

|                                                                                                                     |                                                                                   |                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/><b>MEDISINA</b><br/><b>AKADEMIASY</b><br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/><b>MEDICAL</b><br/><b>ACADEMY</b><br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                                      |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 1 беті</p>                                                                     |

## БАҚЫЛАУ-ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ

Бағдарламаның 1,2 аралық бақылауға арналған сұрақтары

Пәннің атауы: «Ішкі аурулар пропедевтикасы»

Пән коды: ІАР 3226

БББ атауы және коды: 6В10116 «Педиатрия»

Оқу сағаты/кредит көлемі: 150 с / 5 кредит

Оқу курсы мен семестрі: 3 курс / V семестр

Шымкент, 2025 ж.

|                                                                                                           |                                                                                   |                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br><b>MEDISINA</b><br><b>AKADEMIASY</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL</b><br><b>ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br>Бақылау – өлшеуіш құралдары                                    |                                                                                   | 47 / 11 - 2025<br>40 беттің 2 беті                                                                   |

Бақылау өлшеуіш құралдары пәнінің жұмыс оқу жоспарына (сиплабус) сәйкес әзірленген және кафедра отырысында талқыланды.

Хаттама: № 11 « 26 » 06 2025ж.

Кафедра меңгерушісі, м.ғ.д., профессор Бекмурзаева Э.К. Бекмурзаева Э.К.

|                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                          |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 3 беті</p>                                                       |

## Аралық бақылау №1

### 1. Тәжірибелік дағдыларға арналған тапсырма.

- 1) Тыныс алу жүйесінің негізгі клиникалық синдромдарындағы перкуссияның ерекшеліктері. Диагностикалық маңызы.
- 2) Тыныс алу жүйесінің негізгі клиникалық синдромдарындағы пальпацияның ерекшеліктері. Диагностикалық маңызы.
- 3) Тыныс алу жүйесінің негізгі клиникалық синдромдарына аускультациялау ерекшеліктері. Қосымша тыныс алу шуы. Диагностикалық маңызы.
- 4) Өкпедегі қуыстық синдромдарды анықтау ерекшеліктері және аускультациясы. Диагностикалық маңызы.
- 5) Жүрек қан тамыр жүйесінің негізгі клиникалық синдромдарындағы перкуссияның ерекшеліктері. Диагностикалық маңызы.
- 6) Жүрек қан тамыр жүйесінің негізгі клиникалық синдромдарындағы пальпацияның ерекшеліктері. Диагностикалық маңызы.
- 7) Жүрек қан тамыр жүйесінің негізгі клиникалық синдромдарының аускультациясының ерекшеліктері. Қосымша жүрек шуы. Диагностикалық маңызы.
- 8) Коронарлы жеткіліксіздігі синдромы бар науқастарды сұрау және жалпы тексеру.
- 9) Жедел және созылмалы жүрек жеткіліксіздігі синдромы бар науқастарды сұрау және жалпы тексеру.
- 10) Жүрек қақпақшаларының зақымдалу синдромы бар науқастарды сұрау және жалпы тексеру, аускультациясы.
- 11) Қақпақша аппаратының зақымдану синдромы бар науқастарды сұрау, және жалпы тексеру, перкуссиясы.
- 12) Плевра қуысында ауаның жиналу синдромы бар науқастарды сұрау және жалпы тексеру.
- 13) Плевра қуысында сұйықтықтың жиналу синдромы бар науқастарды сұрау және жалпы тексеру.
- 14) Образцов әдісі бойынша іштің терең пальпациясы. Шолпыл шуылын анықтау.
- 15) Артериялық гипертензия синдромы бар науқастарды сұрау және жалпы тексеру, қан қысымын өлшеу.
- 16) ЖКЖ патологиясының жетекші синдромдарындағы аспаптық зерттеу әдістерінің нәтижелерін интерпретациялау ерекшеліктері.
- 17) ЖКЖ патологиясының жетекші синдромдарындағы зертханалық зерттеу әдістерінің нәтижелерін интерпретациялау ерекшеліктері.
- 18) Тыныс алу жүйесінің негізгі клиникалық синдромдарындағы аспаптық зерттеу әдістерінің нәтижелерін интерпретациялау ерекшеліктері.
- 19) Тыныс алу жүйесінің негізгі клиникалық синдромдарындағы зертханалық зерттеу әдістерінің нәтижелерін интерпретациялау ерекшеліктері.
- 20) Өкпенің тығыздалу синдромы бар науқастарды сұрау және жалпы тексеру, пальпациясы.
- 21) Бронх обструктивті синдромы бар науқастарды сұрау және жалпы тексеру.
- 22) Асқорыту жүйесінің жоғарғы және төменгі бөлігінің ауруларымен науқастарға аспаптық зерттеу әдістерінің нәтижелерін интерпретациялау ерекшеліктері.
- 23) Асқазанның төменгі шекарасын анықтау тәсілі және әдісі.
- 24) Асқазан және ішек диспепсиясы синдромы бар науқастарды сұрау және жалпы тексеру.

### 2. Оқу сырқатнамасын толтыру.

Оқу-сырқатнамасы алгоритмнің формасы кафедрада және академияның кітапханалық қорына қосылған.

### 3. Тест тапсырмалары.

|                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                  | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 4 беті</p>                                                       |

<question>Тұрақсыз стенокардияның қолайсыз белгісіне жатады:

- <variant>1 мм-ден аз ST сегментінің депрессиясы
- <variant>ангинальды ұстама 20 минуттан астам уақытқа созылуы
- <variant>ST сегментінің 1 мм-ден астам депрессиясы
- <variant>тұрақсыз гемодинамика (төмен қан қысымы, тұрақсыз импульс)
- <variant>КФК МВ-фракциясының құрамының артуы

<question>Қандағы холестериннің оңтайлы концентрациясы:

- <variant>5 ммоль/л
- <variant> 6 ммоль/л
- <variant> 7 ммоль/л
- <variant>6,5 ммоль/л
- <variant>9-5,5 моль/л

<question>Жүректің ишемиялық ауруындағы ауырсынудың типтік локализациясы:

- <variant> төс сүйегінің артында
- <variant>жүрек ұшы аймағында
- <variant>оң жақ қабырғаасты аймағында
- <variant>кеуденің сол жақ жартысында
- <variant>кеуденің оң жақ жартысында

<question>Нитроглицерин ауырсынуды басады:

- <variant>стенокардия ұстамасы
- <variant>миокард инфарктісі
- <variant>перикардит
- <variant>миокардит
- <variant>кардионевроз

<question>Беттің күлгін гиперемиясы (facies mitralis) мыналарға тән:

- <variant>митральды стеноз
- <variant>үшжармалы қақпақшаның стенозы
- <variant>өкпе артериясының стенозы
- <variant>қолқа тесігінің тарылуы
- <variant>жүрекшеаралық қалқаның ақауы

<question>Кіші қан айналымындағы іркілу белгілеріне жатады:

- <variant> жүрек астмасы, ұстамалар
- <variant>бас ауырсынуы
- <variant> пневмоторакс
- <variant>тіке күйдегі жөтел
- <variant>құсу

<question>Үлкен қан айналымының іркілуіне жататын белгі:

- <variant>асцит
- <variant>перикардит
- <variant>беттің ісінуі
- <variant>пневмоторакс
- <variant>қан түкіру

<question>Аорта стенозындағы систоалық шу ең жақсы өтетін жер:

- <variant> мойын тамырларында
- <variant> Боткин – Эрбада
- <variant> жүрек ұшы түрткісін
- <variant> мойын веналарында
- <variant> қолтық асты аймақта

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 5 беті</p>                                                       |

<question>Өкпе қақпақшасының салыстырмалы жеткіліксіздігіндегі функционалды ... шу болып табылады.

<variant> диастолалық

<variant> систола-диастолалық

<variant> пресистоалық

<variant> протодиастолалық

<variant> систолалық

<question>Жедел коронарлық синдром түсінігіне тән:

<variant>патологиялық Q тісшесі бар миокард инфарктісі

<variant>ST сегментінің ЭКГ-да төмендеуі

<variant>QRS комплексінің ЭКГ-да кеңеюі

<variant>ЭКГ-да теріс Т тісшесінің болуы

<variant>тұрақты стенокардия

<question>Жүректің ишемиялық ауруы келесі белгілермен сипатталады:

<variant>коронарлық қан ағымы мен миокард қажеттілігінің арасындағы арақатынастың бұзылуы

<variant>перикард қалтасының зақымдануы

<variant>миокард гипертрофиясы

<variant>папиллярлы (емізікшелі) бұлшықеттің үзілуі

<variant>эндокардтың зақымдануы

<question>Стенокардия ұстамасына себеп болуы мүмкін:

<variant> суық, психоэмоционалды күйзеліс әсері

<variant> витаминдермен байытылған тағам қабылдау

<variant> өткір иіс

<variant> жіті респираторлық вирустық инфекциялар

<variant> жиі ангина

<question>Стенокардиядағы ауырсынудың сипаты:

<variant>физикалық жүктеме кезінде төс артындағы ауырсыну, нитроглицеринмен ауырсынуды басу

<variant>сол жақта кеуде аймағында терең дем алғандағы ауырсыну

<variant>3-4 сағатқа созылатын төс артындағы ауырсыну

<variant>тамақпен байланысты ауырсыну

<variant>кеудені айналдырған кезде кеуденің сол жақ жартысында ауырсыну

<question>Жүректің ишемиялық ауруы үшін қайтымсыз қауіп факторлары:

<variant>40-50 жас және одан жоғары

<variant>семіздік

<variant>темекі шегу

<variant>әйел жынысы

<variant> артық тамақтану

<question>Миокард инфарктісі кезінде жүрек бұлшықетінде болатын патологиялық процестер:

<variant>ишемия, некроз аймағы

<variant>фибриноидты ісіну

<variant>гиалиноз

<variant>гиперестезия

<variant>мукоидты ісіну

<question>Жыпылықты аритмияның себебі:

<variant>жүректің ишемиялық ауруы, митральды стеноз

<variant>нейроциркуляторлы дистония

<variant>перикардит

<variant>миокардит

|                                                                                                                                |                                                                                   |                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/> <b>MEDISINA</b><br/> <b>AKADEMIASY</b><br/>         «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/> <b>MEDICAL</b><br/> <b>ACADEMY</b><br/>         АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| «Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы                                                                                        |                                                                                   | 47 / 11 - 2025                                                                                                            |
| Бақылау – өлшеуіш құралдары                                                                                                    |                                                                                   | 40 беттің 6 беті                                                                                                          |

<variant>инфекциялық эндокардит

<question> Корвизардың бет-әлпеті ... науқастарға тән.

<variant>жүрек жеткіліксіздігі бар

<variant>бүйрек жеткіліксіздігі бар

<variant>бауыр жеткіліксіздігі бар

<variant>акромегалиямен

<variant> асқазан жеткіліксіздігі бар

<question>Мюссе симптомы тән:

<variant>аорта қақпақшасы жеткіліксіздігіне

<variant>аорта қақпақшасының стенозы

<variant>митральды стеноз

<variant>митральды қақпақшаның жеткіліксіздігі

<variant>өкпе тінінің жеткіліксіздігі

<question>Жедел миокард инфарктісінде некроз аймағында ЭКГ өзгеруі сәйкес келеді:

<variant>терең және кең тісшелі Q

<variant>RS–T сегментінің депрессиясы

<variant>RS–T сегментінің көтерілуі

<variant>терең теріс тісшесі T

<variant>R тісшесінің амплитудасының төмендеуі

<question>Гипертонияның I кезеңіне тән:

<variant>көз торшасы тамырларының өзгеруінің болмауы

<variant>сол жақ қарыншаның гипертрофиясы белгілерінің болуы

<variant>протеинурияның болуы

<variant>креатининнің жоғары деңгейі

<variant>ірі артерияларда атеросклеротикалық бляшкалардың болуы

<question>Жүрек жеткіліксіздігінің тән ЭКГ белгісі болып табылады:

<variant>жүрек гипертрофиясының белгілері

<variant>синустық брадикардия

<variant>жүрек блокадасы

<variant>жүрек гипотрофиясының белгілері

<variant>экстрасистолия

<question>Сол жақ қарыншаның кан мөлшерімен шамадан тыс жүктелуі:

<variant>аорта қақпағы жеткіліксіздігі

<variant>митральды саңылау стенозы

<variant>сопақша саңылаудың болмауы

<variant>аорта тесігінің стенозы

<variant>Фалло триада

<question>Сол жақ қарыншаның систолалық қысыммен шамадан тыс жүктелуі:

<variant>аорта тесігінің стенозы

<variant>аорта қақпақшасының жеткіліксіздігі

<variant>митральды саңылау стенозы

<variant>митральды қақпақшаның жеткіліксіздігі

<variant>Фалло тетрадасы

<question>Науқастарды зерттеудің объективті әдісі:

<variant>тексеру, пальпация, перкуссия, аускультация

<variant>сұрақ, пальпация, перкуссия

<variant>сұрақ, аускультация, перкуссия

<variant>сұрау, тексеру, пальпация

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 7 беті</p>                                                       |

<variant>сұрақ, пальпация, перкуссия

<question>Артериялық гипертензия мен кіндік үстіндегі систолалық шу анықталған кезде диагнозды тексеру үшін науқасқа қажет зерттеу:

<variant> бүйрек артерияларының УДДГ-сы

<variant> бүйрек ультрадыбыстық зерттеуі

<variant>кеуде мүшелерінің шолу R-графикасы

<variant>көз түбі

<variant>экскреторлық урография

<question>Аускультация кезінде науқас оң жақтағы ІІ қабырға аралықта систолалық "мысықтың пырылы" естіледі, ол келесі жағдайларда кездеседі:

<variant>қолқа аузының стенозы

<variant>қолқа қақпақшасының жеткіліксіздігі

<variant>митральды стеноз

<variant>митральды жеткіліксіздік

<variant>қолқа коарктациясы

<question>Митральды стенозбен ауыратын науқастардағы жүрек ұшы түрткісіндегі диастолалық діріл осы себептермен де түсіндіріледі:

<variant>шапалақты І тон

<variant> бөдене ырғағы

<variant>өкпе артериясында 2 тонның акценті

<variant> жүрек ұшы түрткісіндегі диастолалық шу

<variant> бифуркация жоғарғы жағында 2 тон

<question>Жүректің абсолютті шекарасын құрайтын бөлім:

<variant>сол жақ қарынша

<variant>сол жақ жүрекше және қарынша

<variant>оң жақ қарынша

<variant>оң жақ атриум

<variant>оң жақ жүрекше және қарынша

<question>Оң жақтағы жүректің салыстырмалы қалыпты шекарасы орналасады:

<variant>төс сүйегінің оң жақ шетінен сыртқа қарай 1 – 2 см 4 қабырға аралықта

<variant>төс сүйегінің оң жақ шетінен сыртқа қарай 2,5 см 4 қабырға аралықта

<variant>төс сүйегінің оң жақ шетінде

<variant>төс сүйегінің сол жақ шетінде 4 қабырға аралықта

<variant>төс сүйегінің оң жақ шетінен сыртқа қарай 3,5 см 4 қабырға аралықта

<question>Парадоксальды пульс-диагностикалық белгі: тыныс алу кезінде жүрек соғу жиілігінің азаюы. Парадоксальды пульс байқалады:

<variant> миокардитте

<variant>іш сүзегінде

<variant>жүрек жеткіліксіздігінде

<variant>жабысқақ перикардитте

<variant> миокард инфарктісінде

<question>Науқаста жүрек ұшы түрткісінде тон әлсіреген, өкпе артериясындағы 2 тон қолқадағы ІІ тонмен салыстырғанда күшейген. Жүрек ұшы түрткісінде систолалық шу естіледі, қолтық асты аймаққа өткізіледі. Систолалық болып табылады:

<variant> І жүрек үні

<variant>ІІ жүрек үні

<variant>ІІІ жүрек үні

<variant>І У жүрек үні

|                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                  | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 8 беті</p>                                                       |

<variant>11, 111, 1 У жүрек үні

<question>Үш жармалы қақпақшаның аускультация орны:

<variant>оң жақтағы семсер тәрізді өсіндінің негізінде

<variant>жүрек ұшы түрткісінде

<variant> төс сүйегінің ортасында 3 қабырға деңгейінде

<variant> төс сүйегінің шетіндегі оң жақтағы 2-ші қабырға аралықта

<variant> төс сүйегінің шетіндегі сол жақтағы 2-ші қабырға аралықта

<question>Боткин – Эрба нүктесінің орналасуы:

<variant>төс сүйегінің шетіндегі сол жақтағы 3 және 4 қабырға арасында

<variant>төс сүйегінің оң жақ шетіндегі 2-ші қабырға аралықта

<variant>төс сүйегінің сол жақ шетіндегі 2-ші қабырға аралықта

<variant> қылыш тәрізді процестің негізінде

<variant> жүректің жоғарғы жағында

<question>"Бөдене" ырғағы анықталады:

<variant>митральды стенозда

<variant>қолқа стенозында

<variant>қолқа жеткіліксіздігінде

<variant> үшжармалы қақпақша жеткіліксіздікте

<variant>митральды жеткіліксіздікте

<question>Жүрек ұшы түрткісінде 2 тонның екіеселенуі негізделеді...

<variant>митральды қақпақша стенозында митральды қақпақшаның ашылу тонының күшеюімен

<variant> 3 тонның күшеюімен

<variant>ГИС шоғырының бір аяғының блокадасымен

<variant>жүректің оң және сол жақ жартысының қызметін десинхрондалуымен

<variant>қарыншаішілік өткізгіштігінің бұзылуымен

<question>Бірінші стандартты ЭКГ тіркеме- электродтарды қолдану арқылы жүзеге асырылады:

<variant> екі білек

<variant>сол қолыңызбен және сол аяғыңызбен

<variant>оң қолмен және сол аяқпен

<variant>сол қолыңызбен және оң аяғыңызбен

<variant>оң қолмен және оң аяқпен

<question>Жүрекшелердің деполяризациясын көрсетеді:

<variant> Р тісшесі

<variant>төмендеген Р тісшесі

<variant>QRS кешені

<variant> Р тісшесі көтерілген бөлігі

<variant>Т тісшесі

<question> Митральды стеноз әрқашан нәтижесі болып табылады...

<variant> ревматизм

<variant>атеросклероз

<variant>жүйелі қызыл жегі

<variant> туа біткен даму аномалиясы

<variant>бактериялды эндокардит

<question> Бронх обструкциясының дәрежесін көрсететін сезімтал көрсеткіш:

<variant> ФДШК1 және ӨФӨС төмендеуі

<variant> ӨӨС төмендеді

<variant> ӨФӨС төмендеуі

<variant> ӨӨС және ФДШК1 төмендеді

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 9 беті</p>                                                       |

<variant> қалдық өкпе сыйымдылығының төмендеуі

<question>Инсультке күдікті науқасты қантамырлық орталыққа госпитализациялаудың оңтайлы уақыты аурудың симптомдары басталғаннан кейін ... сағат ішінде болып саналады.

<variant>3-6

<variant>12-18

<variant>6-9

<variant>9-12

<variant>4-6

<question> Ишемиялық инсульттің жедел кезеңінде жүргізу жоспарланады

<variant>жұтыну сынағы

<variant>алты минуттық жүру сынағы

<variant>когнитивті бұзылыстың болуына тест

<variant> тредмил - тест

<variant>лидокаинді электрофорез

<question>23 жастағы әйел дәрігердің қабылдауында бас айналу мен естен тану мен бірге жүректің қысқа мерзімді соғуына шағымданады. Амиодаронды ұзақ уақыт қабылдайды. ЭКГ-да QT аралығының ұзаруы анықталды. Дәл диагноз қою үшін ақпаратты әдісі:

<variant>Холтер бойынша тәуліктік ЭКГ мониторингі

<variant>Өнеш арқылы электростимуляция

<variant>коронарография

<variant>радионуклидті вентрикулография

<variant>оң жақ жүрек катетеризациясы

<question>25 жастағы ер адам дәрігердің қабылдауында қысқа мерзімді бас айналу, жүрек соғысы эпизодтарына шағымданады, екі рет есінен танып қалды. 10 жылдан астам уақыт бойы жүректің ишемиялық ауруы диагнозымен "Д" есебінде тұрады. Клиникалық диагноз қою үшін зерттеудің ақпаратты әдісі болып табылады:

<variant>тәуліктік ЭКГ мониторингі

<variant>ЭКГ

<variant>ЭхоКГ

<variant>ФКГ

<variant>стресс Эхо-КГ

<question>45 жастағы ер адам, учаскелік дәрігердің қабылдауында бас айналуға, физикалық жүктеме кезінде естен тануға немесе дене қалпының тез өзгеруіне, әдеттегі стенокардия ұстамаларына, тез шаршауға шағымданады. Жүрек аускультациясы кезінде жүрек тондары үнсіз, оң жақтағы 2-ші қабырғааралықта каротид артерияларына тарайтын өрескел систолалық шу. АҚҚ 120/80 мм. сын.бағ.ЭКГ-да: гис шоғырының сол аяғының толық блокадасы. ЭХО-КГ бойынша: сол қарынша қабырғаларының концентрлі гипертрофиясы, қолқа қақпақшасының қақпақшаларының қалыңдауы. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>қолқа қақпақшасының стенозы

<variant>екіжармалы қақпақшаның жеткіліксіздігі

<variant>оң жақ атриовентрикулярлық саңылаудың стенозы

<variant>қолқа және екіжармалы қақпақшалардың жеткіліксіздігі

<variant>үшжармалы қақпақшаның папиллярлық бұлшықеттерінің зақымдануы.

