

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің1беті

БАҚЫЛАУ ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ

Пәні: «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар»

Пән коды: AMSKDIA 6301

ББ атауы және шифры: 6В10101-Жалпы медицина

Оқу сағаты/кредит көлемі: 247 сағат/19 кредит

Оқу курсы мен семестрі:6 курс/11 семестр

Аралық бақылау -2 тесттік тапсырмалары: 570

Құрастырғандар: асс. Онласбекова Г.М

асс.Баймакова Г.Ш.

Кафедра меңгерушісі м.ғ.к.,доцент  Оспанов К.Е.

Хаттама № 1 Күні 28.08.2025

Шымкент 2025 ж

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің2беті

<question>Қимылдағанды тізе буындарында сықыр және тыныштық күйде басылатын ал жүрген кезде ауырсыну, буын саңылауларының біркелкі емес тарылуы және остеофиттер тән.

<variant>остеоартрозға

<variant>ревматоидты артритке

<variant>подаграға

<variant>ревматизмге

<variant>псориазды артритке

<question>45 жастағы ер адам, дәрігерге сол жақ табанында қатты ауырсыну пайда болуына шағымданды. Анамнезінде: жақын арада алкоголь қабылдаған. Ауырсыну аяқ астынан 1-ші алақанфалангалық буыннан басталған. Объективті тексергенде бас бармақ буыны тұсында тері қабаты айқын қызарған, ұстап көргенде ыстық, қозғалыс шектелген.

Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>подагралық артрит

<variant>реактивті артрит

<variant>Рейтер синдромы

<variant>псориаздық артрит

<variant>ревматикалық полиартрит

<question>45 жасар ер адам, жалпы тәжірибелік дәрігерге оң табанында қатты ауырсынуға шағымданып келді. Бір күн бұрын досының туылған күнінде болған, көп мөлшерде кәуап жеп, қызыл шарап ішкен. Ауырсыну таңғы сағат 6 шамасында басталып, оң аяқтың бірінші саусақ буынында орналасқан. Буын үстінде тері қызарған, ісінген, сипағанда ыстық және қатты ауырсыну байқалады, қозғалғанда, жүргенде күшейеді. Әлсіздік, дене температурасы 37,6 С, бас ауыруы байқалады. Бұндай жағдай өмірінде бірінші рет болып тұр. Сіздің күдігіңіз подагралық шабуыл.

Сіздің диагностикалық тактикаңыз:

<variant>зәр қышқылын анықтау

<variant>табанның R-граммасы орындау

<variant>ревматоидты факторды анықтау

<variant>қанның клиникалық талдауы

<variant>буын пункциясы

<question>62 жастағы әйел жалпы тәжірибелік дәрігерге ұсақ буындарындағы механикалық сипаттағы, кешке қарай күшейетін ауырсынуға шағымданып келді. Объективті: саусақтарының дисталды буындары деформацияланған, Геберден, Бушар түйіндері анықталды. Бұл науқасқа тағайындау қажет.

<variant>антибиотиктерді

<variant>ангиопротекторларды

<variant>кортикостероидтарды

<variant>стероидты емес қабынуға қарсы препараттарды

<variant>спазмолитиктерді

<question>

<question>Ірі буындардың симметриялы зақымдануының ұшпалы және тез кері бағытта даму процесі тән:

<variant>ревматикалық полиартритте

<variant>подагралық артритте

<variant>деформирленген остеоартрозда

<variant>ревматоидті артритте

<variant>псориазды артритте

<question>Псориаздық артритке тән рентгенологиялық белгіге ... жатады.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің3беті

<variant>буын беттерінің остеолиті

<variant>екіжақты сакроилеит

<variant>остеофиттер

<variant>буын жанындағы остеопороз

<variant>симметриялы синдесмофиттер

<question>55 жастағы ұзақ уақыт ревматоидты артритпен ауыратын науқаста тізе және сирақаяқбасы буындарының фиброзды анкилозы байқалады. Еңбекке жарамсыздығын анықта:

<variant>II топ мүгедектігі

<variant>I топ мүгедектігі

<variant>III топ мүгедектігі

<variant>бірнеше күн еңбекке жарамсыз

<variant>уақытша еңбекке жарамайды

<question>Науқас 56 жаста, қос жақты коксартроз III-IV дәр. Еңбекке қабілеттілігін анықтаныз:

<variant>I топ мүгедек

<variant>еңбекке қабілетті

<variant>II топ мүгедек

<variant>III топ мүгедек

<variant>уақытша еңбекке жарамайды

<question>30 жастағы жас ер адам сол жақ тізе буынындағы ауырсынуға, дене қызуының 38,5С көтерілуіне, үрпіден аз мөлшердегі бөлініс бөлінуіне, ауыз қуысындағы жараға шағымданады. Склера тамырларының қызаруы байқалады. Қарағанда тізе буындары ісінген, оң жағынан көкшіл сипаттағы қызару, қозғалыстың шектелуі байқалады. ЖҚА-де нейтрофильді лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарлауы. Үрпіден алынған жағындыда хламидий табылды. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>рейтер ауруы (синдром)

<variant>подагра

<variant>остеоартроз

<variant>РА, буындық түрісу

<variant>Ревматикалық қызба

<question>Қабылдауда 15 жастағы қызда дене қызуы 37,6 С, ірі буындарда ұшпалы ауырсынуға шағымданады. Дерт үш апта бұрын басталған, бірақ шағымдарының үнемі ауысуына байланысты дәрігерге қаралмаған. Анамнезінен: жыл ішінде үш рет баспамен және бірнеше рет ЖРА-мен ауырған, мектепке бармаған. Қазіргі уақытта оң жақ тізе мен сол жақ тізе-табан буындарында ауырсыну мазалайды, буын үстіндегі терілер аздап қызарған, ісінген; ұстағанда ыстық, буындарындағы қозғалыс ауырсыну тудырады. Кеуде клеткасындағы терісінің ортасында ашықтау емес қызғылт дақ байқалады. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>жедел ревматикалық қызба

<variant>инфекциялық-аллергиялық полиартрит

<variant>лайма ауруы

<variant>ревматоидты артрит

<variant>реактивты артрит

<question>Стационардағы 42 жастағы науқас саусақ аймағындағы, аяқ саусақтарын-дағы, шынтақ, тізе буындарындағы ауырсынуға, буындарындағы таңертең-гілік құрысуға, әлсіздікке шағымданады. Анамнезінен: шамамен ауырғанына екі жыл болған, дәрігерге қаралмаған. Қарағанда: саусақтардың ульнарлы девиациясы, шынтақ, тізе буындары деформациясыз, табандары halux valgus түрінде. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>ревматоидты артрит

<variant>бехтерев ауруы

ONȚÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің4беті

<variant>ревматикалық артрит

<variant>буындардың хондроматозы

<variant>подагра

<question>Жанұялық дәрігерге ер наукас 4 айға созылған омыртканың көкірек бөлігі мен сегізкөз – бел бөлігінде ауырсыну, сіресуге шағымданып қаралды. Бел бөлігінде қозғалыс шектелген.

Рентгенологиялық тексеруде ... болуы ықтимал.

<variant>сүйек шектері айқын емес, периартикулярлы склероз, буындар анкилозы

<variant>«бамбук таяшалары» тәрізді сүйек көпіршелері пайда болуы

<variant>деструктивті өзгерістер, квадратты, «жонылған омыртқалар»

<variant>шеткі буындардың ассиметриялы өзгерістері

<variant>көкірек – қабырға, көкірек-бұғана буындасуларының анкилозы

<question>45 жастағы ер адам оң жақ табандағы қатты ауырсынуға шағымданып келді.

Анамнезінен: жақында ішімдік ішкен. Ауырсыну кенеттен басталған және 1-ші табанфалангалық буынның аймағында ауырсынады. Қарағанда: үлкен бармақ үстіндегі тері қызарған, ұстағанда ыстық, қимылдатуы қиын. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>ревматоидті артрит

<variant>реактивті артрит

<variant>рейтер синдромы

<variant>псориазды артрит

<variant>ревмативті полиартрит

<question>Урогенді реактивті артрит диагнозын қойғанда ең ақпаратты зерттеу әдісі:

<variant>уретра сүртіндісінде хламидияларды зерттеу

<variant>қанның сарысуында несеп қышқылын анықтау

<variant>диагностикалық артроскопия

<variant>ревматоидты факторы зерттеу

<variant>бүйректің УДЗ

<question>Біріншілік остеоартрозбен 15 жыл ішінде зардап шегетін наукас аяқ астынан пайда болған оң тізе буынынның толық қимылдамауына шағымданады. Анамнезінде жарақаттар болмаған. Буын блокадасының мүмкін себебі:

<variant>«буын буылтығы»

<variant>реактивті синовит

<variant>буын ішілік сынық

<variant>реактивті емес синовит

<variant>буыннан тыс сынық

<question>45 жастағы әйел наукаста саусақтардың некроздық өзгеруіне дейін Рейно синдромы, жұтудың бұзылуы, өкпе гипертензиясы, қол саусақтары бүгілуінің қиындауы, қол терісінің қалындауы, фалангалар лизисы арқылы саусақтардың қысқаруы байқалады. Наукастың диагнозы:

<variant>жүйелі склеродермия

<variant>Виннивартер-Бюргер тромбангиит

<variant>ЖҚЖ

<variant>ревматоидты артрит

<variant>түйінді периартериит

<question> 49 жастағы жүргізуші болып істейтін наукас ер адамға ауырғанына 16 жыл болғанда подагра, подагралық артрит, R- мада– 3 кезеңі, БҚБ 2 кезеңі. Подагралық бүйрек, тынжытас ауруы, симптоматикалық гипертензия диагнозы қойылды. Зәр қышқылы деңгейі – 0,82ммоль/л, АҚҚ - 230/120 мм.сын.бағ. Тиімді жұмысқа орналастыру мәселесін шешіңіз:

<variant>II топ мүгедектігін беру үшін МӘСК –ке жіберу

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6-курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің 56-беті

<variant>ІІІ топ мүгедектігін беру үшін МӘСК –ке жіберу

<variant>ден жүктемесі түспейтін жеңіл жұмысқа ауыстыруды ұсыну

<variant>еңбекке жарамды

<variant>оперативті емге урологқа жіберу

<question>Н. деген 20 жастағы науқас, жарты жыл бұрын тізе, сирақ буындарында ісіну және ауыру сезімімен емделіп, жақсарған. 1 ай бұрын кеуде торшасында, омыртқаның бел аймағында, сол жамбас-сан буындарында ауыру сезімдері пайда болған. Об-ті: омыртқаның бойы ауырады. Иілу сол жақ жамбас-сан және омыртқадағы ауыру сезіміне байланысты қиындаған. Сол жақ бұғана-кеуде аймағының пішіні өзгерген. Сіздің диагнозыңыз?

<variant>анкилозды спондилоартрит

<variant>жедел ревматикалық қызба

<variant>ревматоидты артрит

<variant>Рейтер ауруы

<variant>остеохондроз, түбіршекті синдром

<question>Артритпен қатар көкбауырдың ұлғаюы және шеткері лимфа түйіндердің ұлғаюы тән:

<variant>Фелти синдромына

<variant>Шегрен синдромына

<variant>Бехтерева ауруына

<variant>псориаздық артритке

<variant>Рейтер ауруына

<question>52 жастағы науқас ер адам, шабан, бел тұсында және ірі буындарда ауырсынуға, лимфа түйіндерінің ұлғаюына, дене қызуы 40С –қа жоғарылауына шағымданып келді. Анамнезінде радикулитпен жиі ауырады. Жағдайы қанағаттанарлық. Мойын, қолтықасты лимфа түйіндері ұлғайған, ауырсынусыз, бір-бірімен және жанындағы тіндермен жабыспаған. Гепатоспленомегалия байқалады. Науқастың диагнозы:

<variant>бруцеллез артриті

<variant>ірі буындар остеоартрозы

<variant>лимфолейкоз

<variant>миелолейкоз

<variant>лимфогрануломатоз

<question>Ревматоидты артриті бар науқастарда буын патологиясының мүмкін рентгенологиялық белгісі:

<variant>эпифиздердің шеткілік сүйек эрозиялары

<variant>саусақтардың дисталді фалангаларының остеолізі

<variant>шеміршек асты остеосклероз, остеофиттер

<variant>деструктивті артроз, «пробойниктер»

<variant>сacroileит, омыртқа байланыстарының кальцификациясы

<question>57 жасар науқаста мөлшерлі тамақтанудан кейін түнде сол аяқ басбармағында қатты ауырсынулар пайда болды, температурасы 38С. Қарағанда 1-ші плюсна-фалангалық буынның ісінуі, оның айналасындағы терінің гиперемиясы анықталды. Саусақты сипағанда оның қатты ауырсынуы анықталады. Жіті подагралық артритті басу үшін емдеу жоспары:

<variant>стероидты емес қабынуға қарсы дәріктер

<variant>цитостатиктер

<variant>антибактериалды дәріктер

<variant>ксантинооксидаза ингибиторлары

<variant>алтын препараттары

<question>28 жастағы ер науқас тізе буынында ауырсыну, қызба 37,8С, уретрадан бөліндіні

ONȚÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттіңббеті

болуы, ауыз қуысында ойықтарға шағымданады. Склера тамырлары инъецирленген. Қарағанда тізе буынының ісінуі, оң жағында гиперемия көгілдір түсімен, қимыл көлемі шектелген. ЖҚА: нейтрофилды лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарылаған. Уретрадан жағымда хламидиялар анықталған. Диагнозы: Рейтер ауруы, жіті ағымды. Уақытша жұмысқа жарамсыздық мерзімі:

<variant>30-60 күн

<variant>30-35 күн

<variant>35-65 күн

<variant>25-50 күн

<variant>25-55 күн

<question>57 жастағы наукас әйел ді 3 жылдан бері тізе буындарында, әсіресе оң тізесінде, жүргенде пайда болатын және тепешектен түскенде күшейетін ауырсыну мазалайды. Қарағанда оң тізесі, сол тізеге қарағанда, үлкенірек, оның үстіндегі терісі жылырақ. Тізе буындардың R-графиясында екі жағында да остеофиттер анықталады. Тізе буындарының компенсирленген артрозы бар наукастың диспансеризация жоспары:

<variant>жылына 2 рет жоспарлы қараулар, 1 рет буындар рентгенографиясы

<variant>жылына 4 рет жоспарлы қараулар, 2 рет буындар рентгенографиясы

<variant>жылына 3 рет жоспарлы қараулар, 1 рет буындар рентгенографиясы

<variant>жылына 2 рет жоспарлы қараулар, 2 рет буындар рентгенографиясы

<variant>жылына 5 рет жоспарлы қараулар, 2 рет буындар рентгенографиясы

<question>25 жастағы наукаста К. бір ай бұрын инсоляциядан кейін бет ұшында эритема пайда болған, мойын, қолтықасты, шат лимфа түйідері таралмалы ұлғайған, пальпациялағанда олар ауырсынусыз, бос қозғалмалы, жұмсақ. Спленомегалия, анемия және аздаған құбылмалы қызба анықталған. Диагноз:

<variant>жүйелі қызыл жегі

<variant>Брилл-Симмерс ауруы

<variant>Беркитт лимфома

<variant>лимфогранулематоз

<variant>туберкулезді лимфаденит

<question>Нақты склеродермиялық бүйрек дамуы кезінде тандаулы препарат:

<variant>АПФ ингибиторлары

<variant>бета-адреноблокаторлары

<variant>кальций антагонистері

<variant>глюкокортикостероидтар

<variant>цитостатиктер

<question>Ревматоидты артритте ГКС-терапияға қарсы көрсеткіштерге жатады:

<variant>амилоидоз

<variant>васкулит

<variant>өкпенің интерстициалді фиброзы

<variant>интерстициалді нефрит

<variant>плеврит

<question>Тофустар – бұл:

<variant>тіндерде ураттар жиналуы

<variant>остеофиттер

<variant>тіндерде холестерин жиналуы

<variant>гранулема қабынуы

<variant>теріасты қабаттың қабынуы

<question>Подаградағы базисті препарат:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің7беті

<variant>аллопуринол

<variant>бутатион

<variant>целелебрек

<variant>колхицин

<variant>индометацин

<question>LE-клеткалар бұл:

<variant>жетілген нейтрофилдер

<variant>гематоксидин денелері

<variant>эозинофилді метамиелоцит

<variant>нейтрофилді метамиелоцит

<variant>жетілген эозинофилдер

<question>Жүйелі склеродермияға тән жүрек-қан тамырлар жүйесінің зақымдалуы:

<variant>ірі ошақты кардиосклероз

<variant>асептикалық сүйелді эндокардит

<variant>митралді стеноз

<variant>аорта жеткіліксіздігі

<variant>экссудативті перикардит

<question>Дерматомиозит емінде таңдаулы препаратқа жатады:

<variant>преднизолон

<variant>делагил

<variant>коринфар

<variant>колхицин

<variant>азатиоприн

<question>Жүйелі склеродермияның еміндегі негізгі препаратқа жатады:

<variant>д-пеницилламин

<variant>делагил

<variant>салазопиридазин

<variant>колхицин

<variant>циклофосфан

<question>Ревматоидты артрит еміндегі негізгі препаратқа жатады:

<variant>метотрексат

<variant>преднизолон

<variant>вольтарен

<variant>дексаметазон

<variant>левамизол

<question>25 жастағы әйел науқаста бет терісінің тығыз ісінуі, шаштарының ошақты түсуі, ауыз айналасында «қалта ауыр» тәрізді қыртыстар анықталды. Қан анализінде: АНФ оң мәнді, гипохромды анемия, ЭТЖ жоғары. Науқаста болуы мүмкін диагнозды анықтаңыз:

<variant>жүйелі склеродермия

<variant>жүйелі қызыл жегі

<variant>жүйелі васкулит

<variant>дерматомиозит

<variant>ревматизмдік полимиалгия

<question>35 жастағы науқас омыртқаның бел-сегізкөз бөлігінің, оң тізе буынының, сол қолдың II саусағының ауырсынуына шағымданады. Қарағанда: бастың шаш өскен бөлігінде, шынтақ буындары аймағында гиперкератоз көріністерімен қызарған ошақтар анықталады. Сол қолдың II саусағы қысқарған, қызарған, конфигурациясы сосиска тәрізді. Аяқ тырнақтары бұлыңғыр,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің8беті

кейбіреуінің ортасында нүктелік жаншылулар. Неғұрлым мүмкін диагноз:

- <variant>псориаздық артрит
- <variant>реактивтік артрит
- <variant>анкилозирлеуші спондилоартрит
- <variant>ревматоидты артрит
- <variant>подагралық артрит

<question>Науқас 67 жаста, қолдың фалангааралық буынының ауырсынуы мен ісінуіне, дене температурасының 37,3⁰С дейін көтерілуіне, кезеңді естен тануға, әлсіздік және салмақ жоғалтуға шағымданды. Жалпы қан анализінде: гемоглобин 90 г/л, ЭТЖ – 36 мм/сағ. Болжама диагноз:

- <variant>паранеопластикалық артрит
- <variant>ревматоидты артрит
- <variant>жүйелі қызыл жегі
- <variant>екіншілік остеоартрит
- <variant>түйінді полиартериит

<question>22 жасар науқас жалпы тәжірибелік дәрігерге дене температурасының 39⁰С –қа дейін көтерілуіне, қалтырауға, терлегіштікке, буынындағы ауру сезіміне, бас ауруына шағымданып қаралды. Осы шағымдар бір апта бұрын , жануарлардың жүндерін өндегеннен кейін пайда болды. Объективті: тамақтануы төмен, тері жабындылары өңсіз, ұстағанда ыстық. Тізе –балтыр буындары ісінген, пальпацияда ауру сезімді, қимыл қозғалысы шектелген. Сіздің болжама диагнозыңыз:

- <variant>бруцеллез
- <variant>токсоплазмоз
- <variant>брюшной тиф
- <variant>қызамық
- <variant>инфекционды моноклеоз

<question>22 жасар науқас жалпы тәжірибелік дәрігерге дене температурасының 39⁰С –қа дейін көтерілуіне, қалтырауға, терлегіштікке, буынындағы ауру сезіміне, бас ауруына шағымданып қаралды. Осы шағымдар бір апта бұрын , жануарлардың жүндерін өндегеннен кейін пайда болды. Объективті: тамақтануы төмен, тері жабындылары өңсіз, ұстағанда ыстық. Тізе –балтыр буындары ісінген, пальпацияда ауру сезімді, қимыл қозғалысы шектелген. Клиникалық протоколға сүйене отырып науқасқа антибиотиктер комбинациясын тағайындаңыз:

- <variant>ципрофлоксацин + рифампицин
- <variant>ампициллин + линкомицин
- <variant>ровамицин + гентамицин
- <variant>гентамицин + ампициллин
- <variant>линкомицин + гентамицин

<question>28 жасар әйел кенеттен әлсіздікке, терлегіштікке, құрғақ жөтелге, жүрген кезде пайда болатын ентігуге, балтыр – табан буынындағы ауру сезіміне, бірнеше күн бойы дене температурасының көтерілуіне шағымданады. Полиметаллдық кенде бухгалтер болып жұмыс істейді. Объективті: балтыр , иық аймағында түйінді эритема. Рентген: үлкейген лимфа түйіндері әсерінен өкпе түбірлерінің кеңеюі. Сіздің диагнозыңыз:

- <variant>саркоидоз
- <variant>гемосидероз
- <variant>туберкулез
- <variant>лимфогранулематоз
- <variant>пневмокониоз

<question>43 жасар әйел дене температурасының 38,5⁰С дейін жоғарылауына, тізе және балтыр

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы	79/ 11
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура	(2025-2026) 100 беттің9беті

буындарындағы ауру сезіміне , жайылмалы ентігуге шағымданады. Қарау барысында түйінді эритема анықталды. Кәдімгі өкпе фонындағы рентгенограммада екі жақтан түбірмаңы лимфа түйіндерінің эллипс тәрізді формада үлкеюі анықталады. Жүргізілген антибактериальді ем нәтиже бермеді. Сіздің диагнозыңыз:

- <variant>саркоидоз
- <variant>туберкулез
- <variant>актиномикоз
- <variant>альвеококкоз
- <variant>пневмокониоз

<question>Жүйелі қызыл жегімен ауыратын 22 жастағы науқас, тәулігіне 20 мг преднизолон қабылдайды, қызбаға, бетіндегі эритемалық бөртпелерге, ісінулерге, бас ауыруына, есте сақтау қабілетінің нашарлауына, артрагияларға шағымданады. Тексергенде нефротикалық синдром, лейкопения, нативті ДНК.ға антиденелердің жоғары деңгейі анықталды. Неғұрлым тиімді тактика:

- <variant>метил.преднизолонмен пульс.терапия
- <variant>преднизолонның мөлшерін тәулігіне 40.50 мг дейін көтеру
- <variant>азатиоприн
- <variant>циклофосфамид
- <variant>кризаноол

<question>24 жастағы науқас қызды беті мен аяқтарының ісінуі, бел тұсы мен ұсақ буындарының ауырсынуы, лихорадка мазалайды.Теңізде демалғаннан кейін ауырған, бет ұштары мен мұрын үсті қызарған, қызба, буындық синдром пайда болған. Қанда: Нв.81 г/л, эритроциттер.2,8 млн., лейкоциттер.3,2 мың, тромбоциттер – 136 мың, эозинофилдер.8, ЭТЖ . 40 мм/сағ, СРБ+++ , гамма.глобулиндер . 25%. Зәр анализі: белок – 3,1 г/л, лейкоциттер .10 көру аймағында, эритроциттер – 20 – 25 көру аймағында, гиалиндік цилиндрлер.10 дейін көру аймағында.

Неғұрлым тиімді тағайындау:

- <variant>глюкокортикоидтар
- <variant>диуретиктер
- <variant>уросептиктер
- <variant>метаболиктер

<question>Қызуы бар науқаста зәр анализінде пиурия (50% лейкоциттер) анықталды. Қайталамалы зәрді бактериологиялық зерттегенде қоздырғыш анықталмаған. УДЗ-де оң жақ бүйректе тостағанша-ілектің күрт ұлғаюы және қалыңдауы анықталған. Бұл жағдайда бактериологиялық зерттеудің қорытындысының пиурия дамуына әсері қандай?

- <variant>бүйрек туберкулезі
- <variant>жедел іріңді нефрит
- <variant>хламидиоз
- <variant>гломерулонефрит
- <variant>бүйрек ісігі

<question>Клиникалық хаттамалар бойынша СБЖ ісіну синдромына ең маңызды зәр айдайтын емді :

- <variant>фуросемид
- <variant>гидрохлортиазид
- <variant>спиронолактон
- <variant>триамтерен
- <variant>маннофиллин

<question>Тез өршитін гломерулонефриттің себебі.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің106еті

<variant>жүйелі қызыл жегі

<variant>малярия

<variant>геморрагиялық қазба аурулары ішінен

<variant>токсоплазмоз

<variant>бехчет ауруы

<question>Аталған жағдайлардың ішінде терминалды СБЖ жүретін бүйректі ауыстыруға абсолютті көрсеткіш болып табылады:

<variant>бүйректің қатерлі ісіктері

<variant>жүйелі қызыл жегі

<variant>созылмалы гломерулонефрит

<variant>диабеттік нефропатия

<variant>аденома простаты

<question>Клиникалық хаттамалар бойынша бүйрек ішілік гемодинамикаға жақсы әсер ететін препарат.

<variant>каптоприл

<variant>спиронолактон

<variant>гидрохлоротиазид

<variant>гуанитидин

<variant>клофелин

<question>ЖГН тән:

<variant>гематурия

<variant>жоғарғы лихорадка

<variant>жиі зәр бөлу

<variant>бел аймағындағы қатты ауырғандық

<variant>буын синдромы

<question>ЖГН-те АГ-ның дамуының басты механизмі:

<variant>гиперволемиа

<variant>катехоламинді көп бөлуі

<variant>преднизолонды жиі қолдану

<variant>аурудың жедел сатысында психоэмоционалды қысым

<variant>рениннің активтілігінің жоғарлауы

<question>Пульс – терапия глюкокортикоидтармен қолданады:

<variant>ГН жоғарғы активтілігі

<variant>бірінші рет дамыған СГН

<variant>протеинурия

<variant>СБЖ алғаш дамыған

<variant>қанда холестериннің жоғарлауы

<question>СБЖ – де биохимиялық көрсеткіштің өзгерістері:

<variant>гиперкреатининемия

<variant>гиперальбуминемия

<variant>дислипидемия

<variant>уробилинурия

<variant>гипербилирубинемия

<question>ЖБЖ гипергидрацияның дамуының негізгі белгілері:

<variant>қан плазмасында натрий ионының төмендеуі

<variant>қан плазмасында натрий ионының жоғарлауы

<variant>қан плазмасында калий ионының жоғарлауы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің11беті

<variant>қан плазмасында калий ионының төмендеуі

<variant>қан плазмасында кальций ионының төмендеуі

<question>Гемодиализ откізу үшін мочевианың деңгейі:

<variant>24 ммоль/л

<variant>10 ммоль/л

<variant>15 ммоль/л

<variant>18 ммоль/л

<variant>21 ммоль/л

<question>ЖБЖ жиі себебі:

<variant>ишемия

<variant>интерстицияның қабыну

<variant>клетка сыртындағы сұйықтық алмасудың бұзылысы

<variant>жүрек айдауының төмендеуі

<variant>вазодилатация

<question>ЖБЖ жиі тұғызатын антибиотиктер түрі:

<variant>аминогликозид

<variant>пенициллин

<variant>цефалоспорин

<variant>макролид

<variant>тетрациклин

<question>Нефротикалық синдромын анықтауда ең информативті көрсеткіш:

<variant>тәуліктік протеинурия деңгейі

<variant>шумақ фильтрациясының мөлшері

<variant>қан сарысуындағы креатинин деңгейі

<variant>қан сарысуындағы холестерин деңгейі

<variant>өзекшелік реабсорбция мөлшері

<question>35 жасар науқас С., бел тұсы аймағының ауырсынуына, жиі несеп бөлінуіне шағым айтады. 4 жыл бұрын босанғаннан кейін бел тұсындағы ауырсыну, қызба, дизурия, мазалаған.

Объективті: Дене температурасы – 37,30С. Қағу симптомы екі жағынан да оң мәнді. Қанда: ЭТЖ – 25 мм/сағ, лейкоциттер - 7,0х10⁹/л. Зәр анализі: мен. салм. – 1010, белок – 0,24 г/л, лейкоциттер – 50-70 к.а., эритроциттер – өзгермеген және өзгерген 3-5 к.а. Нечипоренко сынамасы: эритроциттер – 1050, лейкоциттер – 25500. Ең ықтимал диагноз:

<variant>созылмалы пиелонефрит

<variant>гломерулонефрит

<variant>бүйрек амилоидозы

<variant>бүйрек поликистозы

<variant>бүйрек рагі

<question>25 жасар науқас Ж., салқын тигеннен кейін жедел ісіну, асцит белгілері, сирек зәр бөлу, тәбетінің төмендеуі, әлсіздік пайда болған. АҚҚ – 120/80 мм.с.б.б. Қанда: Нв – 110 г/л, ТК – 0,9, лейкоциттер – 15,5х10⁹/л, ЭТЖ – 60 мм/сағ. Зәрде: м.с. – 1026, белок – 5,6 г/л, лейкоциттер – 1-2 к.а. Жалпы белок – 4,0 г/л. Ықтимал диагноз:

<variant>жедел гломерулонефрит

<variant>нефротикалық синдромы

<variant>нефриттік синдромы

<variant>пиелонефрит

<variant>пиелит

<question>20 жасар науқас Г., теңізде демалғаннан кейін бетінің, мұрын үстінің, «декольте»

QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің12беті

тұсының қызаруы, қызба пайда болған. Кейін ұсақ буындардың ауырғандығы, беті мен аяқтарында, бел аймағында ісіну пайда болған. Қанда: Нв – 65 г/л, эритроциттер – 2,5х10¹²/л, лейкоциттер – 3,0х10⁹/л, тромбоциттер – 128х10⁶/л, ЭТЖ – 48 мм/сағ. Зәрде: белок – 3,5 г/л, лейкоциттер – 10-15 к.а. Клиникалық хаттамаға бойынша еміне ең тиімдісін қосу керек:

- <variant>глюкокортикоидтарды
- <variant>антибиотиктерді
- <variant>уросептиктерді
- <variant>диуретиктерді
- <variant>метаболиктерді

<question>35 жасар науқас А., бел аймағының ауруына, дене температурасының 38,5С дейін көтерілуіне, жиі несеп бөлінуіне шағым айтады. Объективті: екі жақта да қағу симптомның он мәнді болуы анықталады. Қанда: ЭТЖ – 40 мм/сағ. Зәрде: лейкоциттер – 20-25 к.а., эритроциттер – 1-2 к.а., белок – 1 г/л, бактериялар ++++. Клиникалық хаттамаға бойынша еміне ең тиімдісін қосу керек:

- <variant>антибиотиктерді
- <variant>антиагреганттары
- <variant>қабынуға қарсы стероидты емес препараттарды
- <variant>глюкокортикостероидтарды
- <variant>цитостатиктерді

<question>Созылмалы бүйрек шамасыздығында қанда қандай көрсеткіш жоғарылағанда гемодиализді қолдану ең тиімді:

- <variant>креатинин 1,2 ммоль/л-ден жоғары болғанда
- <variant>мочевина 10 ммоль/л-ден жоғары болғанда
- <variant>қалдық азот 30 ммоль/л-ден жоғары болғанда
- <variant>калий 6 ммоль/л-ден жоғары болғанда
- <variant>натрий 160 ммоль/л-ден жоғары болғанда

<question>39 жасар науқас Б., ауруханаға ауқымды ісінуге, шөлдеуге, бас ауруына, тыныш күйдегі еңтікпеге шағым айтып түсті. Науқас 10 күн бұрын баспамен ауырған. Объективті: Беті мен бел тұсында, аяқтарында ауқымды ісіктер. АҚҚ – 180/100 мм.с.б.б. ЖЗА: м.с. – 1026, белок – 4,5 г/л, лейкоциттер – 10-15 к.а. Эритроциттер өзгерген және өзгермеген 3-5 к.а, гиалин цилиндрлер 3-4 к.а. Тәуліктік диурез – 300 мл. Болжам диагноз:

- <variant>жедел гломерулонефрит
- <variant>жедел пиелонефрит
- <variant>жедел пиелит
- <variant>зәр тас ауруы
- <variant>созылмалы гломерулонефрит

<question>26 жастағы Г, науқас баспамен ауырған. 2 аптадан кейін қабағы ісінгенін, әлсіздік, жұмысқа қабілетінің төмендегенін байқаған. 1,5 айдан соң беті, бел аймағы, жыныс ағзалары ісінген. Зәр анализінде: сал.тығ. 1025, белок 3г/л, эр 15-20 к.а. гиал цилиндрлер бірең сараң. Сіздің болжам диагнозыңыз:

- <variant>гломерулонефрит
- <variant>созылмалы гломерулонефриттің өршуі
- <variant>созылмалы пиелонефриттің өршуі
- <variant>зәр тас ауруы
- <variant>бүйрек амилоидозы

<question>32 жастағы науқас О., бел аймағындағы ауру сезіміне, жиі ауру сезімді зәр шығаруға, дене температурасының 39 градусқа көтерілуіне, қалтырауға шағымданып келді. Ауырғанына 1

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің13беті

апта болған. Объективті АҚ 180/80 мм.с.б.б. Пульс 100 рет мин. Оң жақта ұрғылау симптомы оң. Қанда лейкоцит 10,2, СОЭ 32, ЖЗА: бұлыңғыр, сал.тығ. 0,026, лейкоцит барлық к.а. Клиникалық диагноз:

<variant>оң жақты интерстициалды пиелонефрит

<variant>жедел цистит

<variant>зәр тас ауруы

<variant>созылмалы пиелонефрит

<variant>созылмалы простатит

<question>59 жасар науқас Б., бір ай шамасында 380С – қа дейін қызба, ауырсынусыз макрогематурия пайда болған. Антибиотиктермен емделген, нәтижесіз. АҚҚ – 150/90 мм.с.б.б.

