеніне шағымданды. Т-38,2°С. АҚ 110/70 мм с.б.. Рс: минутына 96. Жатырдың түбі кіндіктен 1 көлденең саусақ төмен, ауырсындырады, жұмсақтау консистенциялы. 2 күн бойы антибактериялық, инфузиялық және утеротониялық терапия қабылдаған. Шағымы сақталуда, температура 38 С. Қандай тәсіл қолданған дұрыс:

<variant>антибактериялық препараттарды ауыстыру

<variant>жатыр қуысын қырнау

<variant>жатырды қосалқыларымен бірге ампутациялау

<variant>жатырды қосалқыларынсыз ампутациялау

<variant>жатырды қосалқыларымен бірге экстирпациялау

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 114 беті

<question> Босанушы кесір тілігі операциясынан кейін 3-ші тәулікте жара маңы ауырсынуына, әлсіздік, қалтырауға шағымданды. Дене қызуы – 37,80С. Қарау кезінде тігіс бойымен инфильтрация бар. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Босанудан кейінгі кезең, 3-нші тәулік. Кесір тілігі отасынан кейінгі жара инфильтраты

<variant> Босанудан кейінгі кезең, 3-нші тәулік. Эндометрит

<variant> Босанудан кейінгі кезең, 3-нші тәулік. Кесір тілігі отасынан кейінгі жара абсцесі

<variant> Босанудан кейінгі кезең, 3-нші тәулік. Кесір тілігі отасынан кейінгі жағдай

<variant> Босанудан кейінгі кезең, 3-нші тәулік.

<question> Босанушы кесір тілігі отасынан кейінгі 1 тәулікте жара маңындағы ауырсынуға, әлсіздікке шағымданды. Жағдайы орташа ауырлықта. Температура- 37,3. Іші жұмсақ, опрециядан кейінгі жара маңында ауырсыну. Жатыр тығыз. Қан талдауында: Нb- 69г/л, L- 7,2x10⁹ /л, СОЭ- 39мм/сағ. Клиникалық диагнозды анықтаңыз:

<variant> Босанудан кейінгі кезең, 1-нші тәулік. Кесір тілігі операциясынан кейінгі жағдай. Анемия ауыр дәрежелі.

<variant> Босанудан кейінгі кезең, 1-нші тәулік. Кесір тілігі операциясынан кейінгі жағдай.

<variant> Босанудан кейінгі кезең, 1-нші тәулік. Кесір тілігі операциясынан кейінгі жағдай. Эндометрит.

<variant> Босанудан кейінгі кезең, 1-нші тәулік. Кесір тілігі операциясынан кейінгі жағдай. Анемия жеңіл дәрежелі.

<variant> Босанудан кейінгі кезең, 1-нші тәулік. Кесір тілігі операциясынан кейінгі жағдай. Анемия орташа дәрежелі

<question> Босанушы Р., 23 жаста, уақытында босанудан кейінгі 4-ші тәулікте қалтырауға, дене температурасының жоғарылауына шағымданды. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық, беті гиперемирленген. Тамыр соғысы 92 рет/мин. Дене температурасы 39°С. Сүт безінің жоғарғы-сыртқы квадрантында өлшемі 6х7 см болатын жұмсарған бөлігі бар инфильтрат, пальпация кезінде ауырсынады, терісі гиперемирленген. Сол жақ емізікте беткей жарылу. Оң жақ сүт безі ерекшеліксіз. Жатыр түбі қасағадан 4см жоғары, жатыр ауырсынусыз. Бөліністер қанды-серозды, иіссіз. Дұрыс әрекетті көрсетіңіз және неге:

<variant> сүт безінде инфильтрация мен ірің болғандықтан, хирургиялық еммен бірге антибактериальды терапия

<variant> маститтің клиникалық белгілері болғандықтан, антибактериалды терапия

<variant> гипертермия және сүт безінің инфильтрациясы болғандықтан, антибактериальная терапия

<variant> сүт безі инфильтрациясы мен іріңдеу белгілері болғандықтан, хирургиялық ем

<variant> сүт безі инфильтрациясы белгілері болғандықтан, хирургиялық еммен бірге антибактериальды терапия

<question> Алғаш жүкті, 30 жаста. Обструктивті босануға байланысты төменгі жатыр сегментінде кесір тілігі жасалынды. Сусыз кезең 27 сағат. Интраоперационды қан кету - 900 мл. Антибактериалды терапия тағайындалды. Операциядан кейінгі 5-нші тәулікте дене температурасы 39°С дейін көтерілді. Тәулік бойы жағдайы ауыр. Пальпация кезінде ішінің төменгі бөлігінің қатаюы, іш кебуі, қатты ауырсыну, құрсақтың тітіркену симптомдары анықталады. Ішкі зерттеуде: жатыр жүктіліктің 17-18 аптасына сай ұлғайған, жұмсақ, ауырсынады. Бөліністер көп мөлшерде, іріңді, жағымсыз иіспен. Қан талдауында: Нb- 73г/л, L- 14,2x10⁹ /л, ЭТЖ- 59мм/сағ. Дұрыс тактиканы табыңыз және неге?

<variant> Хирургиялық ем, жатырдың түтіктерімен экстирпациясы, себебі акушерлік перитониттің белгілері бар

<variant> Антибактериалды терапия, себебі эндометрит белгілері бар.

<variant> Антибактериалды терапия, себебі көп мөлшерде қан кету фонында акушерлік перитонит белгілері бар.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 115 беті

<variant>Хирургиялық ем, жатырдың экстирпациясы қосалқыларсыз, себебі эндометрит белгілері бар

<variant>Хирургиялық ем, жатырдың экстирпациясы түтіктерімен, себебі акушерлік перитониттің белгілері бар

<question> Менструальдық қан ағудың механизмі ... байланысты.

<variant> некроздар түзілуімен жүретін артериялардың спазымына

<variant> эндометрий қанағыштығының жоғарылауына

<variant> протеолитикалық ферменттердің жоғарылауына

<variant> жатырдың өсуіне

<variant> эндометрийдің пролиферациясына

<question> Аналық бездерінің мезгілінен бұрын әлсіреу синдромының негізгі симптомдары:

<variant> екіншілік аменорея, бедеулік

<variant> іштің төменгі жағындағы ауыру сезімі

<variant> біріншілік аменорея

<variant> ыстықтың құйылуы

<variant> олигоаменорея

<question> Эстрогендік қаныққандықтың деңгейі ... анықталады.

<variant> Инслер санымен

<variant> прогестерон сынамасымен

<variant> Таннер санымен

<variant> дексаметазон сынамасымен

<variant> окситоцин сынамасымен

<question> Аналық бездердің поликистозының клиникалық симптомдарының үштігііне кіреді:

<variant> опсоменорея, семіздік, гирсутизм

<variant> гиперполименорея, анемия, семіздік

<variant> метроррагия, астения, гирсутизм

<variant> галакторея, олигоменорея, семіздік

<variant> гирсутизм, негроидты акантоз

<question> Таннер саны ... сипаттайды.

<variant> сүт бездерінің даму дәрежесін

<variant> бой-салмақ көрсеткішін

<variant> эстрогендермен қанығу дәрежесін

<variant> прогестерондармен қанығу дәрежесін

<variant> түктенудің дәрежесін

<question> Ферриман-Галвей саны сипаттайды:

<variant> гиперандрогенияның деңгейін

<variant> эстрогендік қаныққандықтың деңгейін

<variant> пролактин деңгейін

<variant> прогестиндік қаныққандықтың деңгейін

<variant> бой-салмақ көрсеткішін

<question> Жатыр миомасы бар ауруға рилизинг гормондардың агонистерін тағайындауға көрсетулер:

<variant> түйіндердің мөлшерінің кішіреюі

<variant> оперативтік араласуды алып тастау

<variant> ЭКҰ-ға дайындық

<variant> жасанды инсеминацияға дайындық

<variant> эстрогендердің деңгейін қалыптастыру

<question> 23 жастағы, науқас, 3-тәулік бойы 38,6 С дене қызуына шағымданады.

Соматикалық дені сау. Қынаптық тексеруде науқаста анықталды: сыртқы ернеуі жабық,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 116 беті

жатыр аздап ұлғайған, жұмсарған, оң жақ қосалқылар аймағында жұмсақ, ауырсынулы құрылым анықталады, жатыр мойнына қарай қимылдатқанда ауырсыну сезіледі.

Болжам диагноз:

<variant>Пиовар

<variant>Дамып жатқан түтіктік жүктілік

<variant> Апоплексия

<variant> Созылмалы аднекситтің қозуы

<variant> Аналық без кистасы

<question> 24 жастағы, науқастың сыртқы гинекологиялық зерттеуде: сыртқы жыныс мүшелері дұрыс дамыған, түктенуі әйел типті, кіші ернеуінде ауырсынулы сұр-сары жабындымен жабылған жара анықталады.

Болжам диагноз :

<variant>Генитальды герпес

<variant> Біріншілік сифилис

<variant>Карбункул

<variant> Крауроз

<variant> Фурункул

<question> 35 жастағы науқас, ішінің төменгі жағындағы сыздап ауырсынуға, ауырсынуудың тік ішекке және бұтаралыққа берілуіне шағымданып келді. Ауырсыну етеккір кезінде күшейеді. Қынаптық тексергенде: жатырдың арт жағында екі жақтанда тығыздылығы қатты эластикалық d=3 см, жатырмен жабысқан құрылым анықталады. Пальпацияда жатыр ауырсынулы.

Болжам диагноз:

<variant> аналық бездерінің эндометриозы

<variant> пиосальпинкс

<variant> аналық бездерінің апоплексиясы

<variant> аналық бездерінің параовариальды кистасы

<variant> пиовар

<question> 35 жастағы науқас, ішінің төменгі жағындағы сыздап ауырсынуға, ауырсынуудың тік ішекке және бұтаралыққа берілуіне шағымданып келді. Ауырсыну етеккір кезінде күшейеді. Қынаптық тексергенде: жатырдың арт жағында екі жақтанда тығыздылығы қатты эластикалық d=3 см, жатырмен жабысқан құрылым анықталады. Пальпацияда жатыр ауырсынулы.

Жүргізу амалы:

<variant> гормонотерапия

<variant> жатыр қосалқыларын алып тастау

<variant> физиоєм

<variant> жатырды қосалқыларымен ампутация

<variant>жатырды қосалқыларымен экстирпация

<question> 26 жастағы науқас, етеккірі 17 жастан аз мөлшерде, сирек. Осы науқаста етеккір бұзылысының түрі:

<variant> гипоопсоменорея

<variant> меноррагия

<variant> метроррагия

<variant> альгодисменорея

<variant> менометроррагия

<question>32 жастағы науқас гинекологиялық бөлімшеге молынан келетін, ұзаққа созылатын жүйесіз етеккірге шағымданып қаралды. Жатыр қуысына диагностикалық бөлінген қырнау өткізілді. Гистологиялық талдау- эндометрияда безді- кистозды гиперплазия. ҚР ДСМ

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 117 беті

04.07.14жылғы “Етеккір циклінің бұзылысы” № 10 хаттамасына сәйкес осы себептер қандай жіктемелік категорияға жатады?

<variant> Жатырдан аномальды қан кету- М

<variant> Жатырдан аномальды қан кету- Р

<variant> Жатырдан аномальды қан кету- Е

<variant> Жатырдан аномальды қан кету- L

<variant> Жатырдан аномальды қан кету- I

<question>Әйел 48 жаста. Анемия мазалайды, сол үшін тұрақты түрде темір препараттарын қабылдайды. Menses жүйелі, 5 күннен, 28 күн сайын, бірақ ұйындылармен және молынан келеді, етеккіраралық қан кетулер жоқ. Кіші жамбас ағзаларын УДЗ-де: алдыңғы қабырғада интерстициалдық миомадозды түйін, өлшемі 21мм, артқы қабырғасында субмукозды түйін өлшемі 10мм. УДЗ бойынша динамикада соңғы екі жылды миома белсенді түрде өспеген. ҚР ДСМ 09.06.16 жылғы “Жатыр миомасы” №9 хаттамасына сәйкес сіздің іс-әрекетіңіз?

<variant>улипристал ацетат 5 мг тәулігіне 3 айдай – 1 курс

<variant>миомадозды түйінді гистероскопиялық резекциялау

<variant>левоноргестрелмен ЖІС

<variant>лапароскопиялық гистерэктомия

<variant>консервативті миомэктомия

<question>Науқас Ж, 28 жаста, 3 айдан бері етеккірінің кідіруінен кейін болған ұзаққа созылған жатырдан қан кетуге шағымданып қаралған. Анамнезінде: 4 жылдан бері біріншілікті бедеулік. Гинекологиялық қарау – ерекшеліктерсіз. Гистероскопияны бақылай отырып жатыр қуысына диагностикалық қырнау өткізілген. Гистологиялық талдау: эндометрияның безді гиперплазиясы. Етеккір циклін реттеу үшін осы жағдайда нені тағайындауға болады:

<variant>таза гестагендер

<variant>кұрама оральды контрацепция

<variant>таза эстрогендер

<variant>фитотерапия

<variant>андрогендер

<question>Науқас К, 34 жаста, 3 күннен бері болып жатқан қан кетуге шағымданады. Босану паритеті: Ж-3,Б-2,Т-1. Анамнезінде: медикаментозды түсік 2 ай бұрын. Етеккір қызметі 13 жастан бастап жүйелі. Соңғы етеккір циклі 2 апта бұрын болған, 3 күннен бері етеккірден кейін жағылмалы бөлінді келуде. Қынаптық тексеру ерекшеліктерсіз. Қанды бөліну өте көп. Кіші жамбас ағзаларын УДЗде: Жатыр қуысында гиперэхогенді түзілістер жатыр түбі аймағында өлшемі 1,7см, ТДК(ЦДК) тәртіпте нақты карталанады. Сіздің әрі қарайғы әрекетіңіз:

<variant>патологиялық учаскеден биопсия жасаумен гистероскопия

<variant>МРТ

<variant>гормональды гемостаз

<variant>жатыр қуысын бөлінген диагностикалық қырнау

<variant>бақылау және циклдің 5-7 күндері қайталап УДЗ

<question>ҚР ДСМ 04.07.14 “Етеккір циклінің бұзылысы” №10 хаттамаға сәйкес L репродукциялық кезең, гемоглобин 88г/л, эритроциттер 2,9*10¹²г/л, гемодинамикасы тұрақты ЖАҚ(АМК) кезінде гемостаздың негізгі әдісі қандай?

<variant>улипристал ацетат

<variant>дицинон, тренаксам қышқылы

<variant>“Мирена” жатыршілік спиралы

<variant>жатыр қуысының және цервикальды каналды фракциялық қырнау

<variant>КОК

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 118 беті

<question>42 жастағы әйел дәрігерге ішінің төменгі жағының ауырлығына, етеккірінің көп мөлшерде келетініне шағымданып келді. Анамнезінде бастапқы бедеулік. PV: жатыры жүктіліктің 9-10 аптасындағыдай үлкейген, контурлары тегіс емес, тығыз консистенциялы, жылжымалы, ауырсындырмайды. Қосалқылары көрінбейді, күмбез терең, бос. ҚЖТ Нб 98 г/л. Бірінші кезекте қосымша тексеру әдістерінің қайсысын жүргізген дұрыс?

<variant>кіші жамбасты УДЗ

<variant>гистеросонография

<variant>гистероскопия

<variant>кіші жамбасты MPT

<variant>кіші жамбасты КТ

<question> 46 жастағы пациент емханаға ішінің төменгі жағындағы ауыру сезіміне, жиі зәр шығару, етеккір мерзімінде көп қанды бөлінділердің болуына шағымданып түсті. 3 жыл бойы жатыр миомасы бойынша бақылауда тұрады. 3 ай бұрын жатыр қуысын қыру жүргізілген. Гистологиялық зерттеудің нәтижесі – эндометрияның безді – кистозды гиперплазиясы.

Айнада: жатыр мойны гипертрофияланған, жараланған. Бөлінділер қанды, көп мөлшерде.

ҚЗ: жатыр мойны гипертрофияланған, консистенциясы әдетегідей. Жатыр 14-15 апталық ісікке айналған, бүдірлі, қозғалмайды, ауыру сезімі жоқ. Қосалқылар жағы өзгермеген.

Диагноз:

<variant>Симптомды жатыр миомасы, жатыр мойнының эрозиясы

<variant> Жатырдың симптомды лейомиомасы, цервицит

<variant> Аналық без кистомасы, жатыр мойнының лейкоплакиясы

<variant> Ұрық көпіршігі, жатыр мойнының эритроплакиясы

<variant> Жатыр саркомасы, эндоцервицит

<question> 46 жастағы К. 10 күн бойы жыныс мүшелерінен қанды бөлінулер болғанына шағымданып емханаға келді. Ең соңғы етеккірі 2 ай бұрын болған

Айнада: жатыр мойны таза, бөліндісі қанды.

ҚЗ: жатыр мойны цилиндр пішінді, ернеуі жабық. Жатыр қалыпты мөлшерде, қозғалмалы.

Қосалқылар анықталмайды.

Диагноз:

<variant> Дисфункционалды жатырдан қан кету

<variant> Аналық безінің гормон шығарушы ісігі

<variant> Эндометрия обыры

<variant> Жатырлық жүктілік, түсік

<variant> Аналық бездер қызметінің тұрақтылық синдромы

<question> 46 жастағы К. 10 күн бойы жыныс мүшелерінен қанды бөлінулер болғанына шағымданып емханаға келді. Ең соңғы етеккірі 2 ай бұрын болған

Айнада: жатыр мойны таза, бөліндісі қанды.