<question> 55 жастағы ер адам дәрігерге енгігу, жүрек соғысы, жалпы әлсіздік, естен тану шағымдарымен жүгінді. ЭХО-КГ-да: миокард гипертрофиясы және оң қарыншаның шығу жолының стенозы, қарыншааралық перденің суборталық ақауы, оң қарыншадан қолқаның шығуы анықталды. Сіздің болжам диагнозыңызды таңдаңыз:

<variant>Фалло тетрадасы

|                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                  | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 10 беті</p>                                                      |

<variant>екіжармалы қақпақшаның пролапсы

<variant>өкпе артериясының ақауы

<variant>өкпе артериясының стенозы

<variant>қолқа коарктациясы

<question>22 жастағы ер адам кенеттен жүрек соғуын, жүрек ауруын, тұншығуды сезді. Тексеру кезінде: келесі белгілер анықталды: жүрек ұшы тұрткісінде I тон күшейген, II тон өкпе артерияларында күшейген. Жүрек ырғағы- ырғақсыз, тахикардия. Жүрек соғу жиілігінің жетіспеушілігі 6-8 рет минутына. АҚҚ 110/70 мм.сын.бағ. Екіжармалы қақпақшаның ашылуы анықталады. Сіздің болжам диагнозыңызды көрсетіңіз:

<variant>сол жақ атрио-вентрикулярлық саңылаудың стенозы

<variant>қолқа жеткіліксіздігінің митрализациясы

<variant>үшжармалы қақпақшаның жеткіліксіздігі

<variant>екіжармалы қақпақшаның жеткіліксіздігі

<variant>қолқа аузының стенозы

<question>Қабылдау бөліміне 44 жастағы ер адам келді, ол таңертеңгі жүгіру кезінде есінен танып қалды. Бұрын наукаста ұқсас естен тану болған. ЭКГ-да: I, AVL, V2-V6 тіркемелерінде Т тісшесінің терең инверсиясы. Анамнезінде кеуде ауыруы мен елтігу белгілері жоқ. Диагнозды растау үшін зерттеу өткізген дұрыс:

<variant>доплерлік эхокардиография

<variant>Холтер мониторингі

<variant>стресс-эхокардиография

<variant>коронарография

<variant>велозергометрия

<question>Реанимация бөліміне 47 жастағы ер адам клиникалық өлім жағдайында жеткізілді.

Жаттығуда есінен танып, жүрек тоқтап қалды. Аутопсияда мыналар анықталды: қарыншалықаралық перденің жоғарғы үштен бір бөлігінің гипертрофиясы бар кардиомегалия және сол жақ қарынша шығу жолының айқын қысылуымен сол жақ қарыншаның бос қабырғасы бар. Өлімге әкелетін себеп болып табылады:

<variant>қарыншалық фибрилляция

<variant>пароксизмальды суправентрикулярлық тахикардия

<variant>толық атриовентрикулярлық блокада

<variant>синус түйінінің әлсіздік синдромы

<variant>жүрекше фибрилляциясы

<question>36 жастағы науқас дәрігердің қабылдауында аздап физикалық күш салумен елтіуге, кейде тұншығу ұстамаларына, оң жақ қабырға астындағы ауырлыққа, ісінуге шағымданады. ЭхоКГ-да қарыншааралық перденің ақауы және оң қарыншаның шығару жолының тарылуы анықталды.

Рентгенологиялық: өкпе магистралі аймағындағы жүректің көлеңкесі ағаш аяқ киім түрінде. Аурудың асқынуын көрсетіңіз:

<variant>оң жақ қарыншалық жеткіліксіздік

<variant>ми тамырларының тромбозы

<variant>инфекциялық эндокардит

<variant>мезентериялық тамырлардың тромбозы

<variant>сол жақ қарыншалық жеткіліксіздік

<question> 57 жастағы ер адам дәрігерге тыныштықта елтігу, жүрек аймағындағы ауырсыну, жүрек соғысы шағымдарымен жүгінді. Жүректің шекаралары солға қарай ұлғайған. Сол жақтағы II қабырғааралықта өрескел систолалық шу тыңдалады, сол жақ жауырын асты аймаққа және ұйқы артерияларына өткізіледі; өкпе артериясының үстіндегі II тон әлсіреді. ЭКГ ырғақ синусты, жүректің электр осі солға ығысқан, оң қарыншаның гипертрофиясы. Сіздің болжам диагнозыңыз:

|                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                  | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 11 беті</p>                                                      |

<variant>өкпе артериясының стенозы

<variant>екіжармалы қақпақшаның стенозы

<variant>қолқа коарктациясы

<variant>ашық артериялды канал

<variant>жүрекшеаралық перденің ақауы

<question>46 жастағы әйел дәрігерге еңтігу, жөтел, жүрек соғысы, жүрек ырғағының бұзылуы шағымдарымен жүгінді. Бала кезінен ревматизммен ауырады. Тексеру кезінде акроцианоз, беті қызарған. Систолалық шу тыңдалады, шапалақты І тон және ІІ тоннан кейін – екіжармалы қақпақшаны ашудың қосымша тоны. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> екіжармалы қақпақшаның стенозы

<variant> қолқа аузының стенозы

<variant> екіжармалы қақпақшаның жеткіліксіздігі

<variant> үшжармалы қақпақшаның жеткіліксіздігі

<variant> үшжармалы қақпақшаның стенозы

<question>35 жастағы ер адам . Тексеру кезінде: тері және көрінетін шырышты қабаттары кәдімгі түсті . АҚҚ 100/70 мм.сын.бағ. Өкпе артериясының үстінде систолалық-диастолалық шу, 2-ші тон екпіні тыңдалады. ЭКГ-да-жүректің сол жақ бөліктерінің шамадан тыс жүктелу белгілері. Рентгенскопия кезінде өкпе суретінің күшеюі, жүректің көлеңкесі қалыпты формада болады. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>жүрекшеаралық перденің ақауы

<variant>Фалло тетрадасы

<variant>өкпе артериясының стенозы

<variant>қолқа коарктациясы

<variant>ашық артериалды канал

<question> науқас 65 жаста, дәрігердің қабылдауында физикалық жүктемемен анық байланысы жоқ жүрек аймағындағы қысу ауруына шағымданады, бірақ нитроглицерин қабылдағаннан кейін басылады. Ол сондай-ақ төменгі аяғындағы варикозды тамырлардан зардап шегеді. Қан қысымының 160/90 мм сын.бағ. дейін жоғарылауын байқайды. 12 стандартты жетекші ЭКГ-да ерекше өзгерістер жоқ. Ықтимал диагностикалық сынақты таңдаңыз:

<variant>тәуліктік мониторинг

<variant>велоэргометрия

<variant>обзиданмен сынақ

<variant>коронароангиография

<variant>қандағы ферменттер деңгейін анықтау

<question> Жедел жәрдемге 44 жастағы ер адам ауыр екі жақты пневмониямен түсті. Жедел жәрдем жоғарылаған дене температурасының күрт төмендеуін, ауыр әлсіздіктің кенеттен дамуын, естен тануды, бас айналуын, құлақ маңындағы шуды, жүрек айнуын, құсуды атап өтті. Объективті: науқас бозарған, ауыр акроцианоз, суық жабысқақ тер, тахикардия, пульсі жіп тәрізді, жүрек тондары тұйықталған, АҚҚ төмен. Науқастың жағдайының күрт нашарлауының себебі мыналардың дамуы болып табылады:

<variant>жұқпалы-уытты шок

<variant>сепсис

<variant>кардиогенді шок

<variant>өкпе артериясының тромбозмболиясы

<variant>жедел респираторлық дистресс-синдромы

<question> Ер адам 33 жаста, дәрігердің қабылдауында төс сүйегінің артында және омыртқа бойында өткір көшпелі, толқын тәрізді ауырсынуларға шағымданады. Қолдар мен аяқтардағы пульстің

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 12 беті</p>                                                      |

асимметриясы, қолқа үстінде систолалық шу, гипотония анықталды. Диагнозды тексеруге мүмкіндік беретін зерттеу әдісі:

<variant>аортография

<variant>эхокардиография

<variant>ЭКГ

<variant>вентрикулография

<variant>коронарография

<question>Ревматикалық жүрек ауруымен ауыратын 35 жастағы әйел дәрігердің қабылдауында еңгіуге, жүрек соғуына, аяқтың ісінуіне шағымданады. Тексеру кезінде өкпенің тоқырау өзгерістері, гепатомегалия және ісіну анықталды. Науқастың сол жақ қарыншасының қызметін бағалау үшін....

<variant>эхокардиография

<variant>велоэргометрия

<variant>электрокардиография

<variant>коронарангиография

<variant>Холтер ЭКГ мониторингі

<question>21 жастағы ер адамда физикалық тексеру кезінде мыналар анықталды: еңтігу, тұншығу ұстамалары, физикалық жүктемелерге төзімділіктің төмендеуі, инфантилизм, физикалық дамудың кешігуі, жүректегі систолалық шу тән:

<variant>туа біткен жүрек ақаулары

<variant>өкпе эмфиземасы

<variant>бронх демікпесі

<variant>жүре пайда болған жүрек ақаулары

<variant>бронх-өкпе жүйесінің туа біткен ауытқулары

<question>16 жастағы қыз дәрігердің қабылдауында бір баспалдаққа көтерілу кезінде төс сүйегінің артындағы ауырсынуға, жүрек аймағындағы үзілістерге, бас айналуына шағымданады. Объективті: өкпенің аускультациясы кезінде ылғалды сырылдар. ЖСЖ - минутына 100 рет. АҚҚ - 110/80 мм. сын. бағ. Созылмалы қан айналымы жеткіліксіздігінің болуын көрсететін белгілерге мыналар жатады:

<variant> ылғалды сырылдар

<variant> қан қысымының жоғарылауы

<variant> бас айналуы

<variant> жүрек аймағындағы үзілістер

<variant> төс сүйегінің артындағы қысып ауырсыну

<question> Науқас 22 жаста, дәрігердің қабылдауында фарингиттің жиі өршуін байқайды, жүрек соғуына, еңтіуге және буындардағы ауырсынуға шағымданады. Тексеру кезінде: жүрек тондары үнсіз, жүрек ұшы түрткісінде систолалық шу естіледі. Зерттеу жүргізу керек:

<variant> эхокардиография

<variant> фонокардиография

<variant> электрокардиография

<variant> буын рентгенографиясы

<variant> жүрек тамырларының ангиографиясы

<question> 25 жастағы ер адам отбасылық дәрігерге кеуде қуысының қатты ауырсынуына шағымданған. Дәрігер қараған кезде жүрек пен өкпенің көрінетін өзгерістері табылған жоқ. Қан қысымы 120/85 мм.сын.бағ., ЖСЖ - минутына 88 рет. Дәрігер науқасты тыныштандырып, үйге жіберді, үйде жатып, ертең келуге кеңес берді. Дәрігердің тактикасы дұрыс па:

<variant> жоқ, шұғыл ЭКГ зерттеуін тағайындау қажет

<variant> иә, пайда болған ауырсыну науқастың жағдайына қауіп төндірмейді

<variant> иә, егер қандай да бір асқынулар туындаса, келесі күні де көмек көрсетуге болады

<variant> жоқ, анальгетиктермен емдеуді тағайындау қажет

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 13 беті</p>                                                      |

<variant> жок, науқасты жоспарлы емдеуге жіберу керек

<question> Әйел 25 жаста, дәрігердің қабылдауында кеуде қуысының сол жақ жартысында өткір, пышақ сұққан тәрізді, қысып ауырсынуға шағымданады. Тыныс алу, бастың, қолдың қозғалысы, кеуде қабырғасын пальпациялау кезінде ауырсыну күшейеді. Ауырсыну жұмыстағы қиындықтардан кейін 2 сағат бұрын пайда болды. Сіздің тактикаңыз:

<variant> электрокардиограмма түсіру

<variant> емдеуді тағайындау

<variant> невропатологқа жіберу

<variant> ауруханаға жатқызу

<variant> рентгенге жіберу.

<question> 15 жастағы қыз дәрігердің қабылдауында кеудегі ауырсынуға шағымданады. Екіжармалы қақпақшаның пролапсымен байланысты кеудегі ауырсынды диагностикалаудың негізгі әдісі:

<variant> эхокардиография

<variant> электрокардиография

<variant> коронарография

<variant> рентгенография

<variant> томография.

<question> 45 жастағы ер адам дәрігерге кішігірім физикалық белсенділіктен кейін ентігу, кейде түнде тұншығу ұстамалары және қан түкіру, сол қолға таралатын төс сүйегінің артындағы ұстамалы қарқынды ауырсыну, дене қалпын өзгерткеннен кейін (науқас аяғын төмен түсіріп отырады) және нитроглицерин қабылдағаннан кейін азаяды. Жаяу жүру, физикалық жүктеме кезінде мәжбүрлі қатып қалу ... ұстамасына тән:

<variant> стенокардия

<variant> жүрек демікпесі

<variant> өт шаншуы

<variant> бронх демікпесі

<variant> бүйрек шаншуы

<question> 45 жастағы ер адамда мәжбүрлі қалып бар - ол сәл артқа сүйеніп, қолымен төсекке тіреледі, аяғы төмен. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> жүрек демікпесі

<variant> бронх демікпесі

<variant> перикардит

<variant> бүйрек шаншуы

<variant> стенокардия

<question> Стационарға жүрек-қантамыр жүйесі ауруы бар 25 жастағы ер адам түсті. Ол физикалық жүктемеден кейінгі ентігуге шағымданады. Тексеру кезінде цианоз байқалады. Аралас цианоз (көк жүрек ауруы) тән :

<variant> туа біткен жүрек ақаулары

<variant> екіжармалы жүрек ақаулары

<variant> қолқалық жүрек ақаулары

<variant> жүректің ишемиялық ауруы

<variant> қолқа аневризмасы

<question> 24 жастағы ер адамның қолқа қақпақшасының жеткіліксіздігімен мойнын тексере отырып, дәрігер мойынның екі жағындағы жұптасқан артериялардың дірілдегенін бірден байқады - бұл каротид биі. Каротид биі негізделген:

<variant> жоғары пульстік қысымға байланысты ұйқы артерияларының пульсациясының күшеюі

<variant> систола кезінде мойын тамырларының төмендеуі

<variant> систола кезінде мойын тамырларының ісінуі

|                                                                                                         |                                                                                  |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                          |                                                                                  | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 14 беті</p>                                                      |

<variant> көлденең қалыпта мойын веналарының ісінуі

<variant> тыныс алу кезінде мойын тамырларының ісінуі

<question>Стационарға ер адам ендігу, тұншығу, тез шаршау шағымдарымен түсті. Эпигастрий аймағында айқын пульсациясы негізделмеген:

<variant> қолқа қақпақшасы жеткіліксіздігімен

<variant> бауыр пульсациясымен

<variant> құрсақтық қолқа пульсациясымен

<variant> оң жақ қарыншаның гипертрофиясымен

<variant> сол жақ қарыншаның гипертрофиясымен

<question> Наукас 19 жаста, Келгендегі шағымдары: көп мөлшердегі иісті шырышпен ірің аралас қақырық, қан қақыруға, дене температурасының 38С дейін көтерілуіне, шаршағыштыққа, ендігуе. Анамнезінде бала кезінен бастап қақырық аралас жөтел бар. Соңғы 5 жылда өршуі жиілей бастады.

Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>Бронхоэктаз ауруы

<variant>ӨСОА

<variant>Бронх демікпесі

<variant>Созылмалы бронхит

<variant>Өкпе поликистозы

<question> Абсцесспен ауырған наукаста қатты жөтелден соң оң жақ кеуде тұсында кенеттен пайда болған ауру сезімімен ендігу пайда болды. Қарап тексергенде: оң жақ кеуде қуысы тыныс алу әктісіне қатыспайды, қабырға аралықтары кеңейген. Перкуторлы- тимпанитті дыбыс. Наукаста дамыған асқыну:

<variant>Пневмоторакс

<variant>Өкпе ателектазы

<variant>Өкпе инфаркті

<variant>Өкпе эмфиземасы

<variant>Эксудатты плеврит

<question> Наукас М. 45 жаста, қиын бөлінетін қақырықты жөтелге, физикалық жүктеме кезіндегі ендігуе шағымданады. 15 жылдан бері бронхөкпелік патологиямен зардап шегеді. Объективті: саусақтары «барабан таяқшалары» тәрізді, кеуде қуысы бөшке тәрізді, тынысы қатаң, дем шығаруы ұзарған, өкпенің барлық бөлігінде құрғақ ызылды сырылдар естіледі. Ықтимал диагноз:

<variant>Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы

<variant>Созылмалы іріңді бронхит

<variant>Бронхоэктаздық ауру

<variant>Ошақты пневмония

<variant>Өкпе эмфиземасы

<question> Бөлімшеге К. есімді наукас келіп түсті, 2014 жылғы. Шағымдары: тыныштық кездегі ендігу, физикалық жүктеме кезінде ендігудің күшеюі, дене температурасының 37,9С көтерілуі, жөтел кезінде аздаған тат басқан түстің қақырықтың бөлінуі, оң жақ кеуде қуысының ауырсынуы тыныс алумен байланысты. Қарау кезінде- диффузды цианоз, ернінде герпетикалық бөртпелер. Оң жақ кеуде сарайы тыныс алу әктісінен қалыңқы. ТАЖ 36 рет минутына. Диспноэ дамуының себебі .

<variant>тыныс алу көлемінің азаюы (бөліктік қабынудан болған тығыздылу)

<variant>эмфизема салдарынан туындаған өкпенің эластикалық қасиетінің төмендеуі

<variant>майда бронхтардың спазмы

<variant>жұтқыншақтың механикалық кедергісі

<variant>кенірдектің зақымдалуы

|                                                                                                          |                                                                                   |                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«O'ntustik Qazaqstan medicina akademiasy» AQ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ishki auurlar propedeutikasy» kafedrası<br/>Baқылау – oлшеуіш құралдары</p>                          |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 15 беті</p>                                                      |

<question> У. есімді 23-жастағы науқас клиникаға түсті. Қарау барысында кеуде торының сол жағы үлкейген, дем алу әлсізінен қалып тұрады. Қабырғарааралықтар тегіс және кішкене ісіну көрінеді. Науқаста . . . синдромы белгілері байқалады.

<variant>плевральды кеңістікте сұйықтак немесе ауа жиналу

<variant>обтурациялық ателектаз

<variant>өкпе тінінің тығыздалуы

<variant>өкпе эмфиземасы

<variant>өкпенің қабынуы

<question> Науқаста тексеру кезінде: оң жақ кеуде торының дем алуының бұзылысы. Кеуде торының пальпациясы: оң жақта дыбыстық діріл әлсіреген. Өкпе перкуссиясы: оң жақта абсолютты тұйық дыбыс. Аускультация: демінің әлсіздігі және оң жақты бронхофония. Тыныс алуда бөгде шу жоқ. Науқаста . . . синдром белгілері байқалды.

<variant>гидроторакс

<variant>жабық пневмоторакс

<variant>өкпенің ошақты қабыну тығыздануы

<variant>компрессивті ателетаз

<variant>өкпе эмфиземасы

<question> Науқаста тексеру кезінде: сол жақ кеуде торының дем алуының кішкене кемістігі. Кеуде торының пальпациясы: сол жақта дыбыстық діріл әлсіреген. Өкпе перкуссиясы: сол жақтағы перкуторлық дыбыстың тұйықталуы. Аускультация: везикулалық әлсіз дем алу, сол жақты плевраның үйкелу шуы. Науқаста . . . синдром белгілері байқалды.