Қанда: Нв – 160 г/л, ЭТЖ – 57 мм/сағ. Ең ықтимал диагноз:

<variant>бүйрек обыры

<variant>созылмалы гломерулонефрит

<variant>тынжытас ауруы

<variant>созылмалы пиелонефрит, өршу фазасы

<variant>бүйрек туберкулезы

<question>Бехтерев ауруының диагностикалық критерийі:

<variant>антиген HLA B 27

<variant>ревматоидты фактор 1:32

<variant>LE-жасушалар

<variant>антинуклеарлы антиденелер

<variant>гиперурикемия

<question>СБШ-ның терминальді сатысында дамиды:

<variant>гиперкалиемия

<variant>гипермагниемия

<variant>гипокалиемия

<variant>гипернатриемия

<variant>гиперхлоремия

<question>47 жастағы науқас З, бел аймағындағы ауыруына, ауыру сезімінің аталық безге, санға таралуына, жиі ауру сезімімен зәр шығаруына шағымданады. Объективті: пульс100 рет мин, АҚ 150/100 мм.с.б.б. Оң жақта ұрғылау симптомы оң. ЖҚА эр 3,8, лейкоц 5,6, СОЭ 8. ЖЗА сал тығ 1018, эр жаңа көп мөлшерде. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>зәр-тас ауруы

<variant>жедел гломерулонефрит

<variant>жедел пиелонефрит

<variant>созылмалы простатит

<variant>люпус-нефрит

<question>40 жастағы науқас С., әйел шап аймағына берілетін бел тұсындағы ауырсынуға; зәр шығарғанда ашуға, жүрек айнуына, құсуға шағымданады. Қанда: лейкоц-8,6 мың, ЭТЖ-24 мм/сағ, мочевина-9,2 ммоль/л, креатинин-0,120 ммоль/л. Зәр анализі: сал.тығ.-1018, лейкоц. - 5-6 көру аймағында, эр.-20-25 көру аймағында, оксалаттар ++, фосфаттар ++. Неғұрлым тиімді тағайындау:

<variant>антибиотиктер

<variant>уросептиктер

<variant>спазмолитиктер

<variant>қабынуға қарсы препараттар

<variant>глюкокортикостероидтар

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің14беті

<question>Асимметриялы зақымдану, бүйрек тостағанша мен түбекшесінің және несепардың жоғарғы 1/3 бөлігінің кеңеюі мынаған барынша тән :

- <variant>пиелонефритке
- <variant>бүйрек амилоидозына
- <variant>бүйрек туберкулезіне
- <variant>гломерулонефритке
- <variant>бүйрек-тас ауруына

<question>С. атты 26 жастағы науқас баспамен ауырған. 2 апта өткеннен кейін қабағының ісінуі, әлсіздік, жұмысқа қабілеттілігінің төмендеуі, ал 1 ай өткеннен кейін бел және жыныс ағзалары аймағындағы ісінулер пайда болған. Зәр анализі: салыстырмалы тығыздығы - 1021, белок - 4,0 г/л, эритроциттер - 15-20 к/а, препаратта гиалинді цилиндрлер анықталды. Мүмкін диагноз:

- <variant>стрептококктан кейінгі жедел гломерулонефрит
- <variant>бүйрек амилоидозы
- <variant>зәр-тас ауруы
- <variant>пиелонефрит
- <variant>гломерулонефрит

<question>В. атты 42 жастағы науқаста созылмалы гломерулонефрит, АҚ - 200/120 мм. с.б.б, кабақтардың шамалы ісінуі, креатинин - 0,670 ммоль/л, мочевина - 6,1 ммоль/л. Ең тиімді әдісі:

- <variant>гемодиализ
- <variant>антибактериальды терапия
- <variant>преднизолонмен пульс-терапия
- <variant>цитостатиктер
- <variant>бүйрек трансплантациясы

<question>Науқас А, 45 жаста, көп жылдан бері соз.гломерулонефритпен ауырады, ШФЖ Кокрофт-Голт бойынша 47 мл/мин. Созылмалы бүйрек ауруларының сатың және емдеу тәсілін таңдаңыз :

- <variant>3 сат, асқынуларды тауып емдеу
- <variant>2 сат, өршу жылдамдығын бағалау
- <variant>1 сат, негізгі аурудың диагностикасы мен емі
- <variant>4 сат, ауыстыру терапиясына дайындау
- <variant>5 сат, бүйректі ауыстыру терапиясы

<question>Науқас Н., 32 жаста, баспамен ауырған. 2аптадан кейін қабақ ісінуі, әлсіздік, жұмысқа қабілеттіліктің төмендеген, ал 1 айдан соң – бел аймағының, жыныс мүшелері ісінген. Зәр анализі: сал тығ-1021, ақуыз-4,0 г/л, эр-15-20 көру алаңында, препаратта гиалинді цилиндрлер. Клиникалық хаттамаға бойынша неғұрлым тиімді тағайындау:

- <variant>глюкокортикоидтар
- <variant>антиагреганттар
- <variant>антикоагулянттар
- <variant>иммуномодуляторлар
- <variant>антибиотиктер

<question>Науқас П., 28 жаста созылмалы гломерулонефрит фонындағы 1 жыл бұрын дамыған нефротикалық синдром.Кезіндегі таңдау препараты:

- <variant>преднизолон
- <variant>делагил
- <variant>фуросемид
- <variant>индометацин
- <variant>азатиоприн

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің15беті

<question>Наукас С, 35 жаста массивті ісіну фонында келесі лабораторлық өзгерістер анықталды: анемия, гиперхолестеринемия, массивті протеинурия. Ең ықтималды диагноз:

<variant>созылмалы гломерулонефрит

<variant>жедел пиелонефрит

<variant>жедел пиелонефрит

<variant>гломерулонефрит

<variant>дәрілік нефропатия

<question>Наукас З., 1975ж, бел аймағындағы ауыру сезіміне, дене қызуының 37,6 жоғарылауына, жиі зәр шығаруға шағымданады. Объективті: жалпы жағдайы орташа ауырлықта. Қабақтардағы ісіну. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты. АҚ 130/80 мм.с.б.б. пульс 80 рет мин. ЖҚА эр 3,5, НБ 130г/л, Лейк 12, СОЭ 20 мм сағ, ЖЗА сал.тығ 1012, белок 0,066, Лейк 25-30к.а., эпителий 6-8, бактериурия. Бүйрек УДЗ: созылмалы пиелонефриттің белгілері. Екі бүйректе майда конкременттер анықталады. Антибиотикотерапияны тағайындау үшін зерттеу әдісі:

<variant>зәрді бак. егу және антибиотикке сезімталдығын анықтау

<variant>қанды бак. егу

<variant>қандағы креатинин деңгейін анықтау

<variant>тәуліктік белок жоғалтуын анықтау

<variant>Реберг Тареев сынамаcы

<question>Наукас Г., 32 жаста бел аймағындағы тартып ауыру сезіміне, беттің және аяқтың ісінуіне, дене температурасының 38 жоғарылауына шағымданады. Баспамен ауырғаннан соң 2 аптадан кейін жедел дамыған. Объективті: жалпы жағдайы орташа ауырлықта. Бетте, аяқ колда консистенциясы қамыр тәрізді ісінулер, ұстағанда жылы. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты. АҚ 170/120 мм.с.б.б. ЖҚА эр 3, НБ 96г/л, Лейк 3, тромбоцит 180, СОЭ 45 мм сағ, ЖЗА сал.тығ 1020, белок 3,1, Лейк 8-10к.а., гиал цилиндр 12. БҚА: Креатинин 105, мочевина 8, гамма глобулин 25%, СРБ++ . Клиникалық хаттамаға бойынша неғұрлым тиімді тағайындау:

<variant>глюкокортикоиды +антиагрегант+антикоагулянт

<variant>диуретик+антибиотик

<variant>уросептик+спазмолитик

<variant>метаболик+диуретик

<variant>антибиотик +антиагрегант+антикоагулянт

<question>Созылмалы пиелонефриттің маңызды диагностикалық критерийлері:

<variant>лейкоцитурия+бактериурия

<variant>жоғары протеинурия

<variant>оксалатурия

<variant>цилиндрурия

<variant>эритроцитурия+цилиндрурия

<question>Наукас Ж. 26 жаста баспадан кейін екі аптадан соң кенеттен зәрiнiң төмендеуiне,беттегi, кол мен аяқтағы iсiнуге шағымданды.АД 170/110 мм.сбб ЖЗА;сал тығ 1020,белок 0.99,лей 8-10, эрит 12-14, цилиндр10-12 .Болжам диагноз;

<variant>жедел гломерулонефрит

<variant>тубулоинтерстициальды нефрит

<variant>апостематозды нефрит

<variant>созылмалы гломерулонефрит

<variant>бүйрек амилоидозы

<question>Жүкті әйел У., 30 жаста Жүктілік 25-26 апта. Бел аймағындағы ауырлық сезіміне.Жиі зәр шығаруға шағымданады.ЖҚА;НВ-112,СОЭ-25, ЖЗА: сал тығ 1012,белок 0.066, лейкоцит-15-16, бактериурия ++. Инфекцияның ену жолы:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің16беті

<variant>уриногенді

<variant>гемотогенді

<variant>контагиозды

<variant>лимфогенді

<variant>аралас

<question>Наукас Н., 65жаста қабылдау бөліміне жүрек айну,кұсу,айқын әлсіздік, ұйқышылдық, тері қышуы, диурез төмендеуі. Анамнез; КӨп жылдан бері созылмалы пиелонефритпен ауырады. Жиі асқынуден көрінеді.Сонғы 6 айда жоғарыда көрсетілген симптомдар байқалған.Объективті: Жалпы жағдайы ауыр.Тері жабындысы сарғаю белгілерімен бозғылт түсті, құрғақ, тырналған іздер көрінеді. Бет аймағында ісіну бар. ЖҚА; эрит 2,5х10¹²,НВ-75, СОЭ-8,9х10,³- 15.БАК;креатинин-117мкмоль/л,мочевина-10,5ммоль/л,жалпы белок-65г/л,кальций-2,5 ммоль/л,натрий-160 ммоль/л. СБЖ дәрежесін анықтау үшін негізгі анықтама:

<variant>шумакты фильтрация жылдамдығы

<variant>қалдық азот

<variant>қандағы калий мөлшері

<variant>тәуліктік протеинурия

<variant>қандағы натрий мөлшері

<question>Созылмалы бүйрек жетіспеушілігіне қандай ерте белгі тән

<variant>никтурия

<variant>поллакиурия

<variant>анурия

<variant>олигоурия

<variant>дизурия

<question>Наукас П., 57 жаста, анамнезінде ұзақ уақыттан бері подаграмен ауырады. Соңғы бір ай көлемінде аяқтарында ісіктер, әлсіздік, шаршағыштық, бас ауыруы пайда болған. Объективті: дене қалпы орташа, терісі бозарған, сарғыш реңкілі. Беті ісіңкі; сирақтары және аяқ басы ісінген. Қанында: лейкоц-7,5х10⁹/л, ЭТЖ-25 мм/сағ., зәр қышқылы-0,570 ммоль/л, креатинин-0,270 ммоль/л, мочевиная-20 ммоль/л. Зәр анализінде: салыстырмалы тығыздық -1009, белок-0,55 г/л, гиалинді цилиндрлер -5-7 көру алаңында. Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің себебі:

<variant>подагралық нефропатия

<variant>бүйрек амилоидозы

<variant>зәр тас ауруы

<variant>созылмалы гломерулонефрит

<variant>созылмалы пиелонефриттің өршуі

<question>28 жаста әйел адам, 17-18 апталық жүктілікпен әйелдер кенесіне есепке тіркелді.

Объективті тексеруде аяқтарында ісік анықталды.АҚ 160/90 мм.с.б.ЖЗА: тығ – 1,012, белок – 1,066г/л, лейкоцит 4-5 көру айм, лейкограмма – 40% лимфоцит. Зимницкий сынаамасы: тығ өзереуіа -0,007. ЭКГ –сол жак карынша гипертрофиясы көріністері. Қанда креатинин 100 мкмол/л.Кезекті тексеру әдісі:

<variant>бүйрек УЗИ

<variant>бүйрек КТ

<variant>бүйрек биопсиясы

<variant>бүйрек Ангиографиясы

<variant>экскреторлы урография

<question>Наукас 59 жаста бір ай көлемінде 38 С қызбамен ауру сезімінсіз макрогематурия пайда болды. Антибиотиктермен жүргізілген ем нәтежиесіз. АҚ – 150/90 мм.с.б. ЖҚА: Нв – 160 г/л, СОЭ – 57 мм/сағ. Кезекті тексеру әдісі:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің17беті

<variant>бүйрек УЗИ

<variant>бүйрек КТ

<variant>бүйрек биопсиясы

<variant>бүйрек Ангиографиясы

<variant>экскреторлы урография

<question>Наукас А 40 жаста. Бел аймағында ауру сезімі мен зәр бөлу кезеңіндегі жиі ауру сезіміне, температурасының 39 гр көтерілуіне, қалтырауға шағымданып келді. Объективті: АҚ - 120/80 мм..с.б Пульс-100 мин. Оң жакты ұрғылау симптомы оң нәтежиелі. ЖҚА: лейкоц-10,2 мың., СОЭ-32 мм/сағ. ЖЗА: бұлыңғыр, тығ-1018, белок-0,026 г/л, лейко-көру алаңын толық қамтыған. Қажетті тексеру әдісі:

<variant>антибиотиктерге сезімталдықты анықтау үшін зәрді бак.егу

<variant>компьютерная томография

<variant>Бенс-Джонс акуыздарын анықтау

<variant>иммунологиялық тексеру

<variant>бүйрек пункциялық биопсиясы

<question>Наукас У 50 жаста. Оң жакты бел аймағындағы ауру сезіміне, оның ұма және бел аймағына иррадиясына шағымданады. Жиі ауру сезімімен зәр бөліну болады. Объективті: пульс 100рет мин, АҚ-150/ 110 мм.с.б . ұрғылау симптомы оң нәтежиелі. ЖҚА: эр-3,8 млн., лейко-5,6 тыс., СОЭ - 8 мм/сағ. ЖЗА: тығ-1018, эр.-көп мөлшерде. Кезекті тексеру әдісі:

<variant>бүйрек УЗИ

<variant>бүйрек КТ

<variant>бүйрек биопсиясы

<variant>бүйрек Ангиографиясы

<variant>экскреторлы урография

<question>Наукас, әйел 25 жаста. Суық тиюден сон кенет басталған айқын ісінулер, сирек аз мөлшерлі зәр бөлу, асцит, тәбет төмендеуі, әлсіздікке шағымданады. АҚ – 120/80 мм . с.б. ЖҚА: Нв – 110 г/л, ЦП – 0,9, лейкоцит – 15,5x10⁹/л, СОЭ – 60 мм/сағ. ЖЗА: тығ – 1026, белок – 5,6 г/л, лейкоцит – 1-2 көру алаңында, жалпы белок – 40 г/л. Нефротикалық синдромды анықтауда ең тиімді акпаратты көрсеткіш:

<variant>протеинурия жоғарылауы

<variant>шумакты фильтрация жоғарылауы

<variant>қан сарысуындағы креатинина мөлшері

<variant>қан сарысуындағы холестерина мөлшері

<variant>түтікше реабсорбциясы жоғарылауы

<question>50 жастағы ер адам, жалпы тәжірибелік дәрігерге барлық денесінде ісіну пайда болуына шағымданып қаралды. 5 жыл бойы оң сирақ аймағында жыланкөз мазалайды, екі жылдай ісіну байқалады. АҚҚ жоғарыламаған. Қан анализінде гемоглобин 45 г/л, зәр анализінде – салыстырмалы салмағы 1015, белок 10 г/л, зәр тұнбасында көп мөлшерде гиалинді және дәнді цилиндрлер анықталды. Мочевина, креатинин қалыпты деңгейде. Зимницкий сынамасы ауытқусыз. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>екіншілік бүйрек амилоидозы

<variant>созылмалы гломерулонефрит

<variant>созылмалы пиелонефрит

<variant>жіті пиелонефрит

<variant>біріншілік бүйрек амилоидозы

<question>Жүрек және бүйрек ісіктері кезіндегі жүргізілетін терапияның жалпы емдеу принциптеріне ... жатады.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің18беті

<variant>бүйрек перфузиясын жақсаруы

<variant>жүрек лақтырысын төмендеуі

<variant>осмотикалық диуретиктерді қолдану

<variant>біріншілік гиперальдостеронизмді қолдануы

<variant>қандағы плазманың онкотикалық қысымын жоғарлауы

<question>Гломерулонефриттің салыстырмалы диагностикасы үшін тиімді зерттеу әдісі ... болып табылады.

<variant>бүйректің пункциялық биопсиясы

<variant>экскреторлы урография

<variant>радиоизотопты зерттеу

<variant>клиникалық- лабораторлық зерттеу

<variant>бүйректің компьютерлі томографиясы

<question>Наукас А., 35 жаста, кіші дәретке отырғанда күдіріп ауырсынуға, белінің оң жағынан ауырсынуға және қызбаға шағымданады. Жалпы зәр анализінде – салмағы – 1024, ақуыз – іздері анықталады, лейкоцит 100-ге дейін көру алаңында, эритроцит – 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>Наукас М., 57 жаста, ішкі органдардың келесі өзгерістері анықталды: бүйрек өлшемдерінің ұлғаюы, шамалы гепатомегалия мен спленомегалия, ащы ішектерде сіңірудің бұзылыстары. Зәр анализінде өте жоғары протеинурия – 20 г/л дейін. Бұл өзгерістер ... тән.

<variant>бүйрек амилоидозына

<variant>созылмалы пиелонефритке

<variant>созылмалы гломерулонефритке

<variant>жедел гломерулонефритке

<variant>диабеттік нефропатияға

<question>Наукас әйел Д., 27 жаста келесі шағымдармен: беті мен аяқтарының ісінуі, бел тұсындағы ауырсыну, дене қызуы 38 С көтерілуі, қол буындарының ауырсынуымен қаралды. Жазда курортта демалғаннан кейін бірінші рет бетінде, ұртында, мұрын үстінде қызару пайда болған, қызба және шаш түсу. Қан анализінде: Нв–81г/л, Эр.– $2,8 \times 10^{12}/л$; Лейк.- $3,6 \times 10^9/л$; Э–8%; ЭТЖ– 40 мм/сағ; СРБ (+++), гамма-глобулин-25%. Зәр анализінде: ақуыз – 3,1 г/л, лейкоцит–10 к/а, эр. –25 к/а, гиалинды цилиндрлер – 10 к/а. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>қызыл жегілік нефрит

<variant>жедел гломерулонефрит

<variant>подагралық нефропатия

<variant>жедел пиелонефрит

<variant>созылмалы гломерулонефрит

<question>Наукас әйел И., 48 жаста ОДА дәрігеріне келесі шағымдармен келді: бас ауруы, аяқтарының ісінуі, жүргенде елтігу, әлсіздік, тәбетінің төмендеуі. Бүйрек ауруымен 10 жылдан ауырады. Жалпы қан анализінде: Нв–96 г/л; Эр.– $2,8 \times 10^{12}/л$; Лейк.- $8,8 \times 10^9/л$; ЭТЖ–35 мм/сағ. Мочевина – 16 ммоль/л, креатинин – 0,250 ммоль/л. Жалпы зәр анализінде: тығыздығы – 1005; ақуыз–4,5 г/л; лейкоцит – 6-10 к/а; эр.– 20- 25 к/а; гиалинді цилиндр - 2-3 к/а. Клиникалық диагнозды нақтылау үшін ... қажет.

<variant>шумактық фильтрацияны анықтау

ONȚÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің196беті

<variant>зәрді микобактерия туберкулезіне себу

<variant>Бенс-Джонс ақуызын анықтау

<variant>зәрді бактериологиялық зерттеу

<variant>Нечипоренко сынаамасын жасау

<question>Қан сарысуындағы деңгейі созылмалы бүйрек жетіспеушілігі дәрежесін ең нақты көрсетеді.

<variant>креатинин

<variant>мочевина

<variant>қалдық азот

<variant>калий

<variant>несеп қышқылы

<question>Созылмалы пиелонефриттің жеңіл өршу кезеңінде уақытша еңбекке жарамсыздық мерзімін құрайды.

<variant>7 - 15 күн

<variant>6 күн

<variant>30 күн

<variant>20-25 күн

<variant>2 ай

<question>Бұрын өкпе туберкулезі себебінен ем қабылдаған 30 жастағы науқаста ісінулер мен тәулігіне 2,5г дейін протеинурия байқалады. Науқаста болуы мүмкін.

<variant>екіншілік амилоидоз

<variant>созылмалы пиелонефрит

<variant>бүйрек туберкулезі

<variant>созылмалы гломерулонефрит

<variant>интерстициальды нефрит

<question>22 жастағы науқас әйел, жалпы тәжірибе дәрігерін үйіне шақырды. Дене қызуы 38 градусқа көтерілген, қалтырау, әлсіздік, дел салдық, тәбетінің төмендеуі, бас ауруы кинайды. Өзін бір апта бойы ауру санайды, қызу түсіретін дәрі ішкен. Жиі зәр шығарады, оң белі ауырады. Ауруын салқынның өтуімен байланыстырады. Науқастың диагнозы:

<variant>жедел пиелонефрит

<variant>пневмония

<variant>жедел эндометрит

<variant>жедел цистит

<variant>жедел холецистит

<question>Екі күн бұрын баспамен ауырған науқаста дизурия, бел аймағында ауырсыну, субфебрилитет, лейкоцитоурия, бактериурия байқалады. Болжам диагноз:

<variant>созылмалы пиелонефриттің өршуі

<variant>созылмалы гломерулонефриттің өршуі

<variant>диэнцефальды синдром

<variant>гипертониялық ауру

<variant>бүйрек үсті безінің ісігі

<question>27 жастағы ер адам кенеттен эпигастрийде және оң жақ гипогастрияда ауырсынуды сезді. Бірнеше сағаттан кейін ауырсыну басылды. Объективті: тілі құрғақ, іші тартылған, іш қабырғасының бұлшықеттері шиеленіскен. АҚ 90/60 мм с.б. Арт., Пульс 120 соққы / мин. Болжам диагнозы:

<variant>асқазан жарасы, жараның перфорациясы 12 соққы

<variant>созылмалы гастрит

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің20беті

<variant>билиарлы дискинезия

<variant>іштің қолқа аневризмасының жарылуы

<variant>жедел ішек өтімсіздігі

<question>46 жастағы науқас отбасылық дәрігерге барады, қышқылдықтың мезгіл-мезгіл құсуына, тамақ ішкеннен кейін қыжылдауына, эпигастрийдегі ыңғайсыздыққа, іштің кебуіне шағымданады. Пальпация кезінде эпигастрий аймағында ауырсыну анықталды. Бірінші кезекте пациентпен жүргізілуі керек зерттеу:

<variant>фиброгастроуденоскопия

<variant>нәжісті жасырын қан сынағы

<variant>барий контрастты флюороскопия

<variant>ультрадыбыстық зерттеу

<variant>асқазан сөлін зерттеу

<question>Асқазанда ойық жара локализацияланған асқазан жарасы ауруымен ауыратын науқас ұзақ уақыт бойы әлсіздікке, жүрек айнуға, төбеттің төмендеуіне, эпигастрий аймағында үнемі ауырсынуға, салмақ жоғалтуға шағымданды. Бұл жағдайда асқазан жарасының келесі асқынуы туралы ойлауға болады

<variant>көтерілі жаралар

<variant>асқазанның шығуы стенозы

<variant>жараның енуі

<variant>жараның перфорациясы

<variant>ойық жарадан микро қан кету

<question>Науқас іштің жоғарғы бөлігіндегі ауырсынуға, майлы және ащы тағамдарды қабылдағаннан кейін күшейетін белдеу сипатына және жеңілдік әкелмейтін қайталама құсуға шағымданады. Пальпация кезінде сол жақ қабырға-омыртқа бұрышында ауырсыну, сондай-ақ бұл аймақты алақанның шетінен ұрғанда ауырсыну пайда болады (құйрық симптомы). Сіздің алдын-ала диагнозыңыз:

<variant>созылмалы панкреатит

<variant>созылмалы емес холецистит

<variant>созылмалы калькулезді холецистит

<variant>созылмалы белсенді гепатит

<variant>созылмалы аутоиммунды гепатит

<question>32 жастағы науқас тамақтанғаннан кейін 3-4 сағаттан кейін қатты эпигастрийдегі ауырсынуға шағымданады, көбінесе «аш» және түнде, тамақ ішкеннен кейін тынышталады, тұрақты күйдіргі, қышқыл күйдіргіш, жиі қышқыл құсу, жеңілдік, іш қату. Объективті: оң жақта эпигастрийде перкуссия және пальпация ауырсынуы. Нәжістің жасырын қан сынағы оң. Сіздің болжамды диагнозыңыз:

<variant>он екі елі ішектің шам жарасы

<variant>асқазанның үлкен қисаюының жарасы

<variant>асқазан асты асқазан жарасы

<variant>гастроэзофагеальді рефлюкс ауруы

<variant>пилориялық стеноз

<question>Науқас, 29 жаста, жалпы тәжірибедегі дәрігерге бүгін таңертең кенеттен пайда болған жүрек айнуына, құсуға шағымданып жүгінді. Науқастан қараған кезде тілі құрғақ, қапталған, температурасы 37,70С, пальпация кезінде іштің ауыруы және іштің алдыңғы қабырғасының бұлшықеттерінің диффузиялық кернеуі анықталады. АҚ 100/70 мм с.б. Жүрек соғысы 97 мин / айн. Медициналық тактика қамтамасыз етеді.

<variant>хирургиялық бөлімге жедел жеткізу

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		79/ 11
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		(2025-2026) 100 беттің21беті

<variant>антисептикалық және жаропонижающие препараттарды тағайындау

<variant>алғашқы медициналық көмек кезіндегі науқастың жағдайын мұқият тексеру және бақылау

<variant>үйде қадағалау, суықты, аштықты және тынығуды қамтамасыз ету, қатты ауырған кезде анальгетик тағайындайды

<variant>тұрақтандыруға дейін реополиглюкинді көктамыр ішіне тамшылату

<question>40 жастағы ер адамда эпигастрий аймағында, қоршаған табиғатта ұзақ уақыт ауырады, артқы жағына сәуле шашады және дұрыс гипохондриядағы қанықтылық сезімі бар.

Ультрадыбыстық зерттеу: ұйқы безінің өзгеруі және созылмалы холецистит белгілері. Бұл патологияның ең ақпараттық зертханалық индикаторы:

<variant>қандағы және зәрдегі амилаза деңгейі

<variant>лейкоцитоз

<variant>қан трансаминазаларының деңгейі

<variant>гипергликемия

<variant>қандағы сілтілі фосфатаза деңгейі

<question>48 жастағы науқас жалпы тәжірибе дәрігеріне эпигастрий аймағындағы ауру сезіміне, сол жақ гипохондрияны сәулелендіруге, жүрек айну мен жеңілдетусіз қайталанған құсуға, мол жақпа нәжісіне шағымданып жүгінді. Анамнезінен: жоғарыда аталған белгілер ертерек пайда болған, майлы тағамдар мен алкогольді қабылдаумен байланысты. Объективті: аз тамақтану, оң белгілері: «френикус-симптом» сол жақта, Мейо-Робсон. Ең ықтимал диагнозды таңдаңыз:

<variant>созылмалы панкреатит, өршу

<variant>асқазан жарасы 12 он екі елі ішектің ойық жарасы, өршу

<variant>асқазанның пилорикалық жарасы

<variant>абдоминальды қолқа аневризмасы

<variant>созылмалы жаралы емес колит

<question>51 жастағы ер адам стационарға ұзақ уақыт ауырсынуына және оң жақ гипохондриядағы қанықтылық сезіміне шағымданып түсті. Қарап тексергенде: сарғаю жоқ, Кера симптомы оң, субфебрильді температура, ЭТЖ - 30 мм / сағ. Сіздің болжамды диагнозыңыз:

<variant>созылмалы холецистит

<variant>асқазан жарасы

<variant>созылмалы гепатит

<variant>созылмалы панкреатит

<variant>созылмалы гастрит

<question>Өршу кезеңінде созылмалы гастрит диагнозымен тіркелген науқаста іштің ауруы, шіріген жұмыртқамен қыжылдау, құсу пайда болды, бір күн бұрын тамақ ішкен. Науқастың ауруы күрделене түсті .

<variant>стеноз

<variant>перфорациясы

<variant>қатерлі ісік

<variant>қан кету

<variant>ену

<question> Асқазан жарасының асқынуымен әлсіздік, жүрек айну, тәбеттің төмендеуі, эпигастрий аймағында үнемі ауырсыну, салмақ жоғалту байқалады .

<variant>қатерлі ісік

<variant>ену

<variant>жарадан микро қан кету

<variant>перфорациясы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің22беті

<variant>асқазанның шығу стенозы

<question>53 жастағы науқаста тәбеттің төмендеуіне, оң жақ гипохондридағы ауырсынуға, терінің қышуына шағымдар бар. Объективті: терінің сарғаюы, паук тамырлары, перифериялық ісіну, асцит. Анамнез: алкогольді ішу, вирусты гепатит С 15 жыл ішінде. Зертханалық мәліметтер: билирубин 50, альбумин 2,9%, протромбин уақыты 50. Сіздің болжамды диагнозыңыз:

<variant>бауырдың алкогольдік циррозы, декомпенсация, порталды гипертензия

<variant>аутоиммунды генездің циррозы

<variant>бауырдың вирустық циррозы, субкомпенсация, порталды гипертензия.

<variant>вирустық бауыр циррозы, компенсация, порталды гипертензия

<variant>бауырдың холестатикалық циррозы

<question>Уробилиногенурияның билирубинуриямен үйлесуі ... тән.

<variant>бауыр сарғаюы

<variant>субгепатикалық сарғаю

<variant>бауырдан тыс сарғаю

<variant>тоқтап тұрған бүйрек

<variant>бүйрек инфарктісі

<question>Сигмоидоскопия кезінде ішек диспепсиясының белгілері бар 28 жастағы науқас келесі суретті анықтады: шырышты қабықтың ісінуіне байланысты ішектің люмені тарылған, шырышты қабаты гиперемияланған, эрозияға ұшыраған, қан кету орындарда көрінеді, жаралар диаметрі 0,6 см-ге дейін анықталады.Дәрігердің тактикасы қамтамасыз етеді.

<variant>гастроэнтерология бөліміне жедел ауруханаға жатқызу

<variant>хирургиялық бөлімге шұғыл ауруханаға жатқызу

<variant>жұқпалы аурулар бөліміне жедел ауруханаға жатқызу

<variant>үйде фуразолидонды 0,1 г 4 р / тәулік тағайындаумен 5-10 күн бойы бақылау.

<variant>микроклистерді тағайындай отырып, күндізгі стационарда жедел ауруханаға жатқызу

<question>Асқазан диспепсиясының жара тәрізді нұсқасының ең тән белгісі:

<variant>аштық пен түнгі ауырсынулар

<variant>күйдіргі

<variant>жүрек айнуы

<variant>ерте қанықтылықты сезіну

<variant>тамақтанғаннан кейін эпигастрийде қанықтылық сезімі

<question>Сарғаюмен ауыратын науқастың қанда билирубиннің жанама фракцияға байланысты жоғарылауы, уробилиногеннің шамалы өсуі байқалады. Сарғаюдың табиғаты туралы қорытынды жасаңыз

<variant>бауырдан тыс сарғаю

<variant>бауыр сарғаюы

<variant>субгепатикалық сарғаю

<variant>холестатикалық сарғаю

<variant>обструктивті сарғаю

<question>Қабылдауда 19 жастағы ер адам оң жақ гипохондридағы ауырлық сезіміне, жалпы әлсіздікке, салмақ жоғалтуға, буындардың ауырсынуына шағымданады. Ол нашарлаудың нақты уақытын көрсете алмайды. Объективті: терісі иктериялық, жалғыз телангиэктазиялар. Шынтақ буындарының ішкі бетінде инъекция белгілері бар. Бауыр қабырға доғасының астынан 2,5 см алға шығады, көкбауыр пальпацияланбайды. Биохимиялық қан анализі: жалпы билирубин - 32,6 мкмоль / л, тимол сынағы - 7,2 бірлік. ИФА: Австралиялық антиген анықталды. Сіздің болжамды диагнозыңыз:

<variant>созылмалы гепатит

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің23беті

<variant>аутоиммунды гепатит

<variant>билиарлы цирроз

<variant>Коновалов ауруы

<variant>Гилберт ауруы

<question>Бауырішілік холестаздың индикаторларына мыналар жатады:

<variant>сілтілі фосфатаза белсенділігінің жоғарылауы

<variant>протромбин концентрациясының жоғарылауы

<variant>аминотрансфераза белсенділігінің жоғарылауы

<variant>ЛДГ белсенділігінің жоғарылауы

<variant>ЭТЖ жоғарылаған

<question>Бауырлық сарғаюдың негізгі себебін таңдаңыз

<variant>бауырішілік холестаз

<variant>бауырдан тыс холестаз

<variant>бауырлық-клеткалық жеткіліксіздік

<variant>глюкуронилтрансфераза шектен тыс көбеюі

<variant>өзекішілік холестаз

<question>Сарғаюмен науқастың қан анализінде екі фракциясы арқылы гипербилирубинемия, АЛТ, АСТ, несепте билирубин және уробилин жоғарылауы анықталды. Сарғаюдың сипаты бойынша тұжырым жасаңыз

<variant>бауырлық сарғаю

<variant>бауырға үсті сарғаю

<variant>бауыр астыңғы сарғаю

<variant>холестатикалық сарғаю

<variant>механикалық сарғаю

<question>Дене қызуымен, бадамша бездерінде көп жамылғы бар ауыр баспамен ауырған науқаста лимфа түйіндері ұлғаюы, гепатоспленомегалия, сарғаю байқалған. Болжам диагноз қойыңыз

<variant>инфекциялық моноклеоз

<variant>лептоспироз

<variant>иерсиниоз

<variant>сары қызба

<variant>описторхоз

<question>Біріншілік бауыр рагін болжағанда жүргізілетін зерттеуді таңдаңыз

<variant>альфа-фетопротеинді анықтау

<variant>бауыр биопсиясы

<variant>бауырды УДЗ

<variant>радиоизотопты сканирлеу

<variant>бауыр КТ-сы

<question>Сарғаюмен науқасқа эндоскопиялық ретроградты холангиография жүргізгенде өт ағындыларының тарылуы және суреті жоғалуы, контрасты заттың өтуі бұзылуы анықталған. Сіздің диагнозыңыз

<variant>біріншілік склерозделген холангит

<variant>біріншілік билиарлы бауыр циррозы

<variant>өттас ауруы

<variant>ұйқы безінің рагі

<variant>созылмалы гепатит

<question>Науқас 65 жаста, сарғаю, қатты арықтау, эпигастрий аймағының ауырсынуы, жүрек айну мен құсу байқалады. Қан анализінде ауыр дәрежелі анемия, ЭТЖ 60 мм/сағ. Байланысқан

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің24беті

фракциясының көптігінен гипербилирубинемия. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>ұйқы безі басының ісігі

<variant>пак-бауыр циррозы

<variant>созылмалы гепатит холестазабен

<variant>псевдотуморозды панкреатит

<variant>өт жолдарының дискинезиясы

<question>Созылмалы панкреатитте ұйқы безінің инкреторлы жетіспеушілігінің белгілері.

<variant>қан мен зәрде глюкоза деңгейі жоғарылауы

<variant>есін жиі жоғалтуы

<variant>сарғаю

<variant>бауыр ұлғаюы

<variant>креаторея, стеаторея

<question>51 жастағы ер адам ауруханаға оң жақ қабырғаастында ұзақ тартып ауырсынуға шағымданып түсті. Тексергенде: сарғаю жок, Кер симптомы оң мәнді, субфебрилді температура , ЭТЖ - 30 мм/сағ. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>созылмалы холецистит, өршуі

<variant>асқазанның ойық жара ауруы, өршуі

<variant>созылмалы гепатит, өршуі

<variant>созылмалы панкреатит, өршуі

<variant>одди сфинктерінің дисфункциясы

<question>25 ер адам оң жақ қабырға астындағы ауырлық сезіміне, аздаған сарғаюға, жалпы әлсіздікке, жүдеуге, буындағы ауырсынуға шағымданады. Анамнезінде: наркоти қолданған.

Объективті: тері жабындылары сарғыш, бірен-саран телеангиоэктазиялар бар. Бауыр ұлғайған – оң қабырға астынан 3 см шығыңқы. Көкбауыры пальпацияланбайды. Биохимиялық зерттеуде: жалпы билирубин – 34,8 мкмоль/л. Тимол байқауы – 8,6 ед. Австралиялық антиген анықталды. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>созылмалы гепатит

<variant>панкреатит

<variant>билиарлы бауыр циррозы

<variant>Коновалов ауруы

<variant>Жильбер ауруы

<question>35 жастағы наукас жалпы әлсіздікке, сарғаюға, тері қышуына, ұйқысыздыққа, апатияға, тұрақты бас ауруына, жүрек айнуына шағымданады. Анамнезінде: бір жыл бұрын қан құйылған.

Қарағанда: бауыры ұлғайған, пальпацияда ауырсынады. Көкбауырдың шеті пальпацияланады.

Тексергенде: жалпы билирубин –145,1мкмоль/л, тура 80,6мкмоль/л. Тимол байқауы –2,6 ед. АЛТ 0,85мккат/л, АСТ 0,95 мккат/л. HBsAg оң. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>созылмалы гепатит В, сарғайған түрі

<variant>жедел вирусты гепатит В, сарғаюсыз түрі

<variant>жедел вирусты гепатит В, сарғаю түрі

<variant>жедел вирусты гепатит А, сарғаю түрі

<variant>жедел вирусты гепатит А, сарғаюсыз түр

<question>54 жасар әйелде тұрақты ағымды бауыр циррозымен ауырады, жағдайы нашарлады, дірілдер, әлсіздік және санасының шатасуы дамыды, сарғаюы ұлғайды. Жағдайының нашарлағанын анықтау үшін қажет.

<variant>азот көрсеткіштерін анықтау

<variant>билирубина деңгейін анықтау

<variant>бұлшықет тініне қарсы антиденелерді анықтау

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің25беті

<variant>бромсульфалеинді сынамасын жүргізу

<variant>гамма-глобулин деңгейін анықтау

<question>43 жасар ер адам жалпы әлсіздік, тез шаршағыштық, жүдеу, жүрек айну, аузында ащы дәм, оң қабырға доға астында ауырсыну, дене теипературасының субфебрильді деңгейге жоғарылауы, тері қышуы, тіс иегінің қансырауы, зәрдің қараюы, нәжістің ағаруына шағымданады. Объективті: гепатомегалия, сарғаю, жоғарғы қабаутарында ксантомалар. Диагнозды нақтылауға ... тағайындалады:

<variant>вирустық инфекцияның серологиялық маркерлерін анықтау

<variant>қанның биохимиялық анализы

<variant>бауыр биопсиясы

<variant>бауырУДЗ

<variant>радионуклидтық сканерлеу

<question>Егде астағы адамдардағы сарғаюдың жиі болатын себебі:

<variant>панкреато – дуоденалді аймақтың ісігі

<variant>өт жолдарының дискинезиясы

<variant>созылмалы белсенді гепатит

<variant>описторхоз

<variant>бауыр циррозы

<question>Уробилиногенурияның билирубинуриямен бірге байқалуы тән.

<variant>бауырлық сарғаюға

<variant>бауырастылық сарғаюға

<variant>бауырүстілік (гемолитикалық) сарғаюға

<variant>іпкілісті бүйрекке

<variant>бүйрекке інфаркті

<question>Наукас К., 16 әлсіздікке, жүрек қағуға, бас айналуға, сарғаюға, зәрінің қараюна шағымданады. Әкесінде 18 жыл бойы кезеңімен сарғаю пайда болып отырады. Объективті: тері сарғайған, Көкбауыр қабырға доғасынан 4 см шығыңқы. Қанда: эр.-3,0 млн. Нв-92 г/л ЦП-0,9

лейк-8,2 тыс. тромб-200 тыс. ретикулоцит-8% СОЭ-27 мм/ч Билирубин-60,8 мкмоль/л, эритроцит қалыңдығы-2,9 мкм, микросфероцит-35%. Қай ауру тән?