ҚЗ: жатыр мойны цилиндр пішінді, ернеуі жабық. Жатыр қалыпты мөлшерде, қозғалмалы.

Қосалқылар анықталмайды. Диагноз: Дисфункционалды жатырдан қан кету. Кейінгі емдік шаралар:

<variant> бөлек диагностикалық қыру

<variant> қабынуға қарсы терапия

<variant> симптоматикалық терапия

<variant> физиотерапия жүргізу

<variant> гормонотерапия тағайындау

<question> 45 жастағы пациент жыныс жолдарынан орташа қанды бөлінулерге (бұл келесі етеккірдің 1,5 ай кідіруінен кейін пайда болған) шағымданып емхананың дәрігеріне келді. ҚЗ: жатыр мойнында эрозия жоқ, «қарашық» симптомы (2плюс); жатыр үлкеймеген, тығыз, қозғалмалы, ауырмайды; қосалқылары өзгермеген, күмбездері терең.

Диагноз:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 119 беті

<variant>Перименопаузальды кезеңдегі ДЖК

<variant>Жатырдаң тыс жүктілік

<variant>Жатырдың шырыш асты миомасы

<variant>Жатыр денесінің ішкі эндометриозы

<variant> Жатыр денесінің обыры

<question> 28 жастағы пациент етеккір алдында және етеккір кезінде іштің төменгі жағындағы тартып ауыратын ауыру сезімге және 5 жыл бойы жүктіліктің болмауына шағымданды. Өзін 3 жыл бойы аурумын деп санайды. Анамнезінен: жүктіліктің 5-6 аптасында өздігінен түсік болған. 20 жасында аналық безінің кистасы жарылып, оған оң жақ аналық безіне резекция жасалған. Алынған тіндердің гистологиялық зерттеуінің нәтижесін ауру білмейді. ҚЗ: жатыр мойны таза. Жатыр дұрыс орналасқан, қозғалысы шектелген, мөлшері қалыпты, ауырмайды; жатырдың оң жағында және артында консистенциясы қатты эластикалық, қозғалысы шектелген, артқы бүйіріне жабысқан, мөлшері 8х8 см, ауыратын құрылым анықталады, сол қосалқылары үлкеймеген, жыныс жолдарынан бөлінділер шырышты.

Диагноз:

<variant> Оң аналық безінің эндометриодты кистасы

<variant> Жатыр миомасы

<variant> Оң аналық безінің абсцессы

<variant> Дисгерминома

<variant> Аденомиоз

<question> 28 жастағы пациент етеккір алдында және етеккір кезінде іштің төменгі жағындағы тартып ауыратын ауыру сезімге және 5 жыл бойы жүктіліктің болмауына шағымданды. Өзін 3 жыл бойы аурумын деп санайды. Анамнезінен: жүктіліктің 5-6 аптасында өздігінен түсік болған. 20 жасында аналық безінің кистасы жарылып, оған оң жақ аналық безіне резекция жасалған. Алынған тіндердің гистологиялық зерттеуінің нәтижесін ауру білмейді. ҚЗ: жатыр мойны таза. Жатыр дұрыс орналасқан, қозғалысы шектелген, мөлшері қалыпты, ауырмайды; жатырдың оң жағында және артында консистенциясы қатты эластикалық, қозғалысы шектелген, артқы бүйіріне жабысқан, мөлшері 8х8 см, ауыратын құрылым анықталады, сол қосалқылары үлкеймеген, жыныс жолдарынан бөлінділер шырышты.

Диагноз: Оң аналық безінің эндометриодты кистасы. Тиімді емдеу тәсілі:

<variant> цистэктомия, гормонотерапия

<variant> қабынуға қарсы ем, бақылау

<variant> физио ем, тарау терапиясы

<variant> витаминотерапия, пункция

<variant> овариоэктомия, бақылау

<question> Аналық безінің эндометриодты кисталары бар ауруларды емханада оталық емдеуге жолдайды. Онтайлы емдеу тактикасы:

<variant> оң аналық безінің резекциясы, содан кейін гормональды терапия

<variant> антибактериальды терапия

<variant> консервативті миомэктомия

<variant> релизинг-гормонның агонистерін қолдану

<variant> жатырдың оң қосалқыларын алу

<question> 46 жастағы әйелге етеккірінің ретсіз келуіне және қанағуына байланысты жатыр қуысының қабырғаларын және жатыр мойнының каналының шырышты қабығын даралап диагностикалық қыру жүргізілген. Қазіргі клиникалық жағдайда эндометрияда өзгерістер:

<variant> безді кистозды гиперплазия

<variant> полипоз

<variant> атипиялық гиперплазия

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 120 беті

<variant> эндометрияның атрофиясы

<variant> жатыр мойнының обыры

<question> 40 жастағы ауру жыныс жолдарынан тұрақты шырышты-ірінді бөлінділерге және жыныстық қатынастан кейін қанды бөлінділерге шағымданып гинекологқа келді. Анамнезінде екі босану және 3 медициналық түсік.

ҚЗ: жатыр мойны эрозияланған, гипертрофияланған, босанғаннан кейінгі жырытылудан деформацияға ұшыраған, сыртқы ернеу үңірейген, жатыр және қосалқылар өзгермеген, параметриялары бос. Кең кольпоскопия кезінде ауысу зонасы кең, көп мөлшерде ашық, және жабық бездер кездеседі, алдыңғы ерінінде эктопия учаскесі көрінеді, лейкоплакиялар 12 сағат тұсында. Қажетті қосымша зерттеу әдістер:

<variant> цитологиялық

<variant> бактериологиялық

<variant> гистологиялық

<variant> иммунологиялық

<variant> цервикоскопиялық

<question> 46 жастағы Р. ауру емханың жалпы тәжірибелік дәрігеріне көрінгенде бірінші рет «Пременопаузальды кезеңдегі ДЖҚ» деген диагноз қойылған. Диагнозды дәлеледеу үшін қосымша әдістер:

<variant> бөлек диагностикалық қыру мен гистероскопия жасау

<variant> гистеросальпингографияны

<variant> кіші жамбас мүшелерінің УДЗ

<variant> лапароскопия

<variant> кульдоскопияны

<question> Эндометрий гиперплазиясының негізгі клиникалық көріністері болып табылады:

<variant> жатырдан қан кету

<variant> аменорея

<variant> симптомсыз ағымы

<variant> ауру сезімі

<variant> алыгодисменорея

<question> 52 жастағы науқас жалпы әлсіздікке, тәулігіне 10 ретке дейінгі тасуға, жұмысқа қабілеттіліктің төмендеуіне, ұйқының бұзылуына, ашуланшақтық жағдай, қорқыныш, үрей сезімінің болуына, тітіркенгіштіктің жоғырылауына, шағымданғыштықтың болуына шағымданады. Соңғы етеккірі 10 ай бұрын болған.

Диагноз:

<variant> Климактерикалық синдром

<variant> Климактерикалық кезең

<variant> Перименопаузалды период

<variant> Постракционды синдром

<variant> Постменопаузалды кезең

<question> 28 жастағы науқас емханаға соңғы 2 жылдан бері жүктіліктің 7-8 апталарында инфицирленген түсіктен кейін пайда болған жыныс жолдарынан бөлінетін қанды бөлінділерге шағымданып түсті. Медициналық көмекке қаралған, жүктілік болмаған.

Диагноз:

<variant> Репродуктивті кезеңдегі ановуляторлы дисфункционалды жатырдан қан кету

<variant> Репродуктивті кезеңдегі овуляторлы дисфункционалды жатырдан қан кету

<variant> Перименопаузалды кезеңдегі қан кету

<variant> Қынаптың варикожды кеңейген тамырынан қан кету

<variant> Постменопаузалды кезең

<question> 29 жастағы науқас келесі етеккірдің 3 ай кешігіп келуінен кейінгі жатырдан қан кетуге шағымданып келді. ХГ тест теріс. Бимануалды тексерген кезде және айнамен қараған

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 121 беті

кезде патологиялық өзгерістер анықталмаған. Гистероскоп бақылауымен бірге жатыр қуысын диагностикалық-емдік қыру жасалынды. Гистологиялық тексеру нәтижесі: эндометридің жәй гиперплазиясы.

Диагноз:

<variant> Дисфункционалды жатырдан қан кету

<variant> Үзілген жүктілік

<variant> Эндометриоз

<variant> Жатыр миомасы

<variant> Көпіршік ауруы

<question> 25 жастағы науқаста 6 жыл бұрын бірден етеккірі тоқтаған, бірде – бір рет жүктілік болмаған. Фенотипі әйелдікі. Қан сарысуындағы ФСГ концентрациясы 0.3 МЕ/мл (қалыптыда 2-20), пролактин – 16 нг/мл (қалыптыда 2-25). Гестагенмен және эстрогенмен сынама теріс.

Диагноз:

<variant> екіншілік гипогонадотропты аменорея

<variant> аналық бездерінің біріншілік поликистозы

<variant> біріншілік гонадотропты аменорея

<variant> Шихан синдромы

<variant> климактерикалық синдром

<question> 18 жастағы, науқаста ешқашан етеккірі болмаған. Бойының ұзындығы 140 см. сүт бездері дұрыс дамымаған, жатыры кішкентай және сыртқы жыныс мүшелері гипоплазиялы, жынстық түктену жоқ. ЛГ – 105 МЕ /мл (қалыптыда 2-15), ФСГ -120 МЕ/мл (қалыптыда 2-20), ТТГ- 1,8 мк/мл (қалыптыда 0,1-4,5). Диагнозы: Біріншілік гонадотропты аменорея. Гонадалар дисгенезиясы. Шершевский-Тернер синдромы?

Осы кездегі аменореяның дұрыс түрі:

<variant> аналық бездерінің жеткіліксіздігі

<variant>гипофизарлы-гипоталамикалық жеткіліксіздік

<variant> гипофиз аденомасы

<variant> гиперпролактинемия

<variant>бүйрекүсті бездерінің жеткіліксіздігі

<question> 52 жастағы науқас жалпы әлсіздікке, тәулігіне 10 ретке дейінгі тасуға, жұмысқа қабілеттіліктің төмендеуіне, ұйқының бұзылуына, ашуланшақтық жағдай, қорқыныш, үрей сезімінің болуына, тітіркенгіштіктің жоғырылауына, шағымданғыштықтың болуына шағымданады. Соңғы етеккірі 10 ай бұрын болған. Әйелдер кеңес орнында: климактерикалық синдром деген диагноз қойылған. Осы кезде ... нәтижелі болып келеді.

<variant> орын басушы гормональді терапия

<variant> емдік дене шынықтыру

<variant>гомеопатикалық дәрілер

<variant> диета және су процедуралары

<variant>қосарланған оральді контрацептивтер

<question> 38 жастағы науқас гинекология бөліміне етеккірмен байланыссыз жыныс жолдарынан бөлінетін қанды бөлінділерге шағымданып түсті. Медициналық көмекке қаралған, жүктілік болмаған. Диагноз: Репродуктивті жастағы дисфункционалды жатырдан қан кету. Емді ... бастау қажет.

<variant>жатыр қуысын қырудан

<variant>гемостатикалық терапиядан

<variant>симптоматикалық шаралардан

<variant>орын басушы гормональді терапиядан

<variant>антибактериальді терапиядан

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 122 беті

<question> 16 жастағы пациент емхананың гинеколог дәрігеріне етеккірдің болмауына, бетінде безеулердің болуына шағымдалып келді. Қарау кезінде: жағдайы қанағаттанарлық, дене бітімі еркек типті, сүт бездерінің гипоплазиясы. Гинекологиялық карауда: псевдогермафродитизм белгілері, шүртінің гипертрофиясы анықталды. Диагноз: Адреногенитальды синдромы, типті түрі деген диагноз қойылды. Коррекциялайтын емді... бастау қажет.

<variant> диагноз қойылған сәттен

<variant> етеккір қызметі қалпына келгеннен кейін

<variant> жүктілік жоспарланғаннан кейін

<variant> босанғаннан кейін

<variant> науқастың талғамынан кейін

<question> 14 жастағы Л. деген науқаста 6-8 апта сайын, 8-10 күннен көп мөлшерде іртік-іртік қанды бөліндімен жүретін, ауырсынусыз етеккір. Өлсіздікке, басының айналуына шағымданады. Анамнезінен қан кету кішкентай жасынан бастап. Гинекологиялық статусында: сыртқы жаныс мүшелері дұрыс дамыған, түктенуі әйел типті, қыздық перде бүтін. Тік ішекті-қынаптық тексергенде жатыры қалыпты пішінді, ауырсынусыз, жатыр қосалқылары екі жақтанда ұлғаймаған, жыныс жолдарынан қанды бөлінділер, көп мөлшерде. Диагноз: Ювенильді жатырдан қан кету, қайталамалы ағым. Басқа шаралар көмектеспегенде ... керек.

<variant> жатыр қуысын қыру

<variant> гормональді гемостаз

<variant> аминаокапрон қышқылын қабылдау

<variant> жатыр мойнының электростимуляциясы

<variant> лапаротомия, екі жақты овариэктомия

<question> 25 жастағы ауру, оң жақ үлкен жыныс ернінің ауруына, дене температурасының 39 °С дейін жоғарылауына, жүрген кездегі ауру сезімге шағымданады. Объективті: оң жақ үлкен жыныс ерні ісінген, аурулы, қызарған, пальпация кезінде жұмсарған аймақ анықталады.

Диагноз:

<variant> Бартолин безінің абсцесі

<variant> Бартолинит

<variant> Бартолин безінің кистасы

<variant> Вагинит

<variant> Вульвит

<question> Б., емхана жалпы тәжірибелік дәрігеріне жыныс мүшелерінен көп мөлшерде бөлінулерге, ашу, сыртқы жыныс мүшелері маңында қышуларға шағымданып келді.

Гинекологиялық статус: сыртқы жыныс мүшелерінің дамуы қалыпты, ісінген, қызарған, қасығаннан қалған іздер бар. Айналарда: жатыр мойны мен қынаптың шырышты қабаттары қызарған, бөлінулер іріңді. Бимануалды құрсақтық-қынаптық тексеру: жатыр мойны цилиндрлі, сыртқы ернеу жабық. Жатыр дұрыс орналасқан, қозғалмалы, ауру сезімсіз. Қосалқылары екі жағынан да анықталмайды. Күмбездері бос, ауырсынусыз.

Диагноз:

<variant> Вульвовагинит

<variant> Вульвит

<variant> Эндоцервицит

<variant> Бактериальный вагиноз

<variant> Кольпит

<question> Ауру Б., гинекологқа жыныс мүшелерінен көп мөлшерде көпіршікті, жағымсыз иісті бөлінулерге шағымданып келді. Ашу, сыртқы жыныс мүшелері маңында қышулары бір апта бойы. 2 апта бұрын кездейсоқ жыныстық қатынас болғанын айтады. Гинекологиялық статус: сыртқы жыныс мүшелерінің дамуы қалыпты.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 123 беті

Айналармен қарағанда: жатыр мойны мен қынаптың шырышты қабаттары қызарған, бөлінулер көп мөлшерде, көбікті. Бимануалды құрсақтық-қынаптық тексеру: жатыр мойны цилиндрлі, сыртқы ернеу жабық. Жатыр дұрыс орналасқан, қозғалмалы, ауру сезімсіз. Қосалқылары екі жағының да анықталмайды. Күмбездері бос, ауысынусыз.