<variant>плевра жапырақшаларының қалыңдауы

<variant>жабық пневмоторакс

<variant>өкпенің ошақты қабыну тығыздануы

<variant>гидроторакс

<variant>өкпе эмфиземасы

<question> Науқаста тексеру кезінде: бөшке тәрізді пішінді кеуде қуысы. Эпигастральды бұрышы 90° жоғары, қабырғалардың көлденең орналасуы. Бұғанаүсті және бұғанаасты шұңқыр тегістелген. Кеуде қуысын пальпациялау: дыбыстық дірілдеу екі жағынан бірдей кішкене әлсіреген. Өкпе перкуссиясы: қорапты перкуторлы дыбыс. Өкпенің төменгі шекарасы түскен, жоғарғы жағы көтерілген. Аускультация: екі өкпенің үстінде де бірдей әлсіреген везикулярлы тыныс алу, жанама тыныс алу шуылдары жоқ. Науқаста . . . синдром белгілері байқалды.

<variant>өкпе эмфиземасы

<variant>жабық пневмоторакс

<variant>бронхпен байланысты өкпе қуысы

<variant>өкпенің үлестік қабыну тығыздалуы

<variant>гидроторакс

<question> Науқаста тексеру кезінде: тыныс алу қозғалыстары симметриялы. Кеуде қуысын пальпациялау: дауыс дірілі өзгермеген. Перкуссия: ашық өкпелік перкуторлы дыбыс. Аускультация: қиын тыныс алу, оң және сол жақта құрғақ сырылдардың көп мөлшерде тыңдалады. Науқаста . . . синдром белгілері байқалды.

<variant>бронхтардың тұтқыр экссудатпен тарылуы

<variant>жабық пневмоторакс

<variant>компрессионды ателектаз

<variant> қабынудың ошақты тығыздалуы

<variant>гидроторакс

<question> Науқаста тексеру кезінде: тыныс алу кезінде кеуде қуысының оң жартысының ақауы. Кеуде қуысын пальпациялау: оң жақта дауыс дірілінің күшеюі. Өкпе перкуссиясы: оң жақта

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 16 беті</p>                                                      |

перкуторлы дыбыстың күшеюі. Аускультация: бронхиалды тыныс, бронхофонияның күшеюі, оң жақтағы плевраның үйкеліс шуы. Науқаста . . . синдром белгілері байқалды.

<variant>бөлікті қабынулық тығыздалу

<variant>бронхтардың тұтқыр экссудатпен тарылуы

<variant>бронхпен байланысқан өкпе қуысы

<variant>плевра жапырақшаларының қалыңдауы

<variant>гидроторакс

<question> Науқаста тексеру кезінде: сол жақ кеуде қуысының тыныс алу актісінен қалып қоюы, кеуде қуысы сол жақ бөлігінің төмендеуі. Кеуде қуысының пальпациясы: сол жақта дауыс дірілінің әлсіреуі.

Өкпе перкуссиясы: сол жақта перкуторлы дыбыстың тұйықталуы. Аускультацияда: сол жақта дыбыстың және бронхофонияның әлсіреуі, қосымша тыныс шулары жоқ. Науқаста . . . синдром белгілері байқалды.

<variant>обтурациялық ателектаз

<variant>бөлікті қабынулық тығыздалу

<variant>гидроторакс

<variant>жабық пневмоторакс

<variant>өкпе эмфиземасы

<question> Науқаста тексеру кезінде: кеуденің сол жақ бөлігінің тыныс алу актісінен қалыңқылығы.

Кеуде қуысының пальпациясында: дауыс тембрінің сол жақта әлсіреуі. Өкпе перкуссиясында: сол жақта тимпаникалық перкуторлы дыбыс. Науқаста . . . синдром белгілері байқалды.

<variant>жабық пневмоторакс

<variant>гидроторакс

<variant>бронхпен байланысқан өкпе қуысы

<variant>бөлікті қабынулық тығыздалу

<variant>өкпе эмфиземасы

<question> Кондиционермен жабдықталған үлкен қонақ үйдің қызметкерінің температурасы жылдам 40° С-қа дейін көтерілді, суық тер, қақырықты жөтел, қан аралас қақырық, демалғанда кеуде торы тұсындағы ауырсыну, миалгия, жүрек айну, іш өту байқалды. Рентгенография кезінде екі өкпеде де инфильтративті өзгерістер көрінді. Бірнеше күн бұрын қызметкер пневмониямен ауруханаға жеткізілген. Пневмонияның себебі . . . болуы мүмкін

<variant> легионелла

<variant> клебсиелла

<variant> пневмония микоплазмасы

<variant> Пфейффер таяқшасы

<variant> алтын түсті стафилококк

<question> Жедел жәрдем арқылы 64 жасар науқас ауыр екі жақты пневмониямен шағымданды. Дене температурасының күрт төмендеуі, бірден әлсіздіктің дамуы, талып қалу, бас айналу, құлақта шудың естілуі, жүрек айнуы, локусу. Науқас түрінің бозаруы, акроцианоздың көрінуі, суық тер шығуы, тахикардия, жіп тәрізді пульс, жүрек тонының естілмеуі, АҚ төмендеуі. Жағдайының бірден ауырлауының себебі:

<variant> токсико- инфекциялық шок

<variant>сепсис

<variant>кардиогенді шок

<variant>өкпе артериясындағы тромбоэмболия

<variant>жедел респираторлы дистресс- синдромы

<question> Бөлімшеге Н. есімді 36 жастағы жұмысшы науқас түсті. Науқас жөтелмен бірге ірінді жағымсыз иісі бар қақырықтың бөлінуіне шағымдалды(250-300мл тәулігі). Науқас оң бетке жатқанда

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 17 беті</p>                                                      |

жөтел күшейеді. Науқасты қарау барысында «барабанды таяқшалар» және «сағат» тәріздес тырнақтар симптомдары анықталады. Тыныс алу жүйесінде патологиялық процесстердің негізгі орналасу орны:

<variant>өкпеде немесе бронхтарда ірінді қабыну процесстері (абцесс)

<variant>плевраның зақымдалуы

<variant>бронхтарда созылмалы қабыну процессі

<variant>альвеолалардың қабынуы

<variant>кеңірдектің зақымдалуы

<question> Бөлімшеге О. есімді 32 жастағы монтажник науқас түсті. Науқас кеуде торының оң жақ бетінде орналасқан, терең демалу кезіндегі ауырсынуларға шағым жасады. Дене температурсы 37,9°C. Науқас оң жағымен жатыр. Кеуде торының оң жағы дем алу актісінен қалада. Науқаста патологиялық процесс - . . . пайда болды.

<variant>плевраның зақымдалуы

<variant>бронхтардың созылмалы қабыну процессі

<variant>бронхоэктаз және өкпе абцесі

<variant>альвеолалардың қабыну процессі

<variant>кеңірдектің зақымдалуы

<question> Жасөспірім 15 жаста, дәрігерге келесі шағымдармен қаралды: жөтел 200 мл шырышты ірінді қақырықпен бірге, қан қақыру, дене температурасының 38,2 С дейін жоғарылауы, мазасыздық, енгіту. Балалық шағында жиі жөтел мазалаған. Соңғы 5 жыл ішінде – әр жыл сайын өршу байқалады. Алдымен науқаста жоққа шығару керек:

<variant> туберкулез

<variant> өкпенің созылмалы абсцесі

<variant> пневмония

<variant> өкпе поликистозы

<variant> бронхоэктазиялық ауру

<question> Бронхоэктазиялық аурумен сырқаттанатын науқаста күшті жөтелден соң кеуде сарайының оң жағында ауырсыну және енгіту пайда болды. Жалпы қарауда: кеуденің оң жақ бөлігі тыныс алу актісінен қалыңқы және қабырға аралықтың ісінуі; перкуторлы - тимпанит. Науқаста асқыну . . . пайда болды.

<variant> пневмоторакс

<variant> өкпе ателектазы

<variant> өкпе инфаркты

<variant> өкпе эмфиземасы

<variant> экссудатты плеврит

<question> Науқас Ф, 20 жаста, ауруханаға жөтел мен демікпеге шағымданып келді. Перкуторлы дыбыс тыныш, таза . . .

<variant> дыбыс толқындарының аз амплитудасында

<variant> кеуде қуысының айқын қалындауы кезінде

<variant> мүшелерде қабыну болған жағдайда

<variant> құрамында ауа бар ағзаларды перкуссия кезінде

<variant> тығыз органдардың перкуссиясы кезінде

<question> Науқаста біртіндеп өсе отырып, тыныс алудың тоқтау кезеңдерімен алмасатын тыныс алу тереңдігінің азаюымен сирек тыныс алу түрі бойынша тыныс алу . . . аталады.

<variant> Чейн-Сток

<variant> Куссмауль

<variant> Грокко

<variant> Биотта

<variant> аралас

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 18 беті</p>                                                      |

<question> Ауруханаға тыныс алуы бұзылған науқас түсті. Науқаста жарты минутқа дейін бірқалыпты тыныс алу түрі бойынша тыныс алу . . . аталады.

<variant> Биотт

<variant> Куссмауль

<variant> Чейн-Стокс

<variant> Грокко

<variant> аралас

<question> 23 жастағы науқаста тұншығу, дауыстың өзгеруі, жұтыну кезіндегі ауырсыну, құрғақ жөтел шағымданып клиникаға түсті. 2 жыл бұрын ауырған. Дене температурасы 38,7 с. Аңқасы гиперемияланған, тіндері ісінген, бадамша бездер және жұмсақ таңдай сұр жабынмен жабылған. Тыныс алу 1 минутта 10 рет. Тыныс алу кезінде ысқырық дыбыс естіледі. Тыныс алуы созылыңқы, бұғана үсті және асты ойықтарында жұмсақ тіндерінде, сондай-ақ қабырға аралық кеңістіктің тарылуы байқалады. Өкпеде перкуссия және аускультация кезінде-өзгерістер байқалған жоқ. Егер бір минут ішінде тыныс алу жиілігі 10-14 болса, онда бұл:

<variant> брадипноэ

<variant> тахипноэ

<variant> апноэ

<variant> диспноэ

<variant> қалыпты

<question> Медициналық пункт дәрігері науқас үйіне келді. Дене қызуының 38,2 градусқа дейін көтерілуі, қатты жөтел, жиі тыныс алу, түшкіру, мұрыннан шырышты бөлінулер байқалады. Бір минутта 36 тыныс алу жиілігі . . . деп аталады.

<variant> тахипноэ

<variant> диспноэ

<variant> апноэ

<variant> брадипноэ

<variant> қалыпты

<question> Ауыр халде түскен науқаста қысқа мерзімді тыныс алу тоқтауы орын алды. Белгілі бір кезеңге тыныс алу тоқтатуы аталады:

<variant> апноэ

<variant> қалыпты

<variant> диспноэ

<variant> тахипноэ

<variant> брадипноэ

<question> Науқас В., 35 жаста қабылдау бөліміне келді. Аздаған қозғалыста айқын ентігу, сирек құрғақ жөтел мазалайды. Объективті: кеуде қуысының сол жағы тыныс алу актісінде артта қалады, қабырға аралық тегістелген. IV қабырғаның сол жағында барлық топографиялық желілер бойынша дауыстық дірілдеу жүргізілмейді. Осы учаскеде перкуссияда абсолютті тұйық дыбыс бар. Траубаның кеңістігінің үстінде дыбыссыз-тимпаниальдық. Дауыстық дірілдеу . . . байланысты.

<variant> плевральды қуыс күйінен, өкпе тінінің тығыздығынан, бронхиалды ағаштың өткізгіштігінен, кеуде қабырғасының қалыңдығынан

<variant> өкпе тінінің тығыздығы, дауыс биіктігінен

<variant> бронхиалды ағаштың өтімділігінен, дауыс биіктігінен

<variant> кеуде қабырғасының қалыңдығынан, дауыс биіктігінен

<variant> плевра қуысы, дауыс биіктігінен

<question> Науқас И., 26 жаста ауруханаға түсті. Кеуде қуысы дұрыс пішінді. Оның екеуі де симметриялы, тыныс алу актісінде қалады. 3-6 қабырға деңгейінде оң жақта перкуссияда дыбыс

|                                                                                                                                |                                                                                   |                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/> <b>MEDISINA</b><br/> <b>AKADEMIASY</b><br/>         «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/> <b>MEDICAL</b><br/> <b>ACADEMY</b><br/>         АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| «Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы                                                                                        |                                                                                   | 47 / 11 - 2025                                                                                                            |
| Бақылау – өлшеуіш құралдары                                                                                                    |                                                                                   | 40 беттің 19 беті                                                                                                         |

тимпаниялық. Дауыс дірілі күшейген. 7 қабырғадан төмен перкуторлы дыбыс тимпаниялық. Дауыстық дірілдің бір жакты күшеюі . . . байқалады.

<variant> фиброторакс

<variant> гидроторакс

<variant> тығыздалған бөліктік қабыну

<variant> обтурациялық ателекта

<variant> пневмоторакс

<question> Науқасты тексеру кезінде анықталды: өкпенің алдыңғы ұшының биіктігі бұғанадан 1см жоғары, тұйық перкуторлы дыбыс, дауыс дірілі әлсіреген. Дауыстық дірілдің бір жакты әлсіреуі . . . байқалады.

<variant> обтурациялық ателектазда

<variant> өкпе эмфиземасында

<variant> бронхпен жеңіл біріккен қуыс

<variant> тығыздалған ошақты қабыну

<variant> тығыздалған үлестік қабыну

<question> 35 жастағы ер адам клиникаға қатты жөтелмен қайталанатын тұншығу ұстамаларына шағымданды. Ұстамалар кенеттен пайда болады. Ұстама кезінде науқас алақанға сүйеніп, мәжбүрлі күйде отырады, тыныс алуға көмекші бұлшықет қатысады. Тыныс алуы ысқырықты, қашықтықта естіледі. Әсіресе дем шығару қиын. Перкуссия кезінде өкпенің үстінде қорапты дыбыс, аускультация кезінде - көптеген құрғақ сырылдар анықталады. Ұстама соңында қақырық бөлінеді. Өкпеде перкуторлы және аускультативті өзгерістер байқалмайды. Сау адамның өкпесіндегі перкуторлы дыбыс:

<variant> ашық өкпелік

<variant> тұйық

<variant> тимпаникалық

<variant> көмескі

<variant> қорапты

<question> Дыбыс қасиеттерінің сипаты бойынша дәрігер ішкі ағзалардың топографиясын, физикалық жағдайын және олардың функциясын анықтайды. Топографиялық перкуссия ....анықтау үшін қолданылады.

<variant> ағзалар шекарасын

<variant> ағзалар өлшемдерін

<variant> ағзалар конфигурациясын

<variant> қабыну ошағын

<variant> ағзалардағы патологиялық процесстерді

<question> Ауруханаға 22 жастағы науқас түсті. Оған перкуссия, пальпация және аускультация жасалды. Дені сау адамдарда өкпеде ... тыныс естіледі.

<variant> везикулярлы

<variant> пуэрильді

<variant> аралас

<variant> бронхиалды

<variant> амфориялық

<question> Тыныс алу қабілеті бұзылған науқас ауруханаға жеткізілді. Ентігу, жөтелу байқалады. Температура 39.9С. ...тыныс алу көмейдің, трахеяның үстінен естіледі.

<variant> бронхиальды

<variant> аралас

<variant> везикулярлы

<variant> қатты

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 20 беті</p>                                                      |

<variant> әлсіреген везикулярлы

<question> Ауруханаға тиреотоксикозы бар науқас түсті. Тиреотоксикозы бар науқастарда физикалық жұмыс кезінде тыныс алу:

<variant> күшейтілген везикулярлы

<variant> қатаң

<variant> әлсіреген везикулярлы

<variant> саккадирленген

<variant> патологиялық бронхиальды

<question> Бронхитпен ауыратын науқас ауруханаға түсті. Аускультация кезінде тыныс алуы:

<variant> қатаң

<variant> патологиялық бронхиальды

<variant> әлсіреген везикулярлы

<variant> амфориялы ренді бронх тынысы

<variant> везикулярлы

<question> Науқаста өкпеде аускультация кезінде дәрігер-терапевт әлсіреген везикулярлы тыныс алуды тындады. Везикулярлы тыныс алудың әлсіреу себептері:

<variant> шырышты альвеолалардың серпімді қасиеттерінің жоғалуы

<variant> бронхоспазм

<variant> бронхтарда сұйық секрецияның болуы

<variant> бронхтарда тұтқыр секрецияның болуы

<variant> қабыну ісінуіне байланысты ұсақ бронхтардың саңылауының тарылуы

<question> Ауруханаға амфориялық тыныс алған науқас түсті. Амфориялық тыныс алу ...кезінде естіледі .

<variant> екінші сатыдағы өкпе абсцесі

<variant> бронх демікпесі

<variant> крупозды пневмонияның 2 сатысы

<variant> плеврит

<variant> пневмоторакс

<question> "Жедел жәрдем" бригадасы 32 жастағы науқасқа шақырылады, ол кенеттен тұншығу ұстамасына шағымданады. Науқас қолымен кереуеттің шетіне сүйеніп отырады, кеуде қуысы максималды тыныс алу күйінде, ТАЖ 38 р.мин. экспираторлық сипаттағы еңтігу, қашықтықта құрғақ сырылдар естіледі. Құрғақ сырылдар:

<variant> дискант

<variant> ұсақ көпіршікті

<variant> ірі көпіршікті

<variant> үнсіздік

<variant> аралас

<question> Науқас қақырық бөлінуімен жүретін жөтелге, аздаған дене жүктемесінде және тыныштықта тыныс шығарудың қиындауымен еңтігуге, айтарлықтай тұрақты әлсіздікке, шаршауға шағымданды. Тексеру кезінде айқын диффузды цианоз, демалу кезінде де көмекші бұлшықеттердің айтарлықтай қатысуы, тыныс алу қозғалысының жиілігі 32 рет минутына анықталады. Өкпедегі қуыс үстінен тыңдалатын тыныс (іріңсіз):

<variant> амфорикалық

<variant> қатаң

<variant> бронхиальды

<variant> әлсіреген везикулярлы

<variant> везикулярлы

|                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| «Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы                                                               |                                                                                  | 47 / 11 - 2025                                                                                   |
| Бақылау – өлшеуіш құралдары                                                                           |                                                                                  | 40 беттің 21 беті                                                                                |

<question> Науқас температураның 39°C-қа дейін көтерілуіне, қалтырауына шағымданады. Оң жақтағы кеуде қуысының бүкіл бетінен дауысты крепитация және әлсіреген везикулярлы тыныс естіледі. Сіздің алдын-ала диагнозыңыз:

- <variant> крупозды пневмония
- <variant> ошақтық пневмония
- <variant> созылмалы бронхит
- <variant> экссудативті плеврит
- <variant> бронхоэктатикалық ауру

<question> Ер адам 40 жаста, бронх демікпесімен 10 жылдан астам ауырады. Тұрақты түрде холинолитиктер, ингаляциянды ГКС, бета-агонисттер, теofilлин қабылдайды. Соңғы кездері түнгі мезгілде кеудеде күйдіру сезімі, дисфагия, қыжылдау байқалады. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

- <variant> гастрозофагеальды ауру
- <variant> кандидозды фарингит
- <variant> ЖИА, күштемелі стенокардия
- <variant> көмей стенозы
- <variant> асқазан ойық жарасы

<question> Ер адам 52 жаста, клиникаға үнемі болатын құсу, жалпы әлсіздік, эпигастрий аймағында тұрақты ауырсыну шағымдарымен қаралды. Ауырсыну ішімдік, майлы тағам қабылдағаннан 50-60 мин өткеннен соң пайда болады. Қарау кезінде: Мейо-Робсон симптомы оң, эпигастрий тұсында ауырсыну. Жалпы қан анализінде лейкоциттер  $12 \times 10^9/\text{л}$ , ЭТЖ- 18 мм/сағ. Сіздің, алдын ала диагнозыңыз:

- <variant> созылмалы панкреатит
- <variant> созылмалы холецистит
- <variant> асқазан ойық жарасы
- <variant> созылмалы гастрит, В түрі
- <variant> ГЭРА

<question> 29 жастағы әйелде кенеттен жүрек айнуы, құсу, дене қызуының жоғарылауы, диарея күніне 6-8 рет сасық иісті жасыл түсті нәжіс байқалды. Сіздің, алдын ала диагнозыңыз:

- <variant> инфекциялы диарея
- <variant> инфекциялық емес диарея
- <variant> спецификалық емес жаралы колит
- <variant> Крон ауру
- <variant> жіңішке ішектің дивертикулезі