<variant>Минковский-Шоффар ауруы

<variant>талассемия

<variant>аутоиммунды гемолитикалық анемия

<variant>маркиафавы-Микели ауруы

<variant>серповидті-клеткалық анемия

<question>37 жастағы наукас ер адам жалпы тәжірибелік дәрігерге кіндік тұсында ауырсынуға, жүрегі айнауға, құсуға, қалтырауға, тәбеті төмендеуге, іші кебуіне, тәулігіне 3-4 рет тамақтан кейін іші өтуіне шағымданып қаралды. Пальпациялағанда тоқ ішек бойында және кіндік тұсында ауырсыну, соқыр ішек аймағында шолпылдау шуы байқалады. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>созылмалы гастроэнтерит

<variant>Крон ауруы

<variant>ішектің тітіркену синдромы

<variant>спецификалы емес ойық жаралы колит

<variant>созылмалы энтерит

<question>Наукас ер адам, 36 жаста энтероколит фонында диареямен ауырады. Наукасты емдеу тактикасы:

<variant>диета, антибиотиктер, адсорбенттер

<variant>антибиотиктер, кортикостероидтар, адсорбенттер

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің266беті

<variant>моторика регуляторлары, антибиотиктер, адсорбенттер

<variant>диета, кортикостероидтар, адсорбенттер

<variant>диета, антибиотиктер, ферменттер

<question>26 жастағы ер адам жалпы тәжірибелік дәрігерге дене қызуы 38,0С –қа жоғарылауына, іші ауырсынуына, тәулігіне 8-10 ретке дейін қан және кілегей аралас сұйық нәжіске шағымданып қаралды. Жіті респираторлық вирусты инфекциядан кейін жедел ауырған. Тексергенде іші аздап кебіңкі, сол жақ мықын аймақта ауырсыну, сол жерде түйілген түрде тоқ ішек пальпацияланады. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>ойық жаралы колит

<variant>Крон ауруы

<variant>жіті дизентерия

<variant>тік ішек обыры

<variant>Уиппл ауруы

<question>35 жастағы науқас әйелде көп мөлшерде кілегейлі жиі сұйық нәжіспен бірге нәжіс пен газ шыққаннан соң азаятын ішінде кезеңді эмоционалді жүктемеден соң пайда болатын толғақ тәрізді ауырсыну, жалпы әлсіздік пайда болған. Тексергенде: жиырылған тоқ ішек пальпацияланады. Колоноскопияда патология анықталмаған. Болжам диагноз:

<variant>ішек тітіркену синдромы

<variant>бродилді диспепсия синдромы

<variant>дисталді колитикалы синдром

<variant>созылмалы панкреатит

<variant>созылмалы холецистит

<question>20 жастағы науқас әйел, студент, аймақтық дәрігерге жиі сұйық қан, кілегей аралас нәжіске, ішінде тоқ ішек бойында қатты ауырсынуға шағымданып қаралды. Температурасы субфебрилді. Анамнезінде: 2 аптадан бері ауырады, қатты стреспен байланыстырады. Антибактериалді терапия – нәтижесіз. Бұл аурудың емінде ең тиімді тағайындау:

<variant>сульфосалазин препараттары

<variant>темір препараттары

<variant>кортикостероидты препараттар

<variant>спазмолитиктер

<variant>прокинетики

<question>Көп мөлшердегі ботқа тәрізді қан араласпаған тенезмсіз диареямен 49 жастағы науқас, жағымсыз иіске, іші кебуге, салмақ жоғалтуға шағымдалып қаралды. Объективті: мезогастрийде іштің сол жағында айқын емес ауырсыну. Копрограмма: ботқа тәрізді, кілегей ++, нейтралді май +++++, сабындар +++, крахмал +++, қорытылмаған талшықтар ++, йодофилді бактериялар +. Ең тиімді тағайындау:

<variant>полиферментті препараттар

<variant>пробиотиктер, эубиотиктер

<variant>метронидазол және лоперамид

<variant>антацидтер және спазмолитиктер

<variant>холинолитиктер және антибактериалді препараттар

<question>45 жастағы ер адам. Жиі түнде және таңертең қанмен, кілегеймен нәжіске шағымданады. Сол гипогастрийде айқын емес ауырсыну. Диагнозды нақтылау үшін ең диагностикалық маңызды зерттеу:

<variant>ректороманоскопия

<variant>физикалді тексеру

<variant>нәжісті жасырын қанға зерттеу

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің27беті

<variant>қанның биохимиялық анализі

<variant>нәжісті микробиологиялық зерттеу

<question>30 жастағы ер адамда склеродактилия, тырнақтық фалангалардың остеолизі, буындар маңындағы терілерде көптеген кальциноздар, өңештің дистальді бөлімінде моторикасының бұзылысы, орта бөлігінде дилатациясы анықталды. Болжам диагнозыңыз:

<variant>жүйелі склеродермия

<variant>ЖҚЖ

<variant>дерматомиозит

<variant>ревматоидты артрит

<variant>Шарп синдромы

<question>42 жастағы науқас А. әйел ауызының құрғауына, жастың шықпауына, терінің тартылу сезіміне, жұтынған кезде шашалуына шағымданады. Объективті: терісі тығыз, жиырылмайды; беті амимикалық, ерні жіңішке, жиырылып қатпарланған, саусақтарының ұштары солып, тырнақтары деформацияланған, бүгілмелі контрактуралар, телеангиэктазиялар көрінеді. Әлсіреген везикулярлы тыныс. Жүрек тондары тұйықталған, 1-ші нүктеде систолалық шу.

Сіздің диагнозыңыз:

<variant>жүйелі склеродермия

<variant>ревматизм, митральды қақпақша жетіспеушілігі

<variant>нейроциркуляторлы дистония

<variant>ревматоидты артрит

<variant>жүйелі қызыл жегі

<question>40 жастағы әйел үдемелі әлсіздікке, эпигастрий аймағындағы ауырсынуға, әсіресе аш қарында және түндегі эпигастриидегі ауырсынуға, іш қату, бас айналу, терінің құрғауы, шаш пен тырнақтың сынғыштығы, жүктемеге байланыссыз жүрек тұсындағы ауырсынуға шағымданады. Бұрын ештеңемен ауырмаған, жақында жұмыста жағымсыз конфликт болған. Диагнозды негіздеу үшін жүргізу қажет.

<variant>фиброгастродуоденоскопия

<variant>электрокардиография

<variant>колоноскопия

<variant>невропатолог кеңесі

<variant>қанның клиникалық талдауы

<question>Созылмалы энтеритте іш өту ерекшелінеді.

<variant>ботқа тәріздес көлемді нәжіспен

<variant>тенезммен

<variant>шырышпен аз мөлшердегі нәжістің болуымен

<variant>тамақтан соң бірде дефекацияға шақырудың болуымен

<variant>меленамен

<question>46 жастағы науқас қышқылмен құсуға, тамақ ішкен соң ауамен кекіруге, эпигастрий аймағындағы дискомфортқа, іші кебуіне шағымданады. Пальпацияда эпигастрий аймағында ауырсыну анықталады. Науқасқа жүргізу керек.

<variant>фиброгастродуоденоскопия

<variant>жасырын қанға нәжісті тексеру

<variant>баримен контрастты рентгеноскопия

<variant>ультрадыбысты зерттеу

<variant>радионуклидті зерттеу

<question>Гастропарез – бұл.

<variant>антралды бөлімнің моторикасының әлсіреуі

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің28беті

<variant>асқазанның перистальтика ырғағының бұзылуы

<variant>антродуоденалды координацияның бұзылуы

<variant>антралды бөлімнің моторикасының нығайту

<variant>асқазанның кардиалды бөлімнің моторикасы әлсіреуі

<question>20 жастағы науқас қабырға астындағы ауырлық сезіміне, ерте тойыну сезіміне, аузындағы жағымсыз иіске, ауамен кекіруге шағымданады. Пальпацияда пилородуоденалды аймақта ауырсынады. Диагнозды нақтылау үшін асқазан кілегей қабығының биоптатын морфологиялық тексерілді. Бұл тәсіл ... жүргізіледі.

<variant>биоптатта Н. Pylori анықтау үшін

<variant>биоптатта Н. pylori бактериясының уреазды белсенділігін анықтау үшін

<variant>биоптатта арнай антиденелерді анықтау үшін

<variant>Н. pylori эрадикациясы үшін

<variant>Н. Pylori-дің антибактериалды дәрілерге сезімталдығын анықтау үшін

<question>32 жастағы науқастың копрограммасында шырыш пен қан анықталды. Бұл асқазан-ішек жолының ... зақымдалғанын көрсетеді.

<variant>тоқ ішектің

<variant>жіңішке ішектің

<variant>12-елі ішектің

<variant>асқазанның

<variant>өңештің

<question>Бауыр циррозымен ауыратын науқаста айқын гепатоцеллюлярлы жетіспеушілік бар, онда II дәрежелі қабілетсіздік, II дәрежелі өзіне қызмет ете алмау, II дәрежелі оқуға қабілетінің төмендеуі анықталған. Еңбекке қабілеттілігін анықта:

<variant>II топ мүгедегі

<variant>I топ мүгедегі

<variant>еңбекке жарамды

<variant>III топ мүгедегі

<variant>6 айда еңбекке жарамсыз

<question>Науқас эрозивті гастрит бойынша емхананың күндізгі стационарында ем қабылдады. Емнің 5-ші күнінде стационарға алкогольдік ішімдік ішіп келді. Күндізгі стационар дәрігері.

<variant>еңбекке жарамсыздық қағазын тәртіпті бұзғандығын көрсетіп созады

<variant>еңбекке жарамсыздық қағазын жабады және науқасқа емхананың күндізгі стационарында ем алғандығы туралы анықтама береді

<variant>науқасты қабылдаудан бас тартты

<variant>науқасты МӘСК- ке жіберді

<variant>еңбекке жарамсыздық қағазын жабады

<question>Науқас емхананың күндізгі стационарында созылмалы холецистит өршу сатысы диагнозымен емделіп жатыр. Еңбекке жарамсыздық парағы 3 апта бұрын ашылған. Емдеу барысында жағдайы жақсарды, бірақ ауруханадан шығарылатын күні нәжісінде таза қан іздерін байқады (анамнезінде геморрой бар). Дәрігер

<variant> науқасты проктолог кеңесіне жібереді, ол диагнозды анықтаған соң, еңбекке жарамдылығын шешеді

<variant>еңбекке жарамсыздық парағын жабады, геморрой бойынша үйінде емдейді

<variant>еңбекке жарамсыздық парағын негізгі ауруы бойынша ұзартады

<variant>науқасты аурухананың проктология бөлімшесіне ауыстырады

<variant>еңбекке жарамсыздық парағын жабады, науқас проктологта амбулаторлы емделеді

<question>Созылмалы панкреатитпен ауыратын науқаста ұйқы безі қызметі бұзылысы бар, ол II

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің29беті

дәрежелі еңбекке жарамсыздыққа, II дәрежелі өз-өзіне қызмет ете алмауға, I дәрежелі өз еркімен жүріп-тұра алмауға алып келген. Еңбекке жарамсыздықты анықтаңыз:

<variant>II топ мүгедегі

<variant>III топ мүгедегі

<variant>2-3 күнге еңбекке жарамсыз

<variant>еңбекке қабілетті

<variant>I топ мүгедегі

<question>Созылмалы холециститпен ауыратын науқасқа еңбекке жарамсыздық парағын беруге болатын көрсеткішке жатады.

<variant>өт жолдарының жедел ұстамасы

<variant>аспаптық зерттеуде өт қапшығында конкременттердің болуы

<variant>дуоденалды зондтауда лейкоциттер табылуы

<variant>дуоденалді порцияда паразиттердің болуы

<variant>өт қапшығының қалыңдауы

<question>Әлсіздік, жүрек айнуы, тәбет болмауы, эпигастрий аймағында тұрақты ауырсыну, салмақ жоғалту байқалады.

<variant>ойық жараның малигнизациясында

<variant>асқазанның шығыс бөлігінің стенозында

<variant>ойық жара пенетрациясында

<variant>ойық жарадан майда қан кетуінде

<variant>ойық жара перфорациясында

<question>Созылмалы гастритпен тіркеуде тұрған науқаста ауыруының өршуі кезінде ішкен асын құсып тастау, ішінің ауруы, шіріген жұмыртқа кекіру шағымдары пайда болды. Науқастың ауруы асқынған.

<variant>стенозбен

<variant>пенетрациямен

<variant>перфорациямен

<variant>малигнизациямен

<variant>қан кетумен

<question>Дәрігерге 27 жастағы әйел адам жұтыну кезіндегі сұйық, суық немесе ыстық тағамнан кейінгі жағымсыз сезімдердің пайда болуына, ал қою тағамның жақсы өтетініне шағымданып келді. Науқасты сұрастыру кезінде, бұл шағымдар жұмысының жайсыздығына байланысты 1 жыл бұрын пайда болған. Соңғы 2 ай ішінде бұл сезімдер шаршау кезінде және қобалжу кезінде күшейеді. Тәбеті төмендеген, салмағы қалыпты қарап тексеруде патология анықталмаған. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>гастроэзофагеальды –рефлюксті ауру

<variant>өңештің пептитті жарасы

<variant>өңештің төменгі бөлігінің дивертикулы

<variant>созылмалы эзофагит

<variant>диафрагманың өңештік тесігінің жарығы

<question>Ер адам 43 жаста эпигастральді аймағының ауырсынуына, құсуына шағымданады.

Объективті: тері жабындылары бозарған, суық жабысқақ тер бөлінеді. АҚҚ – 100/50 мм с.б.б.

Щеткин – Блумберг симптомы оң. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>перфорация

<variant>қан кету

<variant>стеноз

<variant>пенетрация

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің30беті

<variant>малигнизация

<question>Ер адам 38 жаста,жүргізуші, темекі тартады. Шағымдары: ас қабылдағаннан кейін пайда болатын қыжыл,жатқан қалыпта және еңкейген кезде күшейеді, қышқылмен лоқсу, түнде жөтел ұстамалары мазалайды. Эндоскопияда –шырышты қабаты ақшыл қызыл түсті, тегіс,жылтыр, дефекттер жоқ. Мотилиум 10 мг күніне 4 рет қабылдайды. Емдеу тиімділігін бақылау үшін ... ең сезімтал диагностикалық әдіс болып келеді.

<variant>өңештегі рН тәуліктік мониторингтеу

<variant>манометрия

<variant>эндоскопиялық зерттеу

<variant>УДЗ

<variant>рентгенологиялық зерттеу

<question>Рефлюкс-эзофагиттің негізгі диагностикалық әдісіне жатады.

<variant>рН-метриялық зерттеу

<variant>рентгенологиялық зерттеу

<variant>эндоскопиялық зерттеу

<variant>ультрадыбысты зерттеу

<variant>асқазанды зондтау

<question>32 жастағы науқас ер адам тамақтан кейін азаятын эпигастриде тамақтан соң 3-4 сағаттан кейін, кейде түнгі және «аш қарынға» қатты ауырсынуға, тұрақты қыжылға, қышқылды кекіруге, жеңілдік әкелетін қышқылмен құсуға, іші қатуына шағымданды.Объективті: перкуторлы және пальпация-лағанда эпигастридің оң жағында ауырсыну. Жасырын қанға нәжіс анализі – оң мәнді. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>он екі ішек ойық жара ауруы

<variant>асқазанның үлкен иінінің ойық жара ауруы

<variant>асқазанның субкардиалды бөлігінің ойық жара ауруы

<variant>гастроэзофагеалды-рефлюксті ауру

<variant>қақпа стенозы

<question>45 жастағы науқас ер адамды дене жүктемесі мен тамақтан соң төс артында ауырсыну, қыжыл, жеген тамағымен кекіру, тамақты қиналып жұтынуды сезіну мазалайды. Тексергенде: электрокардиограмма: патологиясыз; эндоскопиялық фиброгастродуоденоскопия: өңештің төменгі сфинктері жабылмайды, гиперемия, өңеш кілегейлі қабаты ісінген, бірен-саран эрозиялар. Бұл жағдайда науқасқа ... дәрілік препараттар комбинациясын тағайындаған тиімдірек.

<variant>домперидон және рабепразол

<variant>маалокс және ампициллин

<variant>омепразол және смекта

<variant>омепразол және маалокс

<variant>омепразол және но-шпа

<question>26 жастағы ер адам, жалпы тәжірибелік дәрігерге дене қызуы 38 С жоғарылауына, іші ауыруына, тәулігіне 8-10 рет қан және кілегей аралас іші өтуіне шағымданып келді. Ауру жіті респираторлық вирустық аурудан соң жедел түрде дамыған. Объективті тексергенде іші аздап үрленген, сол жақ мықын аймағында ауырсыну байқалады, осы аймақта жіп тәрізді тоқ ішек пальпацияланады. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>ойық жаралы колит

<variant>Крон ауруы

<variant>жіті дизентерия

<variant>тік ішек ісігі

<variant>Уиппл ауруы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің31беті

<question>44 жастағы ер адам, жалпы тәжірибелік дәрігерге соңғы тамақты қабылдағаннан соң 12 сағаттан кейін жүрегі айнып, көп рет қайталанған жеңілдік әкелмейтін құсық, эпигастрий тұсында жағымсыз сезім, күрт әлсіздік пайда болуына шағымданып қаралды. Анамнезінде бір апта бойы алкоголь қабылдаған. Объективті қарағанда – жалпы жағдайы ауыр, аузынан алкоголь иісі шығады, есеңгірегендік, тері қабатының бозғылттығы байқалады. АҚҚ 60/20 мм сынап бағанасымен, ТСЖ минутына 60 рет. Пальпациялағанда ішінде ауырсыну байқалады, бұлшық еттік қорғаныс реакциясы жоқ, ішперде тітіркену сипмтомы теріс мәнді. Нәжіс формалы күніне бір рет. Сіздің болжам диагнозыңыз:

- <variant>панкреонекроз
- <variant>экзотоксикалық шок
- <variant>миокард инфарктінің абдоминалді түрі
- <variant>тамақтан болған токсикоинфекция
- <variant>алкоголь суррогаттарымен улану

<question>62 жасар науқаста сарғаю, қатты арықтау, эпигастрий аймағының ауырсынуы, жүрек айну мен құсу байқалады. Қан анализінде ауыр дәрежелі анемия, ЭТЖ 60 мм/сағ. Байланысқан фракциясының көптігінен гипербилирубинемия. Сіздің болжам диагнозыңыз:

- <variant>ұйқы безі басының ісігі
- <variant>пак-бауыр циррозы
- <variant>созылмалы гепатит холестазабен
- <variant>псевдотуморозды панкреатит
- <variant>өт жолдарының дискинезиясы

<question>Науқас 53 жаста,тәбетінің төмендеуіне оң жақ қабырға астындағы ауырсынуға, терісінің қышуына шағымданады .Объективті: терісінің сарғаюы, қан тамырларының дақтары, перифериялық ісінулер, асцит байқалады. Анамнезінен: ішімдік ішкендігі,15 жыл бойы вирусты гепатит С мен ауырған. Зертханалық нәтиже: билирубин -50, альбумин—2.9%. Сіздің болжам диагнозыңыз:

- <variant>бауырдың алкогольді циррозы, порталды гипертензия, асциттік ісіну синдром
- <variant>аутоиммунды генездегі цирроз
- <variant>бауырдың вирусты циррозы, порталды гипертензия субкомпенсация
- <variant>бауырдың вирусты циррозы, порталды гипертензия, компенсация
- <variant>бауырдың холестатикалық циррозы

<question>Кеуде (перикард), құрсақ немесе жүрек қуысын қаптайтын тіндерден дамиды онкологиялық өсінділер

- <variant>мезотелиома
- <variant>мейгс синдромы
- <variant>обыр метастазы
- <variant>псевдомиксома
- <variant>карцинома

<question>Кіші жамбас қуысы және құрсақ қуысына кілегей бөлініп жинақталуымен жүретін, құрсақ зақымдалуы дамиды сирек ауру

- <variant>псевдомиксома
- <variant>Мейгс синдромы
- <variant>обыр метастазы
- <variant>карцинома
- <variant>мезотелиома

<question>Қатерлі емес ана безінің солидті ісігі бар науқаста асцит және плевралді сұйықтық байқалған. Болжам диагноз:

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы	79/ 11
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура	(2025-2026) 100 беттің32беті

<variant>Мейгс синдромы

<variant>карцинома

<variant>обыр метастазы

<variant>псевдомиксома

<variant>мезотелиома

<question>Ер адам 26 жаста эпигастри аймағындағы ашып ауырсынуға, әсіресе тағам қабылдағаннан кейін , жүрек айнуға, кейде құсуға, әлсіздікке және арықтауға шағымданады. Анамнезінде: 2 апта остеохондроз ауруына ем алған, СеҚҚП қабылдаған. Объективті: эпигастридің ауырсынуы. ФГДС қарыншаның ойың жарасы: Науқасқа емнің бірінші сатысында тағайындау қажет:

<variant>омепразол 40мг ішке 2 рет тәулігіне

<variant>сукральфат 1г х 4 рет тәулігіне

<variant>солкосерил, б/е 2мл., 10 күн

<variant>жедел хирургиялық араласу

<variant>алмагель 1үлкен қасық 3 рет күніне

<question>Ойық жара асқазанында орналасқан ұзақ уақыт ойық жара ауруымен ауыратын науқас ер адам әлсіздікке, жүрегі айнуға, тәбеті жоғалуға, эпигастрий аймағында тұрақты ауырсынуға салмақ жоғалтуға шағымданып дәрігерге қаралды. Бұл жағдайда ойық жара ауруының қандай асқынуы туралы ойлау мүмкін

<variant>ойық жара малигнизациясы

<variant>асқазанның шығыс бөлігінің стенозы

<variant>ойық жара пенетрациясы

<variant>ойық жарадан микро қан кету

<variant>ойық жарадан перфорациясы

<question>27 жастағы ер адам кенеттен эпигастрий аймағында және оң қабырғаастында ауырсыну сезінді. Бірнеше сағаттан соң ауырсыну азайды. Объективті: тілі құрғақ, іші ішке тартылыққы, құрсак қуысы бұлшық еттері күштенген. АҚҚ 90/60 мм сынап бағанасымен, пульс 120 мин/рет. Болжам диагноз:

<variant>ойық жара ауруы, 12 елі ішек ойық жара перфорациясы

<variant>созылмалы гастрит

<variant>өт шығару жолдары дискинезиясы

<variant>құрсак қолқа аневризмасы жарылуы

<variant>жіті ішек айналымы

<question>26 жастағы пациент сүт ішкеннен соң азаятын эпигастрий аймағында көбінесе ашқарынға және түнгі уақытта пайда болатын ауырсынуға, сонымен бірге үнемі мазалайтын қыжылға шағымданды. 2 жыл бойы ауырады, тексерілмеген, және емделмеген. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>12-елі ішек ойық жара ауруы

<variant>созылмалы гастрит «А түрі»

<variant>созылмалы гастрит «В түрі»

<variant>гастроэзофагеалді рефлюксті ауру

<variant>асқазанның ойық жара ауруы

<question>Науқас 48 жаста, жалпы тәжірибелік дәрігерге сол қабырғаастына берілетін эпигастрий аймағында ауырсынуға, жүрегі айнуына және жеңілдік бермейтін көп рет құсуға, көп мөлшерде мазь тәрізді нәжіске шағымданып қаралды. Анамнезінде: жоғарыда аталған симптомдар бұрын да байқалған, алкоголь мен майлы тағамдар қолдануына байланысты болған. Объективті: салмағы төмен, "френикус-симптом" сол жақта, Мейо-Робсон симптомы оң мәнді. Болжам диагнозы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің33беті

таңдаңыз:

<variant>созылмалы панкреатит, өршуі

<variant>12-елі ішектің ойық жара ауруы, өршуі

<variant>асқазанның қақпа бөлігінің ойық жара ауруы

<variant>қолқаның құрсақ бөлігінің аневризмасы

<variant>созылмалы ойық жаралы емес колит

<question>Науқас ер адам, 58 жаста, ұзақ уақыт созылмалы панкреатитпен ауырады. Жалпы тәжірибелік дәрігерге салмақ жоғалтуға, тәулігіне 3-4 рет іші өтуіне, кекіруге, қыжылға, жүрегі айнуға, іші кебуіне шағымданып қаралды. Науқасқа тағайындау қажет:

<variant>креон, мезим-форте

<variant>ранитидин, тетрациклин

<variant>парацетамол

<variant>гепабене

<variant>эссенциале

<question>45 жастағы ер адамда іші кебуі және іші ауырсынуы, диарея пайда болған. Біраз уақыт өткен соң дене қызбасы, ірі буындарында полиартрит байқалған. Тексеруден өткізілген соң Уиппл ауруы диагнозы қойылған. Диагноз... негізінде қойылған.

<variant>12-елі ішектің биоптатын морфологиялық зерттеу

<variant>ирригоскопия, колоноскопия

<variant>Баалер-Роуз реакциясы

<variant>СРБ зерттеу

<variant>қанды бактериологиялық зерттеу

<question>38 жастағы әйел жалпы тәжірибелік дәрігергебуындарында ауырсынуға, тәбеті төмендеуіне, жүрегі айнуына, іші өтуіне шағымданып қаралды. Жалпы әлсіздік, тершендік, салмақ жоғалту байқалады. Нәжісі көп мөлшерде, кейде хилезді түрдегі тәулігіне 10 ретке дейін. Нәжісті зерттегенде көп мөлшерде нейтралді майлар, май қышқылдары және сабын анықталған. Қанның клиникалық анализінде анемия, лейкопения, гипохромия анықталған. Дәрігер тактикасы қарастырады.

<variant>стационарлық емді

<variant>консервативті емді

<variant>амбулаторлық емді

<variant>дизтобына зерттеуді

<variant>шартты-патогенді флораға зерттеу

<question>Ер адам 26 жаста дене қызуының 38С көтерілуіне, ішінің ауырсынуына, қан және сілекей араласқан сұйық нәжістің тәулігіне 8-10 ретке дейін болуына шағымданып келді. Жіті респираторлық вирустық инфекциядан кейін жедел ауырған. Тексеру кезінде аздап ісінген, сол жақ мықын аймағы ауырсынады, сол жерде тоқ ішек пальпацияланған. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>ойық жаралы колит

<variant>Крона ауруы

<variant>жіті дизентерия

<variant>прямой ішектің қатерлі ісігі

<variant>Уиппл ауруы

<question>35 жастағы әйелбасы ауруына, тез шаршауға, ауа жетпеу сезіміне, психоэмоционалді жүктемеден соң жүрек жұмысында кідірістер пайда болуына, іші ауырсынуына, аздаған нәжіспен тәулігіне 2-3 рет жиі іш өтуіне шағымданады. Бұл жағдайда жүргізілуі қажет ең тиімді зерттеу әдісі:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің34беті

<variant>ішектің шырышты қабатының биопсиясы бар колоноскопия

<variant>ирригоскопия

<variant>ректороманоскопия

<variant>құрсақ қуысы органдарына МРТ

<variant>тік ішекті саусақпен тексеру

<question>Асқазанның жоғарғы бөлігінің ойық жарасына ауырсыну тән:

<variant>тамақ қабылдағаннан 30 минуттан кейін

<variant>төс артында

<variant>тамақ қабылдағаннан соң эпигастрийде

<variant>тамақ қабылдаумен байланыссыз

<variant>оң қабырға астында

<question>Науқаста алкоголь қабылдағаннан кейін көп рет құсу, соңғы құсығы ал қызыл қан аралас болды. Науқастың диагнозы:

<variant>Меллори-Вейс синдромы

<variant>жіті холецистит

<variant>жіті панкреатит

<variant>асқазанның ойық жарасы

<variant>Крон ауруы

<question>Асқазан асты бездің сыртқы секреторлық қызметін зертханалық тексеру тесті:

<variant>қандағы глюкоза

<variant>қандағы секретин

<variant>қандағы панкреозимин

<variant>қандағы адреналин

<variant>қандағы амилаза

<question>40 жастағы науқаста 12-елі ішектің ойық жарасы алғашқы анықталған кезде жетекші тексеру әдісі:

<variant>ФГДС және биопсия

<variant>қанның жалпы анализы

<variant>асқазан сөлінің анализы

<variant>нәжісті жасырын қанға анализы

<variant>дуоденальды зондтау

<question>Он екі елі ішектің ойық жара ауруына ауырсыну тән.

<variant>эпигастрий аймағында аш қарынға және тамақ қабылдағаннан соң 2-3 сағаттан соң пайда болатын

<variant>эпигастрий аймағында тамақ қабылдағанда күшейетін тұйық, қысып

<variant>оң жақ қабырғаастында майлы тамақтан соң пайда болатын оң жақ иыққа берілетін толғақты

<variant>эпигастрийде тамақ қабылдаумен байланысы жоқ тұрақты тұйық

<variant>майлы тамақ қабылдағанда күшейетін, арқаға берілетін сол жақ қабырғаастында қысып

<question>58 жастағы науқас ер адам ұзақ уақыт созылмалы панкреатитпен ауырады. Дәрігерге салмақ жоғалту, тәулігіне 3-4 рет іш өтуіне, кекіру, лоқсу, іші кебуіне шағымданып қаралды. Науқасқа қолдану қажет.

<variant>креон, мезим-форте

<variant>ранитидин, тетрациклин

<variant>парацетамол

<variant>репабене

<variant>эссенциале

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің35беті

<question>Крон ауруын анықтау үшін тағайындалатын ең ақпаратты тексеру әдісі:

<variant>колоноскопия

<variant>күрсақ қуысының жалпылама рентгенографиясы

<variant>иригоскопия

<variant>тік ішекті саусақпен тексеру

<variant>лапароскопия

<question>Наукас О. 40 жаста, ауруханаға ауқымды ісінуге, шөлдеуге, бас ауруына, тыныш күйдегі еңтікпеге шағым айтып түсті. Наукас 10 күн бұрын баспамен ауырған. Объективті: Беті мен бел тұсында, аяқтарында ауқымды ісіктер. АҚҚ – 180/100 мм.с.б.б. ЖЗА: м.с. – 1026, белок – 4,5 г/л, лейкоциттер – 10-15 к.а. Эритроциттер өзгерген және өзгермеген 3-5 к.а, гиалин цилиндрлер 3-4 к.а. Тәуліктік диурез – 300 мл. Болжам диагноз:

<variant>жедел гломерулонефрит

<variant>жедел пиелонефрит

<variant>жедел пиелит

<variant>зәр тас ауруы

<variant>созылмалы гломерулонефрит

<question>52 жастағы наукас ер адам дәрігерге эпигастрий аймағында тұрақты күшті ауырсынуға, жалпы әлсіздікке, құсуға шағымданып келді. Ауырсыну алкоголь, майлы тамақ қабылдағаннан кейін 50-60 минуттан соң пайда болған. Қарап тексергенде эпигастрий аймағында ауырсыну байқалады, Мейо-Робсон симптомы оң. Жалпы қан анализінде лейкоциттер $12 \times 10^9/\text{л}$, ЭТЖ- 18 мм/с. Наукастың диагнозы:

<variant>созылмалы панкреатит

<variant>созылмалы холецистит

<variant>асқазан ойық жара ауруы

<variant>созылмалы гастрит, тип В

<variant>ГЭРА

<question>32 жастағы наукас П, бел тұсындағы ауырсынуға, жиі зәр шығаруға шағымданады. 5 жыл бұрын босанғаннан кейін бел тұсындағы ауырсыну, қызба, дизурия болған. Объективті: температура 37,0С, белден ұрғылау симптомы екі жақта оң. Қанда: лейко. – 6,1 мың, ЭТЖ – 20 мм/сағ. Зәр анализі: сал. тығ. -1005, белок – 0,033 г/л, лейкоциттер көру аймағын толық жапқан, эритроциттер – сілтіленген және өзгермеген 3- 5 к/а. Нечипоренко сынамасы: зр – 1000, лейко – 20000, сафронинмен бояғанда – Штернгеймер-Мальбин клеткалары. Негұрлым мүмкін диагноз:

<variant>пиелонефрит

<variant>бүйрек обыры

<variant>бүйрек амилоидозы

<variant>бүйрек поликистозы

<variant>гломерулонефрит

<question>55 жастағы ер адам жиі асқынатын он екі елі ішектің ойық жара ауруымен зардап шегеді. Қансырап тұрған ойық жарасымен түседі. 4 апта емделу ішінде ойық жара тартылды. Уақытша жұмысқа жарамсыздық мерзімі күн:

<variant>20-40

<variant>30-40

<variant>20-30

<variant>20-50

<variant>30-50

<question>Іште ауырсынды аурулармен ажырату керек.

<variant>хирургиялық

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің366беті

<variant>эндокриндік

<variant>неврологиялық

<variant>жүрек - қан тамыр

<variant>гематологиялық

<question>56 жастағы науқас әйел аймақтық дәрігерге сыртқы секреторлық жетіспеушілігі бар созылмалы панкреатиттің асқынуы бойынша жолықты. Уақытша жұмысқа жарамсыздық мерзімі күн.

<variant>20-26

<variant>30-35

<variant>28-35

<variant>20-35

<variant>12-26

<question>45 жастағы науқас әйел 6 сағат ішінде мазалайтын өт тас ауруы кезінде колика тәрізді ауырсынуға шағымданып тұр. Науқастың жүргізу тактикасы:

<variant>хирург кеңесі

<variant>қанның биохимиялық анализі

<variant>өт қапшығының УДЗ

<variant>гастроэнтеролог кеңесі

<variant>құрсақ қуысының рентгенографиясы

<question>Өт шағару жолдарының обструкциясында жоғарылайды.

<variant>сілтілі фосфатаза

<variant>аланинаминотрансфераза

<variant>жалпы ақуыз

<variant>С-реактивті ақуыз

<variant>лактатдегидрогеназа

<question>Өт шығару жолдарының гипомоторлы, гипокинетикалық дискинезиясында тағайындалады.

<variant>мотилиум

<variant>платифиллин

<variant>метацин

<variant>нитроглицерин

<variant>бесалол

<question>Асқазан диспепсиясының жара тәрізді вариантына неғұрлым тән симптом:

<variant>аш қарынға және түнгі ауырсыну

<variant>қыжылдау

<variant>жүрек айну

<variant>тез тою сезімі

<variant>тамақ ішкеннен кейін эпигастрий аймағында керу сезімі

<question>Науқас 54 жаста, тамақтан кейін 40-60 минут өткенде эпигастрий аймағында басып ауырсынуға және ауырлық сезіміне, қышқылмен, ауамен кекіруге, әлсіздікке, ашушандыққа шағымданады. Объективті: эпигастрийде ауырсыну анықталады. Қан анализінде: Нв – 90 г/л, эритроциттер – $3,8 \times 10^{12}/л$, жалпы белок – 56 г/л. Рентгенологиялық: асқазанның үлкен иінінде және синусы аймағында привратникке шығып тұрған алып қыртыстар. Диагнозды нақтылауда неғұрлым деректі әдіс:

<variant>ЭФГДС нысаналы биопсиямен

<variant>асқазанішілік манометрия

<variant>ирригоскопия

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		79/ 11
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		(2025-2026) 100 беттің37беті

<variant>ректороманоскопия

<variant>колоноскопия биопсиямен

<question>Науқас іштің жоғары бөлімінде, белді айналдыратын, майлы және ащы тағамнан кейін күшейетін ауырсынуға, жеңілдік әкелмейтін құсуға шағымданады. Пальпацияда сол жак қабырғалық омыртқа бұрышында ауырсыну, осы аймақты алақан қырымен соққанда ауырсынады. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>созылмалы панкреатит, өршу

<variant>созылмалы калькулезді емес холецистит, өршу

<variant>созылмалы калькулезді холецистит, өршу

<variant>созылмалы белсенді гепатит, өршу

<variant>созылмалы аутоиммунды гепатит, өршу

<question>32 жастағы науқас ер адам тамақтан кейін азаятын эпигастриде тамақтан соң 3-4 сағаттан кейін, кейде түнгі және «аш қарынға» қатты ауырсынуға, тұрақты қыжылға, қышқылды кекіруге, жеңілдік әкелетін қышқылмен құсуға, іші қатуына шағымданды.Объективті: перкуторлы және пальпация-лағанда эпигастридің оң жағында ауырсыну. Жасырын қанға нәжіс анализі – оң мәнді. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>он екі ішек ойық жара ауруы

<variant>асқазанның үлкен иінінің ойық жара ауруы

<variant>асқазанның субкардиалды бөлігінің ойық жара ауруы

<variant>гастроэзофагеалды-рефлюксті ауру

<variant>қақпа стенозы

<question>Науқас 29 жаста отбасылық дәрігерге таңертең кенеттен болған жүрек айнуға, құсуға шағымданады. Қарағанда тілі құрғақ, жабынмен жабылған, температурасы 37,7 С, пальпацияда іші ауырады, алдыңғы іш қабырғасының жайылмалы қатаюы. АҚҚ 100/70 мм.сын. бағ. ЖСЖ 97 рет минутына. Дәрігерлік тактика қарастырады.

<variant>хирургия бөліміне жедел жеткізуді

<variant>құсуға қарсы және қызу түсіретін препараттар тағайындауды

<variant>мұқият қарау және науқастың жағдайын БМСК жағдайында бақылауды

<variant>үйде бақылау, суық, тыныштық, ашықтыруды қамтамасыз ету, қатты ауырсынуда анальгетик тағайындауды

<variant>жағдайы тұрақталғанша көктамырға тамшылатып реополиглюкин құюды

<question>40 жастағы ер адамда эпигастрий аймағында ұзақ уақыт бойы айналмалы сипаттағы арқаға берілетін ауырсыну және оң қабырғаастында тартып ауыру мазалайды. УДЗ –мен тексергенде: ұйқы безі өзгеруі және созылмалы холецистит белгілері. Бұл патологияда ең ақпаратты зертханалық көрсеткіштер

<variant>қандағы және несептегі амилаза деңгейі

<variant>лейкоцитоз

<variant>қандағытрансаминаз деңгейі

<variant>гипергликемия

<variant>қандағы сілтілі фосфатаза деңгейі

<question>40 жастағы әйел үдемелі әлсіздікке, эпигастрии аймағындағы ауырсынуға, әсіресе аш қарында және түндегі эпигастриидегі ауырсынуға, іш кату, бас айналу, терінің құрғауы, шаш пен тырнақтың сынғыштығы, жүктемеге байланыссыз жүрек тұсындағы ауырсынуға шағымданады. Бұрын ештеңемен ауырмаған, жакында жұмыста жағымсыз конфликт болған. Диагнозды негіздеу үшін жүргізу қажет.