Диагноз:

<variant>Трихомонадты кольпит

<variant> Бактериалды вагиноз

<variant> Эндоцервицит

<variant> Вульвит

<variant> Вульвовагинит

<question> 17 жастағы қыз ішінің төменгі жағының ұстама тәрізді ауыратынына, басы ауыратынына, құсатынына, әлсіздікке шағымданады. Ауырсыну 2 күн бұрын басталған, бүгін етеккірі келген. Анамнезінен: соматикалық патология жоқ. Етеккірі 15 жасынан бастап келген, жарты жыл бұрын реттелген, тұрақты, 3-4 күн келеді, ауырсындырады. Ауырсыну етеккір басталардан 2 күн бұрын басталады және 3-4 күннен кейін басылады. Объективті: нормостениялық дене бітімі. Екіншілік(вторичный) жыныстық белгілер жасына сәйкес дамыған. Аяқтары мен қолдары ісінген. Т 36,5С. АҚ 110/70 мм с.б. Рс минутына 90. Іші ісінген, төменгі бөліктері ауырады. Іншек арқылы тексеру және кіші жамбас ағзаларын УДЗ патология анықталмады. Қандай емдеу тәсілін қолданған дұрыс:

<variant>бейстероид қабынуға қарсы препараттар

<variant>антибактериялық препараттар

<variant>емдәм және физикалық жүктеме

<variant>сыртқы жыныстық ағзалар гигиенасы

<variant>хирургиялық ем

<question> Жатыр миомасы кезіндегі бала көтеру қабілетін сақтайтын операция:

<variant> консервативті миомэктомия

<variant> қосалқыларсыз тоталды гистерэктомия

<variant> қосалқылармен субтоталды гистерэктомия

<variant> қосалқыларсыз субтоталды гистерэктомия

<variant> қосалқылармен тоталды гистерэктомия

<question> Миоматозды түйіндердің ... орналасуына байланысты зәр шығару бұзылыстары байқалады:

<variant> жатырдың алдыңғы қабырғасында

<variant> жатырдың түбінде

<variant> жатыр мойнының қынаптық бөлігінде

<variant> кең байлам жапырақшалары арасында

<variant> жатырдың артқы қабырғасында

<question> Жатыр миомасын анықтаудың негізгі диагностикалық әдісі:

<variant> УДЗ

<variant> гистеросальпингография

<variant> қан сарысуының гормондарға анализі

<variant> цитологиялық

<variant> эндометрий қырындысының гистологиялық қырындысы

<question> Миоматозды түйдерінің орналасуына байланысты жатыр миомасының жіктелуі:

<variant> субмукозды, субсерозды, интерстиционалды

<variant> субэпителиалд, ретрохориалды

<variant> мойынартындағы, дуглас кеңістігіндегі

<variant> интрамуралды, интерстициалды

<variant> фимбриалды, перитонеалды

<question> Жатыр миомасы кезіндегі етеккір бұзылыстарының негізгі түрлері:

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 124 беті

<variant> meno-метроррагия

<variant> метроррагия

<variant> алигеменорея

<variant> альгодисменорея

<variant> пройоменорея

<question> Жатыр миомасында кездесетін ациклды қан кетулердің себебі:

<variant> эндометрийдің гиперпластикалық процесі

<variant> қалқанша без ісігі

<variant> миоматозды түйіннің малигнизациясы

<variant> эндометрия қатерлі ісігі

<variant> түйіннің интерстициалды орналасуы

<question> Жатыр миомасы кезіндегі ауырсынудың себептері:

<variant> кіші жамбас жүйке түйіндеріне ісіктің қысым көрсетуі

<variant> іш қуысының кенеюі

<variant> қуық функциясының бұзылуы

<variant> субмукозды түйіндер бар кездегі жатырдың жиырылуы

<variant> бауыр қызметінің бұзылысы

<question> Үлкен өлшемдегі жатыр миомасын емдеу әдістері:

<variant> хирургиялық

<variant> сәулелік терапия

<variant> гормонды терапия

<variant> химиотерапия

<variant> индуктотерапия

<question> Жатыр миомасының дамуында қауіп факторларына жатпайды:

<variant> хромосомды аурулар

<variant> тұқым қуалаушылық

<variant> жатырлық қан кетулер

<variant> жыныс мүшелерінің қабыну процесстері

<variant> зат алмасуының бұзылыстары

<question> Жатыр миомасының операциясына көрсеткіші болмайды:

<variant> ісіктің 12 аптаға жетпегендегі өлшемі

<variant> ісіктің 12 аптадан соң өлшемі

<variant> субмукозды түрі

<variant> постгеморрагиялық анемия

<variant> көрші ағзаладың қысуы

<question> Миоманың субмукозды түрінде түйін жатырдың ... орналасады.

<variant> қуысында

<variant> денесінде

<variant> мойында

<variant> байламдарында

<variant> денесінің беткейінде

<question> Жатыр миомасы кезінде радикалды операциялары болып ... саналады.

<variant>қынап үстілік ампутация мен жатыр экстирпациясы

<variant> жатыр дефундациясы

<variant> жатыр тампонадасы

<variant> түйіннің энуклеациясы

<variant> жатырды қыру

<question> Диспансерлік бақылауға миоманың ... түрі алынады.

<variant> барлық

<variant> субмукозды

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 125 беті

- <variant> субсерозды
- <variant> интерстициалды
- <variant> түйінді
- <question> Қатерсіз гормонға тәуелді жатыр миомасы ... тұрады.
- <variant> бұлшықет ұлпасынан
- <variant> дәнекер түйінен
- <variant> сүйектен
- <variant> шырыштан
- <variant> аралас ұлпадан
- <question> Миома кезіндегі ауырсынудың себебі ... байланысты емес.
- <variant> эндометрийдің гиперплазиясына
- <variant> іш қуысының тартылуына
- <variant> жүйке ұштарының қысылып қалуына
- <variant> түйіннің некрозына
- <variant> субмукозды түрінде жатырдың жиырылуына
- <question> Гестагендермен емдеу ұзақтығы ... ай болады.
- <variant> 6-9
- <variant> 12-18
- <variant> 1-3
- <variant> 20-22
- <variant> 36-40
- <question> Жатыр миомасы кезіндегі гиперполименорея ... түсіндіріледі.
- <variant> эндометрий гиперплазиясымен
- <variant> қан ұюының бұзылуымен
- <variant> қан ауруларымен
- <variant> процестің ұзақтығымен
- <variant> ісіктің өлшемімен
- <question> Жатыр миомасында мүшені сақтау операцияларына ... жатпайды.
- <variant> жатыр экстирпациясы
- <variant> миома туыны энуклеациясы
- <variant> жатыр дефундациясы
- <variant> жатыр миомасының түйінің бұрап шығару және келесі жатыр қуысын қыруы
- <variant> түйінді алғансун, ісік аяқшасын байлау
- <question> Шырыш асты миоматозды түйінінің туылғанында ... болады.
- <variant> жатыр мойынының тегістелуі және ашылуы
- <variant> босану қызметінің ретті басталуы
- <variant> күшенулердің қосылуы
- <variant> қан қысымының жоғарлауы
- <variant> дене температурасының жоғарлауы
- <question> Жатырдың шырышасты қабатының миома түйінінің туылғанында ... қажет.
- <variant> хирургиялық жедел жәрдем көрсету
- <variant> консервативті емді тағайындау
- <variant> физиотерапиялық емге жіберу
- <variant> санаторлы – курорттық емге жіберу
- <variant> диспансерлік бақылауға алу
- <question> Жатырдың шырышасты қабатындағы миоматозды түйіннің туылғандағы ... жүреді.
- <variant> қан кетумен, толғақ тәрізді ауырсынумен, түйінді қан айналымының бұзылуымен
- <variant> толғақ тәрізді ауырсынумен, АҚ жоғарлауымен, тахикардиямен
- <variant> қан кетумен, дене қызуының көтерілуімен

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 126 беті

<variant> түйіндегі қан айналымының бұзылуымен, белдегі ауырсынумен
<variant> белдегі ауырсынуымен, құсумен, қан айналымының жоғарлауымен
<question> Жатырдың толық түсуі кезіндегі операция таңдауға ... әсер етпейді.
<variant> етеккірдің болуы
<variant> жатыр мойнының патологиясы
<variant> жынысты қатынасы бар кезең
<variant> жасы
<variant> төмен түсу дәрежесі
<question> Жатырдың төмен түсуін ... әдіспен емдейді.
<variant> хирургиялық
<variant> физиотерапиялық
<variant> диатермокоагуляциялық
<variant> дәрі дәрмек
<variant> криодеструкциялық
<question> Жатырдың қисаюы алтынша ... деп аталады.
<variant> флексия
<variant> версия
<variant> позиция
<variant> ротация
<variant> элевация
<question> Жатырдың түсу кезіндегі операцияны таңдау негізделген:
<variant> түсу дәрежесі, жасы, жыныстық қатынастың болуы
<variant> көп қан кетулер
<variant> жасы
<variant> жыныстық қатынасының болуы
<variant> экстргениталды патологияға
<question> Жатырдың горизонталды орын ауыстыру кезінде ... болады.
<variant> қуық және ішек толғанда, қабынуда, кіші жамбастың ісіктерінде
<variant> ішек толғанда, циститте, үлкен жамбас ісіктерінде
<variant> симфизитте, коксоартрозда, қуық толғанда
<variant> жамбас ішперденің қабынуында, тар жамбаста, ішек толғанда
<variant> ішек парезінде, симфизиопатияда, жамбас ісіктерінде
<question> Қалыптыда жатыр денесі мен жатыр мойнының бұрышы ... бұрыш құрайды.
<variant> сүйір
<variant> доғал
<variant> тік
<variant> алға қарай ашық
<variant> артқа қарай ашық
<question> Жатырдың қынаптық экстирпацияға көрсеткіш болып ... қосарлануы табылады.
<variant> жатыр миомасымен, мойнының эрозиясымен
<variant> аналық без кистомасымен
<variant> жатыр мойнының эрозиясымен, кіші миомасымен
<variant> жастық кезеңімен
<variant> экстрагениталды эндометриозы
<question> Жатырдың вертикалды осі бойынша жылжуы ... деп аталады.
<variant> түсуі
<variant> элевациясы
<variant> флексиясы
<variant> верзиясы
<variant> элонгациясы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 127 беті

<question> Жатырдың горизонталды өсуі бойынша жылжуы ... деп аталады.

<variant> позиция

<variant> флексия

<variant> версия

<variant> элевация

<variant> түсуімен

<question> Парамезонефралды ағынның толық емес бірігуінде ... дамиды.

<variant> екі мүйізді жатыр

<variant> қыздық перденің атрезиясы

<variant> қынаптық атрезиясы

<variant> гонодтық дисгенезиясы

<variant> қынаптық аплазия

<question> Жатырдың төмен түсуінің екінші дәрежесі деп есептеледі, егер

<variant> жатыр мойны сыртқы жыныс мүшелерінен шағып тұрса

<variant> жатыр мойнының интерспиналды сызықтан төмен болса

<variant> жатыр мойнының жыныстық тесіктен жоғары болса

<variant> жатыр мойны интерспиналды сызықтан жоғары болса

<variant> жатыр мойнының жамбастан өткізілген осьтен қайтса

<question> Жатыр денесінің қалыпты орналасуында:

<variant> жамбастың ұзына бойы осі жатыр денесінің ұзына бойы осімен сәйкес

<variant> жатыр денесі кіші жамбас кіре беріс сызықтығынан шығады

<variant> жатыр денесі мен мойнының аралығы алға қарағанда өткір бұрылыс құрайды

<variant> жатыр денесі артқа қарайды

<variant> жамбастың ұзына бойы осі жатыр денесінің ұзына бойы осімен сәйкес келмейді

<question> Жатырдың түсуі мен төмен түсуінің клиникалық ... симптомы.

<variant> ауырсынуы, зәр шығарудың бұзылу

<variant> гематометрия, ауырсыну

<variant> меноррагия, қызба

<variant> ауырсыну, жалпы жағдайдың ауырлау

<variant> перитонеалды

<question> Жатырдың дұрыс емес орналасуы кезінде емінің мақсаты:

<variant> патологияны шақырға себепті жою

<variant> косметикалық әсер

<variant> бала туу функциясын қалыпқа келтіру

<variant> гормон статусын қалпына келтіру

<variant> еткір функциясының бұзылыстары қалпына келтіру

<question> Жатырдың төмен түсу диагнозы қолданылады егер де жатыр мойны ... орналасса.

<variant> интерспиналды сызықтан төмен

<variant> интерспиналды сызықтан жоғары

<variant> жыныс тесігінен сыртқа шықса

<variant> артқа қарай

<variant> алға қарай

<question> Жатырдың дұрыс емес орналасуының жиі кездесетін түрлері:

<variant> төмен түсу, ретроверзия

<variant> элавазия, гиперантефлексия

<variant> антеверзия, ретропозиция

<variant> синистропозиция, декстропозиция

<variant> флексия, антеверзио

<question> Жатырдың түсуінің III дәрежесі Малиновский бойынша, егер жатыр мойны

<variant> жыныс тесігінен сыртқа шықса

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 128 беті

- <variant> интерспиналды сызықтан төмен болса
- <variant> жыныс тесігінен жоғары болса
- <variant> интерспиналды сызықтан жоғары болса
- <variant> жамбастан өткізілген сызықтан ауытқыса
- <question> Жатырдың түсуінің І дәрежесі Малиновский бойынша, егер жатыр мойнын
- <variant> интерспиналды сызықтан төмен
- <variant> жыныс тесігінен төмен
- <variant> интерспиналды сызықтан жоғары
- <variant> жыныс тесігінен сыртқа шыққан
- <variant> жыныс тесігі деңгейінде
- <question> Жатырдың түсуі мен төмен түсуінің ... емдеу әдісі.
- <variant> хирургиялық
- <variant> гормоналды
- <variant> физиотерапиялық
- <variant> сәулелік
- <variant> химиотерапиялық
- <question> Жатырдың түсуі мен төмен түсуінің клиникасы:
- <variant> іштің төменгі бөлігінің ауырсынуымен ауырлық, дизурия, жыныс тесігінде «өзге дене» бар сияқты сезім
- <variant> іштің төменгі жағының ауырсынуы, үлкен дәреттің бұзылуы
- <variant> жиі зәр шығару, диспареуния
- <variant> зәр шығарудың қиындауы, бел аймағында ауырсыну
- <variant> іштің төменгі жағының ауырсынуы, ациклды қан кету
- <question> Зәрдің ұстамауында ... симптом қолданылады.
- <variant> жөтелу
- <variant> созу
- <variant> флюктуация
- <variant> шерту
- <variant> іштің тітіркенуі
- <question> Қынаптың алдыңғы қабырғасы төмен түсіп, қуықтың бір бөлігі төмен түссе ... деп аталады.
- <variant> цистоцеле
- <variant> қуықтың төмен түсуі
- <variant> элонгация
- <variant> ректоцеле
- <variant> зәрдің ұстамауы
- <question> Жыныс ағзаларының төмен түсер кезіндегі жатыр мойнының төмен түсуі ... деп аталады.
- <variant> элонгация
- <variant> ректоцеле
- <variant> цистоцеле
- <variant> жатырдың түсуі
- <variant> жатырдың төмен түсуі
- <question> Қынапқа пессарий қай кезде енгізіледі:
- <variant> жатырдың түсуі мен қынап қабырғасы
- <variant> жатыр миомасы
- <variant> жатырдың дұрыс орналаспауы
- <variant> жатырдың екі мүйізділігінде
- <variant> жатыр мойнының ісінде
- <question> Пессарий бұл -

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 129 беті

<variant> резенке және пластмасты сақина

<variant> резенке түтік

<variant> түбек

<variant> жел шығару түтігі

<variant> резенке және жел шығаратын түтік

<question> Қынаптың артқы кольпоррафиясының көрсеткіші:

<variant> қынаптың артқы қабырғасының төмен түсуі

<variant> сиымды қынап

<variant> бөлшектің төмен түсуі

<variant> жатыр мойнының ұзаруы

<variant> зәрдің ұстамауы

<question> Вентрафиксация операция жүргізіледі ...әйелдердің жасында.

<variant> постменопаузальды

<variant> климактериялық

<variant> репродуктивті

<variant> пубертантты

<variant> препубертантты

<question> 45 жастағы ауру жыныс жолдарынан орташа қанды бөлінулерге (бұл келесі етеккірдің 1,5 ай кідіруінен кейін пайда болған) шағымданып әйелдер консультациясының дәрігеріне келді. ҚЗ: жатыр мойнында эрозия жоқ, «қарашық» симптомы (2плюс); жатыр үлкеймеген, тығыз, қозғалмалы, ауырмайды; қосалқылары өзгермеген, күмбездері терең. Қандай диагноз ең қолайлы?

<variant> перименопаузальды кезеңдегі ДЖҚ

<variant> жатырдаң тыс жүктілік

<variant> жатырдың шырыш асты миомасы

<variant> жатыр денесінің ішкі эндометриозы

<variant> жатыр денесінің обыры

<question> 30 жастағы ауру 7 жыл бойы ретті жыныстық қатынаста болып, контрацепцияны қолданбай фонында жүктіліктің болмауына шағымданып емханаға келді. Етеккірі 14 жастан, 5-7 күндей, 35-45 күннен кейін, орташа, ауырмайды.

Қарағанда: дене бітімі дұрыс. ҚЗ: сыртқы жыныс мүшелері дұрыс дамыған, жүн өсуі әйел типтік, жатыр денесі кішірейген, қосалқылардың екі жағында 3*4*4 см, тығыз, қозғалысы жақсы, ауырмайтын құрылым анықталады. Функциональды диагностиканың тестілерінің нәтижесі бойынша, базальды температура монофазальды, кариопикнотикалық индекс 60-70%. Күйеуінің спермограммасы өзгермеген.

Ең қолайлы диагноз:

<variant> Аналық бездерінің поликистозды ауруы

<variant> Генитальды инфантилизм

<variant> Жыныс мүшелерінің туберкулезі

<variant> Аналық бездерінің екі жақты дермоидты кисталары

<variant> Генезі түсініксіз бедеулік

<question> 26 жастағы ауру сүт бездерінің катаюына және ауыратынына, бетінің және аяғының ісінуіне, ішінің кебуіне, ашушандық, тершендікке шағымданып гинеколог дәрігерге келді. Өзін 3 жыл бойы аурумын деп санайды. Көрсетілген симптомдар менструальдық циклдың екінші фазасында пайда болады да, ал келесі етеккірден кейін тоқталады. Жыл сайын клиникалық симптомдары әрі қарай дамымайды. Гинекологиялық қарау кезінде патологиялық өзгерістар анықталмаған. Етеккір алды синдромның түрі:

<variant> ісіну

<variant> жүйке - психикалық

<variant> кризды

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 130 беті

<variant> цефалгиялық

<variant> атипикалық

<question>31 жастағы науқастың етеккір циклі қалыпты, біріншілікті бедеулік жөнімен есепте тұрады. Емдеу мақсатында кломифенмен овуляцияны күшейтуді бастауды шешкен. Емді бастамас бұрын дәрігер науқасты қандай ақпаратпен таныстыруы керек?