<question> 35 жастағы ер адам аймақтық дәрігер қабылдауында ас ішкеннен кейін 1,5-2 сағаттан соң, жиі аш қарынға және түнде ауырсынуға шағымданады. Ауырсыну тамақ ішкеннен кейін басылады. Іштің пальпациясы кезінде төс асты аймағында және кіндік маңындағы ауырсыну анықталды. Науқаста айқын астеновегетативті синдром. Науқас стационарлық емдеуді қажет етеді ме:

- <variant> Иә, себебі науқаста бірінші рет анықталған 12 елі ішек ойық жарасы
- <variant> Иә, себебі науқаста бірінші рет анықталған асқазан ойық жарасы
- <variant> Иә, себебі науқаста айқын астеновегетативті синдром
- <variant> Жоқ, себебі науқаста ойық жара асқынбаған
- <variant> Иә, себебі науқасқа ауруханада эндоскопиялық тексеру жүргізіледі

<question> 45 жастағы әйелде температура 40°C-қа дейін күрт көтерілді, қалтырау, қақырықпен жөтел, қан түкіру, тыныс алу кезінде кеуде ауыруы, миалгия, жүрек айну, диарея пайда болды. Өкпенің рентгенографиясында екі өкпеде де инфильтративті өзгерістер анықталды. Пневмонияның себебін көрсетіңіз:

- <variant> легионелла
- <variant> клебсиелла
- <variant> пневмония микоплазмасы

|                                                                                                         |                                                                                  |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                          |                                                                                  | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 22 беті</p>                                                      |

<variant> Пфейфер таяқшасы

<variant> Staphylococcus aureus

<question> Науқас 33 жаста 3 күн бұрын жедел ауырды. Дене температурасының 39,9 дейі көтерілуі, қалтырау, құрғақ жөтел, сол кеуде бөлігіндегі ауыру сезім, жөтелгенде және терең дем алғанда күшейеді. Қарап тексергенде: оң жақ өкпенің төменгі бөлігінде дауыс дірілінің күшеюі, перкуторлы дыбыстың қысқаруы, қатаң дыбыс, майда көпіршікті сырылдар естіледі. Сіздің болжамды диагнозыңыз:

<variant> Пневмония

<variant> ЭСОА

<variant> Бронхиальды астма

<variant> Құрғақ плеврит

<variant> Экссудативті плеврит

<question> Науқас 55 жаста. Шағымы: жөтелмен бірге көп мөлшерде іріңді қақырық бөлуге, кейде аузын толтырып қақырық тастауға, аузынан жағымсыз іріңді иістің шығуына, әлсіздік, қозғыштық, жұмыс қабілетінің төмендеуі. Анамнезінде жас кезінен бастап созылмалы бронхитпен зардап шеккен. Объективті қарау кезінде- саусақтары «барабан таяқшалары», тырнақтары «сағат әйнегі» секілді өзгерген. Өкпеде везикулярлы тыныстың әлсіреуі, оң жақты орта бөлігінде әр түрлі калибрдегі ылғалды сырылдар естіледі. Сіздің болжамды диагнозыңыз:

<variant> Бронхты астма

<variant> Экссудатты плеврит

<variant> Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы

<variant> Құрғақ плеврит

<variant> Бронхоэктазиялық ауру

<question> Науқас 26 жаста, шағымдары: сол жақ кеуде клеткасының ауырсынуына, дене қызуының 39 С көтерілуіне, еңтігудің күшеюне, объективті: сол жақты дауыс тембрінің әлсіреуі, перкуторлы дыбыстың қысқаруы. ТАЖ минутына 22 рет, ЖЖЖ минутына 100 рет. Науқаста диагнозды нақтылау үшін . . . тиімді әдісті қолданылады.

<variant> кеуде қуысының рентгенографияны

<variant> қан талдауының жедел көрсеткіштері

<variant> электрокардиографияны

<variant> жалпы қан анализы

<variant> спирография

<question> Науқас 46 жаста қиындықпен шығатын қақырықты жөтелге, физикалық күштегі еңтігуге шағымданады. Шылым шегеді. 2 жылдай уақыт бронхөкпелік патологиясы бар. Объективті: тынысы қатаң, өкпенің барлық бөлігінде құрғақ сырылдар, дем шығаруы ұзарған. Ықтимал диагноз:

<variant> Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы

<variant> Пневмония

<variant> Бронх демікпесі

<variant> Бронхоэктатикалық ауру

<variant> Созылмалы іріңді бронхит

<question> Бөлімшеге С. есімді 29 жастағы бухгалтер науқас түсті. Науқас 2 сағат бұрын пайда болған тұншығу ұстамасына, шиша тәрізді қақырықты жөтелге шағым жасады. Қарау нәтижелері: науқастың жағдайы ауыр. Науқас кереуетке қолын тіреп отыр. Кеуде торы эмфизематозды. Тыныс алу жиілігі – минутына 30. Дем шығаруы қиындаған, диффузды цианоз және мойын веналарының ісінуі байқалады. Диспноэ дамуының себебі:

<variant> ұсақ бронхтардың спазмы

<variant> өкпенің тыныс алу беткейінің кішіреюі

<variant> эмфизема себебінен өкпенің элатикалық қасиетінің төмендеуі

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 23 беті</p>                                                      |

<variant>көмей механикалық кедергілер

<variant>кеңірдектің зақымдалуы

<question> Науқас И.36 жаста ӨСОБ пен ауырады. Ошақты туберкулез ауруымен стационарда ем алуда. Клиникалық ем алудан кейін соңғы 3 күн бойы дене қызуы 38 градус, продуктивті емес жөтелдің дамуы. Науқастың жағдайының нашарлауын нақтылау үшін тағайындалатын тексеру әдістері:

<variant>сезімтал микрофлораға қақырықты егу

<variant>компьютерлік спирография

<variant>брашбиопсия

<variant>бронхоскопия

<variant> туберкулиндік сынама

<question> 39 жастағы науқас 2 күн бұрын ЖПДге дене қызуының 37,2-37,8 болуымен, құрғақ жөтел, тұмау болғанымен шағымданды.мазаламайтын Ылғалды жөтел, жүрек соғуы мин 100рет, тыныс алу мин 28рет. Перкуссия кезінде өкпе дыбысының қысқаруы. Тыныс алуы ауыр, екі жағынанда базальды бөлімдерінде құрғақ сырнай тәрізді шуыл, сонымен қатар ылғалды ортакалиберлі қақырық болды.

Сіздің диагнозыңыз:

<variant>необструкторлы бронхит

<variant>пневмония

<variant>ларинготрахеит

<variant>бронх астмасы

<variant> туберкулез

<question> 24 жасар науқас учаскелік дәрігерге соңғы аптада периодтық тыныс жетіспеушілігімен шағымданды. Тыныс алудың әлсіреуі, тыныс алу мин 26рет, жүрек соғуы мин 86рет, АҚ 120/80 мм.сб.

сіздің диагнозыңыз:

<variant>пневмония

<variant>бронх астмасы

<variant>өкпелік артериядағы тромбозмболия

<variant>нейроциркулярлы дистония

<variant>жедел обструктивті бронхит

<question> Ер адам 42 жаста. Шағымы: дене температурасының 38°С дейін жоғарылауы, жөтел шырышты қақырықпен аралас, әлсіздік. Ауруының дамуын суықтаумен байланыстырады.

Объективті: өкпеде қатаң тыныс, сырыл жоқ. Зерттеуде: лейкоцит - 7,5 мың, ЭТЖ - 20 мм/с. Мүмкін болатын диагноз:

<variant> жедел бронхит

<variant> жедел ринофарингит

<variant> созылмалы бронхит, өршуі

<variant> ауруханадан тыс бөліктік пневмония

<variant> өкпенің созылмалы обструктивті ауруы, жеңіл дәрежесі, өршу

<question> Науқас бала 53 жаста, шағымдары: жөтел, соңғы 2 жылда мезгіл-мезгілімен шырышты ірінді қақырық бөлу. 10 жылдан бері темекі шегеді. Соңғы 3 айда жүгіру кезінде және 3 қабатқа көтерілген кезде экспираторлы еңтігу дамыды. Аускультацияда: қатаң тыныс, құрғақ сырыл. Тиффно индексі 55%. Болжам диагноз:

<variant> Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы

<variant> Қалталы плеврит

<variant> Ошақты пневмония

<variant> Өкпе саркоидозы

<variant> Бронхты астма

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <div>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</div> <div></div> <div>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</div> |                   |
| «Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы                                                                                                                                                                                                                                                                    | 47 / 11 - 2025    |
| Бақылау – өлшеуіш құралдары                                                                                                                                                                                                                                                                                | 40 беттің 24 беті |

<question> 14 жастағы (салмағы 55кг) науқасқа медициналық пункт дәрігері шақырылды. Шағымдары дене қызуының 39,8 градусқа дейін жоғарылауына, әлсіздікке, тәбеттің болмауына, тершендікке, жұтыну кезіндегі тамақтың ауырсынуы. Тыныс алу жиілігі 35рет мин.. Бір минутта қалыпты тыныс алу саны:

<variant> 16 – 20

<variant> 10 – 14

<variant> 24 – 28

<variant> 32 – 36

<variant> 36 – 40

<question> Науқас М.66 жаста емханаға дене температурасының 37,7 С көтерілуіне, жөтелге құрғақ сырылға, жалпы әлсіздік, тершендік шағымдарымен қаралды. Құрғақ сырылдың патогенезі:

<variant> бронх саңылауының тарылуы

<variant> плевра жапырақтарының қалыңдауы

<variant> саңылауда сұйық секрецияның болуы

<variant> альвеолалар қабырғаларының тербелісі

<variant> альвеолаларда сұйықтықтың болуы

<question> 27 жастағы Б. науқас, айқын ентіуге, 3 сағат бойы қиын бөлінетін тұтқыр қақырығы бар жөтелге шағымданады. Объективті: жағдайы орташа ауырлықта. Иықтары төмен түскен мәжбүрлі қалыпта. Дем шығаруы қиын ұзарған. Тыңдағанда "қашықтан сырылдар" естіледі. Бронхоспастикалық синдромның негізгі аускультативті белгісі:

<variant> дискантты сырылдар

<variant> ірі көпіршікті сырылдар

<variant> ұсақ көпіршікті ылғалды сырылдар

<variant> дауыс ырғағы

<variant> крепитация

<question> 35 жастағы науқас "жедел жәрдем" бригадасына хабарласты. Түншығу, қатты жөтел, терлеу, жүрек соғысы, тамақтың жыбырлауы, қорқыныш сезімі туралы шағымдар айтты. Объективті: орташа ауырлық дәрежесі, ортопноэ жағдайы, беті көкшіл-қызғылт түсті. Өкпе тінінің тығыздау синдромының белгілері емес :

<variant> сау жағында везикулярлы тыныс алудың әлсіреуі

<variant> перкуторлық дыбыстың күнгірттенуі

<variant> дауыс дірілінің күшеюі

<variant> бронхофонияның күшеюі және ылғалды сырылдар

<variant> ауырған жағының тыныс алу актісінде артта қалуы

<question> Науқас П., 27жаста қоймаларды дезинфекциялағаннан соң кенеттен өлім қорқынышы, ұстама тәрізді жөтел, ауа жетпеу сезімі пайда болды.Объективті: жағдайы орташа ауырлықта,айқын гипергидроз, тері жамылғысы цианозды. Тахипноэ, ТАЖ 40рет мин. Жүрек тондары естілмейді, ЖСС 140 рет мин, АҚ 100/60 мм с.б. Өкпе қуысының үстіннен құрамында ауа мен қақырықты ... тыңдалады:

<variant> ірі көпіршікті ылғалды сырылдар және бронхиальды тыныс

<variant> құрғақ сырылдар

<variant> сықырлау

<variant> құрғақ сырылдар

<variant> ұсақ көпіршікті ылғалды сырылдар

<question> 28 жастағы науқас жедел жәрдем бригадасының дәрігерін кенеттен пайда болған және бірнеше сағатқа созылған, тыныс шығарудың қиындауымен сипатталатын түншығу ұстамасы,қиын-бөлінетін қақырықты жөтел себебінен шақырды. Ингаляторды қайта қолдану (β-адреностимулятор

|                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                          |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 25 беті</p>                                                      |

беротек) тек уақытша әсер берді. Мұндай ұстамалар наукаста 5 жыл бойы мазалайды, кейде бензиннің, гүлденген өсімдіктердің иістерінен туындайды. Тыныс алу жетіспеушілігінің негізгі белгісі:

- <variant> еңтігу
- <variant> қан түкіру
- <variant> жөтел
- <variant> қақырық
- <variant> әлсіздік

<question>Тыныс алуы бұзылған 27 жастағы И., атты науқас ауруханаға түсті. Оны пневмотахометрияға жіберді. Пневмотахометрия анықталады:

- <variant> тыныс шығару және тыныс алу кезінде ауа ағынының көлемді жылдамдығы
- <variant> қосымша тыныс алу көлемі
- <variant> тыныс шығару көлемі
- <variant> резервтік ауа көлемі
- <variant> қалдық ауа көлемі

<question> Науқас К., 29 жаста, ЯМЗ-да жұмыс істейді. Соңғы үш ай ішінде температураның 38,0 С-қа дейін көтерілуі, әлсіздік, ұйқышылдық, арықтау, тершендік жоғарылауы байқала бастады. Науқас жұмысын жалғастырды, бірақ екі күн бұрын іріңді қақырық пайда болды, бұл дәрігерге қаралуға мәжбүр етті. Тәулігіне 200-300 мл дейін көп іріңді қақырық . . . кезінде бөлінеді.

- <variant> іріңді обструктивті бронхит
- <variant> өкпе эмфиземасы, пневмосклероз
- <variant> бронх демікпесі
- <variant> ошақты немесе іріңді пневмония
- <variant> бронхоэктатикалық ауру

<question> 35 жастағы науқас түсті. Кеудедегі ауырсыну, дене температурасының жоғарылауы, жалпы әлсіздік туралы шағымдар тән. Дәрігер наукаста плевритке күдіктенеді. Плевра жапырақтарының қалындауы синдромының аускультативті белгісі:

- <variant> әлсіреген везикулярлы
- <variant> амфорикалық
- <variant> везикулярлы тыныс
- <variant> патологиялық бронхиальды
- <variant> күшейтілген везикулярлы

<question> Науқас К., 53 жаста, 10-шы тәулікте стационарлық емделуде. Аускультативті: әр түрлі ылғалды және құрғақ сырылдар. Тыныс алу үстірт, тахипноз, ТАЖ 28 р мин. жүрек үні тұйықталған, тахикардия ЖСЖ 100 р. мин., АҚ 90/60 мм.сын.бағ. Құрғақ сырылдар пайда болады . . . .

- <variant> бронх саңылауының тарылуы
- <variant> бронх шырышты қабығының ісінуі
- <variant> бронх саңылауындағы тұтқыр секрецияның жинақталуы
- <variant> альвеолаларда сұйықтықтың болуы
- <variant> бронхтың тегіс бұлшықеттерінің спазмы

<question> 26 жастағы науқас бала кезіндегі ревматизмнен кейін митральды саңылаудың стенозы пайда болды. Көптеген жылдар бойы мен өзімді қанағаттанарлық сезіндім, бірақ соңғы уақытта жиі тонзиллиттен кейін жағдай күрт нашарлады: еңтігу, "тат" қақырықты жөтел, жүрек соғысы, жүрек аймағындағы ауырсыну, аяқтардағы ісіну,салмақ қосу пайда болды. Ылғалды сырылдар пайда болады . . . .

- <variant> бронх саңылауында сұйық немесе жартылай сұйық секрецияның жинақталуы
- <variant> бронх саңылауында тұтқыр секрецияның жинақталуы
- <variant> бронх шырышты қабығының ісінуі
- <variant> бронхтардың тегіс бұлшықеттерінің спазмы

|                                                                                                         |                                                                                  |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                          |                                                                                  | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 26 беті</p>                                                      |

<variant> альвеолаларда сұйықтықтың болуы

<question> Науқас К., 44 жаста кешкі уақытта, емхананың учаскелік дәрігерінің амбулаторлық қабылдауында температураның 38 0С дейін көтерілуіне, шырышты-ірінді қақырықпен тұрақты жөтелге, Физикалық жүктеме кезінде еңтіуге, жалпы әлсіздікке, терлеудің жоғарылауына шағымданды. Аускультация кезінде крепитация тыңдалады. Крепитация кезінде тыңдалады . . .

<variant> альвеолаларда сұйық секрецияның болуы

<variant> бронх саңылауында сұйық немесе жартылай сұйық секрецияның жинақталуы

<variant> бронх шырышты қабығының ісінуі

<variant> бронх саңылауының тұтқыр секрециямен тарылуы

<variant> бронхтардың тегіс бұлшықеттерінің спазмы

<question> Өлеуметтік қауіп тобындағы 26 жастағы науқас. Әлсіздікке, шаршауға, арықтауға, жөтелуге, түнгі тершендікке шағымданады. Соңғы 2-3 ай ішінде ауырды, түнгі ауысымда өте жиі жұмыс істейді. Флюорограммада оң өкпенің жоғарғы бөлігінің түбірінде инфильтративті көлеңке табылды. Сіздің тактикаңыз:

<variant> БК қақырық талдауы

<variant> фтизиатрға жіберу

<variant> антибактериальды ем жүргізу

<variant> туберкулезге қарсы ем тағайындау

<variant> пульмонологиялық бөлімшеге жіберу

<question> 28 жастағы ер адам соңғы екі апта бойы жүрек аймағында шаншып және басып ауырсынуға шағымданады. Сондай-ақ жүрек соғуы мен еңтіуге. Үш апта бұрын жөтелмен және қалтыраумен ілесе жүретін қандай да бір аурудан кейін жүрек тарапынан жоғарыда көрсетілген шағымдар пайда болған кезде ауырып қалды. Жүрек тондары естілмейді, өкпеде сырылдар жоқ. Бауыр үлкеймеген. Диагнозды растауға көмектесетін әдіс:

<variant> спирография

<variant> электрокардиография

<variant> ЭХО-кардиография

<variant> рентген

<variant> қан көрсеткіші

<question> Анамнезінде темекі шегушінің ұзақ өтілі бар 35 жастағы ер адам қабылдау бөлімінің дәрігеріне жүгінді. Тексеру кезінде бронхпен байланысқан өкпеде қуыстың болу синдромы анықталды. Қандай ықтимал аускультативная симптоматикасы бұл жағдайда?

<variant> амфориялық тыныс

<variant> әлсіреген везикулярлық тыныс

<variant> күшейтілген везикулярлық тыныс

<variant> металл тыныс

<variant> қатты тыныс

<question> қабылдау бөлмесінің дәрігеріне 25 жастағы ер адам жоғары қызба, аздап қақырығы бар жөтел туралы шағымдармен жүгінді. Анамнезден-гипотермиядан кейін қатты ауырып қалды. Тексеру кезінде мыналар анықталды: дауыстық діріл мен бронхофонияның жоғарылауы, зақымдану үстіндегі перкуссиялық дыбыстың қысқаруы, везикулярлық тыныс алудың әлсіреуі, crepitacio indux. Бұл клиникалық көрініс аурудың қай кезеңіне тән?

<variant> аурудың басталуы

<variant> аурудың биіктігі мен шешімі

<variant> аурудың биіктігі

<variant> шешім

<variant> сауығу

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 27 беті</p>                                                      |

<question>22 жастағы жас жігітте еңтігу және кеуде қуысының ауыруы туралы шағымдары бар келесі физикалық мәліметтер анықталды: перкуторлы – тимпаникалық дыбыс, металл реңі бар аускультативті-бронх тынысы. Төмендегі патологиялық жағдайлардың қайсысы осы өзгерістің ықтимал себебі болып табылады?

- <variant>ашық пневмоторакс
- <variant>жабық пневмоторакс
- <variant>өкпе қуысы
- <variant>бронхоспазм
- <variant>гидроторакс

<question> 23 жастағы қыз дене температурасының көтерілуі мен құрғақ жөтелге шағымданды. Объективті тексеру кезінде дәрігер шектеулі аймақта жауырын бұрышының аймағында дауыс дірілінің жоғарылауын, перкуссиялық дыбыстың қысқаруын, бронхофонияның жоғарылауын және әлсіреген бронхиалды тыныс алуды анықтады.

Төмендегі синдромдардың ең тиімді клиникалық белгілері?