<variant>фиброгастродуоденоскопия

<variant>электрокардиография

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің38беті

<variant>сигмоидоскопия

<variant>невропатолог кеңесі

<variant>қанның клиникалық талдауы

<question>Созылмалы панкреатитпен науқаста ұйқы безі қызметі бұзылған, бұл еңбекке қабілеттілігі шектелуінің II дәрежесіне, өз-өзіне қызмет ете алуы шектелуінің II дәрежесіне, өз бетінше қозғалуы шектелуінің I дәрежесіне әкеліп соқтырған. Еңбекке жарамсыздық дәрежесі:

<variant>мүгедектіктің II тобы

<variant>мүгедектіктің I тобы

<variant>мүгедектіктің III тобы

<variant>еңбекке қабілетті

<variant>2-3 күн еңбекке жарамсыз

<question>Науқас 48 жаста, жалпы тәжірибелік дәрігерге сол қабырғаастына берілетін эпигастрий аймағында ауырсынуға, жүрегі айналуына және жеңілдік бермейтін көп рет құсуға, көп мөлшерде мазь тәрізді нәжіске шағымданып қаралды. Анамнезінде: жоғарыда аталған симптомдар бұрын да байқалған, алкоголь мен майлы тағамдар қолдануына байланысты болған. Объективті: салмағы төмен, "френикус-симптом" сол жақта, Мейо-Робсон симптомы оң мәнді. Болжам диагнозы тандаңыз:

<variant>созылмалы панкреатит, өршуі

<variant>12-елі ішектің ойық жара ауруы, өршуі

<variant>асқазанның қақпа бөлігінің ойық жара ауруы

<variant>қолқаның құрсақ бөлігінің аневризмасы

<variant>созылмалы ойық жаралы емес колит

<question>51 жастағы ер адам стационарға ұзақ оң қабырғаастында тартып ауырсыну сезіміне шағымданып түсті. Тексергенде: сарғаю жоқ, Кера симптомы оң мәнді, температурасы субфебрилді, ЭТЖ - 30 мм/с. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>созылмалы холецистит, өршуі

<variant>асқазан ойық жара ауруы, өршуі

<variant>созылмалы гепатит, өршуі

<variant>созылмалы панкреатит, өршуі

<variant>Одди сфинктерінің дисфункциясы

<question>26 жастағы пациент сүт ішкеннен соң азаятын эпигастрий аймағында көбінесе ашқарынға және түнгі уақытта пайда болатын ауырсынуға, сонымен бірге үнемі мазалайтын қыжылға шағымданды. 2 жыл бойы ауырады, тексерілмеген, және емделмеген. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>12-елі ішек ойық жара ауруы

<variant>созылмалы гастрит «А түрі»

<variant>созылмалы гастрит «В түрі»

<variant>гастроэзофагеалді рефлюксті ауру

<variant>асқазанның ойық жара ауруы

<question>Науқас 42 жаста эпигастральді аймағының ауырсынуына, құсуына шағымданады.

Объективті: тері жабындылары бозарған, суық жабысқақ тер бөлінеді. АҚҚ – 100/50 мм с.б.б.

Щеткин – Блумберг симптомы оң. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>перфорация

<variant>қан кету

<variant>стеноз

<variant>пенетрация

<variant>малигнизация

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6-курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің39беті

<question>Науқастың болжам диагнозы: Өт жолдарының обструкциясы. Диагнозды нақтылау үшін ең ақпаратты зерттеуді таңдаңыз

<variant>ретроградты холангипанкреатография

<variant>бауырды УДЗ

<variant>ЭФГДС

<variant>бауыр ангиографиясы

<variant>бауырдың компьютерлік томографиясы

<question>58 жасар науқаста сарғаю, қатты арықтау, эпигастрий аймағының ауырсынуы, жүрек айну мен құсу байқалады. Қан анализінде ауыр дәрежелі анемия, ЭТЖ 60 мм/сағ. Байланысқан фракциясының көптігінен гипербилирубинемия. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>ұйқы безі басының ісігі

<variant>рак-бауыр циррозы

<variant>созылмалы гепатит холестазбен

<variant>псевдотуморозды панкреатит

<variant>өт жолдарының дискинезиясы

<question>43 жасар ер адам жалпы әлсіздік, тез шаршағыштық, жүдеу, жүрек айну, аузында ащы дәм, оң қабырға доға астында ауырсыну, дене теипературасының субфебрильді деңгейге жоғарылауы, тері қышуы, тіс иегінің қансырауы, зәрдің қараюы, нәжістің ағаруына шағымданады. Объективті: гепатомегалия, сарғаю, жоғарғы қабақтарында ксантомалар. Диагнозды нақтылауға тағайындалады:

<variant>вирустық инфекцияның серологиялық маркерлерін анықтау

<variant>қанның биохимиялық анализы

<variant>бауыр биопсиясы

<variant>бауырУДЗ

<variant>радионуклидтық сканерлеу

<question>Науқас 19- жастан бері бала кезінен бастап кезеңдік сарғаюларды байқаған. 3 ай бұрын сарғаюы күшейген. Объективті тексеруде бауыр мен көкбауыр пальпацияланады. Қанда: Нв-81/л, Эр.2,9x10¹²/л, Л-8x10⁹/л, лейкоцитарлы формула қалыпты. Ретикулоциттер 24%, тромбоциттер 182x10⁹/л. Эритроциттердің осмостық тұрақтылығы: басында 0,6% NaCl, соңында - 0,4% NaCl. Қандағы билирубин 134 ммоль/л, тікелей -12ммоль/л, темір -24 мкмоль/л. Болжам диагнозы:

<variant>гемолитикалық анемия

<variant>фоллий тапшылықты анемия

<variant>гипопластикалық анемия

<variant>темір тапшылықты анемия

<variant>В-12-тапшылықты анемия

<question>Ер адам 72 жаста, қабылдау бөліміне айқын жалпы әлсіздікке, енгіуге, жүрек қағуға, аяқтарын «мақта тәрізді» сезінуіне шағымданып түсті. Объективті: тері жамылғысы және сілемейлі қабығы бозарған, сарғыш реңкілі. Қанда: гемоглобин - 46 г/л, эритроциттер – 1,3 x 10⁹/л, лейкоциттер - 2,3 x 10⁹/л, түстік көрсеткіш – 1,1, ЭТЖ - 41 мм/сағат, базофилдер – 1%, эозинофилдер – 4%, таяқша ядролы нейтрофилдер – 6%, сегмент ядролы нейтрофилдер – 65%, лимфоциттер – 16%, моноциттер – 8%, тромбоциттер – 110 x 10⁹/л. Миелограммада: мегалобласты тип бойынша қан өндіру. Ең тиімді диагностика тәсілі:

<variant>В -12 витаминінің қан талдауы

<variant>көкірек мүшелерінің рентгенографиясы

<variant>асқазан мен 12 елі ішектің эндоскопиясы

<variant>мықын сүйектің трепанобиопсиясы

<variant>копроцитограмма

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің40беті

<question>Науқас 25 жаста, тері қабаттарының сарғаюына және көкбауырдың ұлғаюына шағымданады. Қанда: 20% дейінгі ретикулоцитозбен нормохромды анемия. Болжам диагнозды дәлелдейтін тексеру әдісі:

<variant>эритроциттердің осмостық және қышқылдық тұрақтылығы

<variant>В12 витамині мен фолий қышқылының құрамы

<variant>гемоглобин электрофорезі

<variant>қан сарысуындағы ақуыздың электрофорезі

<variant>қан сарысуындағы темір

<question>Сарғаюмен науқастың қанында эритроциттерді ерітетін антиденелер анықталған. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>гемолитикалық анемия

<variant>фолий тапшылықты анемия

<variant>гипопластикалық анемия

<variant>темір тапшылықты анемия

<variant>В-12-тапшылықты анемия

<question>Крон ауруын жаралы колиттен ажырату белгісі.

<variant>сыртқы және ішкі жыланкөз пайда болуы

<variant>іш өту

<variant>іште ауырсыну

<variant>нәжісте қан болуы

<variant>қызба

<question>32 жастағы науқастың қапрограммасында шырыш пен қан анықталды. Бұл асқазан-ішек жолының зақымдалғанын көрсетеді.

<variant>тоқ ішектің

<variant>жіңішке ішектің

<variant>12-елі ішектің

<variant>асқазанның

<variant>өңештің

<question>Орташа ауырлықтағы Крон ауруымен ауыратын науқасқа ... тағайындау қажет:

<variant>жүйелі кортикостероидтарды пероралді

<variant>аминогликозидтер

<variant>12 айдан кем емес уақыт бойы антибиотиктер қабылдау

<variant>ішектің қабынған бөлігін резекциялау

<variant>лоперамид, макрогаль

<question>32 жастағы науқас әйел аймақтық дәрігерге тітіркенген ішек синдромына байланысты іш өтуге шағымданып жолықты. Уақытша жұмысқа жарамсыздық мерзімін анықтаңыз:

<variant>18-20 күн

<variant>12-14 күн

<variant>18-25 күн

<variant>14-18 күн

<variant>20-30 күн

<question>Ішектің тітіркену синдромын ажырату керек.

<variant>ішектің органикалық ауруларымен

<variant>эндокриндік аурулармен

<variant>гинекологиялық аурулармен

<variant>хирургиялық аурулармен

<variant>асқазан ауруларымен

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің41беті

<question>Қан аралас жіті диареяның себебі:

<variant>Крон ауруы

<variant>дисбактериоз

<variant>ферментопатиялар

<variant>ішек ісіктері

<variant>ішек дивертикулезі

<question>Диареясы бар науқаста ректороманоскопия кезінде қансырап тұрған, эрозивті-ойықты өзгерістері бар жеңіл зақымдалатын шырышты қабат анықталды: Дұрыс диагноз:

<variant>ойық жаралы колит

<variant>дизентерия

<variant>псевдомембранозды колит

<variant>ішек ісіктері

<variant>ішек дивертикулезі

<question>32 жасар науқас әйел аймақтық дәрігерге ішектің тітіркену синдромымен байланысты диареяға шағымданады. Уақытша жұмысқа жарамсыздық мерзімі ... күн.

<variant>18-20

<variant>18-25

<variant>12-14

<variant>14-18

<variant>20-30

<question>42 жасар науқас ішектің тітіркену синдромымен диспансерлік бақылауда тұрады.

Науқасты жылына рет диспансерлік бақылау қажет.

<variant>1

<variant>1-2

<variant>2

<variant>2-3

<variant>3

<question>Іш қатуда ұлы дәретке аптасына реттен кем барады.

<variant>3

<variant>1

<variant>2

<variant>4

<variant>5

<question>Жиі кездесетін іш қатудың түрі:

<variant>дискинетикалық

<variant>алиментарлы

<variant>механикалық

<variant>гипокинетикалық

<variant>гиперкинетикалық

<question>Бірнеше апта ішінде іш қату үдеюінің мүмкін себебі:

<variant>ішектің ісігі

<variant>бас ми жарақаты

<variant>дәрмектердің жанама әсері

<variant>төсектегі тәртіп

<variant>ішек түйнелуі

<question>38 жастағы ер кісінде, массивті ісіну фонында келесі лабораторлық өзгерістер анықталды: анемия, гиперхолестеринемия, массивті протеинурия. Аталғандардың ішіндегі ең

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің42беті

Ықтималды диагноз:

<variant>созылмалы гломерулонефрит

<variant>жедел пиелонефрит

<variant>жедел пиелонефрит

<variant>гломерулонефрит

<variant>дәрілік нефропатия

<question>45 жастағы науқас асқазанэзофагеальды-рефлюксті ауруымен ұзақ уақыт ауырады, протон помпасының ингибиторын үнемі қабылдайды. Соңғы 2 апта бойы тәулігіне 2-3 ретке дейін сұйық, көбікті нәжістің болуы және іштің құрылдауы мазалайды. Емдік ашығу және левомицетин көмектеспеген. Диагнозды нақтылаудың неғұрлым деректі әдісі:

<variant>нәжісті бактериялогиялық асқазан зерттеу

<variant>копрограмма

<variant>колоноскопия

<variant>ирригоскопия

<variant>нәжісті жасырын қанға зерттеу

<question>35 жастағы науқас әйелде көп мөлшерде кілегейлі жиі сұйық нәжіспен бірге нәжіс пен газ шыққаннан соң азаятын ішінде кезеңді эмоционалді жүктемеден соң пайда болатын толғақ тәрізді ауырсыну, жалпы әлсіздік пайда болған. Тексергенде: жиырылған тоқ ішек пальпацияланады. Колоноскопияда патология анықталмаған. Болжам диагноз:

<variant>ішек тітіркену синдромы

<variant>бродилді диспепсия синдромы

<variant>дисталді колитикалы синдром

<variant>созылмалы панкреатит сыртқы секреция жеткіліксіздігімен

<variant>энтеропатия

<question>Ер кісі 47 жаста. Жиі түнде және таңертең қанмен, кілегеймен нәжіске шағымданады.

Сол гипогастрийде айқын емес ауырсыну. Диагнозды нақтылау үшін ең диагностикалық маңызды зерттеу:

<variant>ректороманоскопия

<variant>физикалді тексеру

<variant>нәжісті жасырын қанға зерттеу

<variant>қанның биохимиялық анализі

<variant>нәжісті микробиологиялық зерттеу

<question>Жіңішке ішектің коректік затты сіңірілуінің төмендеу нәтижесінде гиповитаминоз, ісіну, гипоальбуминемия, дене салмағын жоғалту және диареямен көрінетін кешенді бұзылыстар дамыды. Жоғарыда көрсетілген белгілер қандай синдромға тән:

<variant>мальабсорбция синдромы

<variant>темірмен жүктелу синдромы

<variant>іштің тітіркену синдромы

<variant>Демпинг-синдромы

<variant>Мальдигестия синдромы

<question>Қан сарысуындағы амилазаның қалыпты деңгейі ... құрайды.

<variant>12-32 мг/мл

<variant>2-8 мг/мл

<variant>0 мг/мл

<variant>4 мг/мл

<variant>8 мг/мл

<question>Созылмалы панкреатитте ұйқы безінің инкреторлы жетіспеушілігінің белгілері.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің43беті

<variant>қан мен зәрде глюкоза деңгейі жоғарылауы

<variant>есін жиі жоғалтуы

<variant>сарғаю

<variant>бауыр ұлғаюы

<variant>креаторея, стеаторея

<question>Созылмалы панкреатитте ұйқы безінің экскреторлы жетіспеушілігінің белгілері:

<variant>дене салмағы азаюы, креаторея, стеаторея

<variant>есін жиі жоғалтуы

<variant>сарғаю

<variant>бауыр ұлғаюы

<variant>қан мен зәрде глюкоза деңгейі жоғарылауы

<question>Бауыршілік холестаздың индикаторларына жатады.

<variant>сілтілі фосфатаза белсенділігі жоғарылауы

<variant>лактатдегидрогеназаның белсенділігі жоғарылауы

<variant>протромбин белсенділігі жоғарылауы

<variant>аминотрансфераздар белсенділігі жоғарылауы

<variant>ЭТЖ жоғарылауы

<question>Мезенхималды қабыну синдромына қандағы жоғарылауы тән.

<variant>гамма-глобулиндер

<variant>холестерин

<variant>сілтілі фосфатаза белсенділігі

<variant>билирубин

<variant>альбумин

<question>Жильбер синдромын сипаттайтын зертханалық көрсеткішке жатады.

<variant>қанда конъюгирленбеген (байланыспаған) билирубин жоғарылауы

<variant>билирубинурия;

<variant>трансаминаздар белсенділігі жоғарылауы

<variant>ретикулоцитоз

<variant>гипоальбуминемия

<question>Цитолитикалық синдром айқындығын бағалауға көмектесетін биохимиялық көрсеткіштерге жатады.

<variant>трансаминазалар белсенділігі артуы

<variant>амилаза белсенділігі артуы

<variant>билирубин деңгейі жоғарылауы

<variant>альбумин деңгейі төмендеуі

<variant>холестерина деңгейі жоғарылауы

<question>Гепатоциттердің белок түзу қызметі жетіспеушілігінің зертханалық көрсеткіші.

<variant>альбумин, протромбин, фибриноген деңгейлерінің төмендеуі

<variant>қандағы аминотрансферазалар деңгейлерінің жоғарылауы

<variant>қандағы глобулиндердің әртүрлі фракциялары деңгейлерінің жоғарылауы

<variant>сілтілі фосфатаза белсенділігінің артуы

<variant>қандағы холестерин деңгейлерінің жоғарылауы

<question>35 жастағы науқас кекіруге, тамақ қабылдағаннан 1,5-3 сағ кейін пайда болатын, аш қарында және түнде болатын ауырсынуға шағымданады. Тамақ қабылдаған соң ауырсыну басылады. Ішті пальпациялағанда қабырға бұрышында және кіндік маңында ауырсыну байқалады.

Науқаста айқын астеновегетативті синдром. Науқас стационарлы емді қажет етеді, себебі.

<variant>науқаста 12-елі ішектің жарасы алғаш анықталған

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің44беті

<variant>науқаста асқазанның жарасы алғаш анықталған

<variant>айқын астеновегетативті синдром анықталған

<variant>науқаста асқынбаған асқазан жара ауруы анықталған

<variant>стационарда эндоскопиялық зерттеу жүргізіледі

<question>36 жастағы науқас ер адам бет терісі мен қол-аяқ терісінде сарғаю, диспепсиялық белгілерге, іш қатуына шағымданды. Бала кезінен ауырады. Об-ті: тері ашық сары түсті, қабақ ксантелазмасы. Қанда конъюгирленген емес билирубин деңгейі жоғарылаған. Бауыр сынамасы ауытқусыз. Биопсия – бауыр тіндері қалыпты. Науқастың диагнозы:

<variant>Жильбер синдромы

<variant>талассемия

<variant>созылмалы гепатит

<variant>гемолитикалық сарғаю

<variant>сарғаюмен асқынған инфекциялық мононуклеоз.

<question>42 жастағы науқас ер адам, шойын құюшы. Ауыр дене жүктемесіне байланысты жұмыс істейді. Диагноз: созылмалы вирусты гепатит В ауыр ағымды цитоллиз синдромы басым, аса айқын емес холестаз синдромы. Еңбекке жарамдығын анықтаңыз:

<variant>II топтағы мүгедек

<variant>еңбекке қабілетті

<variant>уақытша еңбекке жарамсыз

<variant>III топтағы мүгедек

<variant>I топтағы мүгедек.

<question>Созылмалы вирусты гепатиттің ремиссия кезеңіндегі науқас мас күйінде жарақат алды. Еңбекке жарамдығын анықтаңыз:

<variant>№ 54 анықтамасы беріледі

<variant>№ 54 анықтамасы берілмейді

<variant>жарақаттан емделу үшін еңбек ақысы төленбейтін демалыс беру ұсынылады

<variant>кезекті еңбек демалысына шығу ұсынылады

<variant>еңбекке жарамсыздық қағазы беріледі

<question>32 жастағы инженер, химик, өндірісте бензолмен жиі жұмыс істейді, күніне 2-3 сағат.

Жұмыс өтелі 7 жыл. Жеңіл дәрежелі гепатиттің В түрімен ауырады. Дұрыс ұсыныс беріңіз:

<variant>ДКК шешімімен басқа жұмысқа ауыстыру

<variant>денсаулық жағдайына қарай еңбек ақысы төленбейтін демалыс беруді ұсыну

<variant>науқасқа кезекті еңбек демалысын беру

<variant>санаторлық-курорттық емге жолдама беру

<variant>осы өндірісте жұмысын жалғастыра береді

<question>39 жасар науқас, банкир, 5 жыл бұрын вирусты гепатитпен ауырған, қазіргі кезде энцефалопатия белгілері, терінің сарғаюы анықталады. Созылмалы гепатит бойынша терапевттің диспансерлік бақылауында тұрады. Сарғаюдың себебі:

<variant>тікелей билирубин деңгейінің жоғарылауы

<variant>тікелей емесбилирубин деңгейінің жоғарылауы

<variant>АЛТ деңгейінің жоғарылауы

<variant>өт пигменттері деңгейінің жоғарылауы

<variant>холестерин деңгейінің жоғарылауы

<question>48 жасар науқас әйелдің диагнозы: Вирусты бауыр циррозы (HbsAg-пол), орташа белсенді, декомпенсирленген, Чайлд-Пью бойынша С тобы. Порталды гипертензия. I-II дәрежелі өнеш көк тамырларының варикозды кеңеюі. Ісіктік-асциттік синдром. Бауыр-жасушалық жетіспеушілігі. Уақытша жұмысқа жарамсыздық мерзімі күн .

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің45беті

<variant>45-60

<variant>40-55

<variant>20-35

<variant>30-50

<variant>25-60

<question>Науқас 19- жастан бері бала кезінен бастап кезеңдік сарғаюларды байқаған. 3 ай бұрын сарғаюы күшейген. Объективті тексеруде бауыр мен көкбауыр пальпацияланады. Қанда: Нв-81/л, Эр.2,9x10¹²/л, Л-8x10⁹/л, лейкоцитарлы формула қалыпты. Ретикулоциттер 24%, тромбоциттер 182x10⁹/л. Эритроциттердің осмотық тұрақтылығы: басында 0,6% NaCl, соңында - 0,4% NaCl. Қандағы билирубин 134 ммоль/л, тікелей -12ммоль/л, темір -24 мкмоль/л. Болжам диагнозы:

<variant>гемолитикалық анемия

<variant>фоллий тапшылықты анемия

<variant>гипопластикалық анемия

<variant>темір тапшылықты анемия

<question>Бауыр циррозымен науқаста аздаған асцит, айқын емес энцефалопатия, билирубин деңгейі 2,5 мг/дл, альбумин 2,9 г/дл, протромбин уақыты 6 сек байқалады. Чайлд-Пью бойынша бауыр циррозының ауырлық дәрежесін есептеңіз.

<variant>декомпенсирленген

<variant>субкомпенсирленген

<variant>жеңіл

<variant>орташа ауырлықта

<variant>компенсирленген

<question>Бауыр циррозымен науқаста аздаған асцит байқалады, энцефалопатия жоқ, билирубин деңгейі 1,8 мг/дл, альбумин 3,6 г/дл, протромбин уақыты 1 сек. Чайлд-Пью бойынша бауыр циррозының ауырлық дәрежесін есептеңіз.

<variant>компенсирленген

<variant>субкомпенсирленген

<variant>жеңіл

<variant>орташа ауырлықта

<variant>декомпенсирленген

<question>Созылмалы бүйрек жетіспеушілігіне қандай ерте белгі тән?

<variant>никтурия

<variant>поллакиурия

<variant>анурия

<variant>олигоурия

<variant>дизурия

<question>Лосепрозол қандай топ дәрімектеріне жатады?

<variant>протон насосының блокаторлары

<variant>М-холиноблокаторлар

<variant>симпатомимектер

<variant>H-2 гистамин рецепторларының блокаторлары

<variant>H-1 гистамин рецепторларының блокаторлары

<question>Бауыр циррозының қандай түрінде урсодезоксихол қышқылын тағайындайды:

<variant>біріншілікті биллиарлы бауыр циррозы;

<variant>созылмалы вирусты гепатит В фонында дамыған цирроз;

<variant>аутоиммунды гепатиттің нәтижесінде дамыған цирроз;

<variant>гемохроматоз кезіндегі цирроз;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің46беті

<variant>алкогольді бауыр циррозы.

<question>38 жасар науқас арқаға берілетін эпигастрий аймағындағы кезеңдік ауру сезіміне, үлкен дәретінің бұзылуына, әлсіздікке, арықтауына шағымданады. Ауру сезімінің пайда болуын емдәмнің сақталмауымен байланыстырады. Анамнезі: созылмалы дуоденитпен және опистархозбен ауырған. Жалпы қан және биохимиялық анализдер өзгеріссіз. Науқастың копрограммасында табылатын барынша мүмкін өзгеріс:

<variant>стеаторея;

<variant>креаторея;

<variant>амилорея;

<variant>лиентерея;

<variant>иодофильді флора.

<question>Алкогольді ішімдік қабылдайтын 50 жастағы ер адам тамақтан кейін күшейетін ішінің жоғарғы бөліміндегі ауырсынуға, жүрек айнуына, ішінің кебуіне, сұйық нәжіске, арықтауға шағымданады. Қандай диагностикалық әдіс зақымдалған мүшенің сыртқысекреторлы қызметінің жағдайын бағалауға мүмкіндік береді?

<variant>эластазды сынама

<variant>pH-метрия

<variant>уреазды сынама

<variant>дуоденалды зондтау

<variant>глюкозотолерантты сынама

<question>Созылмалы холецистит диагнозымен науқасқа арналған диеталық столды таңдаңыз

<variant>певзнер бойынша №5

<variant>певзнер бойынша №1

<variant>певзнер бойынша №2

<variant>певзнер бойынша №3

<variant>певзнер бойынша №4

<question>Созылмалы холециститтің антибактериалды препараттармен емінің орташа мерзімін есептеңіз

<variant>8-10 күн

<variant>5-7 күн

<variant>5-12 күн

<variant>7-14 күн

<variant>6-12 күн

<question>Асқазанның ойық жара ауруымен науқаста эпигастрий аймағында жергілікті ауырсыну және құрсақ қуысы алдыңғы бұлшық еттерінің аздаған резистенттілігімен жергілікті перкуторлы ауырсыну анықталды. Оң мәнді симптомды көрсетіңіз

<variant>Мендель

<variant>Ортнер

<variant>Мюсси

<variant>Алиев

<variant>Кер

<question>Науқастың болжам диагнозы: Асқазанның ойық жара ауруы. Ажыратпалы диагностика жүргізу қажет ауруларды таңдаңыз

<variant>асқазанның симптоматикалық ойық жара ауруы

<variant>бейспецификалық ойық жара колиті

<variant>созылмалы оң жақты пиелонефрит

<variant>өт жолдарының дискинезиясы

ONȚÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің47беті

<variant>оң жақты экссудативті плеврит

<question>Наукастың диагнозы: он екі елі ішектің ойық жара ауруы. Диеталық столды таңдаңыз.

<variant>певзнер бойынша №1

<variant>певзнер бойынша №5

<variant>певзнер бойынша №2

<variant>певзнер бойынша №3

<variant>певзнер бойынша №4

<question>Инфекциялық диарея болжанған науқасқа 10 ретке дейін құсу, 20 ретке дейін сұйық нәжіс, аузы құрғауы, тері қабатының бозаруы, сирақ бұлшық еттерінің тырысуы байқалған, ЖСЖ минутына 100 рет, АҚҚ 100/60 мм сынап бағанасымен. Дегидратация дәрежесі туралы тұжырым жасаңыз.

<variant>II

<variant>I

<variant>III

<variant>IV

<variant>V

<question>Науқаста нәжіс қатуымен жүретін гипомоторлық дискинезия анықталған. Емдеу жоспарын құрыңыз

<variant>прокинетики

<variant>тұзды жібіткіштер

<variant>М-холиноблокаторлар

<variant>протон помпасының ингибиторы

<variant>антибиотиктер

<question>Науқаста нәжіс қатуымен жүретін спастикалық дискинезия. Емдеу жоспарын құрыңыз

<variant>М-холиноблокаторлар

<variant>тұзды жібіткіштер

<variant>прокинетики

<variant>протон помпасының ингибиторы

<variant>антибиотиктер

<question>Сарғаюмен науқастың қанында эритроциттерді ерітетін антиденелер анықталған. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>гемолитикалық анемия

<variant>талассемия

<variant>орақ тәрізді клеткалы анемия

<variant>микросфероцитоз

<variant>ферментопатия

<question>Науқас тері қабаты барлық денесінде қызарған, қышиды, тері қабаты кеуіп түсуде, және қол тигенде ауырсыну байқалады. Тері қабатында дақтар мен түйіндер бар. Алопеция, гиперпигментация, лимфаденопатия. Қанында қатерлі Т-лимфоциттер анықталған. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Сезари синдромы

<variant>Брилл-Симмерс ауруы

<variant>Жүйелі қызыл жегі

<variant>Саркоидоз

<variant>ЖПІТ

<question>Науқас қызба және осы фонда жылдам төменгіжақасты лимфа түйіндерінің өлшемдері ұлғаюы пайда болуына шағымданып қаралды. Ісіктің жылдам өсуі түкірік безіне, қалқанша безіне

ONȚŪSTĪK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің48беті

және жұмсақ тіндерге тарауы байқалады. Гистологиялық қызыл бояуында хроматиндер майда түйіршектеліп орналасуымен жетілмеген лимфоидты жасушалар (лимфобласттар) анықталған.

Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Беркитт лимфомасы

<variant>Брилл-Симмерс ауруы

<variant>ЖПИТ

<variant>Саркоидоз

<variant>Сезари синдромы

<question>Морфологиялық сұратынын лимфоидты қатардағы жасушалық элемент болып табылатын, 20% науқастарда клиникалық әртүрлі органдар мен лимфа түйіндері зақымдалуымен сипатталатын, лейкоцитациямен лимфоциттер және гематогенді метастаздар беретін қатерлі ісік

<variant>Лимфосаркома

<variant>Брилл-Симмерс ауруы

<variant>Беркитт лимфомасы

<variant>Лимфогранулематоз

<variant>Сезари синдромы

<question>Емханалық жағдайда лимфосаркоманың ақпаратты диагностикалау әдісі

<variant>кеуде торының рентгенографиясы

<variant>флюорографиялық зерттеу

<variant>қаннның толық анализі

<variant>күрсак органдарының УДЗ

<variant>компьютерлік томография

<question>28 жастағы науқаста мойында аздап тығыздалған, сонан соң диаметрі 1-2 см –ге дейін қолтықасты және шат лимфа түйіндері ұлғаюы байқалған. Цитологиялық сипаты – бір-екі эпителиоидты жасушалар топтарымен лимфобластты гиперплазия. Токсоплазма gondii анықталған.

Диагноз:

<variant>токсоплазмозды лимфаденит

<variant>Брилл-Симмерс ауруы

<variant>Беркитт лимфомасы

<variant>Лимфогранулематоз

<variant>Сезари синдромы

<question>Науқаста мойын лимфа түйіндерінің ұлғаюы байқалады. Басында лимфа түйіндері тығыз консистенциялы, қозғалмалы, пальпациялағанда ауырсынатын болды. Кейін бірікті.

Лимфа түйіндері теріге жабысып, жабысқан жерлерде флюктуация дамыды. Жарылған іріңді жерлерде ұнтақшалы консистенциялы іріңді бөлінулермен жыланкөздер пайда болған. Іріңді бөлінулерді микроскопиялық тексергенде Кох таяқшалары анықталған. Болжам диагноз:

<variant>туберкулезді лимфаденит

<variant>Брилл-Симмерс ауруы

<variant>Беркитт лимфома

<variant>Лимфогранулематоз

<variant>Сезари синдромы

<question>Науқаста В. өкпе рентгенограммасында кеудеішілік лимфа түйіндері ұлғаюы анықталған, өкпе тіндерінде өзгерістер жоқ. Манту реакциясы теріс мәнді. Диагноз:

<variant>саркоидоз

<variant>Брилл-Симмерс ауруы

<variant>Беркитт лимфома

<variant>Лимфогранулематоз

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің49беті

<variant>Туберкулезді лимфаденит

<question>Созылмалы лимфолейкозда лейкоцитарлы формуладағы өзгерістерге тұжырым жасаңыз

<variant>абсолютті немесе салыстырмалы лимфоцитоз

<variant>абсолютті немесе салыстырмалы нейтрофилді лейкоцитоз

<variant>көп мөлшерде бласты жасушалар пайда болуы

<variant>абсолютті немесе салыстырмалы эозинофилия

<variant>абсолютті немесе салыстырмалы базофилді лейкоцитоз

<question>Созылмалы лимфолейкозға тән гематологиялық белгілерді таңдаңыз

<variant>Боткин-Гумпрехт дақтары

<variant>Шарко-Лейден кристаллдары

<variant>нейтрофилдер полихроматофилиясы

<variant>базофилді пунктация

<variant>Лукин-Либман дақтары

<question>30 жастағы науқас әйел емханаға әлсіздікке, тершендікке, стоматитке шағымданып қаралды. Анамнезінде: Заптадан бері ауырады, ем нәтиже бермеген. Объективті: дене қызуы 38,8°C, тері қабаты ақшыл, ылғалды. Қызыл иек гиперплазиясы, ойық жаралы-некроздалған стоматит. Төменгі жакасты лимфа түйіндері ұлғайған, ауырсынусыз. Қанда: Нв – 94 г/л, эр. – $2,9 \times 10^{12}$ /л, ЦП-0,95, лейкоц. – $13,5 \times 10^9$ /л, бласттар – 32 % , таяқшалы – 1 % , түйіршекті – 39 % , лимф. – 20 % , мон. – 8 % , тромб. – $90,0 \times 10^9$ /л. ЭТЖ – 24 мм/сағ. Стерналді пункция жасалған, цитохимиялық тексеру жүргізгенде: пероксидазаға реакция оң мәнді. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>жіті миелобластты лейкоз

<variant>жіті лимфобластты лейкоз

<variant>жіті дифференцирленбейтін лейкоз

<variant>жіті монобластты лейкоз

<variant>жіті промиелоцитарлы лейкоз

<question>27 жастағы науқас дәрігерге әлсіздікке, тершендікке, салмақ жоғалтуға, құрсақтың сол бөлігінде бөгде зат сезінуге шағымданып қаралды. Объективті: тері қабаты мен кілегей қабаты бозарған, лимфотүйіндері ұлғаймаған. Бауыр және көкбауыр ұлғайған, ауырсынады. ЖҚА: Нв – 110 г/л, эритроциттер – $3,5 \times 10^{12}$ /л, ТК – 0,9, лейкоциттер – $2,3 \times 10^9$ /л, тромбоциттер – 380×10^9 /л, эозинофилдер – 9%, промиелоциттер – 2%, миелоциттер – 22%, мегамиелоциттер – 20,5%, п/я – 15%, с/я – 12%, лимфоциттер – 8,5%, ЭТЖ – 20 мм/сағ. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>жіті лейкоз

<variant>гипопластикалық анемия

<variant>агранулоцитоз

<variant>инфекциялы мононуклеоз

<variant>созылмалы миелолейкоз

<question>62 жастағы науқас бір жыл бойы ауырады: әлсіздікке, мойын, қолтықасты, шат лимфа түйіндері ұлғаюына шағымданады. Лимфа түйіндері жұмсақ, пальпациялағанда ауырсынусыз. Қан анализі: Лейкоциттер - 40×10^9 /л (э-1%, т-3%, т-15%, л-75%, м-6%). Диагнозды нақтылау үшін жүргізу қажет.

<variant>стерналді пункцияны

<variant>лимфа түйіндерінің пункциясы

<variant>лимфа жүйесін радиоизотопты тексеру

<variant>лимфа түйіндерінің биопсиясы

<variant>қанның лейкоцитарлы формуласын анықтау

<question>19 жастағы науқас әлсіздікке, сүйектерде ауырсынуға, мұрыннан қан кетуге

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің50беті

шағымданады. Жедел түрде ауырған. Объективті: тері қабаты бозарған, денесінде геморрагиялық бөртпелер. Бауыр қабырғаастынан 4 см-ге шығыңқы, жұмсақэластикалы консистенциялы, көкбауыр пальпацияланады. ЖҚА: Нв – 86 г/л, Эр. – $1,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $25 \times 10^9/л$, миелобласттар – 60%, с/я – 20%, л – 12%, моноциттер – 8%. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>жіті миелобластты лейкоз

<variant>жіті лейкоз

<variant>созылмалы лимфолейкоз

<variant>инфекциялық мононуклеоз

<variant>гиполастикалық анемия

<question>Жіті лейкоздың негізгі диагностикалау және түрлерін идентификациялау әдісі

<variant>сүйек кемігінің пункциясы

<variant>жалпы қан анализі

<variant>иммунологиялық зерттеу

<variant>бауыр пункциясы

<variant>компьютерлі томография

<question>М. науқаста диагнозы: Жіті лейкоз. 5 жыл бойы лейкозды инфильтрация белгісіз клиникалық компенсация, қан анализі қалыпты, миелограммада бластты жасушалар саны 5%-ға дейін. Наукас күйі туралы тұжырым жасаңыз:

<variant>толық клиникалы-гематологиялық ремиссия

<variant>клиникалы-гематологиялық жақсару

<variant>толық емес клиникалы -гематологиялық ремиссия

<variant>ем нәтижесі жоқ

<variant>толық емес клиникалы-гематологиялық өршу

<question>Лимфатикалық ісінуге тән белгілерді көрсетіңіз:

<variant>ісіну тұсындағы тері тығыздалған, «апельсин қабығы»

<variant>ісіну ауырсынусыз, науқасанамнезінде жиі дерматиттер

<variant>жиі ер адамдарда кездеседі

<variant>ісіну тығыз емес, ауырсынусыз

<variant>ірікіліс пигментациясы тән, веналардың бойында ауырсыну

<question>20 жастағы наукас ер адамда соңғы 2 ай ішінде үдемелі әлсіздік, қанталау, субфебрилді температура пайда болған. Лимфа түйіндері, бауыр, көкбауыр ұлғаймаған. Қан анализінде: Нв - 50 г/л; эритроциттер- $1,3 \times 10^{12}/л$; ТК-1,0; лейкоциттер - $1,7 \times 10^9/л$; тромбоциттер - $30 \times 10^9/л$; ЭТЖ-55 мм/сағ. Диагнозды нақтылау үшін ең ақпаратты зерттеу әдісіне жатады:

<variant>эритроциттердің осмотикалық төзімділігін анықтау

<variant>стернальді пункция жүргізу

<variant>Кумбс сынамасын жүргізу

<variant>десферал сынамасын жүргізу

<variant>шеткі қанға зерттеу жүргізу

<question>30 жастағы наукас 1 ай бойы дене t-38 С-қа дейін жоғарлауына, емге басылмауына, тершендікке шағымданады. Мойын лимфа түйіндерінің ұлғаюы, нейтрофильді лейкоцитоз, ЭТЖ - 50 мм/сағ. Диагнозды верификация-лау үшін қажет.