<variant>Кломифенді қабылдау құсық, жүрек айнууды, бас айналууды, қозуды, дене салмағының артуын, беттің қанмен толуын туындатуы мүмкін

<variant>Көпұрықты жүктіліктің даму қатерлігі 25%

<variant>Кломифенді көп мөлшерде қабылдау гонадотропиндер секрециясын тежеуі мүмкін

<variant>Қан мен бауыр ауруларында қарсы көрсетілімі бар

<variant>Науқастардың 40%- да препаратты қабылдау уақытында іштің төменгі бөлігінде ауыру сезімі болуы мүмкін

<question>Бедеулігі бар науқасты тексеруде КПИ индексі 80% сәйкес келеді. Осы нәтиже қандай гормоналдық жағдайды дәлелдейді?

<variant>Гиперэстрогенемияны

<variant>Гиперпрогестеронемияны

<variant>Гипопротестеронемияны

<variant>Гипоэстрогенемияны

<variant>Қалыпты нәтиже

<question>Пациент 29 жаста, емханаға 3 жылдан бері бала көтермегеніне шағымданып келді. Алғашқы бедеулік. Етеккір функциясы бұзылмаған. Базальдық температураны өлшегенде - екі фазалы цикл. Жыныстық қатынаспен тұрақты айналысады, некелескен, жүктіліктен сақтанбаған. Гистеросальпингография нәтижесі - жатыр түтікшелері бітелмеген. Күйеуінің спермограммасын тексергенде екінші дәрежелі астено- және олигозооспермия анықталды. Күйеуін андролог емдеген соңекінші дәрежелі олигозооспермия сақталып тұр. Қандай тәсілді қолданған дұрыс:

<variant>ИКСИ әдісі

<variant>жатыршілік инсеминация

<variant>анабездер стимуляциясы

<variant>донорлық сперманы қолдану

<variant>донорлық эмбрионды қолдану

<question>29 жастағы пациент етеккірінің тұрақсыздығына, 9 айға дейін кешігетініне, 7 жылдан бері салдарлық бедеулікке шағымданады. Анамнезінде 1 рет босанған. Объективті: II дәрежелі семіздік, босанғаннан кейін басталған, нормостениялық тип, салдарлық жыныстық белгілері дұрыс дамыған. Миыны КТ жасалды: гипофиздің микроаденомасы. Диагнозды нақтылау үшін бірінші кезекте қандай тексеруді жүргізген дұрыс:

<variant>пролактин деңгейін анықтау

<variant>гонадотропиндер деңгейін анықтау

<variant>рилизинг-гормондармен сынама

<variant>ТТГ деңгейін анықтау

<variant>АКТГ деңгейін анықтау

<question> Ферриман-Галвей саны ... сипаттайды.

<variant> гиперандрогенияның деңгейін

<variant>эстрогендік қаныққандықтың деңгейін

<variant>пролактин деңгейін

<variant>прогестиндік қаныққандықтың деңгейін

<variant>бой-салмақ көрсеткішін

<question> Климакстың ерте симптомдары:

<variant> ыстықтың құйылуы, терлегіштік

<variant> остеопороз, брадикардия

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 131 беті

<variant> терінің құрғақтығы, альгоменорея
<variant>диспаренуния, галлюцинациялар
<variant>гипоменорея, ұйқышандық
<question> 26 жастағы А. әйелде медициналық түсіктен кейін және жатырды қайта қырғаннан соң, 4 ай бойы етеккірі болмаған. Етеккірі келетін күндері іштің төменгі жағында ауыру сезімі пайда болады. ҚЗ: жатыр 6-7 аптаға дейін үлкейген, консистенциясы жұмсақ, қосалқылар аймағында ештеңе байқалмайды. Диагноз:
<variant>Цервикалды өзектің атрезиясы
<variant> Аменореяның жатырлық түрі
<variant>Эндо метрит
<variant> Аменореяның орталық генезі
<variant> Аналық бездік аменорея
<question> В., 25 жаста емханадағы жалпы тәжірибелік дәрігерге етеккірінің болмауына, жалпы әлсіздігіне шағымданып келді. Бір жыл бұрын бала тұған, босанғаннан кейінгі кезеңде шомбалды қан ағу болған, қарқынды ем алған, гемотрансфузия жасалған. Босанғаннан кейін сүт шығуы мардымсыз болған, оған қарсы жүргізілген емге қарамастан, лактация толығымен жоғалған.
Объективті: әйелде дене салмағының тапшылығы, сүт бездері босансыраған, қолтық асты ойықта және қасағада түктенуі мардымсыз. Сыртқы жыныс мүшелері атрофияға ұшыраған, пигменттері жоқ. ҚЗ: қынап іші кең, жатыр мойны қысқарған, жатыр денесі қалыптыдан кіші, қосалқылар аймағында ештеңе байқалмайды. Диагноз:
<variant> Шихан синдромы
<variant> Бабинский – Фейлих синдромы
<variant> Моррис синдромы (тестикулярлық феминизация)
<variant> Шерешевский – Тернер синдромы
<variant> Галакторея- аменорея синдромы
<question> В., 25 жаста емханадағы жалпы тәжірибелік дәрігерге етеккірінің болмауына, жалпы әлсіздігіне шағымданып келді. Бір жыл бұрын бала тұған, босанғаннан кейінгі кезеңде шомбалды қан ағу болған, қарқынды ем алған, гемотрансфузия жасалған. Босанғаннан кейін сүт шығуы мардымсыз болған, оған қарсы жүргізілген емге қарамастан, лактация толығымен жоғалған.
Объективті: әйелде дене салмағының тапшылығы, сүт бездері босансыраған, қолтық асты ойықта және қасағада түктенуі мардымсыз. Сыртқы жыныс мүшелері атрофияға ұшыраған, пигменттері жоқ. ҚЗ: қынап іші кең, жатыр мойны қысқарған, жатыр денесі қалыптыдан кіші, қосалқылар аймағында ештеңе байқалмайды. Шихан синдромы деген диагноз қойылды.
Диагнозды негіздейтін тәсіл:
<variant> қанда гормондар деңгейін анықтау
<variant> қанның биохимиялық анализі
<variant> С өзегінен бактериологиялық егу
<variant> қанды зарарсыздыққа алу
<variant> қанның коагулограммасы
<question> В., 25 жаста емханадағы жалпы тәжірибелік дәрігерге етеккірінің болмауына, жалпы әлсіздігіне шағымданып келді. Бір жыл бұрын бала тұған, босанғаннан кейінгі кезеңде шомбалды қан ағу болған, қарқынды ем алған, гемотрансфузия жасалған. Босанғаннан кейін сүт шығуы мардымсыз болған, оған қарсы жүргізілген емге қарамастан, лактация толығымен жоғалған.
Объективті: әйелде дене салмағының тапшылығы, сүт бездері босансыраған, қолтық асты ойықта және қасағада түктенуі мардымсыз. Сыртқы жыныс мүшелері атрофияға ұшыраған, пигменттері жоқ. ҚЗ: қынап іші кең, жатыр мойны қысқарған, жатыр денесі қалыптыдан кіші,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 132 беті

қосалқылар аймағында ештеңе байқалмайды. Шихан синдромы деген диагноз қойылды. Емінің негізгі түрі:

- <variant> орын басушы гормонотерапия
- <variant> қабынуға қарсы ем
- <variant> антибактериалды терапия
- <variant> антианемиялық ем
- <variant> физиотерапия

<question> Г. 28 жаста емханаға сирек етеккірі және жүктіліктің болмауына шағымданып келді. Анамнезінен: бала шағында қызылша, паротит, жиі баспамен ауырған. Менархесі 13 жастан, осы күнге дейін тұрақтамаған, ретсіз келеді – 30-45-65 күндерден кейін, ұзақтығы 1-2 күн, мардымсыз ауырмайды. 4 жылдай тұрмыста тұрады, жыныстық қатынасы ретті. Күйеуі зерттелген – сау.

Объективті: бойы 160 см, дене салмағы – 70 кг, иегінде, емізік аймағында, іштің ақ сызығында жүндер шыққан. Сыртқы жыныс мүшелері дұрыс қалыптасқан.

Айнада: қынаптың және жатыр мойнының шырышты қабығы таза.

ҚЗ: жатыр мойнының пішіні конус тәрізді, сыртқы ернеуі жабық. Жатыр денесі дұрыс орналасқан, кішкентай. Қосалқылар аймағында екі жақтан өлшемдері 5,0*3,5*3,5 және 4,5*2,0*2,0 см қатты құрылымдар анықталады. Болжам диагноз:

- <variant> аналық бездерінің поликистозы
- <variant> сары дене кисталары
- <variant> менструальдық циклдың бұзылыстары
- <variant> созылмалы сальпингоофорит
- <variant> аналық бездердің кисталары

<question> Г. 28 жаста емханаға сирек етеккірі және жүктіліктің болмауына шағымданып келді. Анамнезінен: бала шағында қызылша, паротит, жиі баспамен ауырған. Менархесі 13 жастан, осы күнге дейін тұрақтамаған, ретсіз келеді – 30-45-65 күндерден кейін, ұзақтығы 1-2 күн, мардымсыз ауырмайды. 4 жылдай тұрмыста тұрады, жыныстық қатынасы ретті. Күйеуі зерттелген – сау.

Объективті: бойы 160 см, дене салмағы – 70 кг, иегінде, емізік аймағында, іштің ақ сызығында жүндер шыққан. Сыртқы жыныс мүшелері дұрыс қалыптасқан.

Айнада: қынаптың және жатыр мойнының шырышты қабығы таза.

ҚЗ: жатыр мойнының пішіні конус тәрізді, сыртқы ернеуі жабық. Жатыр денесі дұрыс орналасқан, кішкентай. Қосалқылар аймағында екі жақтан өлшемдері 5,0*3,5*3,5 және 4,5*2,0*2,0 см қатты құрылымдар анықталады. Диагнозды негіздейтін әдіс:

- <variant> ультрадыбыстық зерттеу
- <variant> қандағы пролактин деңгейі
- <variant> қанның коагулограммасы
- <variant> кольпоскопия
- <variant> гистероскопия

<question> Г. 28 жаста емханаға сирек етеккірі және жүктіліктің болмауына шағымданып келді. Анамнезінен: бала шағында қызылша, паротит, жиі баспамен ауырған. Менархесі 13 жастан, осы күнге дейін тұрақтамаған, ретсіз келеді – 30-45-65 күндерден кейін, ұзақтығы 1-2 күн, мардымсыз ауырмайды. 4 жылдай тұрмыста тұрады, жыныстық қатынасы ретті. Күйеуі зерттелген – сау. Қарау және тексеруден кейін Аналық бездердің слерополикистозды синдромы деген диагноз қойылды. Бұл синдромға тән ЕМЕС симптом:

- <variant> дене салмағын жоғалту
- <variant> біріншілік бедеулік
- <variant> олигоаменорея
- <variant> аналық бездердің ұлғаюы
- <variant> гипертрихоз

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 133 беті

<question> 42 жастағы пациент емханаға іштің төменгі жағындағы толғақ тәрізді ауыру сезіміне, көп кететін етеккірге шағымданып түсті.

Айнада: жатыр мойны қысқарған, цервикальды каналда- қып-қызыл түсті құрылым. Қан ағу өте көп.

ҚЗ: жатыр мойны қысқарған, ернеуде мөлшері 5*5 см, консистенциясы жұмсақ құрылым анықталады. Жатыр 8-9 аптаға үлкейген, қабырғасы тегіс. Қосалқылар жағы өзгермеген.

Диагноз:

<variant>Туылып жатқан миоматозды түйін

<variant>Жолдағы түсік

<variant>Жатыр мойнының обыры

<variant> Мойын миомасы

<variant> Толық емес аборт

<question> 42 жастағы пациент емханаға іштің төменгі жағындағы толғақ тәрізді ауыру сезіміне, көп кететін етеккірге шағымданып түсті.

Айнада: жатыр мойны қысқарған, цервикальды каналда- қып-қызыл түсті құрылым. Қан ағу өте көп.

ҚЗ: жатыр мойны қысқарған, ернеуде мөлшері 5*5 см, консистенциясы жұмсақ құрылым анықталады. Жатыр 8-9 аптаға үлкейген, қабырғасы тегіс. Қосалқылар жағы өзгермеген.

Диагноз: Туылып жатқан миоматозды түйін. Тактика:

<variant> түйінді бұрап алу

<variant> миомэктомия

<variant> түйінді клеммирлеу

<variant> түйіннің артериясын байлау

<variant> лазерлі вапоризация

<question> 35 жастағы пациентте профосмотр кезінде қынап арқылы қарағанда жатырдың беткейінде 4x5 см өлшемі бар тығыз эластикалық консистенциялы, пальпация кезінде ауырсынулы құрылым анықталды. Жатыр қалыпты өлшемде, қалын теріасты майлы қабатына байланысты жатыр қосалқылары анықталмайды. Анамнезінен: бедеулік 5 жыл бойы. Етеккір қызметі бұзылмаған. Болжам диагноз қойылды: Жатыр миомасы? Анықтаудың қосымша әдісі:

<variant> УДЗ және лапароскопия

<variant> гистероскопия

<variant> кольпоскопия

<variant> гистеросальпингография

<variant> кульдоскопия

<question> 32 жастағы пациент, емханаға контрацепция бойынша кеңес алуға келді.

Анамнінде: 2 асқынусыз мерзіміндегі босану. Етеккір циклы бұзылмаған. Айналар арқылы қарағанда: жатыр мойнында патология жоқ. PV: жатыр денесі жүктіліктің 6-7 аптасына дейін ұлғайған, түбінде 2x2 өлшемді, пальпация кезінде сезімтал түйін анықталды. Қосалқылар өзгеріссіз. Жатыр миомасы, симптомсыз ағымы деген диагноз қойылды. Тактика:

<variant> есепке алу, бақылау

<variant> жатырды қыру

<variant> гормонотерапия

<variant> жатыр ампутациясы

<variant> миомэктомия

<question> Ф., 34 жаста етеккірінің тоқталғанына, тез үдемелі гирсутизмге шағымданады. өзін 6 ай бойы аурумын деп санайды, себебі бірініші рет етеккірінің кідіруі болған, бетте жүндердің шығуын (сақал, мұрт) байқаған, ең соңғы етеккірі 3 ай бұрын болған. Қараған кезде: бойы 152 см, салмағы 57 кг. Анық гирсутизм. Сүт бездері атрофияға ұшыраған.

Емізіктерден бөлінділер жоқ

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 134 беті

ҚЗ: жатыр мойны цилиндр пішінді, ернеуі жабық. Жатыр үлкеймеген. Сол қосалқылар жағы өзгермеген. Оң жақ қосалқыларында мөлшері 5,5*4,5*5,0 см қатты құрылым анықталады.

Диагноз:

<variant>Аналық безінің гормоншығарушы ісігі

<variant>Бүйрек үсті бездерінің ісігі

<variant> Аналық бездерінің поликистозды синдромы

<variant> Адреногенитальды синдром

<variant> Иценко- Кушинг ауруы

<question> Л. 48 жаста тәулігіне 8-10 рет басқа ыстық құйылулар болуына және тершендігіне шағымданады. Көрсетілген симптомдар соңғы бір жылда болған. Етеккірі 2-3 айда, мардымсыз 1-2 күн. Анамнезінде калькулезді холецистит бойынша операция жасалған. 3 рет босанған, 2 рет түсік жасатқан. Гинекологиялық тексеру кезінде патология анықталмаған.

Диагноз:

<variant> Климактериялық синдром

<variant> Менопауза

<variant> Етеккір алды синдром

<variant> Менструальдық циклдың бұзылуы

<variant> Вегето-тамырлық дистония

<question> Л. 48 жаста тәулігіне 8-10 рет басқа ыстық құйылулар болуына және тершендігіне шағымданады. Көрсетілген симптомдар соңғы бір жылда болған. Етеккірі 2-3 айда, мардымсыз 1-2 күн. Анамнезінде калькулезді холецистит бойынша операция жасалған. 3 рет босанған, 2 рет түсік жасатқан. Гинекологиялық тексеру кезінде патология анықталмаған.

Болжам диагноз қойылды: Климактериялық синдром

Амбулаторлы деңгейде жүргізілетін негізгі (міндетті) диагностикалық тексеру:

<variant> қанның биохимиясы, коагулограмма, жағындының цитологиясы

<variant> қан анализі, С реактивті ақуыз, жағындының цитологиясы

<variant> зәр анализі, Қан сару суындағы темір, жағындының бакегу

<variant> гениталийдің УДЗ, қант деңгейін, жағындының бактериоскопиясы

<variant> кольпоскопия, холестерин деңгейі, ұлпаның гистологиясы

<question> Л. 48 жаста тәулігіне 8-10 рет басқа ыстық құйылулар болуына және тершендігіне шағымданады. Көрсетілген симптомдар соңғы бір жылда болған. Етеккірі 2-3 айда, мардымсыз 1-2 күн. Анамнезінде калькулезді холецистит бойынша операция жасалған. 3 рет босанған, 2 рет түсік жасатқан. Гинекологиялық тексеру кезінде патология анықталмаған.

Болжам диагноз қойылды: Климактериялық синдром

Диагнозды негіздейтін амбулаторлы деңгейде жүргізілетін инструменталды тексеру әдістері:

<variant> маммография, гениталийдің УДЗ, бауырдың УДЗ

<variant> сүт бездерінің УДЗ, бүйректің УДЗ, кольпоскопия

<variant> гистероскопия, өкпенің флюорографиясы, бүйректің УДЗ

<variant> гениталийдің УДЗ, өкпенің рентгенографиясы, бауырдың УДЗ

<variant> кольпоскопия, гистерография, гениталийдің УДЗ

<question> Л. 48 жаста тәулігіне 8-10 рет басқа ыстық құйылулар болуына және тершендігіне шағымданады. Көрсетілген симптомдар соңғы бір жылда болған. Етеккірі 2-3 айда, мардымсыз 1-2 күн. Анамнезінде калькулезді холецистит бойынша операция жасалған. 3 рет босанған, 2 рет түсік жасатқан. Гинекологиялық тексеру кезінде патология анықталмаған.