- <variant>өкпе тінінің ошақтық тығыздау
- <variant>обтурациялық ателектаза
- <variant>өкпе тінінде қуыстың болуы
- <variant>плевра қуысында сұйықтықтың болуы
- <variant>өкпе тінінің үлестік тығыздалуы

<question> Объективті тексеру кезінде науқаста дене қызуының 39,8° с дейін көтерілуі байқалады. Анамнезінде субфебрильді температура соңғы жыл бойы үнемі байқалғаны белгілі болды, аспирин түріндегі ыстық түсіретін заттарды қабылдау оның қалыпқа келуіне әкелмеген.Әлсіреген температура . . . кезінде байқалады.

- <variant> өкпе абсцесі
- <variant> өкпе обыры
- <variant> жарылудан кейін өкпе абсцесі
- <variant> крупозды пневмония
- <variant> ірінді обструктивті бронхит

<question> Науқас К., 20 жаста дене қызуының 40,5° С жоғарылауымен терапия бөлімшесіне түсті. Науқас реңі бозарған, терісі құрғақ. Тілі ақ жабынмен қапталған. Науқас буындар мен бұлшықеттегі ауырсынуға, еңтігуге, қақырықпен қатты жөтелге, тәбетінің жоқтығына, бас ауруына шағымданады. АҚ - 130/90 мм с.б. Пульс 98 рет./мин. Жүрек шекаралары қалыпты.Жүрек тондары тұйықталған. Тынысы жиі және беткей.

Үнемі дене қызуының көтерілуі . . . кезінде байқалады.

- <variant> крупозды пневмония бастапқы сатысы
- <variant> өкпе обыры
- <variant> бронхоэктатикалық ауру
- <variant> өкпе абсцесі шешу сатысында
- <variant> крупозды пневмония шешу сатысында

<question>Науқас В., терапия бөліміне түсті. Жіп тәрізді пульс, суық тер, тұншығу, кеуденің қысылуы, бірден болатын әлсіздік мазалайды. Пенициллинмен ем алатын науқаста гипотония- бұл.

- <variant> өкпе артериясының тромбоэмболиясы
- <variant> анафилактикалық шок
- <variant> жедел сол қарыншалық жеткіліксіздік белгілері (өкпе ісінуі)
- <variant> бүйрек эклампсиясының белгілері
- <variant> жедел оң қарыншалық жеткіліксіздік белгілері

<question> Созылмалы алкоголизм және ӨСОА азап шегетін егде жастағы ер адам қиын бөлінетін тұтқыр жөтелге, күйген еттің иісі бар қақырыққа, қара қарақат желесіне ұқсайтын консистенцияға

|                                                                                                         |                                                                                  |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                          |                                                                                  | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 28 беті</p>                                                      |

шағымданады. Анықталған: айқын интоксикация, ентігу, өкпеде сырылдардың шамалы мөлшері. Рентгенологиялық түрде "шашыраңқы ұялы өкпенің" феномені, көптеген бронхоэктаздар, қалдық қуыстар, пневмосклероз анықталды. Ықтимал қоздырғыш:

- <variant> клебсиелла
- <variant> хламидия
- <variant> микоплазма
- <variant> тұмау вирусы
- <variant> ішек таяқшасы

<question> 70 жастағы науқас, шағымары аралас сипаттағы тұрақты ентігуге, қиын бөлінетін қақырығы бар жөтелге, әлсіздікке, 3 ай ішінде кешке қарай субфебрильді температура, тершендік қосылды. Ұзақ және тұрақты жөтел ... тән.

- <variant> созылмалы бронхит
- <variant> жедел бронхит
- <variant> бронх демікпесі
- <variant> плеврит
- <variant> бронхоэктатикалық ауру

<question> 27 жастағы ер адам ентігу мен құрғақ жөтелге шағымданады, суық тию факторы және аллергиялық ринит тарихы бар, дәрігер өкпенің бүкіл бетінен ысқырған құрғақ дауысты тыңдады. Төмендегі синдромдардың қайсысы осы науқаста дамыған.

- <variant> бронхиалды өтімділіктің бұзылуы
- <variant> өкпе тінінің қуысы болуы.
- <variant> өкпеде ауа көлемінің артуы
- <variant> өкпе тінінің тығыздалуы
- <variant> бронхтың кеңеюі

<question> Бронх демікпесі кезінде спирографиялық көрсеткіштер негізінен төмендейді:

- <variant> өкпенің форсирленген өмірлік сыйымдылығы
- <variant> өкпенің тіршілік сыйымдылығы
- <variant> өкпенің максималды желдетілуі
- <variant> дем алу қуаты
- <variant> дем шығару қуаты

<question> Органикалық бронх обструкциясы синдромындағы негізгі шағымдар:

- <variant> тұншығу
- <variant> жөтел
- <variant> кеудедегі ауырсыну
- <variant> күш түскенде ентігу
- <variant> қан түкіру

<question> Органикалық бронхиалды обструкция синдромындағы жөтел:

- <variant> көбінесе таңғы уақытта пайда болады
- <variant> түнде мазалайды
- <variant> шырышты қақырықты орташа мөлшерде
- <variant> аздаған «шыны тәрізді» қақырықпен
- <variant> көп мөлшерде ірінді қақырықпен

<question> Органикалық бронхиалды обструкция синдромының негізгі клиникалық белгісі:

- <variant> қақырықпен жөтел
- <variant> ентігу
- <variant> қан түкіру
- <variant> өкпе аускультациясында сырылдар
- <variant> қан қысымының жоғарылауы

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 29 беті</p>                                                      |

<question> Органикалық бронх обструкциясы синдромынан кейін дамуы мүмкін:

- <variant> іріңді плеврит
- <variant> пневмония инфаркті
- <variant> созылмалы өкпелік жүрек
- <variant> экссудативті плеврит
- <variant> өкпенің қабынуы

<question> Органикалық бронх обструкциясы синдромында өкпе перкуссиясы кезінде:

- <variant> перкуторлы дыбыстың айтарлықтай күшеюі анықталады
- <variant> Траубе кеңістігінің жоғалуы анықталады
- <variant> өзгерістер анықталмайды
- <variant> қораптық дыбысты анықталады
- <variant> тимпаникалық перкуссиялық дыбыс анықталады

<question> Органикалық бронх обструкциясы синдромында өкпенің аускультациясында анықталады:

- <variant> пуэрильды тыныс
- <variant> везикулярлы тыныстың күшеюі
- <variant> қатты тыныс алу
- <variant> бронхиалды тыныс алу
- <variant> құрғақ сырылдар

<question> Органикалық бронх обструкциясы синдромында шектелген аумақта құрғақ сырылдардың естілуі байланысты.

- <variant>эмфиземамен
- <variant>тыныс алу жеткіліксіздігі
- <variant>гидроторакспен
- <variant>ірі немесе орташа бронхтың жергілікті обструкциясымен
- <variant>өкпе паренхимасының қабынуымен

<question> Жедел пневмонияны тудыратын ең көп таралған инфекциялық агенттер.

- <variant>пневмококктар
- <variant>стафилококктар
- <variant>вирустар (жиі респираторлық)
- <variant>микоплазма
- <variant>легионелла

<question> Жедел пневмонияның дамуына ықпал ететін жағдайларды көрсетіңіз (қауіп факторлары):

- <variant> жұқтырылған ЖРВИ
- <variant> имунды тапшылық (соның ішінде СПИД)
- <variant> жүрек-қантамыр аурулары
- <variant> тыныс алу ағашының бітелуі
- <variant> қант диабеті

## Аралық бақылау №2

### 1. Тәжірибелік дағдыларға арналған тапсырма.

- 1) Гепатобилиарлық жүйе ауруларының жетекші клиникалық синдромдарында зертханалық және аспаптық зерттеу әдістері.
- 2) Гепатобилиарлы жүйесі ауруларымен ауыратын науқастарды жалпы қарау.
- 3) Гепатобилиарлық жүйе ауруларымен ауыратын науқастарды сұрастыру

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ONȚUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 30 беті</p>                                                      |

- 4) Гипо - гипергликемия синдромы бар науқастарды сұрастыру және жалпы қарау
- 5) Зәр шығару жүйесі ауруларымен ауыратын науқастарды сұрастыру.
- 6) Зәр шығару жүйесінің жетекші клиникалық синдромдарындағы зертханалық әдістері
- 7) Қан түзу жүйесі ауруларының жетекші клиникалық синдромдарын зерттеудің зертханалық әдістері
- 8) Қан түзу жүйесі ауруларының жетекші клиникалық синдромы бар науқастарды сұрастыру және жалпы қарау
- 9) Қан жасау жүйесі ауруларымен ауыратын науқастарды сұрастыру және жалпы қарау.
- 10) Тірек-қимыл аппараты ауруларымен ауыратын науқастарды сұрастыру және жалпы қарау.
- 11) Жүйке жүйесі ауруларымен ауыратын науқастарды сұрастыру және жалпы қарау.
- 12) Эндокринді жүйесінде патологиясы бар науқастарды сұрастыру және жалпы қарау
- 13) Эндокриндік жүйе ауруларының жетекші клиникалық синдромдарын зерттеудің зертханалық әдістері.
- 14) Іштің беткей пальпациясын жүргізу тәсілі және әдісі.
- 15) Іштің терең пальпациясын жүргізу тәсілі және әдісі.
- 16) Бауырды пальпациялау әдісі және тәсілі.
- 17) Образцов - Стражеско әдісі бойынша бауырдың пальпациясын жүргізу әдісі және тәсілі.
- 18) Көкбауырдың перкуссия және пальпациясын жүргізу әдісі және тәсілі.
- 19) Лимфа түйіндерін пальпациялау.
- 20) Іш перкуссиясын жүргізу әдісі және тәсілі.
- 21) Бүйректің пальпациясы және перкуссиясы.
- 22) Бүйректің пальпациясы және перкуссиясын жүргізу әдісі және тәсілі.
- 23) Қалқанша бездің пальпациясы.
- 24) Қалқанша бездің пальпациясын жүргізу тәсілі және әдісі.
- 25) Курлов бойынша бауырдың перкуссиясын жүргізу әдісі және тәсілі.

## 2. Оқу сырқатнамасын толтыру.

Оқу-сырқатнамасы алгоритмнің формасы кафедрада және академияның кітапханалық қорына қосылған.

## 3. Тест тапсырмалары.

<question> Нефротикалық синдромның клиникалық хаттамасына сәйкес негізгі клиникалық белгісі:

<variant> ісіну

<variant> қан қысымының жоғарылауы

<variant> жүрек соғысы

<variant> дизурия

<variant> қызба

<question> Дизурия:

<variant> жиі, ауырсынатын және қиын зәр шығару

<variant> жиі зәр шығару

<variant> ауырсынулы зәр шығару

<variant> тәуліктік зәр шығарудың жоғарылауы

<variant> тәуліктік зәр шығару көлемінің төмендеуі

<question> Полиурия:

<variant> 2 литрден астам зәрдің бөлінуі

<variant> түнгі уақытта зәрдің көп мөлшерде шығуы

|                                                                                                                                |                                                                                   |                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/> <b>MEDISINA</b><br/> <b>AKADEMIASY</b><br/>         «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/> <b>MEDICAL</b><br/> <b>ACADEMY</b><br/>         АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>         Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>         40 беттің 31 беті</p>                                                                      |

<variant> ішкеннен сұйықтықтан бөлінетін сұйықтықтың көп болуы

<variant> ауырсынумен зәр шығару

<variant> зәрде белоктың анықталуы

<question> Поллакиурия:

<variant> жиі зәр шығару

<variant> ауырсынумен зәр шығару

<variant> сирек зәр шығару

<variant> зәр шығудың тоқтауы

<variant> кішкене бөліктерде зәр шығару

<question> Никтурия:

<variant> түнгі диурездің күндізгі диурезден басым болуы

<variant> күндізгі диурездің басым болуы

<variant> жиі зәр шығару

<variant> ауырсынулы зәр шығару

<variant> жиі ауырсынумен зәр шығару

<question> Жеміс иісі (немесе шіріген алманың иісі) бар зәрдің құрамында:

<variant> ураттар

<variant> кетон денелері

<variant> ақуыздың көп мөлшері

<variant> лейкоциттер

<variant> қан

<question> Полиурия наукастарға тән:

<variant> қант диабетімен

<variant> терлеудің жоғарылауымен

<variant> қатты диареямен

<variant> жүрек декомпенсациясымен

<variant> құрғақ, ыстық бөлмеде орналасқан

<question> Шынайы лейкоцитурияның негізгі себебі:

<variant> бүйректің тостағанша-табақша жүйесінің қабынуы

<variant> қосалқылардың қабыну аурулары

<variant> қуық асты безінің қабынуы

<variant> жатырдың қабыну аурулары

<variant> қуықтың қабыну аурулары

<question> Гематурия тән:

<variant> гломерулонефритке

<variant> циститке

<variant> пиелонефритке

<variant> уретритке

<variant> қуықтың қабыну ауруларына

<question> Зәрдегі лейкоциттердің саны келесі жағдайларда саналмайды:

<variant> пиурия

<variant> лейкоцитурия

<variant> гиперлейкоцитурия

<variant> лейкоцитоз

<variant> цистит

<question> Геморрагиялық инсульт үшін жұлын сұйықтығында мыналардың болуы тән:

<variant> қызыл қан жасушаларының болуы

<variant> глюкоза деңгейінің төмендеуі

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 32 беті</p>                                                      |

<variant>глюкоза деңгейінің жоғарылауы

<variant> лейкоциттердің болуы

<variant> нейтрофилдердің болуы

<question>Кортикальды сөйлеу аймақтарының зақымдануынан сөйлеудің барлық компоненттерінің ыдырауын атаңыз:

<variant>Афазия

<variant>Алалия

<variant> Дизартрия

<variant> Мутизм

<variant> Аутизм

<question>Травматикалық емес субарахноидальды қан құйылудың этиологиясы:

<variant> бассүйек ішілік аневризма

<variant> жүректің ревматикалық ауруы

<variant> кокаинді қолдану

<variant> жүрекшелердің фибрилляциясы

<variant> церебральды атеросклероз

<question>Гипертониялық субарахноидальды қан кетулер үшін міндетті белгі болып табылады

<variant> менингеальды синдром

<variant> сананың жоғалуы

<variant> қарашықтардың бұзылуы

<variant> нистагм

<variant> екі жақты пирамидалық патологиялық белгілер

<question>Тіндердің зақымдалуын тудыратын мидағы қан айналымының бұзылуын атаңыз

<variant> Инсульт

<variant> Энцефалит

<variant> Аутизм

<variant> Полиневропатия

<variant> Миелит

<question> Мидағы қан тамырларының жарылуынан болатын инсульт түрі

<variant> Геморрагиялық

<variant> Ишемиялық

<variant> Тромботикалық

<variant> Лакунарлы

<variant> Транзиторлы

<question> Ми қан айналымының кенеттен уақытша бұзылуын тудыратын жағдай

<variant> Өтпелі ишемиялық шабуыл (ТИА)

<variant> Геморрагиялық инсульт

<variant> Энцефалит

<variant> Мигрень

<variant> Полиневропатия

<question>15 жыл бойы созылмалы панкреатитпен ауыратын науқас. Ұйқы безінің кальцинозын анықтаудың қарапайым жолы . . .

<variant> рентгенография

<variant> лапаротомия

<variant> лапароскопия

<variant> ирригоскопия

<variant> холангиография

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 33 беті</p>                                                      |

<question>Науқас К., дәрігер қабылдауында" алғашқы рет анықталған он екі елі ішектің жарасы "диагнозын қойылды. Науқасты тексерудің жетекші әдісін көрсетіңіз . . .

<variant> биопсиямен фиброгастродуоденоскопия

<variant> жалпы қан талдауы

<variant> асқазан шырынының талдау

<variant> жасырын қанға нәжісті талдау

<variant> дуоденальды зондтау

<question>Ұйқы безінің экзокринді қызметінің бұзылуына тән белгілерді көрсетіңіз:

<variant>арықтау, креаторея, стеаторея

<variant>күрғақ тері

<variant>гипергликемия

<variant>алдыңғы құрсақ қабырғасының веналарының кеңеюі

<variant>бүйрек-бауыр жеткіліксіздігі

<question>Асқазанды зондтау дегеніміз - гастритке, ойық жара ауруына және асқазан-ішек жолдарының басқа да көптеген ауруларына күдік туындаған кезде міндетті түрде жасалатын диагностикалық зерттеу әдістерінің бірі. Асқазанды зондтау әдісін ұсынған ғалым:

<variant>Куссмауль

<variant>Г. А. Захарин

<variant>Р. Лаэннек

<variant>L. Auenbrugger

<variant>Эйндховен

<question>Асқазан сөлінің қалыпты мөлшері (1) :

<variant> 50 мл дейін, жалпы қышқылдығы 20 TE

<variant>50-100 мл, жалпы қышқылдығы 15 TE

<variant>100-150 мл, жалпы қышқылдығы 30 TE

<variant>150-200 мл, жалпы қышқылдығы 40 TE

<variant>150-200 мл, жалпы қышқылдығы 80 TE

<question>Таңғы астан кейін асқазан секрециясының қалыпты параметрлері:

<variant>жалпы қышқылдық 40-60 TE, бос қышқылдық 20-40 TE

<variant>жалпы қышқылдық 20-40 TE, бос қышқылдық 10-20 TE

<variant>жалпы қышқылдық 20 дейін , бос қышқылдық нөл

<variant>жалпы қышқылдық 100-120 T, бос қышқылдық 80-10 T

<variant> гипосекреция аясында сүт қышқылының болуы анықталады

<question>Асқазан сөлінің гипосекрециясы және гипоацидтілік жағдайы:

<variant>жалпы қышқылдық 20-40 TE, бос қышқылдық 10-20 TE

<variant>жалпы қышқылдық 20 дейін , бос қышқылдық нөл

<variant>жалпы қышқылдық 40-60 TE, бос қышқылдық 20-40 TE

<variant>жалпы қышқылдық 100-120 T, бос қышқылдық 80-10 T

<variant> гипосекреция аясында сүт қышқылының болуы анықталады

<question>Асқазан сөлінің гиперсекрециясы және гиперацидтілік жағдайы:

<variant>жалпы қышқылдық 100-120 TE, бос қышқылдық 80-10 TE

<variant>жалпы қышқылдық 20-40 TE, бос қышқылдық 10-20 TE

<variant>жалпы қышқылдық 40-60 TE, бос қышқылдық 20-40 TE

<variant>жалпы қышқылдығы 20-ға дейін, бос қышқылдығы нөл

<variant> гипосекреция аясында сүт қышқылының болуы анықталады

<question>Асқазан қатерлі ісігіндегі секреторлық функцияның мүмкін өзгерістері:

<variant> гипосекреция аясында сүт қышқылының болуы анықталады

<variant>жалпы қышқылдық 20-40 TE, бос қышқылдық 10-20 TE

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 34 беті</p>                                                      |

<variant>жалпы қышқылдық 40-60 ТЕ, бос қышқылдық 20-40 ТЕ

<variant>жалпы қышқылдық 100-120 Т, бос қышқылдық 80-10 Т

<variant>жалпы қышқылдығы 20-ға дейін, бос қышқылдығы нөл

<question>Асқазанның мотор функциясын жақсы бағалауға мүмкіндік беретін әдіс:

<variant> электрогастрография

<variant> флюороскопия

<variant> рентгенография

<variant> фиброгастроскопия

<variant> ультрадыбыстық зерттеу

<question>Асқазанның "тауашалық симптомын" немесе "толтыру ақауын" жақсырақ құжаттау зерттеу әдісі болып табылады ...

<variant> рентгенография

<variant> флюороскопия

<variant> электрогастрография

<variant> фиброгастроскопия

<variant> ультрадыбыстық зерттеу

<question>Максатты биопсиямен біріктірілген зерттеу әдістері болып табылады....