<variant>лимфаттүйіндер биопсиясы

<variant>стернальді пункция

<variant>спецификалық емес қабынуға қарсы емді жасап көру

<variant>кортикостероидтарды тағайындап көру

<variant>антибиотик тағайындап көру

<question>26 жастағы наукас әйел, медбике 5 күннен бері дене қызуы 38-39 С көтерілуіне

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің51беті

шағымданып қаралды. Жіті түрде ауырды. Басында қатты терлеп дене қызуы көтерілді. Өз бетінше бұлшық ет ішіне күніне 3 реттен цефазолин 1,0 қабылдады, бірақ нәтиже болмады. Тексергенде сол жақтағы лимфа түйіндері ұлғайғаны, тамағында миндалиндер ұлғайғаны және гиперемиясы анықталды. ЖҚА: Нb 90 г/л, Эр. $3,3 \times 10^{12}/л$, ТК 0,9; Лейк. $13,0 \times 10^9$ (эозинофилдер-6%, базофилдер -2%, таяқшадеролы – 14%; сегментядеролы – 67%, лимфоциттер – 1%, моноциттер – 10%, ЭТЖ 60 мм/сағ. Сүйек кемігіне стерналды пункция жасағанда Березовский-Рид-Штернберг жасушалары анықталған. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>лимфогранулематоз

<variant>жіті лейкоз

<variant>себебі белгісіз инфекциялық ауру

<variant>реактивті лимфаденит

<variant>инфекциялық эндокардит

<question>53 жастағы науқас оң жақ қолтық астындағы ауырсынатын түзіліс пайда болуына шағымданады. Қарағанда оң жақ қолтық астында конситенциясы қамыр тәрізді, қатты ауырсынатын, қозғалмалы, көлемі 1,5x2,0 см. Ішкі мүшелер бойынша патология анықталған жоқ. Оң жақ 2 саусақта іріндеген жара бар. ЖКТ: лейкоциттер $9,0 \times 10^9$ (эозинофилдер-3, сегм./яд-74, лимфоциттер-19, моноциттер-4), ЭТЖ -16 мм/сағ. Науқасқа лимфа түйінінің биопсиясын жасау керек.

<variant>бақылау антибактериалды ем жүргізгенге дейін және одан кейін

<variant>бақылау антибактериалды ем тиімсіз болғанда

<variant>стерналды пункция жасар алдында

<variant>бақылау химиятерапияның тиімсіз болғанда

<variant>операциялық ем жүргізу алдында

<question>Науқас ер адам сол жақ қолтықасты аймақта ауырсынуға, бас ауруына, әлсіздікке, дене қызуы 38С жоғарылауына шағымданды. 3 күн бұрын науқас білезік тұсындағы фурункулын жарақаттап алған. Қарағанда бір-бірімен және қасындағы тіндермен тұтасып қалған лимфа түйіндері күрт ауырсынады, қозғалмайды. Олардың үстіндегі тері қабаты қызарған, жұмсарған ошақтар жоқ.

Лейкоциттер $10 \times 10^9/л$, таяқша дәнділер - 7%, түйіршікті дәнділер - 70%, лимфоциттер - 22%, моноциттер - 1%, ЭТЖ 22 мм/с. Науқастың болжам диагнозы:

<variant>жіті лимфаденит

<variant>жіті лимфолейкоз

<variant>созылмалы лимфолейкоз

<variant>спецификалық лимфаденит

<variant>жіті миелолейкоз

<question>Науқасты объективті тексергенде лимфа түйіндері ұлғайғаны, айқын спленомегалия анықталды. ЖҚА – лейкоциттер $90,5 \times 10^9/л$, пролимфоциттер 80%. Сүйек кемігі пунктатында пролимфоциттер басым (55%-дан жоғары). Сіздің диагноз:

<variant>пролимфоцитарлы лейкоз

<variant>созылмалы лимфобластты лейкоз

<variant>дифференцирленбейтін лейкоз

<variant>монобластты лейкоз

<variant>жіті миелобластты лейкоз

<question>Науқас 26 жаста, мойын аймағында аздап тығыздалған, сонан соң диаметрі 1-2 см –ге дейін қолтықасты және шат лимфа түйіндері ұлғаюы байқалады. Цитологиялық сипаты–бір-екі эпителиоидты жасушалар топтарыменлимфобластты гиперплазия. Тохопlasma gondii анықталған. Диагноз:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің52беті

<variant>токсоплазмозды лимфаденит

<variant>Брилл-Симмерс ауруы

<variant>Беркитт лимфомасы

<variant>Лимфогранулематоз

<variant>Сезари синдромы

<question>22 жастағы ер адам жалпы әлсіздікке, қызыл иектің қан кетуіне, тамақ ауруына, жатыр мойны лимфа түйіндерінің ісінуіне шағымдармен түсті. Қанда: гемоглобин - 54 г / л, эритроциттер - 2×10^{12} / л, лейкоциттер - 76×10^9 / л, тромбоциттер - 50×10^9 / л, ЭТЖ - 64 мм / сағ, бласт жасушалары - 47%, сегменттелген - 29%, лимфоциттер - 18%, моноциттер - 6%. Жедел лейкоз диагнозы қойылған. Қандағы анықтау диагнозын растайды:

<variant>бластемия

<variant>анемия

<variant>тромбоцитопения

<variant>лейкоцитоз

<variant>лейкоцитопения

<question>Наукас 3. 19 жаста, қызыл иегінің қанауы, тамағының ауыруы мен әлсіздікке шағымданады. Объективті: дене қызуы 39 гр. Тері жабындылары бозғылт, көптеген бөртпелер мен экхимозалар. Көмекейінде-өлі еттенген жұғынды. Жақ асты лимфа түйіндері ұлғайған. Бауыры, көкбауыры қабырға доғасынан 2 см төмен. Қанында: эр-2,5 млн., Нв-75 г/л, ТК-0,9, лейкоц-29 мың, бластар-98%, сегм-2%, тромб-28 мың, ЭТЖ-26 мм/сағ. Цитохимия: миелопероксидазаға реакциясы оң. Берілген аурудың диагнозын нақтылаудағы шешуші симптом:

<variant>бластемия

<variant>ЭТЖ жоғарылауы

<variant>анемия

<variant>тромбоцитопения

<variant>лейкоцитоз

<question>Жедел лейкоздың сатысын қою және диагноз қою үшін тексеру әдісі:

<variant>сүйек кемігінің пункциясы

<variant>гемограмма

<variant>коагулограмма

<variant>мықын сүйегінің трепанобиопсиясы

<variant>бауыр мен көкбауырдың ультрадыбысты зерттеуі

<question>Лимфогранулематоз диагностикасында шешуші болып табылады:

<variant>лимфоидтық тінді микроскопиялық зерттеу

<variant>қанды зерттеу

<variant>сцинтиграфия

<variant>лимфография

<variant>компьютерлік және ЯМР-томография

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

<variant>ЭФГДС

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің53беті

<variant>көкірек мүшелерінің рентгенографиясы

<variant>іш қуысының УДЗ

<variant>мықын сүйектің трепанобиопсиясы

<variant>ЭКГ

<question>Әйел 47 жаста, қабылдау бөліміне жалпы әлсіздікке, басының айналуына, жүрек қағуға шағымданып түсті. Соңғы 1 жылда менструациясы 10 күннен, көп мөлшерде келеді. Объективті: тері жамылғысы және шырышты қабығы бозғылт, тырнақтары жолақтанған және сынғыш, шаштары көп түседі. Қанда: гемоглобин - 42 г/л, эритроциттер – $1,9 \times 10^{12}/л$, түстік көрсеткіш – 0,7, ЭТЖ - 36 мм/сағат, лейкоциттер - $5,8 \times 10^9/л$, базофилдер – 1%, эозинофилдер – 2%, таяқша ядролы нейтрофилдер – 4%, сегмент ядролы нейтрофилдер – 69%, лимфоциттер – 18%, моноциттер – 6%, тромбоциттер – $420 \times 10^9/л$. Аталғандардың қайсысы диагностикада келесі кадам болып табылады?

<variant>сарысулық темірді зерттеу

<variant>коагулограмма

<variant>шиллинг тест

<variant>стерналды пункция

<variant>мықын сүйектің трепанобиопсиясы

<question>Кенеттен макроскопиялық гематурия, олигурия, протеинурия 3 г/тәу кем, жіті бүйрек жетіспеушілігі, күрт гломерулярлы фильтрация түсіп кетуінен дамитын сұйықтық іркілуі және ісінулер, гипертензии пайда болуымен сипатталатын синдром.

<variant>нефритикалық синдром

<variant>жіті бүйрек жетіспеушілігі

<variant>нефротикалық синдром

<variant>созылмалы бүйрек жетіспеушілігі

<variant>несептік синдром

<question>Сулар, электролиттер, азоттың және басқа да алмасулар бұзылуына әкелетін, әртүрлі бүйрек аурулары салдарынан бүйрек тіндері склерозы дамуынан болатын ұзақ айлар мен жылдарға созылған бүйректің барлық қызметінің қайтымсыз бұзылу синдромы

<variant>созылмалы бүйрек жетіспеушілігі

<variant>нефротикалық синдром

<variant>жіті нефритикалық синдром

<variant>созылмалы гломерулонефрит

<variant>жіті бүйрек жетіспеушілігі

<question>32 жастағы наукас ер адам тамақтан кейін 3-4 сағаттан кейін пайда болатын эпигастридегі, жиі тамақтан кейін басылатын «аш қарынға» және «түнгі» ауырсынуға, үнемі мазалайтын қыжылдауға, қышқылмен кекіруге, жиі жеңілдік беретін құсуға, іш қатуға шағымданды. Объективті: эпигастрийде оң жақтаперкуторлы және пальпациялағанда ауырсыну. Жасырын қанға нәжіс анализі – оң мәнді. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>он екі елі ішек пиязшығының ойық жара ауруы

<variant>асқазанның үлкен иілімінің ойық жара ауруы

<variant>асқазанныңсубкардиалді бөлігінің ойық жара ауруы

<variant>гастроэзофагеалді-рефлюксті ауру

<variant>асқазанның қақпа бөлігі стенозына

<question>40 жастағы наукас ер адам флегмонозды холецистит диагнозымен ауруханаға жатқызылған. Бұрын ештеңемен ауырмаған. Дене қызуы $38^{\circ}C$, тері қабаты мен склерасы сарғыштанған. Несеп анализі: салыстырмалы тығыздығы 1028, белок 0,099 г/л, лейкоциттер 18-20 көру аймағында, эритроциттер – бір-екі. Бүйрек зақымдалуының себебін анықтаңыз:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің54беті

<variant>екіншілік нефропатия

<variant>жіті пиелонефрит

<variant>жіті гломерулонефрит

<variant>жіті тубуло-интерстициалді нефрит

<variant>жіті бүйрек жетіспеушілігі

<question>Механикалық сарғаю байқалады.

<variant>калькулезді холециститте

<variant>жіті вирусты гепатитте

<variant>созылмалы персистиленген гепатитте

<variant>созылмалы гепатитте

<variant>бауыр циррозында

<question>52 жастағы наукас ер адамда, тамақтан кейін 40-60 минут өткенде эпигастрий аймағында басып ауырсынуға және ауырлық сезіміне, қышқылмен, ауамен кекіруге, әлсіздікк, ашушандыққа шағымданады. Объективті: эпигастрийде ауырсыну анықталады. Қан анализінде: Нв – 90 г/л, эритроциттер – $3,8 \times 10^{12}/л$, жалпы белок – 56 г/л. Рентгенологиялық: асқазанның үлкен иінінде және синусы аймағында привратникке шығып тұрған алып қыртыстар. Диагнозды нақтылауда неғұрлым деректі әдіс:

<variant>ЭФГДС нысаналы биопсиямен

<variant>асқазанішілік манометрия

<variant>ирригоскопия

<variant>ректороманоскопия

<variant>колоноскопия биопсиямен

<question>45 жастағы әйел соңғы 6 айда етеккірі келмеуі мен «күюлуларды» байқады. АҚ 140/90 мм.с.б. Кольпоцитограмманы зерттеу кезінде – қынап жағындысының атрофиялық түрі анықталды. Емдеу жоспарына дәрілер тобын енгізген БАРЫНША тиімді:

<variant>эстрогендерді

<variant>андрогендерді

<variant>анаболиктерді

<variant>глюкокортикоидтарды

<variant>минералокортикоидтарды

<question>Наукас Н., 44 жаста, сандары мен сирақтарында ұсақ нүктелі геморрагиялық бөртпелер шыққан, басқанда жойылмайды, тізе, тізетабан, білезік буындарында ауырсыну пайда болған. Зәрінде – микрогематурия. Коагулограммада паракоагуляциялық тест оң мәнді. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>геморрагиялық васкулит

<variant>тромбоцитопениялық пурпура

<variant>ревматикалық полиартрит

<variant>түйінді периартериит

<variant>аллергиялық дерматит

<question>Наукастың жалпы жағдайы қанағаттанарлық, бірақ зәрдің жалпы анализінде микрогематурия, аздаған цилиндурия. Наукастың диагнозы:

<variant>гломерулонефриттің латентті формасы

<variant>гломерулонефриттің нефротикалық форма

<variant>созылмалы пиелонефрит, өршу кезеңі

<variant>бүйрек тас ауруы

<variant>цистит

<question>Вазоренальді артериальді гипертонияның диагностикалауда ең ақпаратты әдіс:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің55беті

<variant>бүйрек артериографиясы

<variant>бүйректің УДЗ

<variant>бүйрек сцинтиграфиясы

<variant>бүйрек артериясыныңУДЗ

<variant>бүйректің рентгенологиялық зерттеуі

<question>Қыз-бала 15 жаста, дене температурасының 37С дейін жоғарлауына, әлсіздікке, қолдарының және басының еріксіз қозғалуына, сөйлеудің бұзылуына шағымданады. Қарау кезінде балтырында бірен-саран ашық-қызғылт түсті, сақина тәрізді бөртпелер бар. Қан анализінде: лейкоциттер – 8,5 мың, ЭТЖ – 29 мм/сағ. Мүмкін болатын диагноз:

<variant>жіті ревматикалық қызба

<variant>жүйелі қызыл жегі

<variant>самайлық артериит

<variant>түйінді полиартериит

<variant>бейспецификалық аортоартериит

<question>Наукас 23 жаста, қайталанатын мұрыннан, қызыл иектен қан ағуға, күшті әлсіздікке, еңтігуге, қызбаға шағымданады. Объективті: жағдайы ауыр, тері жамылғысы бозарған, бүкіл денесінде көгерулер анықталады, лимфа түйіндері ұлғаймаған. Қалған органдары өзгеріссіз.қан анализінде: Нв-60 г/л; Эр.- $2.0 \times 10^{12}/л$; ТК -0.9; Лейк.- $1.5 \times 10^9/л$; Тромб.- $20 \times 10^9/л$. Миелограммада: майлы сүйек миы мен май арақатынасы 90%:10%. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>апластикалық анемия

<variant>жедел эритромиелоз

<variant>жедел миелолейкоз

<variant>созылмалы миелолейкоз

<variant>тромбоцитопениялық пурпура

<question>39- жастағы ер адам жалпы тәжірибелік дәрігерге басы айналуына, еңтігуге, тез шаршауға, аяқ-қолдарында парестезияларға және диареяға бейімділікке шағымданып қаралды. Тексергенде тері қабаты сарғыш түсті, тіл емізікшелері тегістелген, глоссит белгілері. 2 жыл бұрын науқасқа гастрэктомия жасалған. Гиперхромды анемия байқалады. Сүйек кемігінің пункциясы: қан түзілуінің мегалобластты түрі. Қанда ферритин деңгейі жоғарылауы анықталған. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>В₁₂- тапшылық анемиясы

<variant>теміртапшылық анемиясы

<variant>аутоиммунды гемолитикалық анемия

<variant>туа пайда болған гемоглобинопатия

<variant>апластикалық анемия

<question>26 жастағы наукас ер адам үдемелі әлсіздікке, 38⁰С-қа дейін дене қызуы жоғарылауына шағымданды. 2 айдан бері ауырады. Объективті: терісі және көрінетін кілегей қабаттар бозғылт, кеуде, іш, сан тері қабаттарында петехиялар және экхимоздар. Лимфа түйіндері, бауыр, көкбауыр ұлғаймаған. Қанда: эритроциттер-1,8 млн., Нв- 56 г/л, ТК - 0,93, лейкоциттер-2,6 мың, тромбоциттер-30 мың, ЭТЖ - 50 мм/сағ. Стерналді пункцияда – майлы кеміктің қызмет етуші бөлігінен басымдығы. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>апластикалық анемия

<variant>маркиафавы-Микели ауруы

<variant>жіті лейкоз

<variant>тромбоцитопениялық пурпура

<variant>гемолитикалық анемия

<question>Тілдің ашуы, диспепсиялық бұзылыстар (тәбеттің төмендеуі, жүрегі айнуы), өзін нашар

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің56беті

сезінуі, аяқ-қолдар жансыздануы, парестезиялар байқалуы тән:

<variant>В₁₂-тапшылық анемиясына

<variant>гемолитикалық анемияға

<variant>қан кетуден болған анемияға

<variant>апластикалық анемияға

<variant>теміртапшылық анемияға

<question>25 жастағы науқас ер адам эпигастрий аймағында ауырсынуға және айқын циркуляторлық-гипоксиялық синдромға шағымданып қаралды. Анамнезінде – асқазан ойық жара ауруы. Тері қабаты бозарған. Қан анализі: Нв – 85 г/л, Э – $3,2 \times 10^{12}/л$, ТК – 0,75, тромбоциттер – $165,0 \times 10^9/л$, ретикулоциттер – 0,5 %. билирубин – 15 мкмоль/л, сарысулық темір – 4,5 ммоль/л.

Грегерсен реакциясы оң мәнді. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>темір тапшылық анемия

<variant>гемолитикалық анемия

<variant>жіті постгеморрагиялық анемия

<variant>В₁₂-дефицитті анемия

<variant>апластикалық анемия

<question>Теміртапшылық анемиясымен науқас әйелдің соңғы анализінде гемоглобин 60 г/л.

Науқасты жүргізудің келесі тактикасын құрастырыңыз:

<variant>шұғыл түрде госпитализациялау

<variant>жоспарлы госпитализациялау

<variant>амбулаторлық ем

<variant>үй жағдайындағы стационар

<variant>күндізгі стационар

<question>60 жастағы науқас әйелде тексергенде Нв 78г/л., ТК - 1,3, эритроциттер $2,3 \times 10^{12} /л$, макроцитоз анықталған. Анамнезінде: көп жылдар бойы созылмалы асқазан және ішек ауруларымен ауырады. Осы аурумен науқасқа тағайындалуы қажет ем:

<variant>цианокобаламин инъекциясы

<variant>эритроцит массасын құю

<variant>феркаил инъекциясы

<variant>темір сульфатын қабылдау

<variant>аскорбин қышқылын қабылдау

<question>В₁₂-жетіспеушілік анемия кезінде жұлын өзгерісі:

<variant>мегалобластоз

<variant>қан түзудің нормобластикалық типі

<variant>мегакариоцит мөлшерінің төмендеуі

<variant>лимфоциттердің басым болуы

<variant>қан түзудің апластикалық типі

<question>В-12 тапшылықты анемиян В12 витаминімен емнің нәтижелілігін көрсетеді

<variant>ретикулоцитоз

<variant>тромбоциттің жоғарлауы

<variant>түстік көрсеткіштің төмендеуі

<variant>гемоглобин мен эритроциттің көбеюі

<variant>лейкоцит и тромбоциттің қалыпқа келуі

<question>18 жастағы жігіт соңғы 4 айда қызыл иектен және мұрыннан қан кетуге, сан аймағындағы терілік геморрагияларға шағымданады. Қарағанда. Терісі және көрінетін шыршты қабықтары бозарған, сарғыштау, лимфа түйіндері ұлғаймаған, бауыр және көкбауыр пальпацияланбайды. Қан анализінде Нб-72 г/л, эр-2,1, л-2,0, т-1, с-40, л-53, м-6, Тр – $40 \times 10^9/л$, ЭТЖ

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің57беті

-48мм/с. Болжам диагнозыңыз:

<variant>апластикалық анемия

<variant>гемолитикалық анемия

<variant>теміртапшылықты анемия

<variant>В12- тапшылық анемия

<variant>тромбоцитопениялық пурпура

<question>Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінде анемия туындайды ненің себебінен

<variant>эритропоэтин синтезінің төмендеуі

<variant>темір тапшылық

<variant>В₁₂ витамин тапшылық

<variant>аутоиммунды гемолиз

<variant>фоллий қышқылы тапшылығы

<question>65 жастағы ер адам, әлсіздікке, аяқтарының тоңуына, парастезияларға шағымдалады.

Анамнезінде – 8 жыл бұрын асқазанның резекциясы болған. Қанда: Нв- 68 г/л, эритроциттер

2,1·10¹²/л, ТК- 1,3, лейкоц- 3,2·10⁹/л, тромбоциттер- 137·10⁹/л. Осы анемияның даму себебі:

<variant>Гастромукопротеиннің тапшылығы

<variant>темір тапшылығы

<variant>фоллий қышқылының тапшылығы

<variant>эритропоэтиннің тапшылығы

<variant>тұз қышқылының тапшылығы

<question>74 жасар науқас жалпы әлсіздікке, бас айналу, ентігу, эпигастрии аймағында ауырсыну,

тамақ қабылдағаннан кейін ауыр сезімі, ашығанмен кекіруге шағымданып жолықты. Қарағанда:

терісінің боздығы, склера сарғыштығы, орташа спленомегалия, «шулкі» тәрізді аяқтарындағы

тактильді сезімталдығының төмендеуі. ЖҚА:Нв -83 г/л; ТК - 1,2; Эр.- 2,5х10¹²/л; лейкоц.-

3,2х10⁹/л; тромб. - 150х10⁹/л; ретикулоциттер – 0,2%; билирубин-42 ммоль/л (тікелей емес

фракция 33 ммоль/л). Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>В₁₂-тапшылық анемия

<variant>созылмалы гепатит

<variant>гемолитикалық анемия

<variant>созылмалы атрофиялық гастрит

<variant>темір тапшылық анемия

<question>Гипопластикалық (апластикалық) анемияға ең тән көрсеткіш:

<variant>миелокарицит төмендеуі

<variant>түстік көрсеткіштің төмендеуі

<variant>перифериялық қанда нейтрофилез

<variant>микрофероцитоз

<variant>миелокарицит жоғарылауы

<question>Темір препараттарымен емнің нәтижесінің алғашқы объективті критерийі:

<variant>терапияның 7-күні дамыған ретикулоцитарлы криз

<variant>жалпы әлсіздіктің азаюы

<variant>эритроциттердің жоғарылауы

<variant>сидеропениялық синдромның азаюы

<variant>гемоглобиннің жоғарылауы

<question>Темір тапшылықты анемияға тән сүйек кемігіндегі өзгеріс:

<variant>сидеробласттар сандарының азаюы

<variant>лимфоциттердің көбеюі

<variant>мегакарициттердің азаюы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің58беті

<variant>мегалобластоз

<variant>миелоидты метаплазия

<question>Ер адам 22 жаста, жалпы әлсіздікке, қызылиегінің қанағыштығына, тамағының ауыруына, мойын лимфа түйіндерінің ұлғаюына шағымданып түсті. Қанында: гемоглобин - 54 г/л, эритроциттер - $2 \times 10^{12}/л$, лейкоциттер - $76 \times 10^9/л$, тромбоциттер - $50 \times 10^9/л$, ЭТЖ - 64 мм/сағат, бласты жасушалар - 47%, сегмент ядролы нейтрофилдер- 29%, лимфоциттер - 18%, моноциттер - 6%. Жедел лейкоз диагнозы қойылды. Төменде аталғандардың диагнозды дәлелдеуде маңызды:

<variant>бластемия

<variant>анемия

<variant>тромбоцитопения

<variant>лейкоцитоз

<variant>ЭТЖ жоғарылауы

<question>47 жастағы әйел қабылдау бөліміне жалпы әлсіздікке, бас айналуға, жүрек қағуға шағымданып түсті. Соңғы 1 жылда менструациясы 10 күннен, көп мөлшерде келеді. Объективті: тері жамылғысы және сілемейлі қабығы қабаты бозғылт, тырнақтары жолақтанған және сынғыш, паштары көп түседі, тахикардия минутына 100 рет, АҚ 110/60 мм.с.б. Қанда: гемоглобин - 62 г/л, эритроциттер - $2,6 \times 10^{12}/л$, түстік көрсеткіш - 0,7, ЭТЖ - 36 мм/сағат, лейкоциттер - $5,8 \times 10^9/л$, тромбоциттер - $420 \times 10^9/л$. Гинеколог: жатыр миомасы, 12 апта. Хирургиялық жолмен емдеу ұсынылды. Аталғандардың қайсысы науқасты жүргізу тактикасының ең тиімдісі болып табылады:

<variant>темір препараттарын парентеральды енгізу.

<variant>В12 витаминін парентералды енгізу

<variant>фолий қышқылы ішке қабылдау

<variant>аскорбин қышқылын парентералды енгізу

<variant>эритроцитті массаны құю

<question>Науқас әйел 60 жаста, әлсіздікке, эпигастрийдегі ауырсынуға шағымданады.

Объективті: терісі және көрінетін шырышты қабаттары бозғылт субиктериялы, беті ісінген, тілі "лакталған". Аздаған гепатоспленомегалия. Қанда: панцитопения, макроцитоз, нейтрофилдер полисегментті. Билирубин- 38,5 мкмоль/л. Миелограмма: қан түзудің мегалобласты түрі.

Неғұрлым мүмкін диагноз:

<variant>В₁₂-тапшылықты анемия

<variant>теміртапшылықты анемия

<variant>аутоиммунды гемолиздік анемия

<variant>апластикалық анемия

<variant>талассемия

<question>Науқас 23 жаста, әлсіздікке, енгігуіне, жүрек соғуына шағым айтады. Объективті: тері мен шырыш қабаттары боз. Жүрек ұшында систолалық шу, тахикардия естіледі. Қанда: эритроциттер-3,0 млн., гемоглобин-92 г/л, лейкоциттер-4,2 мың., тромбоциттер-192 мың, ЭТЖ-22 мм/с..Қан талдауының барынша ықтимал интерпретациясы:

<variant>жеңіл дәрежелі нормохромды анемия

<variant>орташа ауырлық дәрежелі гипохромды анемия

<variant>жеңіл дәрежелі гипохромды анемия

<variant>орташа ауырлық дәрежелі нормохромды анемия

<variant>жеңіл дәрежелі гиперхромды анемия

<question>Науқас Д, 34 жаста, әлсіздікке, бас айналуына, жүрек қағуына шағымданады. 2 жыл бойы геморроймен ауырады. Объективті: тері жабындары мен шырышты қабықтарының бозғылттануы. Жүрек тондары тұйықталған, жүрек ұшында систолиялық шу. ЖЖЖ 119 соққы/мин. Қанда: эр-2,7 млн., Нв-82 г/л, ТК-0,75, лейко-4,8 мың., тромб-200 тыс. СОЭ-17 мм/сағ,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің59беті

анизоцитоз, пойкилоцитоз. Сарысулық темір-6,4 мкмоль/л. Қандай препарат тағайындау тиімді

<variant>сорбифер пероральды.

<variant>преднизолон пероральды

<variant>феррум-лек көк тамырға

<variant>десферал бұлшықетке

<variant>эритроцитарлы масса көк тамырға

<question>71 жастағы науқас, тәбетінің төмендеуіне, тағам қабылдағаннан кейін эпигастрий аймағындағы ауырлыққа, тіл ұшындағы ауырсыну мен күйдіруіне, жалпы әлсіздікке, енгізуге, аяқта «құмырсқа жүру» сезіміне, аяқтың ұюына шағымданады. Анамнезінен: көптеген жылдар бойы созылмалы гастритпен зардап шегеді. Объективті: тері боз, сарғыш түстес, тілі тегіс, «лекталған», глоссит. Жалпы қан талдауы: гемоглобин -80 г/л , эритроциттер - $2,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциттер $7,1 \times 10^9/л$, тромбоциттер – $160 \times 10^9/л$. Гемограммады: макроциттер, мегалоциттер, эритроциттерде Жолли денешігі, Кебат сақиналары. Миелограммада: қан өндірілуінің мегалобласты түрде жүруі эзофагогастродуоденоскопияда жайылмалы атрофиялық гастрит.

Төменде аталған дәрілердің қайсысы ең тиімді?

<variant>В₁₂- дәрумені .

<variant>фолий қышқылы

<variant>сорбифер-дурулес

<variant>флудара

<variant>эритропозтин

<question>38 жастағы әйел адам іштің ауыруына, іш қатумен ауысатын іш өтуге, іштің кебуіне, құсуға шағымданады. Зерттегенде аш ішектің дивектикулы, гиперхромды макроцитарлы анемия, неврологиялық симптомдар анықталды. Болжам диагноз:

<variant>В₁₂ витаминіне жоғары қажеттілік әсерінен дамыған екіншілік витамин В₁₂ – тапшылық анемия

<variant>фолий жетіспеушілік анемия

<variant>теміртапшылықты анемия

<variant>ішкі фактор тапшылығынан дамитын В₁₂ – тапшылық анемия

<variant>сіңіру бұзылысы әсерінен дамыған В₁₂ – тапшылық анемия

<question>Теміртапшылықты анемияның маңызды лабораторлық көрсеткіші:

<variant>түстік көрсеткіштің төмендеуі.

<variant>диспротеинемия

<variant>лейкопения

<variant>гематокрит төмендеуі

<variant>гемоглобин төмендеуі

<question>Көрініс қай ауруға тән: мұрыннан, қызыл иектен қан кету, теріде және шырышты қабатта геморрагиялар. Қанда: эр.-1,8 млн. Нв- 54 г/л ЦП - 0,9 лейко-2,4 тыс. пал-6 сегм-58 эоз-2, лимф-34 тромб-44 тыс. СОЭ-52 мм/ч қан кету уақыты-20 мин. трепанатта – майдың көп мөлшері

<variant>апластикалық анемия

<variant>жедел лейкоз

<variant>аутоиммунды тромбоцитопениялық пурпура

<variant>маркиафавы-Микели ауруы

<variant>В₁₂-тапшылық анемия

<question>В₁₂-тапшылықты анемияның миелограммасына клесі өзгеріс тән:

<variant>қан түзудің мегалобласты типі

<variant>босаған сүйек кемігі

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің60беті

<variant>өзгермеген сүйек кемігі

<variant>қан түзудің барлық өсіндісінің гиперплазиясы

<variant>қан түзудің нормобластты типі эритроидты өсіндінің тітіркенуімен

<question>Наукас 30 жас әлсіздікке, еңтігуге, жүрек қағуына, соңғы жартыжылдықта меноррагияға шағымданады. Объективті: тері және шырышты қабаттары бозғылт, тырнақтардың көлденең сызылуы, койлонихиялар. Жүрек ұшында систолалық шу, тахикардия. Қанда: эр.-3,0 млн., Нв-92 г/л, ЦП-0,77, лейкоц.-4,2 тыс., тромб.-192 тыс., СОЭ-22 мм/ч, анизоцитоз, пойкилоцитоз. Миелограммада: 12% сидеробласт. Ең тиімді тактика:

<variant>сорбифер 200 мг күніне 3 ай бой

<variant>феррум-лек 2,0 в/м 1 апта бойы

<variant>феррум-лек 5,0 в/в 1 апта бойы

<variant>қан трансфузиясы

<variant>эритроцитарл масса трансфузиясы

<question>Әйел 62 жаста, әлсіздікке, бас айналуға, физикалық күштемеден кейінгі еңтігуге, аяқтарының парестезиясына және тоңуына шағымданады. Созылмалы гастритпен ұзақ уақыт бойы ауырады. Қанда: Нв - 70 г/л, эритроцит $2,0 \times 10^{12}/л$, ЦП- 1,2, лейкоцит - $3,0 \times 10^9/л$, тромбоцит - $140 \times 10^9/л$. ЭФГДС жайылмалы атрофиялық гастрит. Осы анемияның даму себебін көретіңіз:

<variant>гастроукопротеин жетіспеушілігі

<variant>темір жетіспеушілігі

<variant>фолий қышқылының жетіспеушілігі

<variant>эритропоэтин жетіспеушілігі

<variant>тұз қышқылының жетіспеушілігі

<question>Наукас 32 жаста. Шағымдары: жалпы әлсіздік, шаршағыштық, бас айналу, көз алдында «шіркейлердің» пайда болуы, еңтігу, тырнақтарының сынғыштығы. Анамнезінен: 7 жүктілік болған, оның 4-інде түсік тастаумен аяқталған, етеккірі 5-7 күн, көп қан кетеді. Объективті: тері және көзге көрінетін сілемей қабаттары боз, таза, құрғақ. Тырнақтары жұмсақ, тез сынады. Ауыз бұрыштары тілінген. Жалпы қан талдауы: гемоглобин -62 г/л, эр - $2,6 \times 10^{12}/л$, лейкоциттер $4,9 \times 10^9/л$, тромбоциттер – $180 \times 10^9/л$. Эритроциттердің тұну жылдамдығы - 30 мм/ сағ. Төменде аталған дәрілердің қайсысы ең ықтималды?

<variant>сорбифер-дурулес

<variant>фолий қышқылы;

<variant>В₁₂- дәрумені

<variant>аскорбин қышқылы

<variant>эритропоэтин

<question>Наукас 19- жастан бері бала кезінен бастап кезендік сарғаюларды байқаған. 3 ай бұрын сарғаюы күшейген. Объективті тексеруде бауыр мен көкбауыр пальпацияланады. Қанда: Нв-81/л, Эр.2,9x10¹²/л, Л-8x10⁹/л, лейкоцитарлы формула қалыпты. Ретикулоциттер 24%, тромбоциттер 182x10⁹/л. Эритроциттердің осмостық тұрақтылығы: басында 0,6% NaCl, соңында - 0,4% NaCl. Қандағы билирубин 134 ммоль/л, тікелей -12ммоль/л, темір -24 мкмоль/л. Болжам диагнозы:

<variant>гемолитикалық анемия

<variant>фолий тапшылықты анемия

<variant>гипопластикалық анемия

<variant>темір тапшылықты анемия

<variant>В-12-тапшылықты анемия

<question>Гемолитикалық сарғаюға тән синдромдарды тандаңыз

<variant>лимон түстес сарғаю, анемия, спленомегалия

<variant>қызғылт түстес сарғаю, гепатоспленомегалия

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің61беті

<variant>жасыл түстес сарғаюу, бауыр жеткіліксіздігі

<variant>лимон түстес сарғаюу, геморрагиялар, спленомегалия

<variant>қызғылт түстес сарғаюу, іште ауырсыну

<question>Әйел 20 жаста, жалпы әлсіздікке, бас айналуға, жүрек қағуға, шаштарының түсуіне шағымданады. Объективті: тері және шырышты қабатының бозаруы, тырнақтарының сынғыштығы және иретелуі. Қанда: гемоглобин - 60 г/л, эритроцит – $2,1 \times 10^{12}/л$, т.к. – 0,66, лейкоцит - $5,8 \times 10^9/л$, тромбоцит – $320 \times 10^9/л$, ЭТЖ - 12 мм/час.

Бұл ауруда тағайындаған тиімді:

<variant>темір препараттары

<variant>антибиотиктер

<variant>глюкокортикоидтар

<variant>гепатопротекторлар

<variant>цитостатиктер

<question>40 жастағы әйел жалпы әлсіздікке, бас айналуға, жүрек қағуға, обильді менструацияға шағымданып түсті. Объективті: тері жамылғысы және сілемейлі қабығы қабаты бозғылт, тырнақтары «қасық тәрізді» өзгерген, шаштары түскен, АҚ 110/60 мм.с.б. Қанда: гемоглобин - 60 г/л, эритроциттер - $2,6 \times 10^{12}/л$, түстік көрсеткіш - 0,75, ЭТЖ - 25 мм/сағат, лейкоциттер - $4,8 \times 10^9/л$, тромбоциттер - $300 \times 10^9/л$. Ең тиімді тактика:

<variant>темір препараттарын парентеральды енгізу

<variant>фоллий қышқылы ішке қабылдау

<variant>В12 витаминін парентералды енгізу

<variant>аскорбин қышқылын парентералды енгізу

<variant>эритроцитті массаны құю

<question>Науқас 19 жастан бері бала кезінен бастап кезеңдік сарғаюларды байқаған. 3 ай бұрын сарғаюы күшейген. Объективті тексеруде бауыр мен көкбауыр пальпацияланады. Қанда: Нв-81/л, Эр.2,9 $\times 10^{12}/л$, Л-8 $\times 10^9/л$, лейкоцитарлы формула қалыпты. Ретикулоциттер 24%, тромбоциттер 182 $\times 10^9/л$. Эритроциттердің осмостық тұрақтылығы: басында 0,6% NaCl, соңында - 0,4% NaCl. Қандағы билирубин 134 ммоль/л, тікелей -12ммоль/л, темір -24 мкмоль/л. Болжам диагнозы:

<variant>гемолитикалық анемия

<variant>фоллий тапшылықты анемия

<variant>гипопластикалық анемия

<variant>темір тапшылықты анемия

<variant>В-12-тапшылықты анемия

<question>Темір тапшылықты анемияға тән сүйек кемігіндегі өзгеріс:

<variant>сидеробласттар сандарының азаюы

<variant>лимфоциттердің көбеюі

<variant>мегакариоциттердің азаюы

<variant>мегалобластоз

<variant>миелоидты метаплазия

<question>Қан түзілудің мегалобластты түрі, қанда ферритин деңгейі жоғарылауы, неврологиялық симптоматика тән.