Клиникалық диагноз қойылды: Климактериялық синдром. Патогенезге негізделген емдеу әдіс:

<variant> орынбасушы гормонотерапия

<variant> физиотерапиялық емдеу

<variant> иглорефлексотерапия

<variant> қабынуға қарсы ем

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 бетін 135 беті

<variant> психотерапия

<question> 36 жастағы пациент жалпы тәжірибелік дәрігерге ыстықтың құйылуы, тершендігіне, жиі зәр шығаруына шағымданып келді. Симптомдары тез өсуші жатырдың миомасы және аналық бездерінің екі жақты эндометриозы бойынша жасалған операциядан кейін пайда болды. Соматикалық аурулары жоқ. Сүт бездері сау. Айнада: қынаптың шырышты қабығы таза.

КЗ: Қынаптың тұқылы патологиясыз. Кіші жамбас қуысында инфильтраттар жоқ.

Диагноз:

<variant> Жатырдың экстирпациясынан кейінгі жағдай. Кастрациядан кейінгі синдром

<variant> Жатырдың экстирпациясынан кейінгі жағдай. Климатериялық синдром

<variant> Вегетотамырлық дистония. Етеккіралды синдром

<variant> Жатыр ампутиациясы кейінгі жағдай. Вегето-тамырлық синдром

<variant> Сыртқы генитальды эндометриоз. Абстинентті синдром

<question> Анасы 6 жасар қызын балалар гинекологына сол жақ сүт безінің ісінуі шағымымен алып келген. Толық тексеру өткізілген. Қойылған диагноз: мезгілінен бұрын жыныстық жетілу. Оқшауланған телархе. Емдеу әрекеті қандай:

<variant> ГнРГ агонистері

<variant> құрама ОК

<variant> гестагендер

<variant> антиадрогендер

<variant> медикаментозды терапиясыз бақылау

<question> Пубертатты кезеңде жыныстық жетілудің «өшірілген» вирилизациясы типі бойынша бұзылысы бар қыз баланы емдеу

<variant> глюкокортикоидтарды демеуіш мөлшерде қабылдау

<variant> Эстрогендермен толықтырғыш терапия

<variant> Гестагендермен толықтырғыш терапия

<variant> ем қажет етпейді

<variant> синтетикалық эстроген-гестагендерді 3-4 ай қабылдау

<question> 15 жасар қыз балалар гинекологына етеккірінің және екіншілікті жыныс белгілерінің болмауына шағымданып қаралған. Жыныстық формула $Ma1 P1Ax0Me0$.

Анамнезінде созылмалы тонзиллит. УДЗ тексеруде-патология анықталмаған. Сіздің болжамды диагнозыңыз:

<variant> жыныстық жетілудің кешігуі

<variant> жыныстық жетілудің болмауы

<variant> жыныстық инфекция

<variant> дұрыс емес пубертат

<variant> оқшауланған телархе

<question> 16 жастағы қыздың етеккірі сирек келеді, ауырады. Бала кезінен созылмалы тонзиллитке шалдыққан. Бойы 168 см, сүйегі жұқа, жамбасы жалпы бірдей тарылған. Менархе 15 жастан, етеккірі ауырсындырып келеді. Барлық ағзалары мен жүйелері ауытқусыз.

Салдарлық жыныстық белгілері жеткілікті дамымаған. Сыртқы жыныстық ағзалары гипопластикалы. УДЗ – жатыры кішкентай, 11-12 жастағы қыздардың жатырының өлшеміндей. Анабездері дұрыс қалыптасқан. Бұл симптомдар кешені келесіге тән:

<variant> жыныстық дамудың орталық генезді кідіруі

<variant> гонада дисгенезиясының таза формасына

<variant> гонада дисгенезиясының типтік формасына

<variant> гонада дисгенезиясының аралас формасына

<variant> жыныстық дамудың анабездік генезді кідіруі

<question> 13 жастағы қыз басы ауыратынына, қарны аша беретініне, шөлдейтініне, шаршағыштыққа, етеккір циклінің бұзылғанына, семіздікке шағымданады. Есі анық,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 136 беті

аландаулы, өліп қалудан қорқады. Анамнезінен: жиі суық тиіп ауырады, гайморит.

Объективті: теріасты талшығында артық май жиналған. Тері жамылғысы мен көзге көрінетін сілемейлері боз, экзофтальм. Айқын салдарлық жыныстық белгілер. Аускультация кезінде қолқа артында екінші тонға акцент. Бассүйек рентгенограммасында бассүйекішілік гипертензия белгілері. Несеп құрамында 17-КС артуы. Қандай тәсілді қолданған дұрыс:

<variant>емдәм және физикалық жүктеме

<variant>антибактериялық терапия

<variant>вирусқа қарсы терапия

<variant>гормондық терапия

<variant>иммунитетті модуляциялайтын терапия

<question> Анасы 8 жасар қызын дәрігерге алып келді. Қызының бойы өсуінің кешеуілдегеніне алаңдайды. Анамнезінен: туылған кезде бойы мен салмағы қалыпты болған. 4-5 жасынан бастап кешеуілдегені байқалған. Тексеріп қарағанда анықталғаны: бойы 6 жасқа сәйкес келеді. Тері жамылғысы боз, әжімді, сарғыш реңкті. Теріасты-май талшығы кеудесінде, іші мен сандарында көп дамыған. Шаштары жұқа, құрғақ. Бет пішіні кішкентай -«куыршақ бет», батық кеңсірік. Рентгенографияда түрік ершігінің өлшемі кішкентай. Кәріжілік-білезік буынымен қоса солжақ қолдың басын рентгенография жасағанда мөлшері 4 жасқа сәйкес, қаңқаның сүйектену процесі баяу. Қандай ем тағайындаған дұрыс:

<variant>соматропинмен толықтырғыш терапия

<variant>үздіксіз режимде прогестагендер

<variant>ішуге арналған аралас контрацептивтер

<variant>емдәм және физикалық жүктеме

<variant>хирургиялық ем

<question> М. жасы 21-де емханаға етеккірінің ретсіз болуына, салмақ қосуына шағым айтып келді. Анамнезінен: бала шағында баспамен, ЖРВИ ауырған. Етеккірі 13 жастан, циклі ретсіз 22-38-42 күннен кейін келеді. 16 жасынан бастап салмағы қосыла бастады, сосын жоғары ерінінде, иегінде жүндер шыға бастады. Тұрмыста емес. Объективті: бойы 160 см, салмағы – 86 кг. АҚ 140/90 мм .с. б. Май тіндері иықтарында, іштің төменгі бөлігінде жақсы дамыған сүт бездері үлкейген, салбыраған. Кішкене мұрттары, іштің ақ сызығында өскен шаштар бар. Сыртқы жыныс мүшелері дұрыс дамыған, қыздық перде бүтін.

Көтенішек арқылы: жатыр және қосалқылар шеттен тыс дамыған күрсак қабырғасының тері асты майынан анықталмайды.

Диагноз:

<variant> Иценко-Кушинг ауруы

<variant> Аналық бездерінің поликистозы

<variant> Адреногениталды синдром

<variant>Метаболиялық синдромы

<variant>Менструация алдын синдромы

<question> 32 жастағы А. невропатолог дәрігер гинеколог дәрігерге жіберген. Ғылыми қызметкер әйелде жүйке күйзелісін басынан өткізгеннен кейін шаршағандық, ұйқықашу, үрей сезімі, жылауықтық пайда болған. Барлық симптомдар етеккірге 10-12 күн қалғанда көріне бастайды да, етеккір өткеннен соң жоғалып кетеді. Гинекологиялық зерттеу жүргізген кезде патологиялық өзгерістер анықталмаған. Диагноз:

<variant> Етеккір алды синдром, жүйке психикалық түрі

<variant> Аналық бездер қызметінің тұрақтылық синдромы

<variant> Етеккір алды синдром, ісіну түрі

<variant> Етеккір алды синдром, кризды түрі

<variant> Аналық бездердің әлсіреу синдромы

<question> 32 жастағы А. невропатолог дәрігер гинеколог дәрігерге жіберген. Ғылыми қызметкер әйелде жүйке күйзелісін басынан өткізгеннен кейін шаршағандық, ұйқықашу, үрей

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 137 беті

сезімі, жылауықтық пайда болған. Барлық симптомдар етеккірге 10-12 күн қалғанда көріне бастайды да, етеккір өткеннен соң жоғалып кетеді. Гинекологиялық зерттеу жүргізген кезде патологиялық өзгерістер анықталмаған. Диагноз қойылды: Етеккір алды синдром, жүйке психикалық түрі. Кейінгі амал:

<variant> психотропты дәрілер, психотерапия, физиотерапия

<variant> гипноз, иглорефлексотерапия, гирудотерапия

<variant> прогестиндер, массаж, бальнеотерапия

<variant> гормонотерапия, диета, физкультура

<variant> витаминотерапия, гипноз, диета

<question> 34 жастағы А., етеккірінің ретсіздігіне, бедеулік, емізіктерден сүт түсті бөлінуге шағымданды. Кейінгі 2 жылда салмағы өскен. Анамнезінен: 2 жүктілік болған, оның 1 мезгілінде босану, асқынусыз. 2 жыл бұрын – медициналық түсік. Жүктілік екінші некесінен, қазір 111-ші некеде. Етеккірі 7 ай бойы жоқ. Қарағанда: бойы 160 см, салмағы 70 кг. Сүт бездерінің емізіктерін қысқанда сүт шығады.

ҚЗ: жатыр мойны цилиндр пішінді, ернеуі жабық. Жатыр және қосалқылар өзгермеген.

Диагноз:

<variant> Екіншілік бедеулік, галакторея, семіздіктің 1-дәрежесі

<variant> Менструальдық циклдың бұзылыстары

<variant> Екіншілік бедеулік, семіздік

<variant> Аменорея, екіншілік бедеулік

<variant> Гипотиреоз, семіздік

<question> 27 жастағы пациент біріншілік бедеулікпен емханаға жатырдың шырыш асты миомасы бойынша хирургиялық еміне жолдама алу мақсатымен келді. Бұл жағдайда отаның оңтайлы көлемі:

<variant> консервативті миомэктомия

<variant> жатырдың дисфункциясы

<variant> қосалқыларысыз жатырдың қынапүстілік ампутациясы

<variant> гистерэктомия

<variant> миоматозды түйіннің аяқшасынан айналдырып шеғару

<question> 43 жастағы пациент, гинекологиялық бөлімшеге жоспарлы оперативтік араласуға, жатырдың субмукозды миомасы деген диагнобенемханадағы акушер-гинеколог дәрігердің жолдауымен келіп түсті. Ота көлеміне әсер етеді:

<variant> жатыр мойнының жағдайы

<variant> миоматозды түйіннің мөлшері

<variant> темір жетпіспеушілікті анемия

<variant> миоматозды түйіннің орналасуы

<variant> жатыр денесінің өлшемдері

<question> 24 жастағы ауру біріншілік бедеулік бойынша тексерілуге гинекологиялық бөлімшеге жатқызылды. Тұрмыс құрғанына 3 жыл. Етеккірі ретті, мардымсыз, ауырып келеді.

Базальды температура екі фазалық. ҚЗ: жатыр дұрыс орналасқан, үлкеймеген, қозғалысы шектелген. Қосалқылары екі жақтанда қалыңдаған, пальпация жасағанда сезімталды, күмбездері терең. Бедеуліктің генезін және диагнозын дәлелдеу үшін зерттеудің әдістері:

<variant> лапароскопия

<variant> метросальпингография

<variant> трансқынаптық эхография

<variant> гистероскопия

<variant> кульдоскопия

<question> 51 жастағы науқас жиі терлеуге, бас ауруына, жүрек тұсындағы ауру сезіміне шағымданады. Анамнезінде: гипертониялық ауру. Соңғы етеккірі 2 жыл бұрын келген. АҚҚ 140/80 мм с.б.б. Гинекологиялық тексеру кезінде патология анықталмады. Диагноз:

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 138 беті

<variant> Климактерлік синдром

<variant> НЦД кардиалдық түрі бойынша

<variant> НЦД гипертониялық түрі бойынша

<variant> Пременопауза

<variant> Постменопауза

<question> 10 жастағы қыз балада екіншілік жыныс белгілері пайда бола бастады және бір рет жыныс жолдарынан қанды бөлінділер бөлінді. Емхана акушер-гинекологы қарап тексергенде: сүт безінің үлкейгені, қасаға мен қолтық астында түктенулер анықталды. Кіші жамбас мүшелерінің УДЗ-де жатыры мен сол жақ жатыр қосалқылары жасына сай, ал оң жақ аналық безде көлемі 5×4 см, гипохогенді түзіліс анықталды. Диагноз:

<variant> Аналық бездің гормонотүзуші

<variant> Орталық генезді мерзімінен бұрын жыныстық жетілу

<variant> Аденогениталдық синдром

<variant> Оң жақ аналық бездің эндометриоидтық кистасы

<variant> Оң жақтық аналық бездің дермоидтық кистасы

<question> 33 жастағы науқас М. Етеккірі келгенге 1 апта қалғаннан бастап кезендік түрде пайда болатын терінің қышуына, беті мен аяқтарының ісінуі байқалады. Менструалдық функциясы бұзылмаған. Анамнезінде 1 медициналық жасанды түсік. Гинекологиялық зерттеу кезінде патология анықталмады. Диагноз:

<variant> Предменструалдық синдром

<variant> Климактерлік синдром

<variant> Аллергиялық дерматит

<variant> Созылмалы пиелонефрит

<variant> Вегето-тамырлық бұзылыстар

<question> 6 жасар қызға екі жақтық шап жарығы жөнінде ота жасалды, жарық қапшығында аналық бездер табылған, және олар іш қуысына ығысқан. Сіз болжамдаған диагноз:

<variant> Тестикулярлық феминизация синдромы

<variant> Гонадалар дисгинезиясының аралас түрі

<variant> Шынайы гермафродитизм

<variant> Гонадалар дисгинезиясының таза түрі

<variant> Гонадалар дисгинезиясының типтік түрі

<question> Әйелдер консультациясына бойы қысқа, тандайы арқа тәрізді, мойны қысқа, мойнында қанат тәрізді іркіс, кеудесі бөшке тәрізді әйел келді. Интеллекті шамалы төмендеу, кариотип 45X0. Ілкі аменорея. Жыныстық ағзалары гипопластикалы. Қандай тәсілді қолданған дұрыс:

<variant> гонаданы хирургиялық әдіспен алып тастау

<variant> физиотерапия

<variant> витаминотерапия

<variant> ГТРГ агонистерімен гормондық ем

<variant> толықтырғыш гормонотерапия

<question> Пациент 25 жаста, әйелдер консультациясына 4 жылдан бері бала көтермей жүргеніне, соңғы 2 жылда шашының қатты өскеніне және беті мен денесін безеу басқанына шағымданып келді. Анамнезінен: етеккірі тұрақты келмейді, 2-3 айда бір келеді. 20 жасынан бастап жыныстық қатынасқа түскен. Тексеріп қарағанда: әйел фенотипі, дене бітімі дұрыс, жақсы тамақтанады, май көбінесе белінде жиналған. Дене салмағы индексі 35 кг/м2. Мойын терісінің учаскелері, қолтық ойығы мен кеудесінің асты қарайған. Іншек арқылы тексергенде: сыртқы жыныстық ағзалары дұрыс дамыған. Жатыр денесі нормадан кіші, қосалқылар аймағында екі жағынан да 5х6х6см түзілім пальпацияланады, тығыз, жылжымалы, ауырсындырмайды. Базальдық температура – монофазалы, кариопикноздық индекс 60-70%. УДЗ-да: анабездер көлемі 14 см3, гиперплазияланған строма, 12-13 атретиялық фолликулдар

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 139 беті

диаметрі 10-12 мм, жуандаған қаптама астында периферияда орналасқан. Күйеуінің спермограммасы патологиялық өзгеріссіз. Берілген болжалды диагноздардың қайсысы дұрыс?

- <variant>Штейн Левенталь синдромы
- <variant>Шерешевский-Тернер синдромы
- <variant>Лоренс-Мун-Бидль синдромы
- <variant>Моррис синдромы
- <variant> Бабинский-Фрейлих синдромы

<question>18 жастағы қыз бала, шағымдары: салмақ қосу және сырт келбетінің өзгеруі, жалпы әлсіздік, аяқ-қол бұлшық еттерінің әлсіздігі, есте сақтау қабілетінің төмендеуі, депрессия, сүйектерінің ауыруы, басы ауыруы. Қараған кезде байқалғаны: беті ай тәрізді. Терісі азып кеткен, терісінің түсі сұп- сұр, құрғақ, қабышықтанып кеткен, тері астынан тамыр бедерлері көрініп тұр. Бетінде, мойынында, кеудесінде, ішінде, арқасында май басқан тұстары анық көрінеді, терісі созылған- бағролық бояу/бедер стриясы. Бойы ұзын емес, еңкіш тарқан, аяқ-қолдары арық, “іші тасбақатәріздес”. Жүрек- қан тамыры тарапынан- кардиомиопатия, аритмия, артериальная гипертензия. Рентгенограммада- гипофиз микроаденомасы.