<variant> фиброгастроскопия

<variant> рентгенография

<variant> электрогастрография

<variant> флюороскопия

<variant> ультрадыбыстық зерттеу

<question>Тәулігіне ішек қалдықтарының шамамен параметрлері:

<variant> қалдық көлемі 200,0 г дейін. сұйықтық мөлшері 60-80 дейін%

<variant> қалдық көлемі 100,0 г дейін. сұйықтық мөлшері 30 дейін%

<variant> қалдық көлемі 100,0 г дейін. сұйықтық мөлшері 95 дейін%

<variant> қалдық көлемі 300,0 г дейін. сұйықтық мөлшері 10 дейін%

<variant> қалдық көлемі 500,0 г дейін. сұйықтық мөлшері 10 дейін%

<question>Диарея болған кезде тәулігіне ішек қалдықтарының шамамен параметрлері:

<variant> қалдық көлемі 600,0 г дейін. сұйықтық мөлшері 95 дейін%

<variant> қалдық көлемі 200,0 г дейін. сұйықтық мөлшері 60-80 дейін%

<variant> қалдық көлемі 100,0 г дейін. сұйықтық мөлшері 30 дейін%

<variant> қалдық көлемі 300,0 г дейін. сұйықтық мөлшері 10 дейін%

<variant> қалдық көлемі 500,0 г дейін. сұйықтық мөлшері 10 дейін%

<question>Іш қату болған кезде тәулігіне ішек қалдықтарының шамамен параметрлері:

<variant> қалдық көлемі 100,0 г дейін. сұйықтық мөлшері 30 дейін%

<variant> қалдық көлемі 200,0 г дейін. сұйықтық мөлшері 60-80 дейін%

<variant> қалдық көлемі 100,0 г дейін. сұйықтық мөлшері 95 дейін%

<variant> қалдық көлемі 300,0 г дейін. сұйықтық мөлшері 10 дейін%

<variant> қалдық көлемі 500,0 г дейін. сұйықтық мөлшері 10 дейін

<question>Сау адамдардың ішек кеңістігіндегі сұйықтық алмасуының индикативті параметрлері:

<variant> шамамен 8-9 л алады, шамамен 98,5 сіңеді%

<variant> 5 л дейін түседі, оның 98,0 дейін сорылады%

<variant> шамамен 12 л, шамамен 90 сіңеді%

<variant> 7 л дейін жеткізіледі, оның 98,0 дейін сорылады%

<variant> 10 л дейін жеткізіледі, оның 98,0 дейін сорылады

<question>Тәулігіне ішекте сұйықтық алмасуды ескере отырып, диареяның дамуының мүмкін жағдайлары:

|                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                  | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 35 беті</p>                                                      |

<variant> шамамен 12 л, шамамен 90% сіңеді

<variant> шамамен 8-9 л алады, шамамен 98,5% сіңеді

<variant>5 л дейін түседі, оның 98,0 % дейін сорылады

<variant> шамамен 15 л, шамамен 90% сіңеді

<variant>1 л дейін түседі, оның 98,0 %дейін сорылады

<question>Ішекте тәулігіне сұйықтық алмасуды ескере отырып, іш қатудың даму шарттары:

<variant>5 л дейін түседі, оның 98,0 %дейін сорылады

<variant> шамамен 8-9 л алады, шамамен 98,5% сіңеді

<variant> шамамен 12 л, шамамен 90% сіңеді

<variant> шамамен 15 л, шамамен 90% сіңеді

<variant>1 л дейін түседі, оның 98,0 %дейін сорылады

<question>Ішектің ас қорытуын анықтайтын зерттеу әдісі:

<variant>копрограмма

<variant>ішек рентгеноскопиясы

<variant>колонофиброскопия

<variant>ішек микрофлорасын анықтау

<variant>ішек ирригоскопиясы

<question>Тік ішек пен сигма тәрізді ішектің күйін анықтауға мүмкіндік беретін зерттеу әдісі:

<variant>сигмодоскопия

<variant>радиотелеметрия

<variant>ішек рентгеноскопиясы

<variant> ирригоскопия

<variant> фиброгастроскопия

<question>Қалыпты дене бітімі бар сау адамдардағы бауырдың перкуссиялық өлшемдері

<variant>9 x 8 x 7 см

<variant>10 x 9 x 8 см

<variant> 7 x 8 x 9 см

<variant>12 x 10 x 8 см

<variant>8 x6 x 4 см

<question>Бауыр атрофиялық циррозындағы бауырдың перкуссиялық өлшемдері:

<variant>8 x 6 x4 см

<variant>9 x 8 x 7 см

<variant>9 x 8 x 9 см

<variant>12 x 10 x 8 см

<variant>10 x 9 x 8 см

<question>Бауырдың перкуссиялық өлшемдері гепатомегалия:

<variant>15 x 12 x 10 см

<variant>9 x 8 x 7 см

<variant> 7 x 8 x 9 см

<variant>8 x 6 x 4 см

<variant>12 x 10 x8 см

<question>Бауырдың аускультациясы болған жағдайда бағалы:

<variant> бауыр гемангиомасы

<variant> бауыр циррозы

<variant> холецистит

<variant> бауыр абсцесі

<variant> бауыр кисталары

<question>Ақуыз синтезінде бауыр қызметін анықтау үшін қолданылады:

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 36 беті</p>                                                      |

<variant>Сулем сынамасы, Вельтман таспасы

<variant>негізгі фосфатаза

<variant>Холестерин, бета липопротеидтер

<variant>трансаминазалар, альдолаза, лактатдегидрогеназа

<variant>Квик-Пытель сынамасы

<question>Бауырдың экскреторлық қызметін анықтау үшін қолданылады:

<variant>негізгі фосфатаза

<variant>Сулем сынамасы, Вельтман таспасы

<variant>Холестерин, бета липопротеидтер

<variant>трансаминазалар, альдолаза, лактатдегидрогеназа

<variant>Квик-пытель сынамасы

<question>Май алмасуының теңгерімсіздігі(дисбаланс):

<variant>Иценко-Кушинг ауруы

<variant>Жыныс бездерінің гипофункциясы

<variant>Симондс ауруы

<variant>майлы тағамдарды шектен тыс пайдалану

<variant>жыныс мүшелерінің дистрофиясы

<question>Қалқанша безі өндіреді:

<variant>Т3,Т4, ТТГ

<variant>ферменттер

<variant>17-ОКСД7-КС

<variant>инсулин

<variant>АКТГ

<question>Ұйқы безі өндіреді:

<variant>инсулин

<variant>АКТГ

<variant>ферменттер

<variant>17-ОКСД7-КС

<variant>Т3, Т4 ,ТТГ

<question>Инсулин көмірсулардың сақталуын келесі түрде ынталандырады:

<variant>глюкоза

<variant>лактоза

<variant>гликоген

<variant>сахароза

<variant>глюкозаминогликандар

<question>Ішкі секреция бездері бөледі:

<variant>гормондар

<variant>антихолинергиялық заттар

<variant>симпатолитиктер

<variant>бета-блокаторлар

<variant>ААФ ингибиторлары

<question>Ішкі секреция бездерінің секреттері бөлінеді. . . .

<variant>қан және лимфаға

<variant>өтке

<variant>асқазанға

<variant>ұйқы безіне

<variant>тер бездеріне

<question>Йодқа тәуліктік қажеттілік:

|                                                                                                                                |                                                                                   |                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/> <b>MEDISINA</b><br/> <b>AKADEMIASY</b><br/>         «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/> <b>MEDICAL</b><br/> <b>ACADEMY</b><br/>         АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| «Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы                                                                                        |                                                                                   | 47 / 11 - 2025                                                                                                            |
| Бақылау – өлшеуіш құралдары                                                                                                    |                                                                                   | 40 беттің 37 беті                                                                                                         |

<variant>100 мкг

<variant>50 мкг

<variant>150 мкг

<variant>250 мкг

<variant>1000 мкг

<question>Диффузды токсикалық зоб дамуының патогенетикалық механизмінің негізінде маңызды ...

<variant> тиростимуляциялаушы иммуноглобулиндердің жоғарылауы

<variant>катехоламиндер секрециясының жоғарылауы

<variant>қалқанша безді ынталандыратын гормон секрециясының жоғарылауы

<variant>тиреотропин-рилизинг гормонының секрециясының жоғарылауы

<variant>тіндердің қалқанша безінің гормондарына жоғары сезімталдығы

<question> Қант диабеті ..... алмасуы мен бұзылады.

<variant> көмірсу

<variant> ақуыз

<variant> май

<variant> су-тұз

<variant> витаминдер

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес инсулинге төзімділік аясында инсулин секрециясының үдемелі бұзылуы орын алатын қант диабетінің (СД) түрі – бұл . . . .

<variant> 2 типті ҚД

<variant> 1 типті ҚД

<variant> гестациялық ҚД

<variant> қайталама ҚД

<variant> басқа арнайы типті ҚД

<question>В12-тапшылықты анемияға тән зертханалық белгіні көрсетіңіз:

<variant>жоғары түстік көрсеткіш

<variant>тромбоцитоз

<variant>лейкоцитоз

<variant>эритроциттердің тұну жылдамдығының жоғарылауы

<variant>лимфоцитоз

<question>Жедел лейкоздың субстраттары болып табылады:

<variant>лейкоздық бласт жасушалары

<variant>лейкоздың жетілетін жасушалары

<variant>жетілген лейкоз жасушалары

<variant>жетілмеген лейкоз жасушалары

<variant>плазмалық жасушалар

<question>Жедел лейкоз - бұл келесіден туындайтын ісік:

<variant>сүйек кемігінен

<variant>лимфа түйіндерінің гемопоэтикалық ұлпасынан

<variant>бауырдың ретикулоэндотелиалды ұлпасынан

<variant>көкбауырдың ретикулоэндотелиалды ұлпасынан

<variant>бауырдың эндотелий ұлпасынан

<question>В-12 витаминінің сіңуіне қажетті факторды көрсетіңіз:

<variant>гастромукопротеин

<variant>тұз қышқылы

<variant>гастрин

<variant>пепсин

<variant>фолий қышқылы

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 38 беті</p>                                                      |

<question>Жедел лейкоз кезіндегі анемияның жиі кездесетін себебін атаңыз:

<variant>сүйек кемігінде эритроциттердің түзілуінің бұзылуы

<variant>сүйек кемігінде лейкоциттердің түзілуінің бұзылуы

<variant>эритропоэтин түзілуінің бұзылуы

<variant>темірдің сіңірілуінің бұзылуы

<variant>сүйек кемігінде тромбоциттер түзілуінің бұзылуы

<question>Қандағы тромбоциттердің қалыпты саны:

<variant>180 – 320 x 10<sup>9</sup> \л

<variant>50,0 – 180,0 x 10<sup>9</sup> \л

<variant>250,0 – 400,0 x 10<sup>9</sup> \л

<variant>350,0 – 450,0 x 10<sup>9</sup> \л

<variant>150,0 – 200,0 x 10<sup>9</sup> \л

<question>Қандағы тромбоциттер санының көбеюі аталады:

<variant>тромбоцитоз

<variant>лейкоцитоз

<variant>пойкилоцитоз

<variant>анизоцитоз

<variant>эритроцитоз

<question>“Тромбоцитопения” мынаны білдіреді:

<variant>тромбоциттер санының төмендеуі

<variant>тромбоциттердің гипофункциясы

<variant>қандағы тромбоциттер санының артуы

<variant>тромбоциттер гиперфункциясы

<variant>эритроциттер санының азаюы

<question>Қандағы лейкоциттер санының көбеюі қалай аталады:

<variant>лейкоцитоз

<variant>эритроцитоз

<variant>лимфоцитоз

<variant>тромбоцитоз

<variant>анизоцитоз

<question>Қандағы лейкоциттер санының азаюы қалай аталады:

<variant>лейкопения

<variant>эритропения

<variant>лимфопения

<variant>лимфоцитоз

<variant>лейкоцитоз

<question>72 жастағы әйел дәрігерге тыныштықта еңгізуге, жүрек соғысына, қызғылт түсті қақырықпен жөтелге, мазасыздық сезіміне, айқын әлсіздікке шағымданып жүгінді. Анамнезден: соңғы 25 жылдағы артериялық гипертензия, миокард инфарктісі болды. Тексеру кезінде: ортопноэ позициясы, жүрек тондары тұйық, ырғағы дұрыс, жиі қарыншалық экстрасистолаармен үзіледі. Қан қысымы 220/120 мм. сын. бағ. Көз тамырларының түбін зерттеу: көру нервтерінің дискісінің ісінуі. Зәр анализі: ізді протеинурия. Науқаста дамыған ықтимал асқынуды тандаңыз:

<variant>өкпе ісінуі

<variant>ми қан айналымының жедел бұзылуы

<variant>жедел бүйрек жеткіліксіздігі

<variant>торлы қабықтың бөлінуі

<variant>миокард инфарктісі.

|                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                          |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 39 беті</p>                                                      |

<question>60 жастағы ер адамда дәрігердің қабылдауында келесі белгілер анықталады: жоғары тұрақты систолалық гипертензия, желке аймағындағы таңертеңгі бас ауруы, жүрек соғысы, көру қабілетінің нашарлауы. Көз түбінде: IV дәрежелі ангиоретинопатия. Эпигастрийде систолалық шу естіледі. Гипертензияның себебі болып табылады:

- <variant>іштің қолқа атеросклерозы
- <variant>бастапқы гиперальдостеронизм
- <variant>созылмалы гломерулонефрит
- <variant>простата аденомасы
- <variant>феохромоцитома

<question>28 жастағы әйел, учаскелік дәрігердің қабылдауында бас ауруына, айналуына шағымданады. Анамнезден: стенокардия ұстамаларын атап өтеді, дәрігердің нұсқауы бойынша мезгіл-мезгіл нитраттар, аспирин қабылдайды. Соңғы 8 жылда ол бронх демікпесімен ауырады, ұстамаларды ингаляторлармен тоқтатады. Тексеру кезінде: тері бозғылт, мойын тамырларының пульсациясы байқалады. Жүректің шекаралары солға қарай ығысқан, жүрек соғысы резистентті, солға және төменге ығысқан. Жүрек аускультациясы кезінде тыңдалады: оң жақтағы II қабырғааралықта жұмсақ протодиастолалық шу, жүрек соғу жиілігі минутына 82 рет, қан қысымы 185/60 мм.сын. бағ.

Артериялық гипертензияның себебі:

- <variant>атеросклерозды генезді қолқа қақпақшасының жеткіліксіздігі
- <variant>эссенциальды артериялық гипертензия
- <variant>дәрілік-индуцирленген артериялық гипертензия
- <variant>натрийдің біріншілік бүйрек ретенциясы
- <variant>"ақ халат"гипертензиясы

<question> 30 жастағы ер адам медициналық пунктке ауыр жағдайда жеткізілді. Тері мен шырышты қабаттар цианотикалық. Пульс минутына 146 рет, әлсіз толыққанды . Қан қысымы 90/60 мм. сын.бағ. Тыныс алу жиі және беткей . Дене температурасы 40,6° С. терінің көкшіл түсі "цианоз" байланысты :

- <variant> қалпына келтірілген қан гемоглобинінің деңгейін жоғарылатумен
- <variant> эритроциттер мен қан гемоглобинінің жоғарылауымен
- <variant> ағзадағы газ алмасу деңгейінің жоғарылауымен
- <variant> перифериялық тамырлардағы қанның іркілуімен
- <variant> перифериялық тамырлардың тарылуымен

<question> Наукас 36 жаста бетінің ісінуіне, бас ауруына, зәр мөлшерінің азаюына және түсінің қызғылт-қоңыр түске өзгеруіне шағымданып түсті. Анамнезінен: 2 апта бұрын баспамен ауырған. Қарап тексергенде: АҚҚ 170/100 мм с.б.б. ст., зәрде белок 3,5 г/л, эритроциттер көп мөлшерде.Тез үдемелі дамитын гломерулонефриттің асқынуын көрсетіңіз:

- <variant> жедел бүйрек жеткіліксіздігі
- <variant> артериялық гипертензия
- <variant> өкпенің ісінуі
- <variant> жүрек жеткіліксіздігі
- <variant> тыныс алу жеткіліксіздігі

<question> Мембраналық гломерулонефритке тән морфологиялық белгіні көрсетіңіз:

- <variant> базальды мембрананың қалыңдауы
- <variant> мезангиальды жасушалардың көбеюі
- <variant> бүйрек өлшемдерінің ұлғаюы
- <variant> шумақша көлемінің азаюы
- <variant> CLS жоғарылауы

<question> Шумақтарда жарты айдың түзілуімен сипатталатын гломерулонефрит түрін көрсетіңіз:

- <variant> Жылдам прогрессивті

|                                                                                                            |                                                                                   |                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY</p> <p>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY</p> <p>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы</p> <p>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                          |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025</p> <p>40 беттің 40 беті</p>                                                      |

<variant> Инфекциядан кейінгі

<variant> Мембраналық

<variant> Фокальды сегменттік

<variant> Оң қол

<question> 25 жастағы ер адам қатты ісіну, тәуліктік зәр мөлшерінің төмендеуі, бас ауруы, еңтігу шағымдарымен түсті. Биохимиялық қан анализі: жалпы белок 48 г/л, альбумин 20 г/л, холестерин 8,9 ммоль/л. Жалпы зәр анализі: белок 5,5 г/л, эритроциттер 8-10 көру алаңында, цилиндрлер-гиалинді және түйіршікті пішінді. АҚҚ 120/80 мм. сын.бағ. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> нефротикалық синдром

<variant> жедел гломерулонефрит

<variant> жүйелі қызыл жегі

<variant> гипертония

<variant> созылмалы пиелонефрит

<question> Наукас 22 жаста, айқын ісінуге, қан қысымының жоғарылауына, зәр көлемінің азаюына, әлсіздікке шағымданып келді. АҚҚ 170/110 мм сын.бағ. шағымдарымен түсті. Биохимиялық қан анализі: креатинин -620 мкмоль/л, мочевина -25 ммоль/л, калий -5,8 ммоль/л. Жалпы зәр анализі: эритроциттер 30-40 көру алаңында, белок 4,6 г/л, цилиндрлер-түйіршікті пішінді. Бүйрек биопсиясы: шумактардың 70%-дан астамында жарты ай тәрізді түзілістер. Наукастағы гломерулонефрит түрін көрсетіңіз:

<variant> Тез үдемелі гломерулонефрит

<variant> Мембранопротрофиеративті гломерулонефрит

<variant> Минималды өзгеріс ауруы

<variant> FІgA нефропатиясы

<variant> ошақты сегменттік гломерулосклероз

<question> 27 жаста ер адам ісінуге, қан қысымының жоғарылауына шағымдарымен түсті. Анамнезінде: жақында тері инфекциясымен ауырған. Биохимиялық қан анализінде: креатинин 170 мкмоль/л, С3 комплементі төмендеген. жалпы зәр анализі: белок 3,0 г/л, эритроциттер 20-30 көру аймағында. Бүйрек биопсиясы: электронды микроскопиялық зерттеуде көрнекті субэпителиальды «дөңес»(горбы). Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> жедел постстрептококкты гломерулонефрит

<variant> Гудпастер синдромы

<variant> жедел нефрит

<variant> минималды өзгеріс ауруы

<variant> тромботикалық микроангиопатия

<question> Созылмалы пиелонефритпен ауыратын 21 жастағы наукас әйел, жағдайының нашарлауына шағымданады: бел аймағындағы ауырсыну, әлсіздік, салмақ жоғалту. Биохимиялық қан анализі: креатинин мен мочевинаның жоғарылауы. Жалпы зәр анализі: тығыздығы 1,008, лейкоциттер 20-30 көру аймағында, бактериурия (+++). УДЗ: бір бүйректің бүрісуі. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> созылмалы бүйрек ауруы

<variant> жедел бүйрек жеткіліксіздігі

<variant> гидронефроз

<variant> бүйректің поликистозы

<variant> бүйректік артериялық гипертензия

<question> Нефритикалық синдромға тән негізгі клиникалық симптомды таңдаңыз:

<variant> артериялық гипертензия

<variant> гиперлипидемия

<variant> гипергликемия

<variant> гипогликемия

|                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                          |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 41 беті</p>                                                      |

<variant> никтурия

<question> Нефриттік синдромда жоғарылайтын зертханалық көрсеткішті көрсетіңіз:

<variant> креатинин және мочеви́на

<variant> альбумин

<variant> глюкоза

<variant> натрий

<variant> калий

<question> 25 жастағы ер адам емханаға тәбетінің төмендеуіне, терісінің қышуына, түнде жиі зәр шығаруға, әлсіздікке шағымданып келді. Соңғы екі аптада артериялық қан қысымның жоғарылауы байқалды (180/110 мм.сын.бағ.дейін). Жалпы зәр анализі: протеинурия 2,6 г/тәу, изостенурия, микрогематурия. Биохимиялық қан анализі: креатинин – 440 мкмоль/л, мочеви́на – 16 ммоль/л, калий – 5,6 ммоль/л. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі

<variant> жедел гломерулонефрит

<variant> нефротикалық синдром

<variant> жедел тубулоинтерстициалды нефрит

<variant> бүйректің поликистозы

<question> 26 жастағы ер адам 2 қатты әлсіздікке, тәбетінің төмендеуіне, терісінің қышуына, түнде жиі зәр шығаруға шағымданып келді. Соңғы екі аптада артериялық қан қысымның жоғарылауы байқалды (180/110 мм.сын.бағ. дейін): Анамнезінен: 15 жылдан бері гипертониямен ауырады. креатинин – 450 мкмоль/л, мочеви́на – 18 ммоль/л, калий – 5,6 ммоль/л.