<variant>В 12 - тапшылық анемиясына

<variant>Минковский – Шоффар анемиясына

<variant>теміртапшылық анемиясына

<variant>аутоиммундық гемолитикалық анемияға

<variant>апластикалық анемияға

<question>Сүйек кемігі белсенділігінің жоғарылауын көрсететін гемолитикалық сарғаюдағы шеткі

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің62беті

кандағы өзгерістер

- <variant>ретикулоциттер санының ұлғаюы
- <variant>эритроциттер санының төмендеуі
- <variant>гемоглобин деңгейінің төмендеуі
- <variant>лейкоциттер санының жоғарылауы
- <variant>тромбоциттер санының жоғарылауы
- <question>Сульфониламидтердің қантты төмендетуші әсері негізделген.
- <variant>бета жасушаларында инсулиннің секрециялануының жоғарылауына
- <variant>бүйректік глюконеогенездің тежелуіне
- <variant>эндогенді инсулин әсерінің артуына
- <variant>ішекте глюкоза резорбциясының бәсеңдеуіне
- <variant>глюкагон секрециясының тежелуіне
- <question>60 жасар ер кісі, артық салмағы бар, екі рет ашқарынға гликемия 8,9 және 10,9 ммоль/л-ге дейін анықталды. Емхана эндокринологы бірінші рет қант диабеті 2 тип қойды. Патогенетикалық емнің мақсаты... болып келеді.
- <variant>шеткері ұлпалардың инсулинге деген сезімталдығын күшейту
- <variant>сыртқы инсулиндің әсерін күшейту
- <variant>инсулин рецепторларының сезімталдығын төмендету
- <variant>Лангерганс аралдарының бета-жасушалар қызметін күшейту
- <variant>ішектерде глюкоза сіңірілуін төмендету
- <question>Метаболикалық синдроммен науқастарда гипертриглицеридемия салдарынан дамиды.
- <variant>гиперинсулинемия
- <variant>гипогонадизм
- <variant>гипертиреозидизм
- <variant>гипонатриемия
- <variant>гиперпролактинемия
- <question>42 жастағы науқас,отбасылық дәрігерде соңғы 3 жыл бойы қант диабеті 2 тип диагнозымен бақылауда тұрады. Дәрігер тағайындауын бұлжытпай орындайды.Қандағы қант мөлшері 6,1ммоль/л.Соңғы 4 айда басы жиі ауыратын болған.қарағанда АҚҚ 150/100 мм.с.б. 15 минкейін өлшегенде АҚҚ осы деңгей сақталады. Науқасқа АҚҚ төмендету ұсынылған, себебі ол.
- <variant>науқас өмірінің болжамын жақсартады
- <variant>аурудың белгілерін қалпына түсірмейді
- <variant>қант диабеті көрсеткіштерін қалпына келтіреді
- <variant>зат алмасу көрсеткіштерін қалпына келтіреді
- <variant>ҚСБ көрсеткіштерін қалпына келтіреді
- <question>Салмағы ауыр, 60 жаста ер адамда екі рет ашқарындағы гликемия деңгейінің 8,9 и 10,9 ммоль/л-ға дейін жоғарлағаны байқалған. Емхана эндокринологтары алғаш анықталған II типті қант диабетін диагностикалаған. Патогенетикалық терапияның мақсаты болып табылады.
- <variant>перифериялық тіндерді глюкоза утилизациясын жоғарлату
- <variant>инсулин рецепторларының санын жоғарлату
- <variant>инсулин рецепторларының сезімталдығын төмендету
- <variant>экзогенді инсулин әсерін нығайту
- <variant>Лангерганс арамшылығындағы В-жасушалардың функциясын белсендету
- <question>Салмағы ауыр,50 жастағы әйел адамда екі рет ашқарындағы гликемия деңгейінің 6,9 и 7,2 ммоль/л-ге дейін жоғарылағаны байқалады. Науқастың диагнозы:
- <variant>2 тип қант диабеті
- <variant>1 тип қант диабеті

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің63беті

<variant>семіру

<variant>ашқарындағы гликемия бұзылған

<variant>глюкозаға толеранттылық бұзылған

<question>Науқас И. 60 жаста. Жазылмайтын трофикалық жараға ем қабылдаған. Бір жыл бойы манинил қабылдаған. Терісі құрғақ, ісінулер жоқ. АҚҚ- 135/80 мм с.б. ЖСЖ - 82 минутына. Status lokalis: оң жақ табаны гиперемиялаған, аздап ісінген, аяқ бетінде дұрыс емес, мөлшері 4,5 x 6,1 см. жара орналасқан. Оң жақ табандағы перифериялық тамырлар пульсациясы әлсіреген. Қандағы глюкоза – 15 ммоль/л, тәуліктік глюкозурия - 29 г/л. Науқасты жүргізу тактикасы:

<variant>инсулинге ауыстыру

<variant>бигуанидтерге ауыстыру

<variant>сульфонил мочевины препараттарының дозасын жоғарлату

<variant>қатаң ем және рационалды физикалық жүктеме

<variant>секретагогты бигуанидтермен бірге комплексті қолдану

<question>45 жастағы толық дене бітімді әйелде диспансерлік бақылауда кездейсоқ ашқарынға гликемия- 10 ммоль/л, глюкозурия -3 %, зәрде ацетон –жоқ. Науқаста.

<variant>инсулинге тәуелсіз ІІ типті қант диабеті

<variant>инсулинге тәуелді І типті қант диабеті

<variant>инсулинге тәуелсіз ІІ типті қант диабеті , инсулинді қажет ететін

<variant>ІІтипті жастардың қант диабеті (MODY)

<variant>екіншілік қант диабеті

<question>18 жастағы жасөспірімде салқын тиіп ауырғаннан кейін шөлдеу, полиурия, жалпы шаршағыштық пайда болды. Қанда қант 16 ммол/л, зірде 5%, зірде ацетон анықталады. Науқаста диабеттің түрі:

<variant>қант диабеті инсулинге тәуелді (1-й тип.)

<variant>қант диабеті инсулинге тәуелсіз (2-й тип)

<variant>қант диабеті инсулинге тәуелсіз (2-й тип), инсулин талап ететін фаза

<variant>қант диабеті 2 – тип жас адамда (MODY)

<variant>екіншілік қант диабеті

<question>Науқас К. 24 жаста,қатты арықтағанына (1 айда 9 кг),аузының құрғауына,шөлге,кіші дәретінің жиілеуіне,жүрек айнуына,тәбет төмендеуіне шағымданады.Объективті: терісі құрғақ,табаны мен алақандары сарғыш реңкті,фурункулез бар.Зәр анализінде қант анықталған -2,9% және ацетонурия. Клиникалық хаттамаға бойынша науқасқа тағайындау қажет:

<variant>қарапайым инсулинді.

<variant>сульфаниламидтерді

<variant>бигуанидтерді

<variant>пролонгирленген инсулинді

<variant>гипокалориялы диета

<question>Әйелдер консультациясына ұстама тәрзді ішінің төменгі бөлігіндегі ауру сезіміне жүкті әйел келді.Ауру сезімі физикалық жүктемеден кейін күшейеді.Жүктіліктің 28-29 аптасы,6 жыл қант диабетімен ауырады.14 бірлік инсулин қабылдайды.Қарағанда жағдайы орташа ,жүрек тондары тұйықталған,ЖСЖ 80мин,АҚ 110/60мм с б ,қант 10ммоль/л,зәрдегі қант 0,5%.

Клиникалық хаттамаға бойынша босанған кезде науқасты ауыстыру керек:

<variant>жай инсулин

<variant>сульфаниламидмочевина препараты

<variant>бигуанидтер

<variant>диета № 9

<variant>ұзақ әсерлі инсулин

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің64беті

<question>Инсулин жетіспеушілігінде дамиды:

<variant>гипергликемия

<variant>гиперлипидемия

<variant>гликоген синтезінің күшеюі

<variant>кетон денелерінің өндірілуінің төмендеуі

<variant>гипогликемия

<question>М. атты 35 жастағы науқас әйел қатты күйзелістен кейін аса тершендік, ашушандық пайда болып, салмақ жоғалтқанын айтады. Объективті: бойы – 170 см, салмағы – 55 кг. Терінің айқын гипергидрозы, алдыға созған қол саусақтарының треморы. Жүрек шекаралары солға ығысқан, тондары күшейген, жүрек ұшында систолалық шу, ЖСЖ – минутына 150 рет, АҚ - 140/70 мм с.б. Қалқанша бездің 2 дәрежелі ұлғаюы. Негізгі зат алмасу 20 пайызға артқан. Ашқарынға гликемия - 6,3 ммоль/л. Қандағы холестерин - 7,0 ммоль/л. Неғұрлым деректі зерттеу тәсілі:

<variant>Т₃, Т₄, тиреотроптық гормонды зерттеу

<variant>ЭХОКГ

<variant>АҚ тәуліктік мониторинг

<variant>қалқанша бездің пункциясы

<variant>гликозириленген гемоглобинді зерттеу

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

<variant>оперативтік ем

<variant>тиреоидиттер

<variant>йод препараттары

<variant>тиреоидты гормондар

<variant>қабынуға қарсы дәрілер

<question>Нейроинфекциядан кейін жас адамда тәбеті артып,салмағы көбейіп, АҚ жоғарылаған. Бойы - 172 см, дене массасы индексы – 30кг/м². Іш, иық терісінде қызару, дененің ашық жерлерінде гиперпигментация байқалады. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>2-деңгейлі гипоталамиялық майбасу.

<variant>2-деңгейлі алиментарлы-конституциональды майбасу

<variant>1-деңгейлі нейрогенді майбасу

<variant>жалпы майбасу

<variant>адиפозогенитальды дистрофия

<question>42 жастағы ауруда струмэктомиядан 6 айдан кейін әлсіздік, естің нашарлауы, салмағының қосылуы, беттегі ісі, терінің құрғақтығы, іш қату, аменорея байқалған. Қалқанша безі байқалмайды. АҚ-95/60 мм.рт.ст., пульс – мин 56 рет соғады. Т₃,Т₄ төмендеген, ТТГ – жоғары. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>алғашқы гипотиреоз

<variant>орталық май басу

<variant>гипоталамиялық синдром

<variant>екінші гипотиреоз

<variant>поликистозды аналық без синдромы

<question>Дене салмағы шамадан тыс артық 60 жастағы ер адамда, гликемияның ашқарындағы деңгейінің жоғарылауы 2 рет анықталған (8,9 және 10,9 ммоль/л). Емхана эндокринологі алғаш анықталған 2 типті қант диабеті диагнозын қойған. Патогенездік терапияның мақсаты:

<variant>шеткі тіндердің инсулинге сезімталдығын жоғарылату

<variant>ішекте глюкозаның сіңірілуін төмендету

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің65беті

<variant>экзогенді инсулиннің әсерін күшейту

<variant>инсулиндік рецепторлардың сезімталдығын төмендету

<variant>лангерганс аралшықтарының бета-жасушаларының функциясын ынталандыру

<question>43 жастағы әйел тез ашулануға, жалпы әлсіздік, құйылулар(приливы), тәулігіне 15 рет болуына шағымданады. Объективті: гипергидроз, артериалды қан қысымы - 150/90 мм.с. б.б. жүректің жиырылу жиілігі- 86 рет мин. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>патологиялық климакс

<variant>тиреотоксикоз

<variant>ретериалдық гипертензия

<variant>феохромоцитома

<variant>гипотиреоз

<question>46 жаста, ер кісі дәрігерге алғаш рет келуде. Шағымдары: шөлдеу, ауыздың құрғауы, айқ-қол саусақ ұштарының жансыздануы, есте сақтау қабілетінің төмендеуі. Артериалды қан қысымы - 150/90 мм.с. б.б. Дене салмағы-80кг, дене салмағының индексі 32, қандағы глюкоза-9,1 ммоль/л. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>қан диабеті 2 тип.

<variant>метаболикалық синдром

<variant>қан диабет 1 тип

<variant>семіздік

<variant>артериалды гипертензия

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

<variant>ангиотензин айналдырушы фермент ингибиторларын тағайындау

<variant>диуретиктерді тағайындау

<variant>антикоагулянттар

<variant>ақуыз препараттары

<variant>антиагреганттар

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

<variant>йодомарин

<variant>тирозол

<variant>преднизолон

<variant>меркозолил

<variant>L-тироксин

<question>51 жастағы науқаста аяқтарындағы ауырсынуға байланысты ангиохируртта тексерілу барысында ашқарындық гликемия 5,9 және 5,7ммоль/л (капиллярлы қанда) болды. Дәрігер бұл көрсеткіштерді қалыпты деп бағалаған. Бірақ науқас көмірсуларды қатаң шектей отырып эндокринологқа қаралған. Анамнезінде созылмалы панкреатит. Ашқарындық гликемия 5,3 ммоль/л, глюкозотолеранттылық сынамасының көрсеткіштері қалыпты. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>ашқарындық гликемия бұзылысы

<variant>көмірсу алмасу бұзылысы жоқ

<variant>қантты диабеттің 2 типі

<variant>панкреатогенді диабет

<variant>науқас диабет бойынша қауіп тобына жатады

<question>Субтотальды струмэктомиядан кейін 3 күн өткен соң қол – аяқтары, бет, диафрагма бұлшықеттерінің құрысқағы (судороги) пайда болды. Қол – аяқтарда айқын парестезиялар мен ұю

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің66беті

сезімі. Бір рет есінен танғаннан кейін күнде эпилептиформды талмалар дамыды. Бұл кезде артериялық қысым жиі төмен деңгейде тіркеледі. Диагностиканың бірінші қадамы болып табылады:

- <variant>қанда кальций деңгейін анықтау
- <variant>электроэнцефалография
- <variant>ТТГ мен бос Т4 деңгейін анықтау
- <variant>АҚ тәуліктік мониторинг
- <variant>кортизол деңгейін анықтау

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

- <variant>бүйрек үсті безінің жеткіліксіздігі
- <variant>жүктілік
- <variant>гепатодуоденалды аймақ ісігі
- <variant>аналық без туберкулезі
- <variant>нейрогенді анорексия

<question>Дәрігерге 48 жастағы әйел адам физикалық күштемеге байланыссыз, валидол, басылатын жүрек аймағындағы интенсивті ауырсыну шағымдарымен қаралды. Соңғы жылда кезеңді түрде ыстықтау сезімі, беттің гиперемиясы, декольте аймағында тершендік, жүрек қағуы, кобалжу, қорқу сезімі байқалады. Кейінгі бір жыл аралығында етеккір циклінің бұзылысы, 4 ай аменорея. Объективті: беті гиперемияланған, айқын диффузды гипергидроз. АҚ- 150/90 мм.с.б., ЖЖЖ 98 рет мин. ЭКГ: ғлсіз негативті Т V4-V6, анаприлинмен сынама оң. Гинеколог консультациясы – атрофиялық сүртінді. Сіздің болжам диагнозыңыз:

- <variant>патологиялық климакс
- <variant>ЖИА (ИБС). Күш түсу стенокардиясы ФКП
- <variant>артериальды гипертензия
- <variant>тиреотоксикоздың басталуы
- <variant>нейроциркуляторлы дистония

<question>Қанда кортикостероид құрамының төмендеуі және зәрмен 17-ОКС, 17-КС экскрециясының азаюы БАҰЫНША сәйкес келеді:

- <variant>Аддисон ауруына
- <variant>Шиен синдромына
- <variant>Нельсон синдромына
- <variant>Симмондс синдромына
- <variant>Иценко-кушинг ауруына

<question>38 жастағы әйел жалпы тәжірибелік дәрігерге дене салмағының жоғарылауы, тер бөлінуінің төмендеуі, бетінің ісінуіне шағымданып келді. Көптен бері созылмалы тонзиллитпен ауырады. Объективті: бойы-158 см, салмағы-89 кг. Стриялар жоқ, айқын гиперкератоз. Беті борпылдақ, қабақтары ісінген. Жүрек соғу жиілігі минутына 56 рет, артериялық қан қысымы-100/60 мм сынап бағанасында. Қанында: глюкоза - 3,3 ммоль/л, сарысу ақуыздарымен байланысқан йод - 300 ммоль/л. Науқасты жүргізудегі ең тиімді тактика ретінде ... мақсатқа лайықты.

- <variant>тиреотидты препараттар тағайындау
- <variant>несеп айдаушы препараттар тағайындау

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің67беті

<variant>қабынуға қарсы терапия жүргізу

<variant>субкалориялы диета тағайындау

<variant>витаминотерапия жүргізу

<question>43 жастағы науқасты дене салмағының артуы, әлсіздік, бетінің ісіуі, терісінің құрғауы, ішінің қатуы, аменорея, есте сақтауының нашарлауы мазалайды. Терісі құрғақ, суық. Қалқанша безі пальпацияланбайды. АҚ90/60 мм с.б.б. пульс—52 рет.Т3 және Т4 төмендеген, ТТГ жоғарылаған. Науқасқа тағайындау қажет.

<variant>тиреоидты препараттар

<variant>тиреостатты препараттар

<variant>диуретиктер

<variant>йод препараттары

<variant>стероидты емес қабынуға қарсы препараттар

<question>Тиреотоксикозы бар науқасқа тиреостатиктерді үшін тағайындайды.

<variant>тиреоидты гормондардың қандағы мөлшерін төмендету

<variant>тиреоидты гормондардың қандағы мөлшерін арттыру

<variant>қанда тиреопероксидазаға анти денелерді төмендету

<variant>қанда тиреоглобулинге анти денелерді төмендету

<variant>қанда белок пен байланысқан йодтың деңгейін арттыру

<question>33 жастағы Л әлсіздікке, шаршағыштыққа шағымданады. Анамнезінен: қалқанша безінің субтоталды резекциясы, 50 мкг L-тироксинді қабылдаған. Объективті: беті ісінген, жүрек тондары тұйықталған. АҚҚ - 100/70 мм сын. бағ. Зерттеу әдістерінің ішінде ең ақпараттысы болып келеді.

<variant>Т₃ және Т₄ деңгейін анықтау

<variant>АҚҚ тәуліктік мониторинг

<variant>ЭКГ

<variant>Қанды бактериологиялық себу

<variant>Көкірек аралық мүшелердің КТ

<question>Әйел 34 жаста. Жүктіліктің 19-20 аптасы. Дене салмағы жоғары, қалқанша безі І дәрежелі, тығыз. Беті ісіңкі. Терісі құрғақ. Тілі ісіңкі. Пульсі – минутына 64 рет. Іші қатады. Қандағы ТТГ жоғары, жалпы Т4 және ТГ-ға антидене – төмен. Қалқанша безі УДЗ: гипоплазия. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>біріншілік гипотиреоз

<variant>аутоиммунды тиреоидит, гипертрофикалық түрі

<variant>диффузды токсикалық зоб І дәрежесі

<variant>эндемиялық зоб І дәрежесі

<variant>аутоиммунный тиреоидит, хаси-токсикоз

<question>38 жастағы ер адам, аймақтық дәрігерге жиі шөлдеуге, тері қышымасына шағымданып қаралды. Объективті тексергенде: мұрын, құлақтары, төменгі жақ сүйектері ұлғаюы салдарынан бет келбеті іріленген, қол басы мен табандары да ұлғайған. Қандағы қант деңгейі 8,2 ммоль/л. Бас сүйегі R - граммасында күмбез сүйектері, шүйде төмпешігі қалыңдаған, түрік ершігі үлкейген. Соматотропты гормондар гиперпродукциясы анықталды. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>акромегалия

<variant>Иценко-Кушинг ауруы

<variant>қант диабеті

<variant>глюкагонома

<variant>кортикостерома

<question>17 жастағы науқас әйел салмағы жоғарылауын, жыл бойы менструациялық циклде бұзылыстарды байқаған. Сан, іш, сүт бездері терілерінде кеңейген көкшіл стриилер. АҚҚ - 140/90

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің68беті

мм сын. бағ. Глюкозаға толеранттық сынамасы: аш қарынға – 4,5 ммоль/л; глюкозамен жүктемеден кейін 2 сағаттан соң – 8,6 ммоль/л. КТ: екі жақты бүйрекүсті бездерінің гиперплазиясы. Қандағы кортизол деңгейі сағат 8 -де -1060 нг/л (қалыпты – 260-720 нг/л), сағат 14 -те -1250 нг/л. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Иценко-Кушинг ауруы

<variant>Церебралды семіздік

<variant>Гипоталамикалық синдром

<variant>Штейн-Левенталь синдромы

<variant>Экзогенді-конституционалдық семіздік

<question>Диффузды токсикалық жемсаудың дамуында жоғарылауы маңызды орын алады.

<variant>тиростимулдеуші иммуноглобулиндердің

<variant>тиреотропты гормон секрециясының

<variant>тиротропин-рилизинг-гормон секрециясының

<variant>катехоламиндер секрециясының

<variant>қалқанша без гормондарына тіндердің жоғары сезімталдығының

<question>Наукас А. 60 жаста. Соңғы кезде өзіндегі жалпы әлсіздікті, ұйқышыл-дықты, іш қатуды, тері жабындыларының құрғауын байқаған. Соңғы бір айда салмағы 5 кг артқан. Наукасты қараған кезде: беті ісінген, көз алмасы кішірейген. Баяу сөйлейді. Тері жабындылары бозғылт, қолға суық, құрғақ болып сезіледі. Өкпесінде әлсіреген везикулярлы тыныс. ТАЖ -14 рет/мин.ЖСЖ- 50 соққы/мин. АҚҚ-110/60 мм.с.б. Наукастың диагнозы:

<variant>гипотиреоз

<variant>семіру

<variant>Иценко-Кушинг ауыруы

<variant>нефротикалық синдром

<variant>темір жетіспеушілік анемия

<question>32 жастағы әйел наукас жүректің жиі соғуына, әлсіздікке, тітіркендігіш-тікке,

тершеңдікке, азуына шағымданып жолықты. Бір жылдам астам ауырады. Қарағанда: кимылдары жылдам, мақсатсыз, көздерінің қатты жылтырауы, қол саусақтарының треморы байқалады.

Ромберг қалпында тұрақсыз. Гипергидроз. Өкпеде везикулярлы тыныс. Тахикардия, пульс 110 рет 1 мин, АҚҚ 160/40 мм.с.б. Диарея. Наукастың болжам диагнозы:

<variant>гипертиреоз

<variant>нейроциркуляторлы дистония

<variant>гипотиреоз

<variant>феохромацитома

<variant>біріншілік альдостеронизм

<question>38 жастағы наукас артериалды гипертензия бойынша емделді. Эндокринологқа жіберілгенде Конн синдромы анықталды. Диагноз қою үшін қажетті белгілер:

<variant>жоғары диастолалық қысым, жалпы әлсіздік ұстамасы, полидипсия, парастезиялар, гипокалиемия, гиперальдостенурия

<variant>систолического АҚҚ жоғарылауы, диастолалық АҚҚ төмендеуі

<variant>АҚҚ жоғарылауы, гипергликемия, глюкозурия

<variant>пароксизмальды гипертензия

<variant>тахикардия, гипергликемия, лейкоцитоз

<question>Феохромоцитоманы анықтау үшін зерттеу қолданылады:

<variant>катехоламиндердің тәуліктік экскрециясын

<variant>креатининнің тәуліктік экскрециясын

<variant>плазмадағы калий деңгейін

ONȚÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы	79/ 11
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура	(2025-2026) 100 беттің69беті

<variant>жүрек УДЗ

<variant>11-оксикортикостероидтардың тәуліктік экскрециясын.

<question>Әйел дәрігерге басы айналуға, қорқыныш сезімге, үрейленуге шағымданып қаралды. Объективті: беті бозарған, салқын. ЖСЖ – минутына 100 рет. АҚҚ күрт жоғарылаған - 230/140 мм сын.бағ. Терапевт феохромоцитома кезіндегі гипертониялық кризді анықтады.

Кризді тоқтататын препарат:

<variant>фентоламин

<variant>капотен

<variant>коринфар

<variant>пентамин

<variant>дибазол

<question>35 жастағы науқас әйелде артериялық қан қысымы жоғарылауы, семіздік, беті айтәріздес қызаруы, ақ түсті ені 1 см-ден жоғары стриялық тері кеңеюі, бұғана үстінде май томпақшалары, глюкозаға толеранттылығы бұзылуы, гипокалиемия, аспе, әсіресе бетінде, гирсутизм байқалды.

Дұрыс диагноз:

<variant>Кушинг синдромы немесе ауруы

<variant>реноваскулярлы артериялық гипертензия

<variant>біріншілік гиперальдостеронизм

<variant>феохромоцитома немесе хромофинді ісіктер

<variant>қолқа коарктациясы

<question>46 жастағы әйелде 3 жылдан бері жиі тесіп ауырсынуға және жүрек қағуына, эмоциональді жүктеме мен жағымсыз ауа райында бетінде қанқұйылу сезіміне шағымданады. Ауырсыну сол бұғана астында және сол қолға иррадиацияланады. Жүрек пен өкпенің физикальді және рентгенологиялық зерттеулері өзгеріссіз. Диагнозды растау үшін науқасқа ... тағайындау қажет.

<variant>гинеколог кеңесін

<variant>спирография

<variant>ФГДС

<variant>ЭХО-КГ

<variant>Невропатолог кеңесін

<question>Диффузды токсикалық зоб 3 дәрежелі, тиретоксикалық жүрек, жыпылық аритмиясы, ҚЖ 2Б бар науқас троллейбуста кондуктор болып жұмыс жасайды. Қазір 4 ай бойы ем қабылдауда. Сіздің тактикаңыз:

<variant>II топ мүгедектігін беру үшін МӘСК - ке жолдама беру (088 ф)

<variant>Еңбекке жарамсыздық парағын жабу, жұмысқа жолдау

<variant>Ары қарай емін жалғастыруға рұқсат алу үшін МӘСК-ке жолдама толтыру (088ф)

<variant>ДКК арқылы науқастың еңбекжайы туралы анықтама беру

<variant>I топ мүгедектігін беру үшін МӘСК - ке жолдама беру (088 ф)

<question>Науқасқа диффузды токсикалық зобқа байланысты ота жасалынған. Ота салдарынан жеңіл дәрежелі гипотиреоз дамыды. Науқастың еңбекке жарамдылығын анықтаудағы сіздің татикаңыз:

<variant>ДКК арқылы науқастың еңбекжайы туралы анықтама беру

<variant>II топ мүгедектігін беру үшін МӘСК - ке жолдама беру (088 ф)

<variant>I топ мүгедектігін беру үшін МӘСК - ке жолдама беру (088 ф)

<variant>Бұрынғы мамандығы бойынша жұмыс жасай алады.

<variant>Ары қарай емін жалғастыруға рұқсат алу үшін МӘСК-ке жолдама толтыру (088ф)

<question>Науқас 48 жаста. Шағымдары: салмағының артуына, басының, белінің ауруына, бетінде

ONȚÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы	79/ 11
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура	(2025-2026) 100 беттің70беті

түктің пайда болуына. Беті қошқыл – қызыл түсті, бет ұшы қызыл шырайлы, іші өскен, аяқ пен колдары жүдеген. АҚҚ сынап бағанасы бойынша 190/110 мм. Рентгенограммада: омыртқада остеопороз белгісі анықталады. Қан мен зәрде гидрокортикотропин деңгейі сәл көтерілген. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Иценко-Кушинг синдромы.

<variant>семіздік

<variant>гломерулонефрит. СБШ

<variant>біріншілік альдостеронизм

<variant>гипертония ауруы

<question>16 жастағы қыз, айқын семіздігі бар (салмағы-116 кг, бойы-172 см). Етеккірі ретсіз, басының ауыруы, санының терісінде жінішке ақшыл қызыл жолақтар бар, артық салмақ 5 жылдан бері. Диета сақтамайды. АҚҚ – 160/100 мм.с.б. Мүмкін болатын диагноз:

<variant>пубертатты-жас өспірімдік диспитуитаризм

<variant>микропролактинома

<variant>семіздік

<variant>Иценко-Кушингауруы

<variant>Иценко – Кушинга синдромы

<question>60 жастағы әйел, шөлдеуге, полиурияға, арықтауға, ішнің ауырсынуына, түнгі мезгілдегі тершендікке шағым айтады. АҚҚ 185/105 мм.с.б.тең. 10 мг тропафен енгізгеннен кейін АҚҚ 70/40 мм.с.б. төмендеді. Тәуліктік экскреция влк зәрде-50 мкмоль/л (норма 2,5-3,8). Мүмкін болатын диагноз:

<variant>феохромоцитома

<variant>климактериялық невроз

<variant>Иценко-Кушинга ауруы

<variant>Иценко – Кушинга синдром

<variant>вегето- тамырлық дистония

<question>Иценко-Кушинг синдромы кезінде жоғарылайды:

<variant>глюкокортикоидтар

<variant>минералокортикоидтар

<variant>соматотропин

<variant>кортикотропин

<variant>катехоламиндер

<question>Феохромоцитома кезінде жоғарылайды:

<variant>катехоламиндер

<variant>глюкокортикоидтар

<variant>минералокортикоидтар

<variant>соматотропин

<variant>кортикотропин

<question>Конн синдромына тән:

<variant>гиперальдостеронемия

<variant>гиперренинемия

<variant>гипокалиемия

<variant>гипокалиемиялық алкалоз

<variant>гипонатриемия

<question>Ер адам 25 жаста 2 жыл аралығында периодты түрде АҚ 260/180 мм.с.б. дейін жоғарылайды, кенеттен дамиды, бірнеше минуттан бірнеше сағатқа дейін созылады, кенеттен төмендейді, криз соңында гиперсаливация, профузды терлеу, 3-5 литрге дейін ашық түсті зәр

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		79/ 11
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		(2025-2026) 100 беттің71беті

шығару, әлсіздік болады. Ауру барысында науқас 5 кг. арықтады. Орнынан тұрғанда ортостатикалық гипотензия. Болжам диагноз:

<variant>феохромоцитома

<variant>эссенциальды АГ

<variant>Конн синдромы

<variant>Иценко-Кушинг ауруы

<variant>Пейдж синдромы

<question>Науқас артериалды гипертензия ауруының систоло-диастололық түріне байланысты стационарда тексерілді. Гиперкальцемия, кальциурия, екі бүйректің табакшаларының конкременттері анықталды. Гормондарды тексеру жүргізілген жоқ. Гипертензияның даму себебі:

<variant>гиперпаратиреоз

<variant>гипертония ауруы

<variant>аорта коарктациясы

<variant>бүйрек үсті альдостерома

<variant>гипертиреоз

<question>Көп мөлшерде қан кетумен және септикалық жағдаймен байланысты дамығын, әйелдерде босанудан кейін, гипоталамо-гипофизарлы жеткіліксіздік аталады:

<variant>Шиен ауруы

<variant>Симмондс ауруы

<variant>Иценко-Кушинг ауруы

<variant>Аддисон ауруы

<variant>Конн ауруы

<question>Дене салмағының индексінің идеалды маңыздығы (ИМТ=вес(кг)/бойы(метр)):

<variant>25 дейін

<variant>25-26

<variant>27-28

<variant>28-29

<variant>29 жоғары

<question>Аталған белгілердің жайылмалы уытты жемсауға тән:

<variant>жүдеу

<variant>брадикардия

<variant>гипотония

<variant>терінің құрғауы

<variant>семіздік

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

<variant>гипотиреоз

<variant>бауыр циррозы

<variant>айқын жүрек шамасыздығы

<variant>семіздік

<variant>гипертиреоз

<question>Науқас ер кісі 32 жаста қабылдау бөліміне АҚ 300/130 мм с.б. көтерілуімен жеткізілді.

Криз тахикардиямен, полидипсиямен, бұлшық еттік дірілдеумен, қорқыныш сезімімен өтеді. Қан анализінде глюкоза деңгейінің 20 ммоль/л дейін көтерілуі анықталады. Неғұрлым мүмкін диагноз:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің72беті

<variant>феохромоцитома

<variant>Кон синдромы

<variant>Иценко-Кушинг синдромы

<variant>эссенциалды артериялық гипертензия

<variant>екіншілік гиперальдостеронизм

<question>Науқас әйел 24 жаста артық дене салмағына, кезеңді шөлдеуге шағымданады. Бойы-160 см, салмағы -70 кг, артық дене салмағы 29%. Ашқарынға гликемия - 5,1 ммоль/л. Глюкозаға төзімділік сынамасы: ашқарынға гликемия – 5,5 ммоль/л, күштемеден кейін 2 сағаттан соң – 7,0 ммоль/л. Неғұрлым мүмкін диагноз:

<variant>1 дәрежелі семіздік

<variant>2 дәрежелі семіздік

<variant>артық дене салмағы

<variant>қант диабеті 2 типті

<variant>глюкозаға төзімділіктің бұзылуы

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

<variant>Иценко-Кушинг ауруына.

<variant>акромегалияға

<variant>феохромоцитомаға

<variant>қантсыз диабетке

<variant>адипозогениталды дистрофияға

<question>42 жастағы науқасты бір жыл бойы АҚ 220/120 мм с.б. дейін тұрақты көтерілуі, басының ауыруы, аяқтардың кезеңді күрт әлсіздігі, тырысулар, полиурия, жүрек тұсында ауырсыну ұстамалары мазалауда. АПФ ингибиторлары мен гипотиазид әсер етпеген. Компьютерлік томографияда – он жақ бүйрек үсті безінің ұлғаюы. Неғұрлым мүмкін диагноз:

<variant>Конн синдромы

<variant>бүйрек үсті безінің аденомасы

<variant>андростерома

<variant>Иценко-Кушинг синдромы

<variant>артериялық гипертензия

<question>Гипогликемиялық команың емінде ең нәтижелі болып табылады.

<variant> к/т 40% глюкозы ерітіндісін ақырындап енгізу

<variant> к/т 5% глюкозы ерітіндісін енгізу

<variant> к/т норадреналин енгізу

<variant> к/т глюкокортикоидтарды енгізу

<variant>тәтті емес чай

<question>Науқас 14 жаста стационарға коматозды жағдайда Жедел жәрдем машинасымен келіп түсті. Диабетпен 4 жыл бойы ауырады. 40 ед инсулинмен ем қабылдайды. Жалпы жағдайының нашарлауы 3 күн бұрын болған. Зерттеу кезінде қандағы глюкоза мөлшері – 28,2 ммоль/л, зәрде ацетон -++++. Бұл науқаста дамыған.

<variant>кетоацидотикалық кома

<variant>гипогликемиялық кома

<variant>гипер осмолярлық кома

<variant>гипер лактоцидемиялық кома

<variant>ашығу кетозы

<question>Бірінші типті қант диабетімен ауратын науқаста Куссмауль тынысы пайда болуы білдіреді:

<variant>кетоацидемиялық кома дамуын

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы	79/ 11
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура	(2025-2026) 100 беттің 73 беті

<variant>алкалоз дамуын

<variant>глюкоза деңгейінің төмендеуін

<variant>глюкоза деңгейінің жоғарылауын

<variant>Зәрде ацетонның пайда болуын

<question>16 жастағы науқас әйел 4 жыл бойы қант диабетімен ауырады және инсулин қабылдайды. Дене шынықтыру сабағында есінен танып, қысқа уақытқа дірілдер болған. Терісі ылғалды. Бұл жағдайда дамуы мүмкін.