Келтірілген диагноздардың қайсысы анағұрлым сәйкес келеді?

- <variant> Иценко- Кушинг синдромы
- <variant> Шерешевский- тернер синдромы
- <variant> Шихан синдромы
- <variant> Лоренс – Мун – Бидль синдромы
- <variant> Моррис синдромы

<question>2 жасар қыздың анасы зәр шығаруының қиындағанын, кіші дәретке сирек баруын байқаған. ҚЖА УДЗ -де қынап толығымен көрінеді. Қарауда қынапқа кіреберіс жоқ, клитор астында нүкте тәрізді тесік бар. Диагноз?

- <variant>Кіші жыныс ернінің синехиясы
- <variant>сыртқы жыныс ағзалары дамуындағы аномалия
- <variant>туа бітті АГС
- <variant>урогенитальдық синус
- <variant>гимен атрезиясы

<question>29 жастағы пациент етеккірінің тұрақты түрде келмейтініне, әлсіздікке, терісінің құрғақтығына және шашының түсетініне шағымданады. Қозғалысы мен сөйлеуі баяу. Беті, әсіресе көзінің айналасы ісінген. Терісі сарғыш реңкті бозғылт, шынтақтары қабыршақтанған. Шашының түсі көмескі, құрғақ және сынғыш, қатты түседі. Диагнозды нақтылау үшін бірінші кезекте қандай тексеру әдісін жүргізген дұрыс:

- <variant> ТТГ деңгейін анықтау
- <variant>рилизинг-гормондармен сынама
- <variant>пролактин деңгейін анықтау
- <variant> гонадотропиндердің деңгейін анықтау
- <variant>АКТГ деңгейін анықтау

<question>Жеткіліксіздіктің истмико-цервикалды ультрадыбыстық белгісі дегеніміз не:

- <variant>ішкі тесік пен цервикалды каналдың кеңеюі
- <variant>миометрияның локальды гипертонусы
- <variant>петрохорионалдық гематома
- <variant>нәресте жұмыртқасының деформациясы
- <variant>дугластық кеңістікте эксудат

<question> Климакстың ерте симптомдары:

- <variant> ыстықтың құйылуы, терлегіштік, ашушандық, тахикардия
- <variant> остеопороз
- <variant> терінің құрғақтығы, тырнақтардың сынғыштығы
- <variant> уrogenитальды бұзылыстар

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 140 беті

<variant> етеккірдің тоқтауы

<question> II дәрежелі аденомиоз ... өседі.

<variant> жатырдың бұлшықет қабатының ортасына дейін

<variant> базальды мембранаға

<variant> функционалды қабатына

<variant> жатырдың сероды қабатына

<variant> көрші мүшелеріне

<question> Гонадотропин – релизинг-гормондар аналогтарының «эсер ету» орны:

<variant> гипофиз

<variant> гипоталамус

<variant> жатыр

<variant> бүйрек үсті бездер

<variant> аналық бездер

<question> Эндометрияның гиперпластикалық үрдістері жиі:

<variant> гиперэстрогения

<variant> гипозэстрогения

<variant> гипоандрогения

<variant> гиперпрогестеронемия

<variant> гиперандрогения

<question> Дексаметазондық сынама гиперандрогенияның бүйрек үсті түрінде сипатталады:

<variant> 17 КС денгейінің 50-70% төмендеуімен

<variant> 17 КС денгейінің 20% төмендеуімен

<variant> 17 КС денгейінің 5 % жоғарылауымен

<variant> 17 КС денгейінің 10% төмендеуімен

<variant> реакцияның болмауымен

<question> Үйреншікті түсік ... нәтижесінен болмайды.

<variant> жатырдың субсерозды миомасының

<variant> гормональдық бұзылыстарының

<variant> хромосомдық абберацияларының

<variant> ИЦЖ

<variant> екі мүйізді жатырдың

<question> Остеопороздың ерте диагностикасы үшін қолданады:

<variant> денситометрияны

<variant> гормондарды зерттеуді

<variant> қандағы кальций денгейін

<variant> УДЗ

<variant> R-графияны

<question> Эндометрийдің безді-кистозды гиперплазиясы бар кезде терапияны қолдану қажет:

<variant> АҚ үздіксіз тәртібінде

<variant> гестагендер үздіксіз тәртібінде

<variant> жатырдың ампутациясы

<variant> қабынуға қарсы терапия

<variant> циклдық тәртібінде гестагендер

<question> Эстрогендердің аз дозалары:

<variant> ФСГ өндірілуін белсендіреді

<variant> ФСГ өндірілуін тежейді

<variant> ЛГ өндірілуін күшейтеді

<variant> ЛТГ өндірілуін басады

<variant> ФСГ тежейді, ЛГ және ЛТГ күшейтеді

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 141 беті

<question> Стероидтар биосинтезі тізбегіндегі бірінші биологиялық белсенді гормон болып есептеледі:

<variant> андростендион

<variant> эстрадиол

<variant> эстриол

<variant> тестостерон

<variant> прогестерон

<question> Постменопауза кезеңінде әйел организмінде бас эстрогендік гормон болып есептеледі:

<variant> эстрон

<variant> эстрадиол

<variant> эстриол

<variant> эстрадиол-дипропионат

<variant> прогестерон

<question> Иценко-Кушинг ауруы кезінде аменореясы бар ауруда аденогипофиздың гормонының шеттен тыс өнімі орын алады:

<variant> АКТГ

<variant> ТТГ

<variant> СТГ

<variant> ФСГ

<variant> ЛГ

<question> Түрік ернің «бос» синдромы кезінде аменорея жиі байланысты болады:

<variant> түрік ернің іштен біткен даму ауытқыларымен немесе гипофиздың бездік тіндерінің атрофиясымен

<variant> патологиялық босанумен

<variant> гипофиздың жарақаттануымен

<variant> гипофиздың аденомасымен

<variant> гиперпролактинемия фонындағы бедеулікпен

<question> 26 жастағы А. әйелде медициналық түсіктен кейін және жатырды қайта қырғаннан соң, 4 ай бойы етеккірі болмаған. Етеккірі келетін күндері іштің төменгі жағында ауыру сезімі пайда болады. ҚЗ: жатыр 6-7 аптаға дейін үлкейген, консистенциясы жұмсақ, қосалқылар аймағында ештеңе байқалмайды. Дұрыс диагнозын таңдаңыз:

<variant> цервикалды өзектің атрезиясы

<variant> аменореяның жатырлық түрі

<variant> эндометрит

<variant> аменореяның орталық генезі

<variant> аналық бездік аменорея

<question> В., 25 жаста гинеколог дәрігерге етеккірінің болмауына, жалпы әлсіздігіне шағымданып келді. Бір жыл бұрын бала тұған, босанғаннан кейінгі кезеңде шомбалды қан ағу болған, қарқынды ем алған, гемотрансфузия жасалған. Босанғаннан кейін сүт шығуы мардымсыз болған, оған қарсы жүргізілген емге қарамастан, лактация толығымен жоғалған.

Объективті: әйелде дене салмағының тапшылығы, сүт бездері босансыраған, қолтық асты ойықта және қасағада түктенуі мардымсыз. Сыртқы жыныс мүшелері атрофияға ұшыраған, пигменттері жоқ. ҚЗ: қынап іші кең, жатыр мойны қысқарған, жатыр денесі қалыптыдан кіші, қосалқылар аймағында ештеңе байқалмайды. Дұрыс диагнозын таңдаңыз:

<variant> Шихан синдромы

<variant> Бабинский – Фейлих синдромы

<variant> Моррис синдромы (тестикулярлық феминизация)

<variant> Шерешевский – Тернер синдромы

<variant> Галакторея- аменорея синдромы

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 142 беті

<question> Г. 28 жаста сирек етеккірі және жүктіліктің болмауына шағымданады.

Анамнезінен: бала шағында қызылша, паротит, жиі баспамен ауырған. Менархесі 13 жастан, осы күнге дейін тұрақтамаған, ретсіз келеді – 30-45-65 күндерден кейін, ұзақтығы 1-2 күн, мардымсыз ауырмайды. 4 жылдай тұрмыста тұрады, жыныстық қатынасы ретті. Күйеуі зерттелген – сау.

Объективті: бойы 160 см, дене салмағы – 70 кг, иегінде, емізік аймағында, іштің ақ сызығында жүндер шыққан. Сыртқы жыныс мүшелері дұрыс қалыптасқан.

Айнада: қынаптың және жатыр мойнының шырышты қабығы таза.

ҚЗ: жатыр мойнының пішіні конус тәрізді, сыртқы ернеуі жабық. Жатыр денесі дұрыс орналасқан, кішкентай. Қосалқылар аймағында екі жақтан өлшемдері 5,0*3,5*3,5 және 4,5*2,0*2,0 см қатты құрылымдар анықталады. Диагноз қойыңыз:

<variant> аналық бездерінің поликистозы

<variant> сары дене кисталары

<variant> менструальдық циклдың бұзылыстары

<variant> созылмалы сальпингоофорит

<variant> аналық бездердің кисталары

<question> 42 жастағы ауру іштің төменгі жағындағы толғақ тәрізді ауыру сезіміне, көп кететін етеккірге шағымданып түсті.

Айнада: жатыр мойны қысқарған, цервикальды каналда- қып-қызыл түсті құрылым. Қан ағу өте көп.

ҚЗ: жатыр мойны қысқарған, ернеуде мөлшері 5*5 см, консистенциясы жұмсақ құрылым анықталады. Жатыр 8-9 аптаға үлкейген, қабырғасы тегіс. Қосалқылар жағы өзгермеген.

Сіздің диагнозыңыз:

<variant> жатыр миомасы, туылып жатқан субмукозды түйін

<variant> жүрістегі түсік

<variant> жатыр мойнының обыры

<variant> мойын миомасы

<variant> толық емес аборт

<question> Ф., 34 жаста етеккірінің тоқталғанына, тез үдемелі гирсутизмге шағымданады. өзін 6 ай бойы аурумын деп санайды, себебі бірінші рет етеккірінің кідіруі болған, бетте жүндердің шығуын (сақал, мұрт) байқаған, ең соңғы етеккірі 3 ай бұрын болған. Қараған кезде: бойы 152 см, салмағы 57 кг. Анық гирсутизм. Сүт бездері атрофияға ұшыраған.

Емізіктерден бөлінділер жоқ

ҚЗ: жатыр мойны цилиндр пішінді, ернеуі жабық. Жатыр үлкеймеген. Сол қосалқылар жағы өзгермеген. Оң жақ қосалқыларында мөлшері 5,5*4,5*5,0 см қатты құрылым анықталады.

Дұрыс диагнозын қойыңыз:

<variant> аналық безінің гормоншығарушы ісігі

<variant> бүйрек үсті бездерінің ісігі

<variant> аналық бездерінің поликистозды синдромы

<variant> аденогенитальды синдром

<variant> Иценко- Кушинг ауруы

<question> Л. 48 жаста тәулігіне 8-10 рет басқа ыстық құйылулар болуына және тершендігіне шағымданады. Көрсетілген симптомдар соңғы бір жылда болған. Етеккірі 2-3 айда, мардымсыз 1-2 күн. Анамнезінде калькулезді холецистит бойынша операция жасалған. 3 рет босанған, 2 рет түсік жасатқан. Гинекологиялық тексеру кезінде патология анықталмаған.

Сіздің диагнозыңыз:

<variant> климактериялық синдром

<variant> менопауза

<variant> етеккір алды синдром

<variant> менструальдық циклдың бұзылуы

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 143 беті

<variant> вегето-тамырлық дистония

<question> 36 жастағы ауру гинеколог дәрігерге ыстықтың құйылуы, тершендігіне, жиі зәр шығаруына шағымданып келді. Симптомдары тез өсуші жатырдың миомасы және аналық бездерінің екі жақты эндометриозы бойынша жасалған операциядан кейін пайда болды. Соматикалық аурулары жоқ. Сүт бездері сау. Айнада: қынаптың шырышты қабығы таза. ҚЗ: Қынаптың тұқылы патологиясыз. Кіші жамбас қуысында инфильтраттар жоқ. Диагнозы қандай?

<variant> жатырдың экстирпациясынан кейінгі жағдай, кастрациядан кейінгі синдром

<variant> жатырдың экстирпациясынан кейінгі жағдай, климактериялық синдром

<variant> вегетотамырлық дистония

<variant> жатыр ампутиациясы кейінгі жағдай

<variant> сыртқы генитальды эндометриоз

<question> М. жасы 21-де етеккірінің ретсіз болуына, салмақ қосуына шағым айтып келді. Анамнезінен: бала шағында баспамен, ЖРВИ ауырған. Етеккірі 13 жастан, циклі ретсіз 22-38-42 күннен кейін келеді. 16 жасынан бастап салмағы қосыла бастады, сосын жоғары ерінінде, иегінде жүндер шыға бастады. Тұрмыста емес. Объективті: бойы 160 см, салмағы – 86 кг. АҚ 140/90 мм.с.б. Май тіндері иықтарында, іштің төменгі бөлігінде жақсы дамыған сүт бездері үлкейген, салбыраған. Кішкене мұрттары, іштің ақ сызығында өскен шаштар бар. Сыртқы жыныс мүшелері дұрыс дамыған, қыздық перде бүтін.

Көтенішек арқылы: жатыр және қосалқылар шеттен тыс дамыған құрсақ қабырғасының тері асты майынан анықталмайды. Дұрыс диагнозын қойыңыз:

<variant> Иценко-Кушинг ауруы

<variant> аналық бездерінің поликистозы

<variant> аденогенитальды синдром

<variant> метаболиялық синдромы

<variant> менструация алдын синдромы

<question> 34 жастағы С. ауруда аналық безінің кистомасы анықталған. Дәрігерінің тактикасы қандай?

<variant> ауруды емдеу тактикасын шешу үшін онкологиялық диспансерге жіберу

<variant> ауруды диспансерлік бақылауға алып, 1 айдан кейін қайта қарауға кеңес беру

<variant> антибактериальды терапиясын жүргізу, одан нәтиже болмаса- госпитализациялау

<variant> химиотерапия курсы

<variant> гормонотерапия курсы

<question> 33 жастағы аурды УДЗ жасаған кезде кіші жамбас қуысында оң аналық безінің қомақты

ісігі анықталған, тәулік зәрінде 17КС – 67 мг/тәулігіне. СПКЯ мен гормоншығарушы ісіктің арасында салыстырмалы диагнозды жүргізу үшін қандай зерттеу қажет:

<variant> дексаметазонмен гормональдық күштеме сынама

<variant> бромкриптинмен

<variant> ХГТ мен

<variant> кломифенмен

<variant> прогестеронмен

<question> 32 жастағы А. невропатолог дәрігер гинеколог дәрігерге жіберген. Ғылыми қызметкер әйелде жүйке күйзелісін басынан өткізгеннен кейін шаршағандық, ұйқықашу, үрей сезімі, жылауықтық пайда болған. Барлық симптомдар етеккірге 10-12 күн қалғанда көріне бастайды да, етеккір өткеннен соң жоғалып кетеді. Гинекологиялық зерттеу жүргізген кезде патологиялық өзгерістер анықталмаған. Диагноз қойыңыз:

<variant> етеккір алды синдром, жүйке психикалық түрі

<variant> аналық бездер қызметінің тұрақтылық синдромы

<variant> етеккір алды синдром, ісіну түрі

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 144 беті

<variant> етеккір алды синдром, кризды түрі

<variant> аналық бездердің әлсіреу синдромы

<question> 46 жастағы К. 10 күн бойы жыныс мүшелерінен қанды бөлінулер болғанына шағымданып гинекология бөлімшесіне келіп түсті. Ең соңғы етеккірі 2 ай бұрын болған Айнада: жатыр мойны таза, бөліндісі қанды.

КЗ: жатыр мойны цилиндр пішінді, ернеуі жабық. Жатыр қалыпты мөлшерде, қозғалмалы. Қосалқылар анықталмайды. Дұрыс диагнозын таңдаңыз:

<variant> ДЖК

<variant> аналық безінің гормон шығарушы ісігі

<variant> эндометрия обыры

<variant> жатырлық жүктілік, түсік

<variant> аналық бездер қызметінің тұрақтылық синдромы

<question> 34 жастағы А., етеккірінің ретсіздігіне, бедеулік, емізіктерден сүт түсті бөлінуге шағымданды. Кейінгі 2 жылда салмағы өскен. Анамнезінен: 2 жүктілік болған, оның 1 мезгілінде босану, асқынусыз. 2 жыл бұрын – медициналық түсік. Жүктілік екінші некесінен, қазір 111-ші некеде. Етеккірі 7 ай бойы жок. Қарағанда: бойы 160 см, салмағы 70 кг. Сүт бездерінің емізіктерін қысқанда сүт шығады.

КЗ: жатыр мойны цилиндр пішінді, ернеуі жабық. Жатыр және қосалқылар өзгермеген.