<variant> созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі

<variant> жедел гломерулонефрит

<variant> нефротикалық синдром

<variant> жедел тубулоинтерстициалды нефрит

<variant> бүйректің поликистозы

<question> 30 жастағы науқас қыз бел аймағындағы ауру сезіміне, дене температурасының 38,5 °C дейін көтерілуіне, әлсіздікке, жиі және ауырсынумен зәр шығаруға шағымданып келді. Жалпы зәр анализінде лейкоциттер 5-6 к/а, белок іздері, бактерия++. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> жедел пиелонефрит

<variant> гломерулонефрит

<variant> цистит

<variant> уролитиаз

<variant> жедел аппендицит

<question> Әйел, 45 жаста, созылмалы пиелонефритпен ауырады. Бел аймағындағы қайталанатын ауру сезіміне және шаршағыштыққа шағымданады. Бүйрек қызметін бағалау үшін сынақты таңдаңыз:

<variant> бүйрек сцинтиграфиясы

<variant> цистоскопия

<variant> Нечипоренко бойынша зәр анализі

<variant> жалпы қан анализі

<variant> экскреторлық урография

<question> 32 жастағы әйел науқас бел аймағындағы ауру сезіміне, дене қызуының жоғарылауына (39°C дейін), қалтырауға, жиі ауырсынумен зәр шығаруға шағымдарымен түсті. Жалпы зәр анализінде: лейкоциттер барлық көру аймағын қамтиды, бактериялар (+++), белок 0,5 г/л. Пиелонефриттің себебін анықтау үшін қажетті тексеруді көрсетіңіз:

<variant> зәрді бактериологиялық егу

<variant> Зимницкий бойынша зәр анализі

<variant> Жалпы қан анализі

|                                                                                                          |                                                                                   |                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«O'ntustik Qazaqstan medicina akademiasy» AQ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                           |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 42 беті</p>                                                      |

<variant>омыртканың бел аймағы MPT-сы

<variant> Реберг бойынша зәр анализі

<question> 40 жастағы әйел бел аймағындағы ауру сезіміне, дене қызуының көтерілуіне, қалтырауға шағымданып түсті. Дәрігер алдын ала диагноз қойды: жедел пиелонефрит. Бұл жағдайда жалпы қан анализінде жоғары зертханалық көрсеткіштерді көрсетіңіз:

<variant> лейкоциттер және ЭТЖ

<variant> тромбоциттер

<variant> гемоглобин

<variant> креатинин және мочеви́на

<variant> амилаза

<question> 52 жастағы ер адам бірнеше жылдан бері созылмалы пиелонефритпен ауырады, жағдайының нашарлауына шағымданады. УДЗ-де бүйрек көлемінің кішірейгені, бүйрек тостағанша-табақша жүйесінің деформациясы анықталды. Бұл жағдайда созылмалы пиелонефриттің асқынуын көрсетіңіз:

<variant> бүйрек жеткіліксіздігі

<variant> гипертониялық криз

<variant> эссенциалды гипертензия

<variant> бүйрек туберкулезі

<variant> гидронефроз

<question> 37 жастағы науқас әйел, қайталанатын пиелонефритпен ауыратын түнгі диурездің айқын көрінісін, шаршауды және терінің қышынуы анықталды. Жалпы қан анализі: креатинин -280 мкмоль/л, мочеви́на -15 ммоль/л. Жалпы зәр анализінде: салыстырмалы тығыздығы 1010, лейкоциттер 10-15 көру аймағында.Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі

<variant> жедел бүйрек жеткіліксіздігі

<variant> пиелонефриттің өршуі

<variant> нефротикалық синдром

<variant> гломерулонефрит

<question> 48 жастағы ер адам АҚҚ 180/110 мм. сын.бағ. дейін көтерілуіне,бас ауруына, жалпы әлсіздікке және физикалық белсенділікке төзімділіктің төмендеуіне шағымданады. Анамнезінде: созылмалы пиелонефрит диагнозы қойылған. Қарап тексергенде: айқын ісінулер жоқ, пульс 82 рет/мин. Биохимиялық қан анализі:креатинин -150 мкмоль/л, мочеви́на -10,5 ммоль/л, гиперкалиемия жоқ. Бүйрек УДЗ: оң бүйрек 8,5 см дейін кішірейген, паренхимасы жұқарған; сол бүйрек өзгеріссіз. Осы науқаста гипертонияның даму себебін көрсетіңіз:

<variant> ренопаренхималық гипертензия

<variant>эндокриндік гипертензия (феохромоцитома)

<variant> реноваскулярлық гипертензия

<variant> біріншілік артериялық гипертензия

<variant> гиперальдостеронизмге байланысты гипертензия

<question> Науқас 70 жаста, 2 типті қант диабетімен ауырады. Қан қысымының жоғарылауы фонында ісіну, протеинурия 3 г/тәу, креатинин деңгейі 250 мкмоль/л пайда болды. Қант диабетінің асқынуын көрсетіңіз:

<variant> диабеттік нефропатия

<variant> диабеттік кетоацидоз

<variant> жедел пиелонефрит

<variant> гломерулонефрит

<variant> созылмалы жүрек жеткіліксіздігі

|                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                          |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 43 беті</p>                                                      |

<question> 65 жастағы әйел науқас бас ауруы, ісіну және әлсіздік шағымдарымен түсті. Биохимиялық қан анализі: креатинин деңгейі- 550 мкмоль/л, мочевина -25 ммоль/л. Гипертония және созылмалы бүйрек ауруымен ауырады. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі, терминалдық сатысы

<variant> жедел бүйрек жеткіліксіздігі

<variant> созылмалы бүйрек ауруы, 3 саты

<variant> гломерулонефрит

<variant> реноваскулярлық гипертензия

<question> 48 жастағы әйел өңеш пен асқазанның ауырсынуына, іштің кебуіне, сұйық нәжісіне, соңғы 15 айда шаршағандығына шағымданады. Осы кезеңде ол 18 кг-ға салмақ жоғалтты. Дисфагияның қайыпті себебі:

<variant> өңештің ісігі

<variant> өңештің күйік стенозы

<variant> сырттан өңештің қысылуы

<variant> өңеш дивертикулы

<variant> өңеш қабынуы

<question> 40 жастағы әйел физикалық жүктемге байланысы жоқ жүрек тұсындағы ауырсынуға, терінің құрғауына, бас айналуына, іш қатуына, түнгі және аш қарында болатын эпигастрий тұсындағы ауырсынуға, үдемелі әлсіздікке шағымданады. Жуырда жұмыста жағымсыз жағдай болған, бұрын-соңды ауырмаған. Диагнозды нақтылау үшін диагностикалық тексеру жүргізіледі:

<variant> фиброгастродуоденоскопия

<variant> электрокардиография

<variant> сигмоидоскопия

<variant> невропатолог консультациясы

<variant> клиникалық қан анализі

<question> Науқас К., 46 жаста отбасылық дәрігерге іштің кебуі, эпигастрий тұсындағы жайсыздық, тамақ қабылдағаннан соң болатын ауамен кекіру, қышқыл құрамды құсу шағымдарымен келді. Пальпациялау кезінде эпигастрий аймағында ауырсыну байқалды. Науқасқа жүргізілетін қажетті аспаптық тексеру...

<variant> фиброгастродуоденоскопия

<variant> жасырын қанға нәжісті талдау

<variant> бариймен контрастты рентгеноскопия

<variant> ультрадыбысты зерттеу

<variant> радионуклидты тексеру

<question> Ер адам 47 жас, 15 жыл бойы созылмалы панкреатитпен ауыратын науқас. Ұйқы безінің кальцинозын анықтаудың қарапайым жолы... болып табылады.

<variant> рентгенография

<variant> лапаротомия

<variant> лапароскопия

<variant> ирригоскопия

<variant> холангиография

<question> Ер адам 40 жаста, отбасылық дәрігер "бірінші рет анықталған 12 елі ішектің жарасы" диагнозын қойды. Науқасты тексерудің жетекші әдісі... болып табылады.

<variant> фиброгастродуоденоскопия

<variant> жалпы қан талдауы

<variant> асқазан шырынының талдауы

<variant> жасырын қанға нәжісті талдау

<variant> дуоденальды зондтау

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 44 беті</p>                                                      |

<question>Ер адам 45 жаста дәрігер қабылдауында әлсіздікке, жүрек айнуына, оң жақ қабырға астындағы ауырсынуға шағымданады. 2 жыл бойы ауырады. Ішімдік, майлы тамақ ішкеннен кейін жағдайының нашарлауы. Объективті: тері және склераның сарғаюы, несеп "сыра түсті", нәжісі түссізденген. Бауыры 5 см ұлғайған, жиегі дөңгеленген. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant>созылмалы гепатит

<variant>жедел вирусты гепатит

<variant>бауыр циррозы

<variant>бауыр рагы

<variant>Жильбер синдромы

<question>Ер адам 40 жаста, бронх демікпесімен 10 жылдан астам ауырады. Тұрақты түрде холинолитиктер, ингаляционды ГКС, бета-агонисттер, теofilлин қабылдайды. Соңғы кездері түнгі мезгілде кеудеде күйдіру сезімі, дисфагия, қыжылдау байқалады. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant>гастроэзофагеальды ауру

<variant>кандидозды фарингит

<variant>ЖИА, күштемелі стенокардия

<variant>көмей стенозы

<variant>асқазан ойық жарасы

<question>Ер адам 52 жаста, клиникаға үнемі болатын құсу, жалпы әлсіздік, эпигастрий аймағында тұрақты ауырсыну шағымдарымен қаралды. Ауырсыну ішімдік, майлы тағам қабылдағаннан 50-60мин өткеннен соң пайда болады. Қарау кезінде: Мейо-Робсон симптомы оң, эпигастрий тұсында ауырсыну. Жалпы қан анализінде лейкоциттер  $12 \times 10^9/\text{л}$ , ЭТЖ- 18 мм/сағ. Сіздің, алдын ала диагнозыңыз:

<variant>созылмалы панкреатит

<variant>созылмалы холецистит

<variant>асқазан ойық жарасы

<variant>созылмалы гастрит, В түрі

<variant>ГЭРА

<question>29 жастағы әйелде кенеттен жүрек айнуы, құсу, дене қызуының жоғарылауы, диарея күніне 6-8 рет сасық иісті жасыл түсті нәжіс байқалды. Сіздің, алдын ала диагнозыңыз:

<variant>инфекциялы диарея

<variant>инфекциялық емес диарея

<variant>спецификалық емес жаралы колит

<variant>Крон ауру

<variant>жіңішке ішектің дивертикулезі

<question>35 жастағы ер адам аймақтық дәрігер қабылдауында ас ішкеннен кейін 1,5-2 сағаттан соң, жиі аш қарынға және түнде ауырсынуға шағымданады. Ауырсыну тамақ ішкеннен кейін басылады. Іштің пальпациясы кезінде төс асты аймағында және кіндік маңындағы ауырсыну анықталды. Науқаста айқын астеновегетативті синдром. Науқас стационарлық емдеуді қажет етеді ме:

<variant>Иә, себебі науқаста бірінші рет анықталған 12 елі ішек ойық жарасы

<variant>Иә, себебі науқаста бірінші рет анықталған асқазан ойық жарасы

<variant>Иә, себебі науқаста айқын астеновегетативті синдром

<variant>Жок, себебі науқаста ойық жара асқынбаған

<variant>Иә, себебі науқасқа ауруханада эндоскопиялық тексеру жүргізіледі

<question>47 жастағы науқас, тігінші, ауруханада терінің сарғаюына, оң жақ қабырға астындағы ұстама тәрізді ауырсынуына 2-ші күнінде зәрдің қоңырлануына, майлы тамақ ішкеннен кейін құсуға және ауыр зат көтергенде ауырсынуға шағымданады. Бұрын оң жақта ауырсыну байқалды, ауырсыну оң жақ иық аймағына, жауырынға беріледі, аузында ащы дәм сезу пайда болды. Дене салмағының жоғарылауы, ДСИ 38кг/м<sup>2</sup>, жасыл-сары тері, қабақтың ксантелазмасы, оң жақ қабырға астында іштің

|                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                  | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 45 беті</p>                                                      |

ауырсынуы, бауыр 8-7-6 см. Талдауларда: билирубин 154 мкмоль / л, (тікелей 112, жанама 42), алт-36ме/л, аст – 25 ме/л, холестерин 8,1 ммоль/л; сілтілік фосфатаза 196 ме /л.

Осы науқаста аталған ықтимал синдромдар :

<variant>холестаз

<variant>ақуыз-синтетикалық жеткіліксіздігі

<variant>мезенхималық қабыну

<variant> гиперазотемия

<variant> цитолиз

<question>63 жастағы науқас, жалпы әлсіздікке, есте сақтау қабілетінің төмендеуіне, ұйқының бұзылуына, құсуға, ықылық тиюге шағымданады. Анамнезінде –18 жылдан астам уақыт бауыр циррозымен ауырады, шамамен бір апта -нашарлау: депрессия мен апатия эйфориямен немесе агрессиямен ауыстырылады. Қарап тексергенде: қозғалыс пен сөйлеудің баяулауы, бауырлық иіс, дене салмағының төмендеуі, иық белдеуінің бұлшық еттерінің атрофиясы, дірілдеу, сарғаю, тері геморрагиялары, гинекомастия, алақан эритемасы, асқазан үлкейген - асцит. Курлов бойынша бауырдың өлшемі 7-6-5 см, көкбауыр 14x8 см. Аталған синдромдардың қайсысы бауыр циррозының өршуімен байланысты:

<variant> бауыр жеткіліксіздігі

<variant> бауыр комасы

<variant>гепатолиенальді

<variant> ісік-асцит

<variant> бауыр энцефалопатиясы

<question>Науқас Б., ауруханада жалпы әлсіздікке, есте сақтау қабілетінің төмендеуіне, ұйқының бұзылуына, құсуға, ықылық тиюге шағымданады. Анамнезінде-10 жыл бауыр циррозымен ауырады, бір апта ішінде нашарлау, депрессия мен апатия эйфориямен немесе агрессиямен ауыстырылады. Қарап тексергенде: қозғалыс пен сөйлеудің баяулауы, бауырлық иіс, дене салмағының төмендеуі, иық белдеуінің бұлшық еттерінің атрофиясы, дірілдеу, сарғаю, терінің геморрагиясы, гинекомастия, алақан эритемасы, асқазан асциттің әсерінен үлкейген. Курлов бойынша бауырдың мөлшері 7-6-5 см, көкбауыр 15x9 см. Осы науқаста қан сарысуының келесі көрсеткіштерінің қайсысы жоғарылауы мүмкін:

<variant> аммиак

<variant> альбумин

<variant> холестерин

<variant>протромбин

<variant>жалпы ақуыз

<question>33 жастағы науқас, аспазшы, терінің сарғаюына, зәрдің қоңырлануына, 2-ші күні оң жақ қабырға астының ұстама тәрізді ауырсынуына, майлы тамақ ішкеннен кейін құсуға және ауырсынуға шағымданды. Анамнезінде- оң жақта ауырсыну байқалды, ауырсыну оң жақ иық аймағына, жауырынға беріледі, аузында ащы дәм сезу пайда болды. Қарау кезінде-жоғары тамақтану, ДСИ 37кг / м2, жасыл-сары тері және шырышты қабақтар, қабақтың қсантазмасы. Пальпацияда - оң жақ қабырға астының ауырсынуы. Курлов бойынша бауырдың өлшемдері 8-7-6 см. Талдауларда: билирубин-164мкмоль/л, (тікелей 122, жанама 42), алт - 38ме/л, аст - 29ме/ л, гГТП-96ме; альбуминдер 40 г/ л, холестерин 8,4 ммоль / л. Осы зерттеу әдістерінің қайсысы бұл жағдайда ақпаратты:

<variant> құрсақ қуысы ағзаларының удз-і

<variant> құрсақ қуысы ағзаларының шолу рентгеноскопиясы

<variant> бауырдың пункциялық биопсиясы

<variant> фиброгастродуоденоскопия

<variant>ирригоскопия

|                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                          |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 46 беті</p>                                                      |

<question>37 жастағы науқас, аспаз болып жұмыс істейді, терінің сарғаюына, зәрдің қоңырлауына, 2 күн бойы оң жақ қабырға астының ұстама тәрізді ауырсынуына, майлы тамақ ішкеннен кейін құсуға және ауыр зат көтергенде ауырсынуға шағымданады. Бұрын оң жақта ауырсыну байқалды, ауырсыну оң жақ иық аймағына, жауырынға беріледі, аузында ащы дәм сезу пайда болды. Қарау кезінде-дене салмағының артуы, ДСИ 37кг / м2, жасыл-сары тері және шырышты қабаттар, қабақтың ксантелазмасы. Пальпацияда - оң жақ қабырға астының ауырсынуы. Курлов бойынша бауырдың өлшемдері 8-7-6 см. Талдауларда: билирубин 186мкмоль / л, (тура 168, жанама 18), алт 38ме/л, аст 29ме / л, гтгп 96ме; альбуминдер 40 г/ л, холестерин 8,4 ммоль / л. Ықтимал сарғаю түрлерін атаңыз

<variant> механикалық сарғаю

<variant> паренхиматозды сарғаю

<variant> гемолитикалық сарғаю

<variant> жедел бауырлық А вирусты гепатитіне байланысты

<variant> созылмалы бауырлық В вирусты гепатитіне байланысты

<question>Әйел адам емханаға терінің сарғаюы, зәрдің қоңырлануына, әлсіздікке, енгізу туралы шағымдармен жүгінді. 12 жасында В вирусты гепатитімен ауырды. Қалыпты тамақтану, тері және көзге көрінетін шырыш сарғыш, арқасында бірен саран телангиэктазия. Іш пальпациясы кезінде оң жақ қабырға астының ауырсынуы, бауыр қабырға доғасынан 2,5 см төмен, көкбауыр 9, 0х5, 0 см. Талдауларда: билирубин 111мкмоль/л, (тікелей 55, тікелей емес 56) алт-37ме/л, аст-27ме/ л, гтгп-110ме; альбуминдер 43 г/л, холестерин- 4,3; сілтілі фосфатаза -186 хб / л, hbsag (+).