<variant>гипогликемиялық кома

<variant>гиперосмолярлы кома

<variant>лактацидотикалық кома

<variant>кетоацидотикалық кома

<variant>жедел өкпе-жүрек жетіспеушілігі

<question>Қабылдау бөліміне 60 жастағы науқас А. Естүссіз жағдайда жеткіліксіз, қант диабетімен ауырады. Соңғы 2 күнде құсу, көп рет сұйық нәжіс, қалтырау болған Қараған кезде науқас сыртқы тітіркендіргіштерге жауап бермейді. Көз қарашығы кеңейген. Терісі құрғақ, тургоры төмендеген. Көз алмасы жұмсақ. ТАЖ-22 рет/ мин, АҚҚ - 60/40 мм с.б. ЖСЖ-110 рет/мин. Қанда: эритроциттер-6,5 млн, лейкоциттер-12,8 мың., ЭТЖ-8 мм/сағ. глюкоза-65 ммоль/л. Осы команың дамуындағы маңызды басты фактор:

<variant>организмнің сусыздануы

<variant>интоксикация

<variant>гипоксия

<variant>бүйрек функциясының жеткіліксіздігі

<variant>көмірсуларды жеткіліксіз қабылдау

<question>52 жастағы науқаста кетоацидоздан кейін әлсіздік және жүрек жұмысында ретсіздік дамыды. Зертханалық көрсеткіштер: қандағы глюкоза 19 ммоль/л, калий 3,9 ммоль/л, натрий 142 ммоль/л, несеп қышқылы 5,6 ммоль/л. Стационарда инсулин, бикарбонат, 0,9% натрий хлоридын қабылдады. Бұл жағдай дамуының мүмкін себебі:

<variant>гипокалиемия

<variant>инсулинге реакция

<variant>гипогликемия

<variant>басқа патологияның қосылуы

<variant>аурудың қалыпты дамуы

<question>23 жастағы науқас ес-түссіз күйде клиникаға алып келінді. Терісі құрғақ, бет ұшында «румянец» бар. Ацетон иісі сезіледі. Кулсмауль тынысы. Сыеап бағанасы бойынша АҚҚ 130 / 90 мм. Тамыр соғысы минутына 102 рет. Қанда: глюкоза 28,4 ммоль/л, зәрде 6 %, ацетонға реакция «он». Болжам диагноз:

<variant>кетоацидозды кома

<variant>бүйректік кома

<variant>уремиялық кома

<variant>гиперосмолярлы кома

<variant>гиперлактацидемиялық кома

<question>Қант диабетті науқаста шөлдеу, полиурия, жағдайының тез нашарлауы, қандағы қант 19,6 ммоль, зәрінде ацетон, ауызынан ацетон иісі байқалады. Мүмкін болатын диагноз:

<variant>кетоацидозды кома

<variant>гиперосмолярлы кома

<variant>гипогликемиялық кома

<variant>гиперлактацидемиялық

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің74беті

<variant>уремиялық кома

<question>Гипогликемиялық комада жүргізіледі:

<variant>40 ml 40% глюкозаны к/тамырға енгізу

<variant>бір сәтте 20 ЕД инсулинді б/етке енгізу

<variant>регидратация

<variant>120 m 1 % метилді көк сұйықтығын к/т тамшылай енгізу

<variant>адреналинді енгізу

<question>Наукас М. 27 жаста.қабылдау бөліміне ессіз түсті .Қалтасында диабетик паспорт. Қарағанда: төмен тамақтанатын, терісі дымқыл. Бұлшық ет тонусы жоғарылаған. Қарашықтары үлкейген, жарыққа ракция жок. Тілі дымқыл,қызғылт. Дем шығаратын ауасы иіссіз. Дем алысы дұрыс,мин 24.Пульс 105. Бауыр 4см қабырға доғасынан шығып тұр,тығыз. Қанда лейкоц.-8,6 мың., СОЭ-22 мм/сағ. Зәрде салысты 1029, лейкоц 10-12к/а. Наукаста дамыған кома:

<variant>гипогликемиялық

<variant>Лактацидемиялық

<variant>Гиперосмолярлы

<variant>Бауырлық

<variant>кетоацидозды

<question>Наукас 65 жаста ,ұзақ уақыт қант диабетімен қаралды.күніне 2 табл. Адебит 3рет қабылдаған.Бір жұма бұрын тұмаудан кейін жөтел пайда болды.Түскенге дейін құсу болды.Қабылдау бөліміне ессіз жеткізілді.Терісі құрғақ,бозғылт,дем шығаратын ауада ацетон иісі жок.Куссмауль тынысы.АҚ 50/30мм с б ,ЖЖЖ 120мин.Қандағы қант12ммоль/л,зәрде қант 6%,сүт қышқылы 2 ммоль/л.Сіздің диагнозыңыз:

<variant>II типті қант диабеті,лактатацидоздық кома

<variant>II типті қант диабеті,кетоацидозды кома

<variant>II типті қант диабеті, гиперосмолярлы кома

<variant>уремиялық кома

<variant>бауырлық кома

<question>38 жастағы наукас әйел қабылдау бөліміне ессіз күйде келіп түсті. Анамнезінен қант диабетімен 8 жылдан бері ауырады. Жағдайының нашарлауы соңғы 2 күнде. Қарау кезінде тынысы қатты, Куссмауль тынысы, тыныс шығарғанда ацетон иісі сезіледі. Тері жамылғысы құрғақ, тілі, ерні құрғақ. Көз қарашықтары тарылған. Тамыр соғысы жіп тәрізді, АҚҚ 80/50 мм с.б. қандағы қант 30 ммоль/л жоғары. Наукаста дамыған асқынуы:

<variant>гиперкетонемиялық прекома

<variant>гипогликемиялық кома

<variant>жедел бас ми қанайналысының бұзылысы

<variant>гиперлактацидемиялық кома

<variant>гиперосмолярлық кома

<question>Наукас К есімді., 23 жаста,біріншілік қант диабеті диагнозымен ауруханаға жатқызылған, кезекші дәрігер шақырылды. Қарағанда наукас ес-түссіз, тамақтануы төмен, тері жамылғысы ылғалды. Тыныс шығарған ауасы иіссіз. Тынысы бір қалыпты, 24 рет минутына. ЖЖЖ 100 рет минутына. АҚҚ 90 / 60 мм.с.б.б. Қанда: лейкоциттер -8,2 мың, ЭТЖ-20 мм/сағ. ЖЗА: салыстырмалы тығ-1027; белок жок, лейкоциттер 8-10 к/а. Наукаста дамыған кома:

<variant>гипогликемиялық

<variant>лактацидемиялық

<variant>апоплекциялық

<variant>гиперосмолярлық

<variant>кетоацидотикалық

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің75беті

<question>Наукас К., 23 жаста, біріншілік қант диабеті диагнозымен ауруханаға жатқызылған, кезекші дәрігер шақырылды. Қарағанда наукас ес-түссіз, тамақтануы төмен, тері жамылғысы ылғалды. Тыныс шығарған ауасы иіссіз. Тынысы бір қалыпты, 24 рет минутына. ЖЖЖ 100 рет минутына. АҚҚ 90 / 60 мм.с.б.б. Қанда: лейкоциттер -8,2 мың, ЭТЖ-20 мм/сағ. ЖЗА: салыстырмалы тығ-1027; белок жоқ, лейкоциттер 8-10 к/а. Клиникалық хаттамаға бойынша бұл команың патогенетикалық емі:

- <variant>40% глюкоза
- <variant>метилен көгі
- <variant>дезинтоксикалық ем
- <variant>5% глюкоза
- <variant>инсулин

<question>28 жастағы наукас диабеттік кетоацидоздық кома жағдайында жан сақтау бөлімшесіне түсті. Клиникалық хаттамаға бойынша ең алдымен неғұрлым тиімді тағайындау:

- <variant>натрий хлоридінің 0,9% ерітіндісі
- <variant>реополиглюкин
- <variant>глюкозаның 5% ерітіндісі
- <variant>глюкозаның 40% ерітіндісі
- <variant>калий хлоридінің 7,5% ерітіндісі

<question>Ауру қант диабетінің 1 типімен 7 жыл ауырады. Шектен тыс күш жұмсағаннан кейін ол гипогликемиялық комаға түсті. Гликемияның 11,8 ммоль/л-ға дейін көтеруге мүмкүндік жасаған 40% 20 мл глюкоза ерітіндісінің венаішілік берілгеніне қарамастан наукас есін жимады. Дәрігердің келесі әрекеті:

- <variant>бас миы ісігімен күрес шараларын белгілеу
- <variant>глюкозаның 5% еретіндісін тамшымен енгізу
- <variant>40% глюкозаны қайтадан енгізу
- <variant>0,1 бірлік/кг/сағ мөлшерімен қысқаәсерлі инсулин инфузиясын белгілеу
- <variant>жұлынми пункциясын жүргізу

<question>4 жыл бойы қантты диабетімен ауыратын 16 жастағы қыз бала инсулинтерапиясын алады. Дене шынықтыру сабағы кезінде есінен танып, қысқа мерзімдік тырысулар болды. Терісі ылғалды. Наукаста пайда болуы мүмкін асқыну:

- <variant>гипогликемиялық кома
- <variant>гиперосмостық кома
- <variant>лактацидозды кома
- <variant>кетоацидозды кома
- <variant>жедел өкпе-текті жүрек

<question>28 жастағы ер адам диабеттік кетоацидоздық кома жағдайында жан сақтау бөлімшесіне түсті. Клиникалық хаттамаға бойынша еміне тиімді:тағайындау:

- <variant>0,9% натрий хлориді ерітіндісі
- <variant>реополиглюкин
- <variant>5% глюкоза ерітіндісі
- <variant>40% глюкоза ерітіндісі
- <variant>7,5% калий хлориді ерітіндісі

<question>62 жастағы әйел жедел жәрдем бригадасымен ессіз жағдайда жеткізілді. Туыскандарының айтуынша қантты диабетімен ауырады. Соңғы 5 күнде құсу, бірнеше қайталанған іш өту, тырысу байқалған. Қарап тексергенде: наукас сыртқы тітіркендіргіштерге жауапсыз, қарашықтары кеңейген, терісі құрғақ, тургоры төмендеген, көз алмалары жұмсарған. ТЖ 24 рет мин, АҚ 50/30 мм сын. бағ. ЖЖЖ 120 рет мин. Қанда: эритроциттер 6,5млн., лейкоциттер 12,8 мың, ЭТЖ

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің76беті

8мм/сағ. Қандағы қант 14,8 ммоль/л. Болуы мүмкін кома:

<variant>гиперосмостық.

<variant>бауырлық

<variant>кетоацидозды

<variant>гипогликемиялық

<variant>лактатацидозды

<question>55 жасар ер кісінде қант диабетінің I типі, физикалық жүктемеден кейін қысқа кезеңді қозулы кома дамыды. Науқаста пайда болған кома:

<variant>гипогликемиялық.

<variant>гиперосмолярлық

<variant>кетоацидоздық

<variant>бауырлық

<variant>гипергликемиялық

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

<variant>зәрде ацетонды анықтау

<variant>гликемиялық профильді зерттеу

<variant>жалпы қан анализін зерттеу

<variant>қанда креатинин деңгейін анықтау

<variant>қанда калий мен натрий деңгейін анықтау

<question>30 жастағы еркек, жұмыс орнында кенеттен есінен танды. Қасындағылардың айтуы бойынша инсулин алады. Обь-ті: Терісі ылғалды. Бұлшық ет тонусы жоғарлаған. Қарашығы кеңейген, жарыққа әсер етпейді. Тілі ылғалды, қызғылт. АҚ 125/80 мм.с.б. ЖСЖ 96 рет/ мин.

Науқаста дамыған кома:

<variant>гипогликемиялық.

<variant>бауырлық

<variant>кетоацидоздық

<variant>лактацидемиялық

<variant>гиперосмолярлы

<question>47 жастағы ерк адам көп қозғалып, психикалық қозудан кейін, кенеттен есінен танды. Обь-ті: терісі ылғалды, инъекция іздері бар. Бетінің бұлшық еттерінің жиырылуы, қарашығының кеңейуі анықталады.ТЖ-32 рет. Дәрілердің тағайындау БАРЫНША тиімді:

<variant>1 мл глюкогонды

<variant>0,9% натрий хлорид ерітіндісін

<variant>0,45% натрий хлорид ерітіндісін

<variant>2 % бикорбанат натрий ерітіндісін

<variant>30 бірлік қысқа әсерлі инсулинді

<question>27 жастағы жүкті әйелде аш қарынға екі рет гликемия деңгейін анықтау 7,9 және 10,9 ммоль/л. көрсеткен. Анамнезінде гликемия деңгейінің жоғарлауы анықталмаған.

Сіздің диагнозыңыз:

<variant>гестационды диабет

<variant>қант диабеті 2 тип

<variant>екіншілік қант диабеті

<variant>аш қарынға гликемияның бұзылысы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің77беті

<variant>глюкозаға толеранттылықтың бұзылысы

<question>Семіздіктің үшінші дәрежесіне қалыпты дене салмағынан қаншаға жоғарылау (В.Г. Баранов классификациясы бойынша) БАРЫНША сипатты:

<variant>50-99%

<variant>1-9%

<variant>10-29%

<variant>30-49%

<variant>100% және оданда көп

<question>Әйелде асқынған босанудан кейін құсу, жүрек айнуы, бұлшық ет әлсіздігі, диарея және психикалық бұзылыстар пайда болды. Объективті: акроцианоз, аяқ қолдары салқын, гипотермия. АҚ 50/30 мм.с.б. Адренотропты гормонмен сынама теріс. Науқаста синдром дамуы БАРЫНША мүмкін:

<variant>Уотерхаус – Фридериксен

<variant>Конн

<variant>Сомоджи

<variant>Иценко-кушинг

<variant>Золлингер-Эллисон

<question>18 жастағы қыз нейроинфекциядан кейін шөлдеу, тәбеті мен, дене салмағының жоғарлауын байқады. Қарап тексергенде: бойы - 160 см, салмағы 80 кг. Кеудесінде ал қызыл стриялар байқалады. АҚ 140/90 мм.с.б. Глюкозаға толеранттылық сынамасын жүргізу екі сағаттан кейін гликемияның 9, 0 ммоль/л екенін көрсетті. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>гипоталамиялық семіру

<variant>гипотиреозды семіру

<variant>бүйрек үсті бездік семіру

<variant>екіншілік қант диабеті

<variant>алиментарлы - конституциялық семіру

<question>17 жастағы науқаста зәрінде полиурия салыстырмалы тығыздығы төмендеген. Сұйықтықты шектеп тест жүргізгенде зәрдің салыстырмалы тығыздығы өзгермеді. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>қантты емес диабет

<variant>психогендік полидипсия

<variant>қант диабет

<variant>созылмалы пиелонефрит

<variant>хашимото зобы

<question>Науқаста глюкозурия анықталса ең бірінші жүргізу керек:

<variant>аш қарынға қандағы глюкоза деңгейін анықтау

<variant>глюкозотолерантты тест жүргізу

<variant>сульфонилмочевина препараттарын тағайындау

<variant>көмірсуларды қабылдауды шектеу

<variant>базалды инсулин деңгейін анықтау

<question>Кетоацидоздық команы емдеуді бастау керек:

<variant>натрий хлоридің изотоникалық ерітіндісі және инсулин строфантин

<variant>строфантин

<variant>кальций тұздары

<variant>норадреналин

<variant>калий тұздары

<question>Инсулин секрециясына әсер ететін белсенді тездеткіш (стимулятор):

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің78беті

<variant>глюкоза

<variant>бос май қышқылдар

<variant>аминқышқылдар

<variant>фруктоза

<variant>электролиттер

<question>Ұзаққа созылған гипогликемия ең бірінші мынаның қайтымсыз зақымдалуына әкеледі:

<variant>орталық жүйке жүйесінде миокардта

<variant>перифериялық жүйке жүйесінде

<variant>миокардта

<variant>гепатоциттерде

<variant>көлденең – жолақты бұлшықетте

<question>Кетоацидоздың комада міндетті түрде болуы керек:

<variant>канды кетон денелері

<variant>сүт қышқылының артық мөлшері

<variant>плазмасының гиперосмолярлығының жоғарылауы

<variant>қанда глюкозаның төмендеуі

<variant>гипербилирубинения

<question>Неврологиялық симптомдар (Бабинский, бұлшық ет гипертонусы, екі жақты нистагм)

қандағы кетон денелерімен рН қалыпты кезіндегі айқын көрінетін гипергликемия комаға тән:

<variant>гиперосмолярлы

<variant>гиперлактацидемиялық

<variant>хлорпениялық

<variant>кетоацидоздық

<variant>гипогликемиялық кома

<question>32 жастағы әйел жалпы тәжірибедегі дәрігерге жүрек қағуына, әлсіздікке, ашуланшақтыққа, тершендікке және салмақ жоғалтуға шағымданып жүгінді. Бір жылдан астам ауырады. Объективті. Fidgety. Көздер жарқырайды. Ромберг күйінде саусақтардың треморы тұрақты емес. Гипергидроз. Өкпеде везикулярлы тыныс алу. Жүрек: тахикардия, пульс 110 мин, 1 мин, АҚ 150/30, 160/40 мм рт. Нәжіс - диареяға бейімділік.

Науқастың алдын-ала диагнозы:

<variant>гипертиреоз

<variant>кардиопсихоневроз

<variant>гипотиреоз

<variant>феохромоцитома

<variant>біріншілік альдостеронизм

<question>Науқас қабылдауға қатты ұйқышылдыққа, әлсіздікке, есте сақтау қабілетінің нашарлауына шағымдармен келді. Тамақтанудың жоғарылауы. Баяу. Тері құрғақ. Шынтақ буындарының аймағында, гиперкератоз. Өкпеде везикулярлы тыныс алу. Жүрек: тондар айтарлықтай өшірілген, ырғақты дұрыс. АҚҚ 100/60. ЖСЖ 60 рет. Іші жұмсақ, пальпация кезінде ауырсынусыз. Бауыр қабырға доғасының шетінде орналасқан. Нәжіс - іш қатуға бейімділік.

Диагностикаға арналған емтихан жоспары:

<variant>қалқанша безінің гормондарының деңгейін анықтау

<variant>бауырдың ультрадыбыстық зерттеуі

<variant>бас сүйегінің R-графиясы

<variant>Эхо-КТ

<variant>жалпы қан анализі

<question>Гипотиреозға күдік туындаған негізгі амбулаториялық диагностикалық шаралар тізімін

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің79беті

таңдаңыз.

<variant>тиреотропты гормон

<variant>жалпы холестерин

<variant>эхокардиография

<variant>флюорография

<variant>ішкі мүшелердің ультрадыбыстық зерттеуі

<question>62 жаста науқаста селқостық, есте сақтау қабілетінің төмендеуі, бетінің ісінуі, салмағының артуы, көздің тарылуы, қабақтарының түсуі, брадикардия және айқын гиперхолестеринемия байқалады. Клиникалық көрініс көрсетілген ауруға тән:

<variant>гипотиреоз

<variant>Иценко-Кушинг ауруы

<variant>В12 жетіспеушілік анемия

<variant>диффузды-токсикалық зоб

<variant>атеросклероз

<question>Науқас 34 жаста шағымдары: сәл тұншығу мен мойнының ұлғаюы. Анамнезі бойынша науқас, көп жылдар бойы таулы елді, эндомиялық аймақта тұрған. Объективті тексергенде: қалқанша безі көзге көрінеді, пальпацияда ауырмайды, оның мөлшері ІІ дәрежеге дейін ұлғайған. АҚҚ сынап бағанасы бойынша 140 / 70 мм. ТСЖ минутына 62 рет. Қанда ТТГ, Тз, Т4 және тиреоглобулинге антидене титрі қалыпты.

Сіздің диагнозыңыз:

<variant>эндемиялық зобтың түйінді түрі

<variant>Хашимото ауруы

<variant>диффузды токсикалық зоб

<variant>біріншілік гипотиреоз

<variant>Ридель тиреоидиті

<question>32 жастағы әйел, жүрегінің ауруына, жүректің шалыс сағуына, тахикардия 130 рет минутына болуына байланысты стационарда тексерілді. Нейроциркуляторлық дистония, гипертония түрі диагнозы қойылды. АҚҚ максималды - 160/80 мм.с.б. Гормондарды тексеру жүргізілген жоқ. Қан-тамыр жүйесінің бұзылысы болуы мүмкін себебі:

<variant>гипертиреоз

<variant>пролактин синтездеушігипофиздің аденомасы

<variant>миокардит

<variant>феохромцитомы

<variant>бүйрек үстінің кортикостеромасы

<question>Аталған белгілердің гипертиреозға тән:

<variant>Жүдеу

<variant>Брадикардия

<variant>Гипотония

<variant>Терінің құрғауы

<variant>Семіздік

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

<variant>жеделдеу тиреоидит

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің80беті

<variant>диффузды токсикалық зоб

<variant>фиброзды тиреоидит

<variant>аутоиммунды тиреоидит

<variant>жедел іріңді тиреоидит

<question>М атты 35 жастағы науқас әйел қатты күйзелістен кейін аса тершендік, ашушандық пайда болып, салмақ жоғалтқанын айтады. Объективті: бойы – 170 см, салмағы – 55 кг. Терінің айқын гипергидрозы, алдыға созған қол саусақтарының треморы. Жүрек шекаралары солға ығысқан, тондары күшейген, жүрек ұшында систоалық шу, ЖСЖ – минутына 150 рет, АҚ - 140/70 мм с.б. Қалқанша бездің 2 дәрежелі ұлғаюы. Негізгі зат алмасу 20 пайызға артқан. Ашқарынға гликемия - 6,3 ммоль/л. Қандағы холестерин - 7,0 ммоль/л. Неғұрлым деректі зерттеу тәсілі:

<variant>Т₃, Т₄, тиреотроптық гормонды зерттеу

<variant>ЭХОКГ

<variant>АҚ тәуліктік мониторинг

<variant>қалқанша бездің пункциясы

<variant>гликозириленген гемоглобинді зерттеу

<question>44 жастағы науқаста струмэктомиадан 6 айдан кейін әлсіздік, естің нашарлауы, салмағының қосылуы, беттегі ісі, терінің құрғақтығы, іш қату, аменорея байқалған. Қалқанша безі байқалмайды. АҚ-95/60 мм.рт.ст., пульс – мин 56 рет соғады. Т₃,Т₄ төмендеген, ТТГ – жоғары. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>алғашқы гипотиреоз

<variant>орталық май басу

<variant>гипоталамиялық синдром

<variant>екінші гипотиреоз

<variant>поликистозды аналық без синдромы

<question>Тәулігіне тиреотоксикозды емдеуде 30-40мгмерказолиламен қандай асқинулар ұзақтылығы қалай пайда болады:

<variant>агранулоцитоздың дамуы мен нейтрофил санының төмендеуі

<variant>гипергликемия

<variant>қанда мочевинаның және креатина деңгейінің жоғарылауы

<variant>гипокалиемия

<variant>гипокальциемия

<question>38 жастағы әйел дене салмағының артуы, терлеудің азаюы және бетінің ісінуіне шағымданды. Ұзақ уақыттан бері созылмалы тонзиллитпен ауырады. Объективті: бойы 158см, салмағы 89кг. Стриялар жоқ, айқын гиперкератоз. Беті, көз қабақтары ісіңкі. ЖСС 56 рет мин. АҚ 100/60 мм сын. бағ. Қанда: эритроциттер 3,2 млн, лейкоциттер 7,5 мың, Нв 82/г/л, ЭТЖ 14мм/сағ, қандағы глюкоза 3,3 ммоль/л, сарысу белоктарымен байланысқан йод 300 ммоль/л. Емдеудің тиімді тәсілі:

<variant>тиреотидті дәріктермен емдеу

<variant>витаминдік ем

<variant>зәр айдағыштарды тағайындау

<variant>қабынуға қарсы терапия

<variant>төмен калориялы ем дәмді тағайындау

<question>Науқас 39 жаста қаралу кезіндегі шағымдары: бастың ауыруы, құлақтағы шуыл. Тексеру кезінде жоғары артериалды қан қысымы 180/110 м.с.б.б. Гиперкальцемия, екі бүйректің табакшасының конкременттері анықталды. Артериялық гипертензияны себебі:

<variant>гиперпаратиреоз

<variant>аорта коарктациясы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің81беті

<variant>гипертиреоз

<variant>бүйрек үсті безінің альдестеромасы

<variant>Иценко-Кушинг синдромы

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

<variant>жеделдеу тиреоидит

<variant>түйінді зоб

<variant>аралас токсикалық зоб

<variant>токсикалық аденома

<variant>гормоналды белсенді рак

<question>Гестозды диабет деген ұғымға анықтама:

<variant>жүктілік кезде пайда болып, босанғаннан кейін де жалғасатын қант диабеті

<variant>салыстармалы жағдайда инсулин жетіспеушілігімен жүретін қант диабеті

<variant>жүктілік кезде пайда болып, босанғаннан кейін болмайтын қант диабеті

<variant>2 типті қант диабеті төнірегінде дамиды

<variant>глюкозаға төзімділіктің бұзылысы

<question>Наукас 26 жаста 2 жыл аралығында периодты түрде АҚ 260/180 мм.с.б. дейін жоғарылайды, кенеттен дамиды, бірнеше минуттан бірнеше сағатқа дейін созылады, кенеттен төмендейді, криз соңында гиперсаливация, профузды терлеу, 3-5 литрге дейін ашық түсті зәр шығару, әлсіздік болады. Ауру барысында наукас 5 кг. арықтады. Орнынан тұрғанда ортостатикалық гипотензия. Болжам диагноз:

<variant>феохромоцитома

<variant>эссенциальды АГ

<variant>Конн синдромы

<variant>Иценко-Кушинг ауруы

<variant>Пейдж синдромы

<question>Наукаста струмэктомиядан кейін Хвостека, Труссо симптомдары пайда болды. Пайда болған асқыну :

<variant>гипопаратиреоз

<variant>гипотиреоз

<variant>тиреотоксикозды криз

<variant>кеңірдек жарақаты

<variant>тиреотоксикоздың қалдық белгілері

<question>Наукас 3 жылдан бері Қант диабеті, 2 түрімен ауырады. Соңғы 1 жылда АҚҚ 200/120 мм.с.б. көтеріледі. Раувольф дәрісінің гипотензивті әсері төмен. Зәрдегі альбуминнің деңгейі микропротениурияға сәйкес келеді (150 мг/л аспайды). Гипертензияның даму мүмкін себебі:

<variant>Кимельстиль – Вильсон синдромы

<variant>Созылмалы пиелонефрит

<variant>Созылмалы гломерулонефрит

<variant>эссенциальдық гипертензия

<variant>Бүйрек артериясының стенозы

<question>Сүт қышқылды кома кезіндегі сүт қышқылы деңгейінің жоғарлауы:

<variant>2 ,0 ммоль/л

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің82беті

<variant>1 ,5 ммоль/л

<variant>1 ,0 ммоль/л

<variant>1 ,6 ммоль/л

<variant>1 ,9 ммоль/л

<question>Көп мөлшерде қан кетумен және септикалық жағдаймен байланысты дамығын, әйелдерде босанудан кейін, гипоталамо-гипофизарлы жеткіліксіздік аталады:

<variant>Шиен ауруы.

<variant>Симмондс ауруы

<variant>Иценко-Кушинг ауруы

<variant>Аддисон ауруы

<variant>Конн ауруы

<question>Гипофиздің және гипоталамустың белсенділігін төмендететін препаратты:

<variant>бромкриптин

<variant>соматотропин

<variant>дексаметазон

<variant>питуитрин

<variant>инсулин

<question>Қалқанша без қызметінің шеткерілік эффектісін атқаратын гормондар,:

<variant>бос Т₃;

<variant>ТТГ

<variant>байланысқан Т₄ ;

<variant>бос Т₄

<variant>кальцитонин

<question>Науқас К. 24 жаста, қатты арықтағанына (1 айда 9 кг), аузының құрғауына, шөлге, кіші дәретінің жиілеуіне, жүрек айнуына, тәбет төмендеуіне шағымданады. Объективті: терісі құрғақ, табаны мен алақандары сарғыш реңкті, фурункулес бар. Зәр анализінде қант анықталған -2,9% және ацетонурия. Клиникалық хаттамаға бойынша науқасқа тағайындау қажет:

<variant>қарапайым инсулинді

<variant>сульфаниламидтерді

<variant>бигуанидтерді

<variant>пролонгирленген инсулинді

<variant>гипокалориялы диета

<question>Науқас 60 жаста, трофикалық жаралар бойынша амбулаторлы хирургиялық ем қабылдаған, нәтижесіз. Бір жыл ішінде манинил қабылдайды. Терісі құрғақ, ісінулері жоқ. АҚ 135/80 мм с б, ЖЖЖ 82 мин. Қарағанда: оң өкшесі гиперемияланған, ісінген, сыртқы жағында дұрыс емес формалы 4,5 х 6,1 см жаралар бар. Оң жақ табан перефириялық тамырлардың пульсациясы төмендеген. Қанда қант 15 ммоль/л, тәуліктік глюкозурия 29 г/л. Кейінгі емдеу тактикаңыз:

<variant>инсулинге көшу

<variant>сульфаниламидтер дозасын жоғарылату

<variant>сульфаниламидтермен бигуанидтерді комплексті тағайындау

<variant>бигуанидтерге көшу

<variant>катал диетамен рационалді физикалық күштеме

<question>Қант диабетімен ауыратын науқастардағы бауыр көлемінің ұлғаю себебі:

<variant>майлы гепатоз

<variant>гепатит

<variant>бауыр циррозы

<variant>созылмалы холецистит

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің83беті

<variant>бауыр шамасыздығы

<question>Глюкоза сынамаcынан кейін 2 сағаттан соң (сау адамда) қандағы глюкозаның максимальды мөлшері:

<variant>7,8 ммоль/л

<variant>8,5 ммоль/л

<variant>7,0 ммоль/л

<variant>9,6 ммоль/л

<variant>10,2 ммоль/л

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

<variant>феохромоцитома

<variant>Кон синдромы

<variant>Иценко-Кушинг синдромы

<variant>эссенциалды артериялық гипертензия

<variant>екіншілік гиперальдостеронизм

<question>25 жастағы әйел артық салмаққа, мезгіл-мезгіл шөлдеуге шағымданып келді. Биіктігі - 160 см, салмағы -70 кг, ДСИ 29%. Аш қарынға гликемия-5,1 ммоль / л. глюкозаға төзімділік сынағы: аш қарынға гликемия - 5,5 ммоль/л, жүктемеден кейін 2 сағаттан кейін-7,0 ммоль / л. сіздің диагнозыңыз:

<variant >1 дәрежелі семіздік

<variant >2 дәрежелі семіздік

<variant>артық дене салмағы

<variant >2 типті қант диабеті

<variant>глюкозаға төзімділіктің бұзылуы

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

<variant>1 дәрежелі семіздік

<variant>2 дәрежелі семіздік

<variant>артық дене салмағы

<variant>қант диабеті 2 типті

<variant>глюкозаға төзімділіктің бұзылуы

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

<variant>Иценко-Кушинг ауруына

<variant>акромегалияға

<variant>феохромоцитомаға

<variant>қантсыз диабетке

<variant>адипозогениталды дистрофияға

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

<variant>Конн синдромы

<variant>бүйрек үсті безінің аденомасы

<variant>андростерома

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		79/ 11
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		(2025-2026) 100 беттің84беті

<variant>Иценко-Кушинг синдромы

<variant>артериялық гипертензия

<question>Науқасқа диффузды-токсикалық ұрамен аппендэктомия жүргізілгенде асқыну инфекция пайда болған. Жалпы жағдайы кенеттен нашарлады. Науқаста қозушылық, дене қызуы 39-ға дейін жоғарылады ,жүрек айнуы, құсу, кіші дәрегі жиі бола бастады. ЧСС-120 1 мин. ЖҚ – 195/85 мм.рт.ст. Содан кейін есінің психикалық қозушылығы ауысты, жүрек-тамыр жеткіліксіздігі күшейе түсті. Науқаста пайда болған асқынуы:

<variant>тиреотоксикалық криз

<variant>сепсис

<variant>гипертензиялық криз

<variant>ӨАТЭ

<variant>мидың қан айналуының жедел бұзылуы

<question>Науқас, 44 жаста шағымдары салмағының артуы, басының ауыруы. Объективті: беті қошқыл қызыл түсті, іші өскен, аяқ-қолдары жүдеген, артериалды қан қысымы-190/110 мм.с.б.б. Рентгенограммада: омыртқада остеопороз белгісі анықталды. Қан мен зәрде гидрокортикотропин деңгейі сәл жоғарылаған. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Иценко-Кушинг синдромы.

<variant>семіздік

<variant>гломерулонефрит. Созылмалы бүйрек жетіспеушілік

<variant>біріншілік альдестеронизм

<variant>гипертония ауруы

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

<variant>феохромацитома

<variant>климактериялық невроз

<variant>Иценко-Кушинг ауруы

<variant>Иценко-Кушинг синдромы

<variant>Веgeto-тамырлық синдром

<question>Науқас 40 жаста, тез қозғыштыққа, жиі жүрек соғысына, тез шаршағыштыққа шағымданады. Тексеруден кейін эндемиялық зобтың түйінді формасы диагнозы қойылды.

Клиникалық хаттамаға бойынша емі жүргізу тактикасы:

<variant>йодомарин

<variant>тирозол

<variant>преднизолон

<variant>меркозолил

<variant>L-тироксин

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

<variant>тироксин мөлшерін жоғарылату

<variant>преднизолон тағайындау

<variant>меркозолилді тағайындау

<variant>оперативті емге жіберу

<variant>азотиоприн тағайындау

<question>Қантты диабеттің компенсациясына сәйкес болатын гликозилирленген гемоглобин (HbA1c) :

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің85беті

<variant>7,5%

<variant>7,6%

<variant>7,8%

<variant>7,9%

<variant>8%

<question>Жүкті әйел 28 жаста, аш қарынға екі рет гликемия деңгейін анықтау 7,9 және 10,9 ммоль/л. көрсеткен. Анамнезінде гликемия деңгейінің жоғарлауы анықталмаған.

Сіздің диагнозыңыз:

<variant>гестационды диабет

<variant>қант диабеті 2 тип

<variant>екіншілік қант диабеті

<variant>аш қарынға гликемияның бұзылысы

<variant>глюкозаға толеранттылықтың бұзылысы

<question>45 жастағы әйел соңғы 6 айда етеккірі келмеуі мен «күюлуларды» байқады. АҚ 140/90 мм.с.б. Кольпоцитограмманы зерттеу кезінде – қынап жағындысының атрофиялық түрі анықталды.

Емдеу жоспарына дәрілер тобын енгізген БАРЫНША тиімді:

<variant>эстрогендерді

<variant>андрогендерді

<variant>анаболиктерді

<variant>глюкокортикоидтарды

<variant>минералокортикоидтарды

<question>Сцинтиграфия мынаны анықтаудың негізгі әдісі:

<variant>қалқанша безінің обыры

<variant>жеделше тиреодит

<variant>кашимото зобы

<variant>диффузды таксикалық зоб

<variant>қалқанша безінің токсикалықаденомасы

<question>Қалқанша безінің обырын анықтауда аса мәліметті әдіс болып табылады:

<variant>қалқанша безіне компьютерлік томография жүргізу

<variant>қалқанша безінің сцинтиграфиясы

<variant>пальпация жүргізу

<variant>қалқанша безіне ультрадыбыстық зерттеу жүргізу

<variant>қалқанша безіне жіңішке инемен аспирациялықбиопсия жүргізу

<question>Қант диабетінің I типін емдеу керек:

<variant>инсулин диетотерапия мен

<variant>сульфаниламидты препараттар

<variant>тек диетотерапия

<variant>аштықпен

<variant>бигуанидтермен

<question>Динамикалық зерттеуде көрсеткіш қант диабетінің компенсация дәрежесінің ең сенімді критерийі :

<variant>гликозириленген гемоглобин

<variant>С-пептид

<variant>орташа тәуліктік гликемия

<variant>гликемиялық ауытқудың орташа амплитудасы

<variant>қандағы кконтринсулярлық гормонның деңгейі

<question>Тиреотоксикоз бен нейроциркуляторлы дистонияның ең ақпаратты дифференциалды-

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің86беті

диагностикалық критерийі:

<variant>қандағы трийодтиронин және тироксин деңгейі.

<variant>қалқанша безінің йод сіңіру функциясы

<variant>негізгі алмасу көрсеткіштері

<variant>ақуызбен байланысқан йод

<variant>қанда холестериннің болуы

<question>Ауыр гипотиреозбен ауыратын егде жастағы науқасқа тағайындау ем керек:

<variant>L-тироксиннің аз дозасымен емді бастау

<variant>Санаториға бальнеологиялық емге бағыттау

<variant>L-тироксиннің жоғары дозасын глюкокортикоидтармен бірге қолдану

<variant>зәр айдағыштарды қолдану

<variant>гипотиреоз емінен бас тарту

<question>50 жастағы әйел, қабылдау бөлімшесіне бірден жағдайының нашарлауымен келді.

Басының қатты ауыруы, бас айналу, бетінің қызаруы, зәр шығару непроизвольные.

Объективті:жағдайы ауыр, тері ылғалды, беті гиперемиялы, АҚҚ 260/180 мм сан.бағ. Пульс 105

рет мин. Кризді тоқтатуға препарат тиімді:

<variant>фентоламин

<variant>изокет

<variant>коринфар

<variant>каптоприл

<variant>фуросемид

<question>Қант диабетінің 1 типінің емдеу кезінде инсулин қарастырылады:

<variant>инсулинмен диетотерапия түрінде

<variant>тек диетотерапиямен

<variant>сульфаниламидті препараттармен

<variant>аштықпен

<variant>бигуанидтермен

<question>Адренкортикотропты гормонның гиперпродукциясы байланысты Аддисон, Иценко-

Кушинг ауруы ,Нельсон синдромының жалпы клиникалық симптомты:

<variant>тері гиперпигментациясы

<variant>тері стри

<variant>ортостатикалық гипотония

<variant>аменорея

<variant>гипергликемия

<question>Қантсыз диабеттің себебі:

<variant>дефицит АДГ (антидиуретикалық гормон)

<variant>гонадотропиндердің артық жиналуы

<variant>пролактин жетіспеушілігі

<variant>СТГ жетіспеушілігі(соматотропты гормон)

<variant>АДГ артық жиналуы

<question>Науқаста акромегалия диагнозы болжанды. Амбулаторлық кезеңдегі негізгі

диагностикалық шараларды көрсетіңіз

<variant>СТГ ның базалді деңгейін анықтау

<variant>қандағы ТТГ деңгейін анықтау

<variant>қандағы кортизол деңгейлерін анықтау

<variant>қандағы АКТГ деңгейлерін анықтау

<variant>қандағы ФСГ деңгейлерін анықтау

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің87беті

<question>Наукас Иценго-Кушинг синдромы диагнозымен диспансерлік тіркеуге алынды. Науқастың ЖТД-ге тексерілуге келу жиілігін есептеңіз.