Диагноз қойыңыз:

<variant> екіншілік бедеулік, галакторея, семіздіктің 1-дәрежесі

<variant> менструальдық циклдың бұзылыстары

<variant> екіншілік бедеулік, семіздік

<variant> аменорея, екіншілік бедеулік

<variant> гипотиреоз, семіздік

<question> 22 жастағы босанған әйел, босанғаннан кейінгі 17 тәулікте нәрестесімен бірге қанағаттанарлық жағдайда, нәрестені тек емшек сүтімен қоректендіреді. Тиімді контрацепцияның түрі:

<variant> лактационды аменорея әдісін

<variant> ырғақты әдісті

<variant> барьерлі әдісті

<variant> жатырлық контрацепцияны

<variant> қосарланған оральді контрацептивтер

<question> Ерікті хирургиялық стерилизация үшін шарттар:

<variant> әйел жасы 35 жастан жоғары, 3 және одан көп баланың болуы

<variant> операция жүргізуге қарсы көрсеткіштердің болмауы, әйел келісімінің болмауы

<variant> ерлі - зайыптылардың келсім құжатты толтырылуы, тірі балалардың болмауы

<variant> кесар тілігі операциясынан кейін жатырда үш тыртықтың болуы, ерлі-зайыптылардың келісімінің болмауы

<variant> 3 және одан көп баланың болуы, операция жүргізуге қарсы көрсеткіштің болмауы

<question> Қайта жүкті алғаш босанушы әйелде өлі ұрықпен уақытынан бұрын босану болды.

Стационардан шығару алдында тексеру жүргізілді: Нв 98 г/л, Эритроциттер 3×10^{12} /л,

Лейкоциттер $6,8 \times 10^9$ /л, ЭТЖ 18 мм/сағ; Зэр анализі: үлес салмағы 1020, Л 2-3 көру алаңында.

Науқас үшін оптимальді контрацепция әдісі болып табылады:

<variant> КОК

<variant> ЖІЗ

<variant> Таза гестагендер

<variant> Барьерлі заттар

<variant> Ерікті хирургиялық стерилизация

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 145 беті

<question>Жанұяны жоспарлау дәрігеріне контрацепция әдісін таңдау үшін 19 жастағы әйел қаралды, анамнезінде трихомонадты кольпит, бірнеше жыныстық партнері бар. Берілген жағдайға тиімді контрацепция әдісінің әсер ету механихмі қандай:

<variant> Барьерлі эффект

<variant> Овуляцияны тежейді

<variant> Цервикальді шырышты қоюландырады

<variant> Жұмыртқа клеткасының имплантациясын бұзады

<variant> Имплантация мүмкіндігін азайта отырып, эндомертиді өзгертеді

<question>Қайта жүкті алғаш босанушы әйелде өлі ұрықпен уақытынан бұрын босану болды. Стационардан шығару алдында тексеру жүргізілді: Нв 98 г/л, Эритроциттер 3×10^{12} /л, Лейкоциттер $6,8 \times 10^9$ /л, ЭТЖ 18 мм/сағ; Зер анализі: үлес салмағы 1020, Л 2-3 көру алаңында. Осы жағдайда көрсетілген контрацепцияны әйел босанудан кейін... бастай алады.

<variant> 4-6 аптадан соң

<variant> 1-5 күндері

<variant> 3 аптадан соң

<variant> 6 аптадан соң

<variant> 6 айдан соң

<question>Жанұяны жоспарлау дәрігеріне 28 жастағы әйел қаралды, анамнезінде 2 босану, 2 түсік, соңғы жүктілігі бір ай бұрын уақытында босанумен аяқталған. Қазір баласын омыраумен қоректендіреді. Осы жағдайға тән контрацепциялық әдісті қолданудың мерзімі:

<variant> 6 ай

<variant> 1 жыл

<variant> 3 жыл

<variant> 5 жыл

<variant> 10 жыл

<question>Жанұяны жоспарлау дәрігеріне контрацепция әдісін таңдау үшін 19 жастағы әйел қаралды, анамнезінде трихомонадты кольпит, бірнеше жыныстық партнері бар.

Контрацепцияның тосқауыл әдісі тағайындалды. Осы жағдайға тән контрацепция әдісінің кемшіліктерінің бірі болып табылады:

<variant> сексуалды сезімді төмендету

<variant> қан ұйығыштығын бұзылуы

<variant> етеккірдің бұзылуы

<variant> етеккір бөліністерінің күшеюі

<variant> қайтымсыз

<question> 30 жастағы, әйел жүктілікке қарсы зат алуға келді. Анамнезінен: тұрмыста, жыныстық қатнаспен өмір сүреді, жыныстық қатынаспен бір адаммен тұрады. 2-жүктілік болған, екіншісі-жатырдан тыс жүктілік, соған байланысты тубэктомия жасалынған. Етеккірі әр 25-30 күнде, 7 күннен,, көп мөлшерде ауырсынулы.

Контрацепцияның ...түрін тағайындауға болады.

<variant> қосарланған оральді контрацептив

<variant> презерватив

<variant> жатыршілік спираль

<variant> спермицид

<variant> ырғақты әдіс

<question> 27 жастағы әйелде жүктілік кезінде жүктіліктің үзілу қауіпі пайда болғанда дюфастон тағайындалды. Дюфастонды қабылдағаннан 2 сағаттан кейін терінің қышуы, трансминазалар көрсеткіштері жоғарлаған (АЛТ – 885 бірлік/л, АСТ – 447 бірлік/л), препаратты тоқтатқаннан кейін олар төмендеді. Дені сау бала туды. Босанғаннан кейін қандай контрацепция әдісі тиімді болады?

<variant> тосқауыл әдісімен контрацепция

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 146 беті

<variant>мини-пилимен контрацепция

<variant> дезогестрелмен контрацепция

<variant> левоноргестрелменконтрацепция

<variant>депо-проверамен контрацепция

<question> Емханаға 22 жастағы әйел жүктіліктен сақтану әдісін тандап беруіне өтініп келді.

Тұрмыс құрмаған, тұрақты жыныстық қатынаспен тұратын адамы жоқ, жыныстық қатынаспен айына 2-3 рет өмір сүреді, кейде оданда жиі. Жүктілік болмаған.

Бұл кезде ... тағайындау керек.

<variant> презерватив

<variant> жатыршілік спираль

<variant> постинор

<variant> спермицидтер

<variant> оральді контрацептивтер

<question> Р. 32 жаста жатырдың қосалқыларының созылмалы қабынуының өршуі бойынша гинекологиялық стационарда жатты. Шығарудың алдында гинеколог дәрігерге келіп контрацепция әдісін қалай қолдану керектігі туралы сұрады. Әйел некеде тұрады, 2 баласы бар. Осы аурудың өршуі бойынша 3 жылдың ішінде 2 рет емделді. Сондықтан контрацепцияның қандай әдісін қолдануға кеңес беруге болады:

<variant> ҚАК

<variant> таза гестагендер

<variant> ЖІС

<variant> спермицидтер

<variant> ырғақты әдіс

<question> Гормоналды контрацептивтердің негізгі әсер ету механизмі:

<variant> овуляцияны тежеу

<variant> эндометрийдің физико-химиялық қасиетін өзгерту

<variant> сперматозоидтардың фагоцитозы

<variant> жатыр түтігінің перистальтикасы бағытын өзгерту

<variant> аналық жасушасының имплантациясын бұзу

<question> ЖІС контрацептивтік әсері ... негізделген.

<variant> овуляцияны тежеуге

<variant> жатыр мойнының тонусын жоғарылатуына

<variant> аналық жасушасын цитотоксикалық зақымдауына

<variant> эндометрии гиперплазиясына

<variant> прогестерон деңгейін төмендетуге

<question> Түтіктік окклюзия ... әйелдерге ұсынылады.

<variant> жүктілік денсаулығына қауіпті

<variant> босанбаған

<variant> бала жоспарламаған

<variant> күйеуі кеңес берген

<variant> 2 баласы бар

<question> Гестагендердің контрацептивті әсерін төмендететін препараттар:

<variant> ұстамаға және туберкулезге қарсы

<variant> жансыздандыратын және антигистаминді

<variant> ыстықты басатын және психотропты

<variant> витаминдер және қабынуға қарсы

<variant> антибиотиктер және сульфаниламидтер

<question> ЖІС әйелдерге көрсетілмейді.

<variant> анамнезінде жатырдан тыс жүктілігі бар

<variant> дені сау

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 147 беті

<variant> үнемі жыныстық қатынастағы

<variant> босанған

<variant> көп босанушы

<question> Қосарланған оралды контрацептивті (КОК) бірінші рет қолданатын әйел қораптың бірінші таблеткасын ... бастауы тиіс.

<variant> етеккір циклының бірінші күнінен

<variant> етеккір аяқталғаннан соң бірден

<variant> етеккір циклының 5 күнінен

<variant> өзіне жайлы уақытта соң

<variant> овуляциядан

<question> Егер әйел 2 немесе оданда жоғары активті таблеткаларды қабылдауды ұмытып кетсе, Онда оған ... қажет.

<variant> контрацепцияның басқа әдісіне өту

<variant> әрі қарай қабылдуды жалғастыру

<variant> таблетканы келесі етеккірі басталғанда қайтадан ішуі

<variant> таблетканы қабылдау ұзақтығын 2 күнге созу

<variant> қабылдау уақытын 2 күнге созу

<question> Жыныстық жолмен жұғатын инфекциядан сақтайтын контрацептивтер:

<variant> презервативтер

<variant> ауыз контрацептивтер

<variant> қынаптық спермицидтер

<variant> жатыр ішілік заттар

<variant> инъекциялық контрацептивтер

<question> Ұзақ әсері бар гестогендік контрацептирге ... жатады.

<variant> норплант

<variant> нон-овлон

<variant> три-регол

<variant> марвелон

<variant> диане-35

<question> Жатыр ішілік контрацептикасын қолданатын әйелдерде жиі байқалатынасынуы:

<variant> ішкі жыныс мүшелерінің қабынуы

<variant> истмико-цервикалды жетіспеушілік

<variant> эктопиялық жүктілік

<variant> дисфункционалды жатырлық қан кетулер

<variant> жүктіліктің көтере алмаушылық

<question> Қауіпсіз жыныс үшін ... тиімді .

<variant> презерватив

<variant> ЖІК

<variant> хирургиялық стерилизация

<variant> coutis interruptus

<variant> ритмдік әдіс

<question> Жатыр ішілік контрацептикасын ... енгізеді.

<variant> 5 жылға

<variant> 1 жылға

<variant> 2 жылға

<variant> 6 айға

<variant> 3 айға

<question> Ширақталу кезіндегі бойжеткендерге тиімді ... контрацепция.

<variant> презерватив

<variant> ЖІК

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 148 беті

- <variant>спермицидтер
- <variant> мини-пили
- <variant> ритмдік әдіс
- <question> КОКтың қолдану әдісі:
- <variant> етеккір циклының бұзылу кезінде
- <variant> бауыр функциясының бұзылуы
- <variant> эпилепсияда
- <variant> тромбофлибиттік синдромда
- <variant> IV дәрежелі семіру
- <question>... үшін негізгі әсер ету механизмы овуляциясын басу.
- <variant> КОК-тар
- <variant> ЖІК
- <variant> тосқауыл әдісі
- <variant> хирургиялық әдісі
- <variant> жынысты қытанақты үзу
- <question> Ұзақ әсерлі гестогенді контрацептивке жатады:
- <variant> норплант, капронор
- <variant> антеовин, овидон, нон-овлон
- <variant> гризистон, три-регол
- <variant> минизистон, марвелон
- <variant> диане-35
- <question> Контрацептивтің тосқауылдық әдісіне тән емес:
- <variant> жатыр мойын ішілік ісігін алдын алу
- <variant> нәтиженің тез әсер етуі
- <variant> жанама әсерлерсіз
- <variant> дәрігердің бақылаусызы
- <variant> жыныстық қатынас арқылы берілетін аурулардан сақтау
- <question> Тері астылық имплантаттың контрацептикалық механизміне ол ... жатпайды.
- <variant> механикалық әсері
- <variant> овуляцияның тежелуіне
- <variant> мойындық шырышының азаюы
- <variant> лютеолиз шақыру қабілеті
- <variant> эндометрий атрофиясы
- <question> Гормонды контрацептив негізгі әсер ету механизмі:
- <variant> овуляцияны тежелуі
- <variant> эндометридің физико химиялық қасиетінің өзгеруі
- <variant> сперматозоидтар фагоцитозы
- <variant> жатыр түтікшелерінің жиырылу активтілігінің жоғарлауы
- <variant> аналық бездің имплантациясының бұзылуы
- <question> КОКты белгілеудегі қарсы көрсеткіштері:
- <variant> сүт бездерінің мастопатиясы
- <variant> эндометриоз
- <variant> бірінші дәрежелі анемия
- <variant> асқазан гастриті
- <variant> бронхит
- <question> Гестаген әсеріне тән емес:
- <variant> жатыр түтігінің перистальтикасын күшейту
- <variant> қысымның төмендеуі
- <variant> тамператураның жоғарлауы
- <variant> өт бөлуді төмендеуі

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 149 беті

<variant> асқазан сөлінің бөлінуін күшейтеді

<question> Презервативтің кемшілігі:

<variant> әр жыныстық қатынаста жаңасын қолдану

<variant> жыныс жолдары арқылы берілетін аурулардан сақтайды

<variant> қолдануда ыңғайлылығы

<variant> денсаулыққа қатерсіздігі

<variant> отбасын жүйелеуге ер адамдарың қосылуы

<question> Презервативті қолданудың өзгешілігі:

<variant> ЖЖБА дан қорғайды

<variant> жыныстық қатынаспен байланыстылығы

<variant> сатып алу ақша тұрады

<variant> әр кезде жаңасын қолданады

<variant> қолдану кезінде жыныстық қатынасты үзу

<question> Монофазалы эстроген гестогенді препаратына жатады:

<variant> марвелон

<variant> депо-провера

<variant> норплант

<variant> мини-пили

<variant> три-регол

<question> Тері астылық импланттарды қолдану ұзақтылығы ... жыл.

<variant> 5

<variant> 10

<variant> 3

<variant> 6

<variant> 2

<question> Жатыршілік Мирена спиралінің артықшылықтарына ... жатпайды.

<variant> дене салмағының төмендеуі

<variant> қабыну ауруларының жиілігінің төмендеуі

<variant> емдік мақсатпен қолдануы

<variant> жоғарғы контрацептивті нәтижесі

<variant> эндометрияның атрофиясын шығаруы

<question> Жатыршілік Мирена спиралінің құрамына ... кіреді.

<variant> левоноргестрел

<variant> эстрадил

<variant> андроген

<variant> диеногест

<variant> прогестерон

<question> Контрацепция әдісінің кемшілігі қалпына келтіру мүмкін емес:

<variant> хирургиялық

<variant> физиологиялық

<variant> гормоналды

<variant> жатыр ішілік

<variant> тосқауылдық

<question> Жатыр ішілік спираль енгізуден алдын ... болмау керек.

<variant> жүктілік

<variant> анемия

<variant> қалқанша без аурулары

<variant> орталық жүйке тамырының ісіктері

<variant> глаукома

<question> ЖІС-ді енгізуден алдын орындалуы ... қажет.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 150 беті

<variant> жатыр қуысын зондтау

<variant> гистеросальпингография

<variant> жатыр қуысын қыру

<variant> кольпоскопия

<variant> артқы күмбезді пункциялау

<question> Алғашқы 6-ты айда емізулі әйелдерге КОК-ты қолдану тиімсіз, себебі ...

<variant> емшек сүтінің мөлшері азаяды

<variant> жағымсыз иіспен бөлінділердің болуы

<variant> прогестерон азаяды

<variant> қанды бөлінділердің жоғарлауы

<variant> эстроген азаяды

<question> Хирургиялық стерилизацияның негізгі жетіспеушілігі ... болып табылады.

<variant> әдістің қайтымсыздығы

<variant> әдістің қайтымдылығы

<variant> жыныстық қатынаста ғана әсер етеді

<variant> үмітсіздік

<variant> сезімталдықты төмендетеді

<question> Посткоиталды контрацепция ... кезінде көрсетілмеген.

<variant> күнделікті қолдану

<variant> зорлау

<variant> ойламаған жерде жыныс қатынасу

<variant> мүше қаптың бүтіндігі бұзылуы

<variant> сирек жыныс қатынасу

<question> Жүкті болмауға қарсы заттарды тағайындауға қажетті көрсеткіш болып ...

табылады.

<variant> жүктіліктің болмауы

<variant> жыныс мүшелері дамуының ақаулары

<variant> жүйке жүйесінің ақаулары

<variant> АІЖ ауруларының болмауы

<variant> әйелдің өз қалауы

<question> Спермицидтерді қолданудың кері көрсеткіші ... болып табылады

<variant> жергілікті аллергиялық реакция

<variant> лоқсу

<variant> бас айналу

<variant> құсу

<variant> салмақ қосу

<question> 29 жастағы әйел, ішінде толғақ тәрізді ауырсынудың болуына, жыныс жодарынан қанды бөлінділерге, басының айналуына, әлсіздік шағымдарымен емханаға келді.

Анамнезінен: 3 жылдан бері етеккір қызметінің бұзылысы және созылмалы қабыну аурымен гинеколог дәрігер тізімінде тұрады, 2 ай бұрын қабынуға қарсы ем алған, соңғы етеккірі 1,5 ай бұрын болған. Объективті: жағдайы ауыр, АҚ 100/60 мм сын бағ., тамыр соғысы 108 рет минутына, толығы әлсіз, дене қызуы 37,2С. Гинекологтың тесеруінен кейін: Жатырдан тыс жүктілік болжам диагнозы қойылды. Бұл диагнозға тән:

<variant> қанда хорионды гонадотропин деңгейінің жоғарылауы

<variant> қанда эстроген деңгейінің төмендеуі

<variant> қанда эстроген деңгейінің жоғарылауы

<variant> қанда хорионды гонадотропин деңгейінің төмендеуі

<variant> қанда гестагендер деңгейінің төмендеуі

<question> 27 жастағы әйел, ішінде толғақ тәрізді ауырсыну, жыныс жодарынан қанды бөлінділер, бас айналу, әлсіздік шағымдарымен аймақтық акушер-гинекологқа келді.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 151 беті

Анамнезінен: 3 жылдан бері етеккір қызметінің бұзылысы және созылмалы қабыну аурымен гинкелогта бақылауда тұрады, 2 ай бұрын қабынуға қарсы ем алған, соңғы етеккірі 1,5 ай бұрын болған. Объективті: жағдайы ауыр, АҚ 100/60 мм сын бағ., тамыр соғысы 108 рет минутына, әлсіз, дене қызуы 37,2С. Гинекологиялық тексеруде: жатыр аздап ұлғайған, ауырсынусыз, жұмсарған, жатыр мойнына қарай ығыстырғанда ауырсынулы, қосалқылар аймағы ауырсынулы, күмбездері жайылған, жыныс жолдарынан задап қанды бөлінділер.

Диагноз:

<variant> Үзілген жатырдан тыс жүктілік. Геморрагиялық шок

<variant> жатыр қосалқыларының қабынуының асқынуы

<variant> үзілген жатырлық жүктілік. Геморрагиялық шок

<variant> етеккір қызметінің бұзылысы. Қан кету. Геморрагиялық шок

<variant> дисфункционалды жатырдан қан кету

<question> 25 жастағы жүкті әйел аймақтық акушер дәрігерінің қабылдауына келді. Жағдай қанағаттанарлық, шағымдары жоқ. Ультрадыбыстық зерттеудің мәліметтері: Бұзылмаған ұрық жұмыртқасы жатыр түтігінің ампулярлы бөлігінде орналасқан.

Тактика:

<variant> лапароскопия. Ұрық жұмыртқасын түтік бүтіндігін бұзбай алып тастау

<variant> лапароскопия. Түтікті аналық безімен бірге алып тастау

<variant> лапароскопия. Ұрық жұмыртқасын түтік бөлігімен алып тастау

<variant> лапаротомия. Ұрық жұмыртқасын түтік бөлігімен алып тастау

<variant> лапаротомия. Ұрық жұмыртқасын жатыр түтігін кесу арқылы алып тастау

<question> 2016 жылғы 9 маусымдағы №4 "Жатыр миомасы" диагностика және емдеудің клиникалық хаттамасына сәйкес қандай жағдайда жатыр миомасы кезінде контрастылау арқылы трансвагиналық соногистерография жүргізу ұсынылады?

<variant> сілемейасты миомасында

<variant> құрсақасты миомасында

<variant> қабырғашілік

<variant> интерстицилік

<variant> субсерізелі

<question> Жатыр денесі эндометриозының түйінді формасы интрамуральдық миоматозды түйіннен эхографиялық тұрғыдан төмендегідей ажыратылады:

<variant> контурлары айқын және түйіндердің эхогенділігі жоғары болуымен

<variant> контурлары айқын емес және түйіндердің эхогенділігі жоғары болуымен

<variant> контурлары айқын және түйіндердің эхогенділігі төмен болуымен

<variant> контурлары айқын емес және түйіндердің эхогенділігі төмен болуымен

<variant> контурлары айқын және түйіндердің гетерогендік эхоқұрылымды болуымен

<question> ҚЖА УДЗ-де 16 жасар қыздың оң аналық безінде өлшемі 5*4 см, ТЭ 1,4 см фолликулалық киста анықталған. Сіздің әрекетіңіз:

<variant> Спонтанды етеккірді күту+бақылау УДЗ

<variant> ОК контрацепциялық тәртіпте+бақылау УДЗ

<variant> ОК 10 күн бойы+бақылау УДЗ

<variant> гестагендер циклдің екінші жартысында+бақылау УДЗ

<variant> қабынуға қарсы терапия 7-10 күн бойы

<question> 30 жастағы әйел емханаға жалпы тәжірибелік дәрігерінің қабылдауына келді, ішінің төменгі бөлігінің қатты ауыратынына, жүрегі айнуына, құсатынына шағымданады.

Объективті: бозарған, АҚ 90/60 мм.с.б. Пульс минутына 90. Іші бірден ауырады, Щеткин-Блумберг симптомы оң. Айнамен қарағанда: жатыр мойнағы таза. PV: жатыры кішкентай, оңжақта өлшемі 10x10 см түзілім байқалды, ауырсындырады, қозғалмайды. Ықтимал диагноз қандай:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 152 беті

<variant>жылауық тармағының бұратылуы

<variant>жірі аппендицит

<variant>тубанабездік түзілім

<variant>жатырдан тыс жүктілік

<variant>субсірнелі түйіннің бұратылуы

<question>32 жастағы пациенттің жатыры 12-13 апталыққа дейін үлкейген, тығыз серпінді консистенциялы, беті тегіс емес, жылжымалы, ауырсындырмайды. Жүкті болмаған.

Қосалқылары пальпацияланбайды. УДЗ бойынша - бұлшықетаралыққа орналасқан миоматозды түйін d 7*5*6 см. Операциялық емнің мақсатты көлемі:

<variant>лапароскопия, консервативтік миомэктомия

<variant>лапароскопия, жатырды қосалқыларымен бірге ампутациялау

<variant>лапаротомия, жатырды қосалқыларынсыз ампутациялау

<variant>лапаротомия, жатырды қосалқыларымен бірге экстирпациялау

<variant>лапароскопия, жатырды қосалқыларынсыз экстирпациялау

<question>24 жастағы әйел сыртқы жыныстық ағзалары аймағының қышштынына, ашып ауыратынына, жыныстық жолдарынан ісі жағымсыз шығынды бөлінетініне шағымданып келді. Тексеріп қарағанда сыртқы жыныстық ағзалар аймағында көптеген папилломатозды ұлғаюлар. Барынша негізделген емдеу тәсілі:

<variant>электрокоагуляция

<variant>қабынуға қарсы терапия

<variant>антисептиктерді сыртқа қолдану

<variant>физиоєм

<variant>іншектік суппозиториелер

<question>Кіші жамбас ағзаларының қандай патологиясында трансперинеалдық ультрадыбыстық зерттеуді өткізуге болады?

<variant>кіші жамбас ағзаларының түсіп кетуінде

<variant>эндометрияның безді гиперплазиясында

<variant>жатырдан тыс жүктілікте

<variant>аналық без кистасында

<variant>ішкі эндометриозда

<question>48 жастағы әйел учаскелік жалпы тәжірибелі дәрігерге бұтаралығы аймағындағы қолайсыздық, ауа “ұрғылауы” шағымдарымен қаралды. Гинекологиялық қарауда айнада жатыр мойнының өлшемі қалыпты, таза. Сатылығын өлшеуде POP-Q кезінде D нүктесі қынапқа кіреберістен 6см-ден аз қашықтықта орналасқан(суретке қараңыз).

<variant>әйел жыныс ағзаларының түсіп кетуінің 1-2 сатысы

<variant>миоматозды түціннің мойнақта орналасуы

<variant>қынапта энтероцеле

<variant>ректокынаптық тесік

<variant>жыныс ағзалары дамуының аномалиясы

<question> Аналық бездің кистомасына тән емес нәтиже:

<variant>өздігінен регресс

<variant>аяқ айналуы

<variant>капсуланың жырттылуы

<variant>малигнизация

<variant>іріндеу

<question> Аналық без кистомасы аяқшасының айналып кетуіндегі операциясы кезінде қысқыштарды ... орналастырады.

<variant>хирургиялық аяқшаларға

<variant>анатомиялық аяқшаларға

<variant>өзіндік байламға

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 153 беті

<variant> воронкотазды байламға

<variant> мезосальпинске

<question> Гинекологиялық стационарға жедел госпитализациялау көрсеткіші болып ... табылмайды .

<variant> эндометрийдің атипиялық гиперплазиясы

<variant> аналық бездің ісігінің аяқшасының айналуы

<variant> шырышты миоматозды түйіннің туылуы

<variant> жатыр қосалқыларының жедел қабынулары

<variant> жатырдан тыс жүктілікте

<question> Аналық бездің қатерсіз кистомасының операция көлемі:

<variant> цистэктомия

<variant> жатыр түтікшесін жою

<variant> жатыр қосалқылары мен қынапты ампутациялау

<variant> жатыр қосалқыларымен экстирпация

<variant> қосалқыларды екі жақты жою

<question> Гинекологиялық операцияларды өткізудің қолайлы күні :

<variant> етеккір тоқтаған соң бір апта өткенде

<variant> етеккір күндерінде

<variant> овуляция күтіп жүргенде

<variant> етеккір алдында

<variant> қатысы жоқ

<question> Аналық бездің кистомасын тәсілі ... емдеу.

<variant> хирургиялық

<variant> гормоналды

<variant> физиотерапиялық

<variant> химиотерапиялық

<variant> антибактериалды

<question> Аналық бездің ісігі кезіндегі хирургиялық операция ... шарт емес.

<variant> ісіктің өлшеміне

<variant> малигнизация

<variant> аналық без ісігінің капсуласының өлшемі

<variant> аяқша айналымы

<variant> ісіктің іріңдеуі

<question> Аналық бездің ісігін жою операциясының міндетті шарты:

<variant> жиі асқыну, малигнизация

<variant> зат алмасу бұзылысы

<variant> жүрек тамыр жүйесінің бұзылысы

<variant> репродуктивті жүйенің бұзылысы

<variant> бауыр, бүйрек функциясының бұзылысы

<question> Аналық без ісігінің асқынуы:

<variant> аяқша айналымының функциялануы, магнилизация, капсуланың жарылуы

<variant> ұю жүйесінің бұзылуы

<variant> қан кету, геморрагиялық синдром

<variant> аменорея, гирсутизм

<variant> перитонит, сепсис метастаздармен

<question> Аналық бездің феминизацияланған ісігіне тән емес симптомы:

<variant> гирсутизм

<variant> мерзімінен бұрын менархе

<variant> мерзімінен бұрын телархе

<variant> мерзімінен бұрын пубархе

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 154 беті

<variant> менопаузада қанды бөлінділер

<question> Жатыр мен қосалқыларының экстирпациясы кезінде ... болады.

<variant> түтіктің жатырлық түбі

<variant> воронка жамбастық байлам

<variant> дөңгелек байлам

<variant> сегізкөз жатырлық байлам

<variant> кординалды байлам

<question> Аналық без ісігінің аяқшаларының анатомиялық құрамына кіреді:

<variant> аналық бездің өзіндік байламы, воронка жамбастық байламы, мезосальпинкс

<variant> жатырлық түтік, дөңгелек байлам

<variant> мезосальпинкс, кең байлам

<variant> воронка жамбастық байлам

<variant> кардиалдық байлам

<question> Аналық без ісігінің хирургиялық аяқшасы құрайды:

<variant> аналық бездің өзіндік байламы, воронка жамбастық байлам, жатырлық түтік, мезосальпинкс

<variant> жатырлық түтік, кең байлам, аналық без

<variant> воронка-жамбастық байлам, жатыр түтігі

<variant> дөңгелек байлам, мезосальпинкс

<variant> воронка-жамбастық байлам, мезосальпинкс

<question> Аналық без ісігінің ... түрі қыз балаларда жиі кездеседі.

<variant> герминогенды

<variant> эпителиалды

<variant> гормоншығарушы

<variant> ұлпа байланыстырушы

<variant> ретенционды

<question> Аналық без ісігі кезіндегі асқынулар:

<variant> аяқшаның айналуы, инфекциялану, малигнизия, жыртылуы

<variant> аяқшаның қабынуы, абсцестенуі, трансформациялануы, өсуі

<variant> қан кету, геморрагиялық синдром, секреция, инвазия

<variant> аменорея, гирсутизм, пролиферация, ановуляция

<variant> перитонит, метастаздалған сепсис, десквамация, өсуі

<question> Малигнизация жиі ұшырайды:

<variant> шырышты цистаденома

<variant> фиброма

<variant> муцинозды цистаденома

<variant> текома

<variant> тератома

<question> Крунберг ісігіне ... тән емес.

<variant> ановуляторлы цикл

<variant> қатерлі ағымның болуы

<variant> рақтың метастаздануы

<variant> екі аналық безінің зақымдалуы

<variant> тұзды құрылымның болуы

<question> Аналық бездің қатерлі ісігінің I сатысында ... зақымданады.

<variant> бір немесе екі аналық без

<variant> аналық без және жатыр беткейі

<variant> аналық без және түтік

<variant> аналық без метастазымен іш қуысы, жамбас қосымшалары

<variant> аналық без метастазы

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК	34-11-2025 2 беттің 155 беті

<question> Аналық бездің оң жақ кистасында дәрігердің қолданатын тактикасы:

<variant> оперативті ем

<variant> қабынуға қарсы ем

<variant> гормоналды ем

<variant> сәуле терапиясы

<variant> химиотерапия

<question> Аналық бездің ісік тәрізді тән.

<variant> пиооварға

<variant> дермидті кистасына

<variant> фолликулярлы кистасына

<variant> сары дене кистасына

<variant> тека-лютеинды кистасына

<question> Аналық бездің ретенционды кистасының емі:

<variant> қабынуға қарсы ем

<variant> тек хирургиялық

<variant> гормонды ем

<variant> химиотерапия

<variant> физиотерапия

<question> Аналық бездің кистасындағы клиникалық симптом:

<variant> симптомсыз ағым

<variant> қан кету, геморрагиялық шок

<variant> жедел іш симптом

<variant> дизурия белгілері

<variant> аменорея, дене қызуының көтерілуі

<question> Параовариалды кистада... болады.

<variant> кистаны жою

<variant> зақымданған аналық безді жою

<variant> зақымданған қосымшаны жою

<variant> зақымданған аналық бездің резекциясы

<variant> екі аналық бездің резекциясы

<question> Аналық бездің кистасының хирургиялық аяқшасының құрамына ... кірмейді.

<variant> дөңгелек байлам

<variant> воронка-жамбастық байлам

<variant> аналық бездің өзінің байламы

<variant> мезовариум

<variant> түтік

<question> Аналық бездің кистасының ретенционды отасында ... жасалады.

<variant> аналық бездің ұлпасын өзгертпей резекция

<variant> қосымшаны жою

<variant> аналық безді жою

<variant> кистаның пункциясы және құрамды сору

<variant> жатырды түтікшелермен ампутиациялау

<question> Гинекологиялық операцияны жоспарлы түрінде жүргізуіне ең қолайлы күндер:

<variant> етеккірден 1 апта өткен соң

<variant> етеккір күндері

<variant> етеккір алдында

<variant> овуляция алдында

<variant> қатысы жоқ

<question> Экстирпацияда ... алынбайды.

<variant> жатырдың түтіктік ұштары

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерия және гинекология кафедрасы «Амбулаторлық акушерия» БӨК		34-11-2025 2 беттің 156 беті

<variant>шұңқыр-жамбастың байламы

<variant> дөңгелек байлам

<variant> сегізкөз жатырдың байламы

<variant> кардиналды байлам

<question> 28 жастағы науқас емханаға тік ішекке берілетін бірден пайда болған іштің төменгі жағындағы ауырсынуға, әлсіздікке шағымданып түсті. Аурудың басталуын физикалық күш түсумен байланыстырды. Қараған кезде: сипаған кезде іш ауырсынулы, әсіресе қасаға үсті аймағында. Щеткин-Блюмберг симптомы оң нәтижелі. Бимануалды тексергенде: жатыры өзгеріссіз. Бірден ауырсынуға және іштің алдыңғы бұлшықетінің катаюына байланысты қосалқылар анықталмайды. Күмбез арқылы пішіні анық емес, пастозды құрылымды анықтауға болады. Қынаптың артқы күмбезінің пункциясы жасалынды – қою қызыл түсті қан алынды.

Болжам диагноз:

<variant> Аналық безінің апоплексиясы

<variant> Үзілген жатырлық жүктілік

<variant> Жедел аппендицит

<variant> Үзілген түтікті жүктілік

<variant> Жедел сальпингоофарит

<question> 20 жастағы әйел емханаға өзін жүкті деп санап тізімге тұруға келді (етеккірдің кешігуі 10 күн). Қараған кезде: жағдайы қанағаттанарлық, іші жұмсақ, ауырсынусыз, АҚ 120/80 мм сын бағ.

Гинекологиялық тексерген кезде: айнамен қарағанда-жатыр мойны таза, бөлінділер ақ.

Жатыры ұлғаймаған, оң жақтан жатыр түтігі ұлғайған, қынап кілегейі көгерген. Кіші жамбас мүшелерін УДЗ дамып жатқан түтіктік жүктілікке ұқсас өзгеріс анықталған. Емхана дәрігерінің дұрыс амалы:

<variant> науқасты жедел түрде ауруханаға жатқызу

<variant>ЭКО қайта келуді белгілеу

<variant>культдоцентез жсау

<variant>қанда ХГ титрін анықтауға әйелді жіберу

<variant>тізімге алу/бақылау

<question>Жүктілерде COVID-19коронавирусты инфекцияның инкубациялық кезеңі:

<variant> орта есеппен 2-14 күн

<variant> орта есеппен 1-2 сағат

<variant> орта есеппен 3-5 күн

<variant> орта есеппен 20-21 күн

<variant> орта есеппен 12-48 сағат