<variant>жылына 1 рет

<variant>жылына 2 рет

<variant>жылына 3 рет

<variant>жылына 4 рет

<variant>жылына 5 рет

<question>Наукас тиреотоксикоз диагнозымен диспансерлік тіркеуге алынды. Науқастың ЖТД-ге тексерілуге келу жиілігін есептеңіз.

<variant>жылына 1 рет

<variant>жылына 2 рет

<variant>жылына 3 рет

<variant>жылына 4 рет

<variant>жылына 5 рет

<question>Наукас диагнозы: Қант диабеті 1 типті. HbA1c анықтау жиілігін есептеңіз

<variant>3 айда 1 рет

<variant>2 айда 1 рет

<variant>1 айда 1 рет

<variant>4 айда 1 рет

<variant>5 айда 1 рет

<question>Наукастың болжам диагнозы: Қант диабеті 2 типті. Амбулатория деңгейінде жүргізілуі қажет негізгі диагностикалық шараларды таңдаңыз

<variant>75 г глюкозамен пероралді глюкозаға толеранттылық сынамасы

<variant>С-пептид және иммунореактивті инсулин деңгейін анықтау

<variant>аралшықты клеткаларға ICA –антиденелерін ИФА арқылы анықтау

<variant>қалқанша безін, құрсақ қуысы органдарын УДЗ

<variant>гликозилирленген гемоглобинді анықтау

<question>Лимфа түйіндерінің ұлғаюымен бірге жүретін лимфоидты тіндердің гиперплазиясы

<variant>лимфаденопатия

<variant>ЖИТС

<variant>саркоидоз

<variant>тонзиллит

<variant>лимфогрануломатоз

<question>Наукаста мойын лимфа түйіндерінің ұлғаюы, ауыруы анықталады. Процестің сипатын түсіндіріңіз

<variant>қабыну процесі

<variant>қатерлі ісік

<variant>қатерсіз неоплазма

<variant>аутоиммунды қабыну

<variant>некротикалық процесс

<question>Наукаста тығыз, қатты, ауыру семінсіз мойын лимфа түйіндері анықталады. Процестің сипатын түсіндіріңіз

<variant>қатерлі ісік

<variant>қабыну процесі

<variant>қатерсіз неоплазма

<variant>аутоиммунды қабыну

<variant>некротикалық процесс

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің88беті

<question>Лимфа түйіндерінің ұлғаюының екіншілік себебін таңдаңыз

<variant>мойын лимфаденитымен тонзиллит

<variant>инфекциялық мононуклеоз

<variant>қызылшалық қызамық

<variant>«мысық тырнауы» ауруы

<variant>таралған лимфаденитпен абсцесс

<question>Лимфа түйіндерінің ұлғаюының екіншілік қатерлі себебін таңдаңыз

<variant>жергілікті ісіктен метастаздар

<variant>созылмалы лимфолейкоз

<variant>жіті лимфобластты лейкомия

<variant>ходжкиндік емес лимфома

<variant>миелопролиферативті бұзылыстар

<question>Наука тез шаршауға, дене қызуы жоғарылауына, түнгі тершендікке шағымданады.

Мойын, қолтықасты аймақтарда ісік тәрізді түйіндер, спонтанды гематомалар пайда болуы анықталған. Зақымдалу сипаты туралы тұжырым жасаңыз

<variant>біріншілік қатерлі ісік

<variant>жүйелі қызыл жегі

<variant>туберкулез

<variant>«мысық тырнауы» ауруы

<variant>екіншілік инфекциялық процесс

<question>Наукаста қолтықасты лимфа түйіндері ұлғаюы анықталған. Қабыну және қатерлі ісікті зақымдалу арасындағы ажыратпалы диагностика үшін жүргізілетін зерттеуді таңдаңыз.

<variant>лимфа түйіндерінің биопсиясы

<variant>компьютерлік томография

<variant>магнитті-резонансты томография

<variant>Квейм сынағасы

<variant>серологиялық зерттеу

<question>Лимфа жүйесіне лимфогенді жолмен таралатын лимфа түйіндерінде біріншілік пайда болған қатерлі ісік

<variant>Ходжкин лимфомасы

<variant>созылмалы лимфолейкоз

<variant>жіті лимфобластты лейкомия

<variant>жергілікті ісіктен метастаздар таралуы

<variant>миелопролиферативті бұзылыстар

<question>Ходжкин лимфомасы диагнозын қою үшін жүргізіледі

<variant>лимфа түйіндерінің биоптатын гистологиялық зерттеу

<variant>кеуде торы органдарының компьютерлік томографиясы

<variant>магнитті-резонансты томография

<variant>мықын сүйегі қанатының трепанобиопсиясы

<variant>лимфа түйіндерінің галлий цитратпен скintiграфиясы

<question>Лимфа түйіндері ұлғайған наукастың ЖҚА– лейкопения, лимфоцитоз, ЭТЖ жылдамдауы. Гистологиялық зерттеулер – Пирогов-Лангханс клеткалары. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>туберкулезді лимфаденит

<variant>созылмалы лимфолейкоз

<variant>Капоши саркомасы

<variant>лимфогранулематоз

<variant>Бенъе-Бекасаркоидозы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің89беті

<question>Жиі жергілікті метастаздар беретін метастаздану жолы

<variant>лимфогенді

<variant>гематогенді

<variant>аралас

<variant>жыныстық

<variant>аэрогенді

<question>Алысқа және көптеген метастаздар беретін метастаздану жолы

<variant>гематогенді

<variant>лимфогенді

<variant>аралас

<variant>жыныстық

<variant>аэрогенді

<question>Лимфогенді және гематогенді метастаздар пайда болатын органды таңдаңыз

<variant>бауыр

<variant>бүйрек

<variant>асқазан

<variant>өкпе

<variant>ми

<question>Ісіктердің жалпы себептері

<variant>туа пайда болған лимфа тамырлары дамуындағы ақаулар

<variant>венозды өткізгіштік бұзылуы

<variant>Милрой-Мейдж ауруы

<variant>кәтерлі ісік инфильтрациясы

<variant>операция кезінде зақымдалу

<question>Ісіктердің жергілікті себептері

<variant>венозды өткізгіштік бұзылуы

<variant>ірікілісті жүрек жеткіліксіздігі

<variant>туа пайда болған лимфа тамырлары дамуындағы ақаулар

<variant>бүйрек жеткіліксіздігі

<variant>ангионевротикалық ісік

<question>Лимфедема диагнозын нақтылау үшін жүргізілетін арнайы зерттеуді таңдаңыз

<variant>лимфангиография

<variant>эхокардиография

<variant>венография

<variant>биопсия

<variant>денситометрия

<question>Науқастың сол аяғында гиперемия, ісіну және ауырсыну анықталған. Болжам диагнозды таңдаңыз

<variant>терең веналар тромбофлебиті

<variant>лимфатикалық ісік

<variant>ангионевротикалық ісік

<variant>ірікілісті жүрек жеткіліксіздігі

<variant>Милрой-Мейдж ауруы

<question>Терең веналар тромбофлебиті диагнозын нақтылау үшін жүргізілетін арнайы зерттеуді таңдаңыз

<variant>венография

<variant>эхокардиография

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің90беті

<variant>лимфангиография

<variant>биопсия

<variant>денситометрия

<question>Бүйрек амилоидозында келесі тұжырымдар дұрыс

<variant>созылмалы бүйрек жетіспеушілігі қолайлы жүреді

<variant>ауру жиі балалар мен жастарда дамиды

<variant>бүйрек гипертензиясы ерте дамиды

<variant>амилоид алдымен бүйрек каналдарының дисталді бөлігінде жиналады

<variant>кортикостероидтармен емдеуді қажет етеді

<question>Қолайлырақ жүретін гломерулонефриттің морфологиялық түрі

<variant>фокальді-сегментті склероз

<variant>«минималді» өзгерістер

<variant>мезангиопролиферативті

<variant>диуретикалық препараттар

<variant>мембранопротективті

<question>Кортикостероидтармен емдеуді қажет ететін бүйрек ауруын таңдаңыз

<variant>созылмалы гломерулонефрит нефротикалық түрі

<variant>бүйрек амилоидозы

<variant>созылмалы гломерулонефрит бүйрек жетіспеушілігі кезеңі

<variant>несептас ауруы

<variant>созылмалы пиелонефрит

<question>Науқада 3 жылға созылған протеинурия (<2,5 г/тәу), гематурия (акантоциттер >5%), аздаған ісінулер, артериялық гипертензия байқалады.

Науқастың диагнозы туралы тұжырым жасаңыз

<variant>созылмалы нефритикалық синдром

<variant>нефротикалық синдром

<variant>жіті нефритикалық синдром

<variant>жіті бүйрек жеткіліксіздігі

<variant>созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі

<question>Созылмалы гломерулонефрит диагнозымен науқада персистирленген гломерулярлы гематурия және тәулігіне 1 грамға дейін протеинурия байқалады. Емдеу жоспарын құрыңыз.

<variant>нефропротективті терапия

<variant>патогенетикалық терапия

<variant>этиологиялық терапия

<variant>симптоматикалық терапия

<variant>қолдаушы терапия

<question>Науқастың диагнозы: Диффузды мембранозды гломерулонефрит. Иммуносупрессивті терапия жоспарын құрыңыз.

<variant>кортикостероидтар + циклофосфамид

<variant>ААФИ + кортикостероидтар

<variant>АРБ + циклофосфамид

<variant>кортикостероидтар + ритуксимаб

<variant>диуретиктер + кальцинейрин ингибиторы

<question>Созылмалы гломерулонефритпен науқасты жоспарлы түрде ауруханаға жатқызу көрсеткішін таңдаңыз.

<variant>бүйрекке диагностикалық биопсия жүргізу үшін

<variant>антибактериалді терапияға түзету енгізу үшін

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің91беті

<variant>қанағаттанарлық күйі

<variant>асқынулардың алдын алу үшін

<variant>иммуносупрессивті терапияны тоқтату үшін

<question>Науқас диагнозы: Жіті нефритикалық синдром. Диспансерлік бақылау мерзімін есептеңіз.

<variant>5 жыл

<variant>1 жыл

<variant>2 жыл

<variant>3 жыл

<variant>4 жыл

<question>Науқаста созылмалы бүйрек ауруының бастапқы кезеңі. Диетаны таңдаңыз

<variant>№7

<variant>№9

<variant>№10

<variant>№11

<variant>№8

<question>Науқас диагнозы: Созылмалы бүйрек ауруы диабеттік нефропатиямен. Артериялық гипертензиядан емдеу үшін бірінші линиядағы препаратты таңдаңыз

<variant>ААФИ

<variant>бета-блокаторлары

<variant>кальций антагонисттері

<variant>диуретиктер

<variant>АРБ-І

<question>Науқаста спазмнан және органдар созылуы салдарынан пайда болған құрсақ тұсында ауырсыну. Тұйық, белгілі бір жерде орналаспаған. Абдоминалгия түрін анықтаңыз:

<variant>висцералді

<variant>париеталді

<variant>соматикалық

<variant>басқа жерден берілген

<variant>гипералгетикалы

<question>Құрсақ тұсында ауырсынумен жүретін хирургиялық ауруды таңдаңыз

<variant>жіті аппендицит

<variant>дивертикулит

<variant>созылмалы панкреатит

<variant>плеврит

<variant>перикардит

<question>Созылмалы холецистит асқынуын таңдаңыз

<variant>холепанкреатит

<variant>дуоденалді стаз

<variant>порталді гипертензия

<variant>эзофагит

<variant>қант диабеті

<question>Асқынбаған асқазанның және он екі елі ішектің ойық жара ауруындағы эрадикацияны бақылау үшін жүргізілетін зерттеуді таңдаңыз

<variant>тыныс алу уреазды сынамасы

<variant>серологиялық сынама

<variant>микробиологиялық сынама

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің92беті

<variant>жылдам уреазды сынама

<variant>иммунологиялық сынама

<question>Наукаста көп мөлшерде сулы нәжіспен диарея байқалады. Диарея түрін анықтаңыз:

<variant>секреторлық

<variant>осмолярлық

<variant>гиперкинетикалық

<variant>гипокинетикалық

<variant>экссудативтік

<question>Наука жiгi дизентериямен ауырған. Диспансерлік бақылау мерзiмiн есептеңiз

<variant>1 ай

<variant>2 ай

<variant>3 ай

<variant>4 ай

<variant>5 ай

<question>Нәжiс қатуына байланысты ұзақ уақыт қолданған жағдайда қолайсыз әсерi барынша төмен препараттар

<variant>форлакс, дюфалак

<variant>бисакодил, дулколакс

<variant>фиберлак, сорбитол

<variant>оливковое масло, гутталакс

<variant>морская капуста, энимакс

<question>Қарт адамдарда нәжiс қатуының себебiн таңдаңыз

<variant>iшек адинамиясы

<variant>iшек айналымы

<variant>медикаментозды

<variant>эндокриндi

<variant>ануста ауырсыну

<question>Жүктiлердегi нәжiс қатуының себебiн көрсетiңiз

<variant>прогестерон деңгейiнiң жоғарылауы

<variant>эстроген деңгейiнiң жоғарылауы

<variant>прогестерон деңгейiнiң төмендеуi

<variant>эстроген деңгейiнiң төмендеуi

<variant>андроген деңгейiнiң жоғарылауы

<question>iшек тазаруына көмектесетiн тағамдарды тағдағыз

<variant>шикi көкөнiстер мен жемiстер

<variant>ақ нан

<variant>бидай ұнтағы

<variant>пiскен жұмыртқа

<variant>кiлегей сорпалар

<question>Нәжiс қатқанда қолдануға болмайтын тағамдарды таңдаңыз

<variant>қырық жапырақ

<variant>қара нан

<variant>кебектер

<variant>кептірілген жемістер

<variant>сұлы жармасы

<question>Сүйек кемiгi белсендiлiгiнiң жоғарылауын көрсететiн гемолитикалық сарғаюудағы шеткi қандағы өзгерiстер

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің93беті

<variant>ретикулоциттер санының ұлғаюуы
<variant>эритроциттер санының төмендеуі
<variant>гемоглобин деңгейінің төмендеуі
<variant>лейкоциттер санының жоғарылауы
<variant>тромбоциттер санының жоғарылауы
<question>Дәрілік гемолитикалық сарғаюлар болжанған науқастың эритроциттерінде Гейнц денелері анықталған. Диагнозды нақтылау үшін жүргізілетін зерттеуді таңдаңыз
<variant> Г-6-ФДГ белсенділігін анықтау
<variant>қан электрофорезі
<variant>эритроциттердің осмотикалық резистенттілігі
<variant>тікелей және тікелей емес Кумбс сынамасы
<variant>стерналді пункция
<question>Туа пайда болған сфероцитарлы (гемолитикалық) сарғаю диагнозын өзгеруі бойынша қояды.
<variant>эритроциттер түрі
<variant>эритроциттер саны
<variant>лейкоциттер түрі
<variant>тромбоциттер түрі
<variant>гемоглобин деңгейі
<question>Сарғаюмен науқаста эритроциттердің натрий хлоридінің гипотониялық ерітіндісіне төзімділігі жоғарылауы, қан сарысуында жоғарғы темір деңгейі, гипохромды анемия, эритроциттердің нысана тәрізді формалары, 20% феталді гемоглобин анықталған. Сіздің диагнозыңыз
<variant>талассемия
<variant>орақ тәрізді клеткалы анемия
<variant>микросфероцитоз
<variant>ферментопатия
<variant>пароксизмалді түнгі гемоглобинурия
<question>Сарғаюмен науқастың қанында эритроциттерді ерітетін антиденелер анықталған. Сіздің диагнозыңыз:
<variant>гемолитикалық анемия
<variant>талассемия
<variant>орақ тәрізді клеткалы анемия
<variant>микросфероцитоз
<variant>ферментопатия
<question>Науқастың болжам диагнозы: Жүре пайда болған (аутоиммунды) гемолитикалық анемия. Диагнозды нақтылау үшін жүргізілетін зерттеуді таңдаңыз
<variant>Кумбс сынамасы
<variant>Манту сынамасы
<variant>Хайн сынамасы
<variant>Райт-Хедельсон сынамасы
<variant>Пирке сынамасы
<question>Ротор синдромында сарғаю дамуының негізгі себебін таңдаңыз
<variant>бауыр клеткаларының билирубинді ұстап қалу қабілетінің төмендеуі
<variant>билирубиннің глюкурон қышқылымен конъюгациялану процесінің бұзылуы
<variant>билирубиннің альбуминмен байланысынан босау процесінің бұзылуы
<variant>қандағы глюкуронилтрансфераза санының жеткіліксіздігі

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің94беті

<variant>қан плазмасындағы билирубиннің гепатоциттерге тасымалдану процесінің бұзылуы

<question>Ротор синдромы мен Дабин-Джонсон синдромы арасында ажыратпалы диагностика жүргізу үшін зерттеу әдісін таңдаңыз

<variant>бауыр биопсиясы

<variant>бромсульфталейн сынамасы

<variant>бауырды УДЗ

<variant>радиоизотопты сканирлеу

<variant>бауыр КТ-сы

<question>Науқастың болжам диагнозы: Дивертикулит. Диагнозды нақтылау үшін жүргізілетін зерттеуді таңдаңыз

<variant>асқазанды және он екі елі ішекті рентгенологиялық зерттеу, ФГДС

<variant>колоноскопия, ирригоскопиялық зерттеу

<variant>ретроградты холангиография, ФГДС

<variant>ангиография, он екі елі ішекті рентгенологиялық зерттеу

<variant>ішектердің компьютерлік томографиясы, ФГДС

<question>20 жастағы науқас ер адам жалпы тәжірибелік дәрігерге дене қызуы 38⁰С –қа жоғарылауына, әлсіздікке, басы ауруына, катаралді белгілерге, тәбеті нашарлауына шағымданып қаралды. Анамнезінде: 4 күн бұрын несепі «сыра» түсіне боялған. Объективті: жағдайы орташа ауырлық дәрежесінде, тері қабаты мен склерасы аздап сарғыш түске боялған. Пульсі 72 минутына. АҚҚ 100/60 мм сынап бағанасымен, тілі сұрғыш жабындымен жабылған. Іші жұмсақ, оң қабырғаастында ауырсынады, бауыры мен көкбауыр пальпацияланады. Нәжісі түссізденген, несеп «сыра» түсті. Зертханалық деректер: жалпы билирубин 64,0, тікелей 52,0 мкмоль/л, тікелей емес 22,0 мкмоль/л, тимол сынамасы 8,3. АЛТ 0,83мккат/л, АСТ 0,87 мккат/л. HBs-антиген оң мәнді. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>жіті вирусты гепатит А, сарғаю түрі, орташа дәрежелі ауырлықта

<variant>жіті вирусты гепатит А, безжелтушная форма, легкое течение

<variant>жіті вирусты гепатит В, сарғаю түрі, орташа дәрежелі ауырлықта

<variant>созылмалы вирусты гепатит В, сарғаю түрі, орташа дәрежелі ауырлықта

<variant>созылмалы вирусты гепатит С, сарғаю түрі, орташа дәрежелі ауырлықта

<question>Ұйқы безі рагінің ең ерте симптомын таңдаңыз

<variant>ауырсыну

<variant>салмақ жоғалту

<variant>сарғаю

<variant>лимфаденопатия

<variant>күсу

<question>Науқастың диагнозы: Біріншілік биллиарлы бауыр циррозы. Емдеуге ең тиімді препаратты таңдаңыз

<variant>урсодезоксихоиль қышқылы

<variant>азатиоприн

<variant>циклоспорин А

<variant>D-пеницилламин

<variant>фенобарбитал

<question>Биллиарлық жолдың скринингі зерттеу әдісін таңдаңыз

<variant>бауырдың функционалдық сынамасы

<variant>өт қапшығын УДЗ

<variant>эндоскопиялық ультрасонография

<variant>ЭРХПГ

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің95беті

<variant>холесцинтиграфия

<question>Билиарлық жолды нақтылай зерттеу әдісін таңдаңыз

<variant>эндоскопиялық ультрасонография

<variant>панкреатикалық ферменттер

<variant>бауырдың функционалдық сынамасы

<variant>УДЗ

<variant>ЭФГДС

<question>Одди сфинктерінің дисфункциясы мен механикалық кедергілердің дифференциалді диагностикасы үшін жүргізілетін зерттеу әдістерін таңдаңыз

<variant>ЭРХПГ

<variant>өт жолдарын УДЗ

<variant>эндоскопиялық ультрасонография

<variant>бауырдың функционалдық сынамасы

<variant>холесцинтиграфия

<question>Сарғаюмен науқаста билиарлы жүйе сфинктерінің тонусы жоғарылауы анықталған.

Емдеу үшін препаратты таңдаңыз

<variant>спазмолитиктер

<variant>гепатопротекторлар

<variant>ферменттер

<variant>антибиотиктер

<variant>антацидтер

<question>Эритропоэздің ең маңызды реттеушісін таңдаңыз

<variant>эритропоэтин

<variant>интерлейкин

<variant>тромбопоэтин

<variant>колониестимулирлеуші фактор

<variant>макрофагалді фактор

<question>Микросфероцитарлы туа пайда болған гемолитикалық анемияның пайда

Болу механизмін таңдаңыз.

<variant>эритроцит мембранасы бұзылуы

<variant>ДНҚ түзілуі мен утилизациясы бұзылуы

<variant>гемоглобин тасымалдануы бұзылуы

<variant>сүйек кемігі клеткаларының пролиферациясы төмендеуі

<variant>эритрокарициттердің бөліну процесінің бұзылуы

<question>Эритроциттердің бұзылу процесі олардың регенерация процесінен басым болуы байқалатын анемия деп аталады.

<variant>гемолитикалық

<variant>апластикалық

<variant>дефицитті

<variant>порфирия

<variant>дизэритропоэтикалық

<question>Анемиямен науқастың түстік көрсеткіші 0,8. Сіздің диагнозыңыз

<variant>теміртапшылық анемиясы

<variant>фоллий тапшылық анемиясы

<variant>гемолитикалық анемия

<variant>сидероахрестикалық анемия

<variant>В₁₂-тапшылық анемиясы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің96беті

<question>Организмдегі темір қорын көрсететін зерттеу әдісін таңдаңыз

<variant>десфералді сынама

<variant>жалпы темір байланыстырушы сарысу

<variant>сарысудағы темір

<variant>трансферрин

<variant>ферритин

<question>Теміртапшылық анемиясы емінің тиімділігінің көрсеткішін таңдаңыз

<variant>ретикулоциттер санының жоғарылауы

<variant>қандағы темір деңгейінің төмендеуі

<variant>жалпы темір байланыстырушы сарысудың төмендеуі

<variant>сарысудағы трансферрин жоғарылауы

<variant>гемоглобин деңгейінің жоғарылауы

<question>Қант диабетімен ауыратын науқас 3-6 ай ішінде кем дегенде 2 рет персистирленген тәулігіне 30 мг-нан жоғары альбуминурия, ілмектік фильтрация жылдамдығы үдемелі төмендеуі және артериялық қан қысымы жоғарылауы анықталуымен сипатталатын клиникалық синдром

<variant>диабеттік нефропатия

<variant>жіті гломерулонефрит

<variant>бүйрек амилоидозы

<variant>нефротикалық синдром

<variant>жегілік нефрит

<question>Қант диабетімен науқаста резистентті нефротикалық синдром, диабетпен 4 жыл бойы ауырады, ІФЖ>60мл/мин. Науқасты бақылау тактикасын таңдаңыз.

<variant>тері арқылы бүйрекке пункционды биопсия жүргізу

<variant>Зимницкий сынамасы

<variant>күрсак органдарын УДЗ

<variant>альбуминурияны анықтау сынамасы

<variant>альбуминнің түнгі экскрециясы

<question>Диабеттік нефропатияда гликирленген гемоглобиннің мақсатты деңгейі

<variant>6,5- 7%

<variant>7,5-8%

<variant>5,5-6%

<variant>4,5-5%

<variant>3,5-4%

<question>Науқаста қант диабеті және диабеттік нефропатия, ІФЖ 45-60 мл/мин. ІФЖ бақылау жиілігін таңдаңыз.

<variant>әр 6 айда

<variant>әр 3 айда

<variant>әр 2 айда

<variant>әр 4 айда

<variant>әр 5 айда

<question>Қант диабетімен науқаста анальгетиктермен басылмайтын миалгиялар, антиангиналді дәрілермен басылмайтын жүрек тұсында ауырсыну, іші ауруы, басы ауруы, жүрегі айнауы, құсу, әлсіздік, адинамия, артериялық гипотония, тахикардия, енгігу, Кулсмауль тынысы, ұйқышылдық байқалады. Сіздің диагнозыңыз

<variant>сүтті қышқылдыацидоз

<variant>гиперосмолярлы гипергликемиялық күй

<variant>диабеттік кетоацидоз

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің97беті

<variant>гипогликемиялық кома

<variant>гипергликемиялық кома

<question>45 жастағы әйелде ашқарындағы капиллярлық қандағы глюкоза деңгейі 6,0 ммоль/л, ПГТТ кейін 2 сағаттан соң 9,1 ммоль/л. Зерттеу нәтижелері туралы тұжырым жасаңыз.

<variant>глюкозаға толеранттылықтың бұзылуы

<variant>қант диабеті

<variant>қалыпты

<variant>ашқарындағы гликемияның бұзылуы

<variant>гестациялық қант диабеті

<question>52 жастағы әйелде ашқарындағы веноздық плазмадағы глюкоза деңгейі 6,5 ммоль/л, ПГТТ кейін 2 сағаттан соң 7,3 ммоль/л. Зерттеу нәтижелері туралы тұжырым жасаңыз.

<variant>ашқарындағы гликемияның бұзылуы

<variant>қант диабеті

<variant>қалыпты

<variant>глюкозаға толеранттылықтың бұзылуы

<variant>гестациялық қант диабеті

<question>28 жастағы жүкті әйелде ашқарындағы веноздық плазмадағы глюкоза деңгейі 6,1 ммоль/л, ПГТТ кейін 2 сағаттан соң 9,7 ммоль/л. Зерттеу нәтижелері туралы тұжырым жасаңыз.

<variant>гестациялық қант диабеті

<variant>қант диабеті

<variant>қалыпты

<variant>ашқарындағы гликемияның бұзылуы

<variant>глюкозаға толеранттылықтың бұзылуы

<question>Қант диабеті болжанған 62 жастағы ер адамда HbA1c деңгейі 5,8 және 6,1%. Зерттеу нәтижелері туралы тұжырым жасаңыз.

<variant>глюкозаға толеранттылықтың бұзылуы

<variant>1 типті қант диабеті

<variant>қалыпты

<variant>ашқарындағы гликемияның бұзылуы

<variant>2 типті қант диабеті

<question>Науқаста диаметрі 1,5-2,5 см лимфа түйіндері ұлғаюы анықталған. Лимфа түйіндерінің ұлғаю дәрежесін анықтаңыз.

<variant>II

<variant>I

<variant>IV

<variant>V

<variant>III

<question>Үштен жоғары аймақта лимфа түйіндері ұлғаюы

<variant>таралған лимфоаденопатия

<variant>жергілікті лимфоаденопатия

<variant>регионарлы лимфоаденопатия

<variant>жіті лимфоаденопатия

<variant>созылмалы лимфоаденопатия

<question>Созылмалы лимфолейкоз -бұл

<variant>лимфопрлиферативті ауру

<variant>қабынумен жүретін ауруы

<variant>миелопрлиферативті ауру

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің98беті

<variant>дегенеративті ауру

<variant>кәсіби ауру

<question>Созылмалы лимфолейкозда лейкоцитарлы формуладағы өзгерістерге тұжырым жасаңыз

<variant>абсолютті және салыстырмалы лимфоцитоз

<variant>абсолютті және салыстырмалы нейтрофилді лейкоцитоз

<variant>көп мөлшерде бластты жасушалар пайда болуы

<variant>Абсолютті және салыстырмалы эозинофилия

<variant>абсолютті және салыстырмалы базофилді лейкоцитоз

<question>Созылмалы лимфолейкозға тән гематологиялық белгілерді таңдаңыз

<variant>Боткин-Гумпрехт дақтары

<variant>Шарко-Лейден кристаллдары

<variant>нейтрофилдер полихроматофилиясы

<variant>базофилді пунктация

<variant>Лукин-Либман дақтары

<question>39 жастағы науқас аймақтық дәрігерге әлсіздікке, тершендікке, салмақ жоғалтуға, сол қабырғаастында ауырсынуға, тез шаршауға шағымданып қаралды. Объективті: тері қабаты бозарған, ылғалды. Лимфотүйіндері ұлғаймаған.Бауыр қабырғаастынан 3 см – ге шығыңқы, көкбауыр кіндік тұсында, тығыз, ауырсынусыз. Қанда:Нв-95 г/л эр. – $3,0 \times 10^{12}/л$, лейко- $94 \times 10^9/л$, миелобласттар-2%, промиелоциттер-4%, метамиелоциттер-8%, таяқшалы-12%, түйіршікті-52 %, эозин.-5%, базоф.-5%, лимф.-12%, тромбо- $200,0 \times 10^9/л$. ЭТЖ – 53 мм/с. Аурудың емі деңгейін бақылау арқылы жүргізіледі.

<variant>лейкоциттер формуласы

<variant>ЭТЖ

<variant>эритроциттер

<variant>ретикулоциттер

<variant>тромбоциттер

<question>Науқаста диагноз: Жедел лейкоз. 5 жыл бойы лейкозды инфильтрация белгісінсіз клиникалық компенсация, қан анализі қалыпты, миелограммада бластты жасушалар саны 5%-ға дейін. Науқас күйі туралы тұжырым жасаңыз

<variant>толық клиникалы-гематологиялық ремиссия

<variant>клиникалы-гематологиялық жақсару

<variant>толық емес клиникалы -гематологиялық ремиссия

<variant>ем нәтижесі жоқ

<variant>толық емес клиникалы-гематологиялық өршу

<question>Аяқ-қол ісінуімен, тері тығыздалуымен қатар байқалатын, ауру үдегенде ойық жаралар және күпсектік пайда болатын лимфа түйіндері арқылы лимфа ағысының бұзылу нәтижесі

<variant>лимфатикалы ісіну

<variant>гангренозды зақымдану

<variant>тілмеліе қабыну

<variant>варикозды ауру

<variant>трофикалы ойық жара

<question>48 жастағы науқас әйел жалпы тәжірибелік дәрігерге бас ауруына, аяғында ісінулерге, жүргенде елтігуге, әлсіздікке, тәбеті нашарлауына шағымданып қаралды. 10 жыл бойы бүйрегі ауырады. Об-ті: аяқ басы, сирағы ісінген. Қанның жалпы анализінде: Нв-96 г/л; Эр.- $2,8 \times 10^{12}/л$; Лейк.- $8,8 \times 10^9/л$; ЭТЖ-35 мм/с. Мочевина – 16 ммоль/л, креатинин – 0,250 ммоль/л. Жалпы несеп

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы «АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің99беті

анализінде: салыстырмалы тығыздық – 1005; белок–4,5 г/л; лейкоц. – 6-10 к/а; эр. – 20-25 к/а; гиалиндіцилиндерлер- 2-3 к/а. Бұл белгілер тән:

<variant>созылмалы бүйрек жетіспеушілігіне

<variant>несептас ауруына

<variant>созылмалы пиелонефритке

<variant>бүйрек поликистозына

<variant>созылмалы гломерулонефритке

<question>66 жастағы науқас әйел 10 жыл бойы несептас ауруымен ауырады, 4 жыл бұрын операция жасалған. Тұрақты АҚҚ 160/100 мм сынап бағанасына дейін, соңғы жылдары 190/100-200/110 мм сынап бағанасына дейін жоғарылауы байқалады, аяқтары ісінуі пайда болған. Қан анализі жағынан: Нв-110г/л, эритроциты - 3,0 млн., ТК-0,8, ЭТЖ-20 мм/сағ, қандағы мочевина-8,8 ммоль/л, креатинин – 200,0 ммоль/л. Науқаста дамыған асқыну түрі:

<variant>созылмалы бүйрек жетіспеушілігі

<variant>жіті бүйрек жетіспеушілігі

<variant>жіті интерстициалді нефрит

<variant>созылмалы тубулоинтерстициалді нефрит

<variant>жіті несеп жүрмеуі

<question>48 жастағы науқас әйел ЖДА дәрігеріне бас ауруына, аяғы ісінуіне, жүргенде елтіруге, әлсіздікке, тәбеті нашарлауына шағымданып қаралды. 10 жыл бойы бүйрегі ауырады. Об-ті: аяқ басы, сирағы ісінген. Жалпы қан анализінде: Нв–96 г/л; Эр.– $2,8 \times 10^{12}$ /л; Лейк.- $8,8 \times 10^9$ /л; ЭТЖ–35 мм/с. Мочевина – 16 ммоль/л, креатинин – 0,250 ммоль/л. Жалпы несеп анализінде: салыстырмалы тығыздығы – 1005; белок–4,5 г/л; лейкоц. – 6-10 к/а., эр. – 20-25 к/а; гиалиндіцилиндерлер - 2-3 к/а. Клиникалық диагнозды нақтылау үшін қажет зерттеу:

<variant>ілімдік фильтрацияны анықтау

<variant>Бенс-Джонс белогын анықтау

<variant>несепті бактериологиялық зерттеу

<variant>несепті туберкулезмикобактериясына себу

<variant>Нечипоренко сынамаcы

<question>24 жастағы науқас ер адам. Баспамен ауырғаннан кейін ісіну синдромы, айқын бас ауруы пайда болған. Объективті: ісіну синдромыанасарка дәрежесіне дейін, АҚҚ 200/ 110 мм сынап бағанасымен. Тексергенде: қан анализінде: Нв – 124 г/л, ЭТЖ-40 мм/с, жалпы белок – 60 г/л, альбуминдер – 50 г/л, несеп анализінде: протеинурия – 13,5 г/тәу, эритроциттер –20 көру/аймағында, цилиндрлер 3-5 көру/аймағында. УДЗ-де бүйрек өлшемдері өзгермеген, астаулы – тостағанша жүйесі – өзгеріссіз. Болжам диагноз :

<variant>жіті гломерулонефрит аралас түрі

<variant>жіті гломерулонефрит нефротикалық түрі

<variant>жіті гломерулонефрит гипертониялық түрі

<variant>жіті гломерулонефрит гематуриялық түрі

<variant>жіті гломерулонефрит латентті түрі

<question>Ауыр протеинуриямен $> 3,5 \text{ г/л}$, $73 \text{ мм}^2/\text{тәу}$, гипоальбуминемиямен, гиперлипидемиямен және ісінулермен сипатталатын клиникалық синдром

<variant>нефротикалық синдром

<variant>жіті бүйрек жетіспеушілігі

<variant>нефритикалық синдром

<variant>созылмалы бүйрек жетіспеушілігі

<variant>несептік синдром

<question>Науқаста бірнеше апта, ай бойы бетінде, аяқтарында ісінулер байқалады. Жұмсақ, дене

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер-3» кафедрасы		
«АМСК деңгейіндегі ішкі аурулар» пәнінен аралық бақылау №2 тесттік тапсырмалары, 6- курс интернатура		79/ 11 (2025-2026) 100 беттің100беті

күйі өзгеруіне қарай орны алмасып тұрады, толқын тәрізді ағымды өз бетінше ісінулер басылу кезеңдерімен. Ісінулер сипаты туралы тұжырым жасаңыз

<variant>нефротикалық синдром

<variant>іпкілісті СЖЖ

<variant>бауыр циррозы

<variant>тиреотоксикоз

<variant>лимфедема

<question>Ер адам 43 жаста, автобус жүргізушісі, дәрігерге эпигастрийде ауырлық сезімге, тәбеті төмендеуге, жүрегі айнуға, құсуға, ауамен кекіруге шағымданып қаралды. ФГДС жүргізгенде – асқазанның кілегей қабатының атрофиясы. Уреазды сынама оң мәнді. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>созылмалы атрофиялық гастрит, H.pylori ассоциирленген

<variant>созылмалы аутоиммунды пангастрит, H.pylori ассоциирленбеген

<variant>созылмалы атрофиялық емес гастрит, H.pylori ассоциирленген

<variant>созылмалы рефлюкс-гастрит, C түрі

<variant>созылмалы гипертрофиялық гастрит, H.pylori ассоциирленген

<question>Ұйқы безінің ағынындағы гипертензияны төмендету мақсатында қолданылады

<variant>холинолитиктер

<variant>ферменттер

<variant>H2-гистамин рецепторларының блокаторлары

<variant>холецистокенин

<variant>протон помпасының ингибиторы

<question>32 жастағы науқас әйел жалпы тәжірибелік дәрігерге ішек тітіркену синдромына байланысты диареямен қаралды. Болжамды уақытша еңбекке жарамсыздық мерзімін есептеңіз:

<variant>18-20 күн

<variant>12-14 күн

<variant>18-25 күн

<variant>14-18 күн

<variant>20-30 күн

<question>Бірнеше апта бойы үдемелі іш қатудың себебі болуы мүмкін:

<variant>ішек ісігі

<variant>ішек айналымы

<variant>дәрілердің кері әсерлері

<variant>төсек тәртібі

<variant>бас сүйегі – ми жарақыты

<question>49 жастағы науқас ер адам А. іш қатуға шағымданады. Іш қатуды түзетуге арналған диетаны таңдаңыз

<variant>№3

<variant>№1

<variant>№2

<variant>№4

<variant>№5