Жоғарыда айтылғандардың қайсысы сарғаю синдромының ықтимал себебі болып табылады:

<variant>В вирусты гепатиті

<variant>алкогольді қабылдау

<variant> С вирусты гепатиті

<variant> қан сарысуындағы темірдің жоғарылауы

<variant>гепатоуытты дәрілік препараттарды қабылдау

<question>Әйел адам, емханаға терінің және көздің сарғаюы, зәрдің қоңырлануы, әлсіздік, енгізу шағымдарымен келді. Тексеру кезінде қалыпты тамақтану, тері және көзге көрінетін шырыш сарғыш, арқасында бірен саран телангиэктазия. Іш пальпациясы кезінде оң жақ қабырға астының ауырсынуы, бауыр қабырға доғасынан 3 см төмен,көкбауыр 8,0х4, 0 см. Талдауларда: билирубин 110мкмоль/л, (тікелей 55, тікелей емес 55) алт 38ме/л, аст 29ме/ л, гтгп 112ме; альбуминдер 40 г/л, холестерин 4,1; сілтілі фосфатаза 200ме / л, hbsag(+). Бұл науқаста жоғарыда аталған қандай сарғаю түрлері неғұрлым ықтимал :

<variant> созылмалы В вирустық гепатитіне байланысты бауыр сарғаюы

<variant> алименттік зақымданумен байланысты бауыр сарғаюы

<variant>алименттік зақымданумен байланысты бауырасты сарғаюы

<variant> алименттік зақымданумен байланысты бүйрекүсті сарғаю

<variant> жедел А вирустық гепатитіне байланысты бауыр сарғаюы

<question>Науқас 22 жаста, емханаға терінің және көздің сарғаюының пайда болуы, зәрдің қоңырлануына туралы шағымдармен жүгінді. Анамнезінде: вирустық гепатит, операцияларды жоққа шығарады. Тексеру кезінде-тері мен шырышты қабаты лимон сары түсті, тілі таза. Пальпация кезінде – іші жұмсақ, бауыр ұлғаймаған, көкбауырдың төменгі полюсі пальпацияланады. Қанның жалпы талдауында: нв 100г/л, эритроциттер 2,8х1012/л.б/х қан талдауы - жалпы билирубин 67 мкмоль/л (тікелей емес 52 мкмоль/л), алт 37 ме / л. несепте е - уробилиноидтар, нәжісте - стеркобилиногендер көп мөлшерде. Осы науқаста жоғарыда аталған қандай сарғаю түрлері неғұрлым ықтимал :

<variant> гемолитикалық

<variant> механикалық

<variant> паренхиматозды

<variant> жедел А вирустық гепатитіне байланысты бауыр сарғаюы

|                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                          |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 47 беті</p>                                                      |

<variant> созылмалы В вирустық гепатитіне байланысты бауыр сарғаюы

<question>Науқас 56 жаста, жұмыс істемейді, іштің ұлғаюына, ентігуге, әлсіздікке, оң жақ қабырға астының ауырсынуына, диспепсияға шағымданады. Анамнезінде-14 жыл бойы В гепатитімен ауырады, соңғы 6 айда салмақ жоғалту, терінің көгеруі байқалады. Қарау кезінде-тері және шырышты қабаттар сарғайған, қол мен аяқ бұлшықеттерінің атрофиясы, иық пен арқа аймағындағы телеангиэктазия, гинекомастия, алақан эритемасы. Іші күрт үлкейген және кернеулі, кіндіктің шығуы, іштің алдыңғы қабырғасындағы тері астындағы веноздық тор, бауыр тығыздалған, курлов бойынша 15-12-10 см, көкбауыр 19х8 см. Іштің иілген жерлерінде перкуторно-бұлыңғыр дыбыс, жоғарғы бөлігінде – тимпанит. Жоғарыда айтылғандардың қайсысы іштің кеңеюінің ықтимал себебі болып табылады:

<variant> іш қуысында сұйықтықтың болуы

<variant> бауыр мен көкбауырдың едәуір ұлғаюы

<variant>көкбауырдың едәуір ұлғаюы

<variant>ішекте газдардың болуы

<variant>сөміздік

<question>56 жастағы науқас, заңгер, ауруханада шағымданады: әлсіздікке, енжарлыққа, терінің сарғаюына, есте сақтау қабілетінің нашарлауы, оң жақ қабырға астының ауырсынуына, тәбеттің төмендеуіне, қызыл иектен қан кетуіне және іш кебуіне. Анамнезінде: шамамен 20 жыл гепатит С ауырады, соңғы 6 ай салмақ жоғалту, терідегі көгеру, тері және шырыштың сарғаюы, қол мен аяқ бұлшықеттерінің атрофиясы, иық пен арқа аймағындағы телеангиэктазия, гинекомастия, алақан эритемасы, іштің көлемі ұлғайған, алдыңғы іш қабырғасындағы тері астындағы веноздық тор. Пальпацияда - бауыр тығыз. Перкуссияда-Курлов бойынша бауырдың мөлшері 15-11-9 см, көкбауыр 12х8 см. Осы науқаста қандай аталған клиникалық синдромдар ықтимал:

<variant> бауыр жеткіліксіздігі

<variant>сарғаю

<variant> бауыр комасы

<variant>гепатолиенальді

<variant> ісік-асцит

<question>47 жастағы науқас, сырлаушы, әлсіздік, шаршағыштық сияқты шағымдармен медициналық орталыққа жүгінді. Анамнезінде-гемотрансфузиямен операция 2012 ж. Қарау кезінде-тері және шырышты қабаттар өзгерген жоқ, бауыр белгілері жоқ. Пальпация кезінде-бауыр тығыз, ауырсынусыз, курлов бойынша бауыр мөлшері 13-11-8см. ИФТ әдісімен қан сарысуындағы HBsAg, С гепатитіне антиденелер ( - ) анықталды; билирубин 16мкмоль/мл, алт 177м/л, аст 124м/л, пти 81%, альбуминдер 47г / л. УДЗ: бауыр паренхимасының диффузды өзгерістері, оң жағы 15,5 см, сол жағы 9,5 см. Осы зерттеу әдістерінің қайсысы бұл жағдайды ақпараттандырады:

<variant> бауырдың пункциялық биопсиясы

<variant> бауыр сцинтиграфиясы

<variant> бауырдың жанама эластометриясы

<variant> құрсақ қуысы ағзаларының компьютерлік томографиясы

<variant>копрограмма

<question>45 жастағы науқас, бағдарламашы, гепатитке күдікпен жүгінді. Мерзімді әлсіздікті, шаршауды атап өтеді. Анамнезде-2006 жылы гемотрансфузиямен сол жақтағы аяғы сынғаннан кейінгі операция. Пальпация кезінде бауыр тығыздалған. Курлов бойынша бауырдың көлемі 13-11-8 см. ИФТ әдісімен қан сарысуындағы HBsAg, С гепатитіне антиденелер ( - ) анықталды; билирубин 17мкмоль/мл, АЛТ 197МЕ / л, АСТ 130МЕ / л, ПТИ 83%, альбуминдер 41г / л. УДЗ: бауыр паренхимасының диффузиялық өзгерістері, оң үлесі 14,5 см, сол жағы-8 см, көкбауыр ауданы 40 см. Осы науқаста қандай клиникалық синдромдар ықтимал

<variant> цитализ

|                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| «Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы                                                                 |                                                                                   | 47 / 11 - 2025                                                                                   |
| Бақылау – өлшеуіш құралдары                                                                             |                                                                                   | 40 беттің 48 беті                                                                                |

<variant>акуыз-синтетикалық жеткіліксіздігі

<variant>мезенхималық қабыну

<variant> гиперазотемия

<variant>холестаз

<question>47 жастағы науқас, медициналық орталыққа мына шағымдарымен жүгінді: мерзімді әлсіздік, тез шаршағыштық. Анамнезінде – 2000 ж. сол аяқтың сынуынан кейінгі гемотрансфузиялы операция жасалған. Қарап тексергенде тері және шырышты қабаттары өзгермеген, бауыр стигмасы жоқ. Пальпацияда іші ауырсынусыз, бауыры тығыздалған. Бауыр мөлшері Курлов бойынша 13-11-8 см, көкбауыр ұлғаймаған. ИФА қан сарысуында HBsAg анықталды, С гепатитіне (-) антиденелер; билирубин 17 мкмоль/мл, АЛТ 198 ме/л, АСТ 123ме/л, ПТИ 84%, альбуминдер 40 г/л. УДЗ: бауыр паренхимасының диффузды өзгерістері, оң жақ бөлігі 12,5 см, сол жақ бөлігі 8 см, v.porte 0,8 см, көкбауыр аймағы 32 см2. Төменде аталған синдромдардың қайсысы осы науқаста ықтимал:

<variant>этиологиясы вирустық бауырдың қабынуы

<variant>бауыр жеткіліксіздігі

<variant>портальды гипертензия

<variant>асқазан диспепсиясы

<variant>ісіну-асцит

<question>Медициналық орталыққа 49 жастағы науқас, бауыр анализіндегі өзгерістер, гепатомегалия және гепатитке күдікпен келді. Мерзімді түрде әлсіздік, шаршау байқалады. Анамнезінде – 2002 ж. сол аяғы сынған гемотрансфузиялы операция жасалған. Қарап тексергенде тері және көзге көрінетін шырышты қабаттары өзгермеген. Пальпацияда бауыр шеті тығыздалған. Бауыр мөлшері Курлов бойынша 13-11-8 см, көкбауыр ұлғаймаған. ИФА қан сарысуында HBsAg анықталды, С гепатитіне (-) антиденелер; билирубин 15мкмоль/мл, АЛТ 200ме/л, АСТ 134МЕ/л, ПТИ 87%, альбуминдер 42г/л. УДЗ: бауыр паренхимасының диффузды өзгерістері, оң жақ бөлігі 13,5 см, сол жақ бөлігі 8 см, v.porte 0,9 см, көкбауыр аймағы 42 см2. Осы науқаста бауыр қабынуының ықтимал себебі қандай:

<variant>В гепатит вирусы

<variant>алкогольді ішу

<variant>С гепатит вирусы

<variant>Сарысудағы темірдің жоғарылауы

<variant>Гепатотоксикалық препараттарды қолдану

<question>52 жастағы әйел, дәрігер, емханаға оң жақ қабырға астындағы ауырлық сезіміне, тәбет пен салмақтың төмендеуіне, іш кебуіне шағымдарымен келді. Анамнезінде 15 жаста вирусты гепатит В болған. Қарап тексергенде салмағы 64 кг, бойы 175 см; терісі құрғақ, әр жерінде көгеру, мойын аймағында телеангиэктазия, пальмарлы эритемасы, оң жақ қабырға астындағы ауырсыну. Курлов бойынша бауыр 15-10-7 см, көкбауыр 11х5,5 см. Анализдерде: билирубин 19 мкмоль/л; АЛТ 25ме/л, АСТ 30ме/л, ГГТП 35МЕ; протромбин индексі 78%, фибриноген 7,3 г/л; холестерин 5,1 ммоль/л; тимол сынамасы 12 бірлік, альбуминдер 45 г/л, гамма-глобулиндер 25%, ЭТЖ 36 мм/сағ. Осы науқаста биохимиялық синдромдардың қайсысы ықтимал:

<variant>мезенхиманың қабынуы

<variant>акуыз-синтетикалық тапшылық

<variant>холестаз

<variant>цитоліз

<variant>азотемия

<question>Әйел адам, емханаға оң жақ қабырға астындағы ауырлық сезіміне, тәбет пен салмақтың төмендеуіне, іштің ұлғаюына шағымдарымен келді. Анамнезінен бала кезінде вирусты гепатитпен ауырған. Қарап тексергенде – тамақтануы төмендеген, терісі сарғыш реңді, әр жерінде көгерулер, мойын мен иық аймағында телеангиэктазия, пальмарлы эритемасы. Іші асцит әсерінен ұлғайған, кіндік шығыңқы, тері асты вена торы айқын. Курлов бойынша бауыр өлшемі: 15-10-7 см, көкбауыр 11х5,5

|                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                  | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 49 беті</p>                                                      |

см. б/х қан анализінде: билирубин 57 мкмоль/л; АЛТ 23ме/л, АСТ 31ме/л, протромбин индексі 60%, фибриноген 1,7г/л, жалпы белок 54г/л, альбумин 26г/л, холестерин 2,1ммоль/л. Осы науқаста биохимиялық синдромдардың қайсысы ықтимал:

<variant>акуыз-синтетикалық тапшылық

<variant>цитоллиз

<variant>холестаз

<variant>гиперазотемия

<variant>мезенхиманың қабынуы

<question>50 жастағы әйел, экономист, емханаға оң жақ қабырға астындағы ауырлық сезіміне, терісінің қышуына, тәбет пен салмақтың төмендеуіне, іштің кебуіне, әлсіздікке шағымданып келді. Анамнезінде 17 жаста вирусты гепатитпен ауырған. Қарап тексергенде – тәбеті төмендеген, терісі сарғыш реңді, тырнақ іздері бар, қабақтарында ксантелазма, пальмалы эритемасы. Пальпация – іші жұмсақ, оң жақ қабырға асты аймағында ауырсынады. Бауыр мөлшері Курлов бойынша 15-10-7 см, көкбауыр өлшемі: 11х5,5 см. Қан анализінде: жалпы билирубин 68,3 мкмоль/л, тікелей 49; АЛТ 43ме/л, ГГТП 112МЕ; альбуминдер 40 г/л, холестерин 8,1 ммоль/л; сілтілі фосфатаза 170м/л.

Осы науқаста биохимиялық синдромдардың қайсысы ықтимал:

<variant>холестаз

<variant>цитоллиз

<variant>гиперазотемия

<variant>мезенхиманың қабынуы

<variant>акуыз-синтетикалық тапшылық

<question>36 жастағы әйел, мұғалім, әлсіздікке, шаршағыштыққа, оң жақ қабырға астындағы ауырлық сезіміне, іштің кебуіне шағымданады. Анамнезінен 12 жаста вирусты гепатитпен ауырған. Қарап тексергенде, тамақтануы қалыпты, склерасы сарғыш реңді, арқада бір реттік телеангиоэктазиялар. Пальпацияда оң жақ қабырға астындағы ауырсыну. Бауыр мөлшері Курлов бойынша 13-10-7 см, көкбауыр өлшемі 8,0х4,0 см. Анализдерде: билирубин 23,3 мкмоль/л; АЛТ 123ме/л, АСТ 90ме/л, ГГТП 112 МЕ; альбуминдер 40 г/л, холестерин 4,1 ммоль/л; сілтілі фосфатаза 76 МЕ/л. Осы науқаста биохимиялық синдромдардың қайсысы ықтимал:

<variant>цитоллиз

<variant>азотемия

<variant>холестаз

<variant>мезенхиманың қабынуы

<variant>акуыз-синтетикалық тапшылық

<question>63 жастағы ер адам оң жақ қабырға астындағы ауырлық сезіміне, іштің ұлғаюына, зәр шығарудың төмендеуіне, тәбеттің төмендеуіне, салмақ жоғалтуға, нәжістің тұрақсыздығына, қатты әлсіздікке, қызыл иектің қан кетуіне шағымданып келді. Анамнезінде вирусты гепатитті жоққа шығарады, бұрын ішімдік ішкен. Жалпы қарауда – тамақтануы төмендеген, терісі сарғыш реңді, петехиялар және әр жерлерінде көгерулер. Бет, мойын және иық терісінде – телеангиоэктазия, алақан эритемасы. Іші үлкейген, салбыраған, кіндік шығыңқы, іштің алдыңғы және бүйір қабырғаларында кеңейген веноздық тор бар. Дәрігер алдын ала диагноз қойды: Портальды гипертензия синдромы. Төменде көрсетілген белгілердің қайсысы порталдық гипертензияға тән:

<variant>іш қуысының алдыңғы және бүйір қабырғаларында кеңейтілген веноздық тор

<variant>телеангиоэктазия

<variant>Петехия және көгеру

<variant>алақанның эритемасы

<variant>иктериялық тері рені

<question> 50 жастағы ер адам, ветеринар, қабылдау бөлімшесіне ішінің ұлғаюына, зәр мөлшерінің азаюына, дене салмағының төмендеуіне, нәжістің тұрақсыздығына, әлсіздікке, қызыл иектің қан

|                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                          |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 50 беті</p>                                                      |

кетуіне шағымдарымен келді. Анамнезінен алкогольді асыра пайдаланады. Қарап тексергенде – тамақтануы төмендеген, қабақтың және қолдың қалтырауы, тері жамылғысы сарғыш реңді, петехиялар және әр жерінде көгеру бар. Мұрын, бет, мойын және иық аймағында – телеангиэктазия, пальмарлы эритема. Іші үлкейген, салбыраған, кіндік шығыңқы, оның айналасында және іштің алдыңғы қабырғасында кеңейген көктамыр торы – Медуза басы бар. Бауыр мөлшері Курлов бойынша 17-14-10см, көкбауыр 13х7см. Төменде аталған синдромдардың қайсысы осы науқаста ықтимал:

- <variant>портальды гипертензия
- <variant>мальабсорбциямен жүретін ішек диспепсиясы
- <variant>бауыр энцефалопатиясы
- <variant>асқазан диспепсиясы
- <variant>холестаз

<question>55 жастағы ер адам, емханаға мына шағымдарымен келді: оң жақ қабырға астындағы ауырлық сезіміне, тәбетінің төмендеуіне, дене салмағының төмендеуіне, іштің кебуіне, нәжістің тұрақсыздығына, әлсіздікке. Анамнезінен – вирусты гепатитті жоққа шығарады, бұрын ішімдік ішкен. Қарап тексергенде дене салмағы төмендеген, ДСИ 17 кг/м2. Тері жабындылары сарғыш реңді, кей жерлерінде петехиялар мен көгерулер, телеангиэктазиялар, пальмарлы эритема, таңқурай түсті тіл. Пальпация кезінде оң жақ қабырға астындағы орташа ауыру сезімі, бауыр шеті тығыз, іші ұлғайған, кіндік айналасындағы тері асты веналары торы. Бауыр мөлшері Курлов бойынша 13-11-8 см, көкбауыр өлшемі 10х7 см. Төменде көрсетілгендердің қайсысы бауыр циррозының ең ықтимал себебі болып табылады:

- <variant>алкогольді асыра пайдалану
- <variant>артық салмақ
- <variant>есірткі қолдану
- <variant>В немесе С гепатиті вирусы
- <variant>өт қабының қабынуы

<question>55 жастағы ер адам, слесарь, емханаға мына шағымдарымен келді: оң жақ қабырға астындағы ауырлық сезіміне, тәбетінің төмендеуіне, дене салмағының төмендеуіне, ісінуге, нәжістің тұрақсыздығына, әлсіздікке. Анамнезінен – вирусты гепатитті жоққа шығарады, бұрын ішімдік ішкен. Қарап тексергенде – тері сарғыш реңді, тәбеті төмендеген, петехиялар мен әр жерлерінде көгерулер, телеангиэктазиялар. Пальмарлы эритема, таңқурай түстес тіл. Пальпацияда – оң жақ қабырға астындағы орташа ауырсыну, бауыр шеті тығыз, іші ұлғайған, кіндік айналасындағы тері асты веналарының торы. Бауыр мөлшері Курлов бойынша 14-11-7 см, көкбауыр өлшемі 11х6 см. Төменде аталған синдромдардың қайсысы осы науқаста ықтимал:

- <variant>бауыр циррозы
- <variant>экзокринді ұйқы безінің жеткіліксіздігі
- <variant>өт қабының тастармен қабынуы
- <variant>диареямен тітіркенген ішек
- <variant>бауыр асты сарғаюы

<question>44 жастағы ер адам мына шағымдарымен келді: тамақ ішкеннен кейін эпигастрий аймағындағы ауырсынуға, арқаға ауырсынумен беріледі, тамақтанудан қорқуға, жеңілдік әкелмейтін құсуға; көп мөлшерде майлы нәжіс, салмақ жоғалту. Анамнезінен алкогольді асыра пайдаланады. Тәбетінің төмендеуі, аяқ-қолдардағы бұлшықет атрофиясы, рубин тамшылары. Пальпацияда эпигастрийде және сол жақ қабырға астындағы ауырсыну. Қандағы амилаза, зәрдегі диастаза деңгейі жоғарылайды. Дәрігер ұйқы безінің экзокринді жеткіліксіздігі синдромын ұсынды. Төменде көрсетілген зерттеу әдістерінің қайсысы осы жағдайда ақпаратты болып табылады:

- <variant>Ұйқы безінің УДЗ-і
- <variant>эндоскопиялық ретроградты холангиопанкреатография
- <variant>гастродуоденофиброскопия

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 51 беті</p>                                                      |

<variant>Колонофиброскопия

<variant>Лапароскопия

<question>48 жастағы ер адам, құрылысшы, қабылдау бөліміне мына шағымдармен келді: тамақ ішкеннен кейін эпигастрий аймағындағы ұзаққа созылған ауырсыну, ауырсырудың арқаға таралуы, тамақ қабылдаудан қорқу, жеңілдік әкелмейтін құсу; көп мөлшерде майлы нәжіс, салмақ жоғалту. Анамнезінен 7 жылдан астам ауырады, ішімдік ішеді. Қарап тексергенде – тамақтану күрт төмендеген, аяқ-қол бұлшықеттерінің атрофиясы, рубин тамшылары. Пальпацияда Шоффар аймағында, эпигастрийде ауырсыну. Бауыр мөлшері Курлов бойынша 11-9-7 см. Қандағы амилаза және зәрдегі диастаза деңгейі жоғарылайды, нәжіс анализінде – стеаторея, креаторея.

Төменде аталған синдромдардың қайсысы осы науқаста ықтимал:

<variant>экзокринді ұйқы безінің жеткіліксіздігі

<variant>мальабсорбция

<variant>ішек диспепсиясы

<variant>диареямен тітіркенген ішек

<variant>өт қабының тастармен қабынуы

<question>Науқас 53 жаста дәрігер қабылдауында тамақтануы жоғары, шағымдары: кеуде сарайының күйдіріп ауырсынуы, алға қарай еңкейгенде күшейеді. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> Рефлюкс-эзофагит

<variant> Өңештің ценкеровский дивертикул

<variant> Созылмалы гастрит

<variant> Созылмалы панкреатит

<variant> Өңештің ісігі

<question>Әйел 50 жаста жиі тамақтанады (артық салмақ) жоғары дірежелі гликемия анықталды. Гликемия - 6,9 и 7,2 ммоль/л аш қарынға. Ықтимал диагноз:

<variant> Қант диабеті 2 тип

<variant> Қант диабеті 1 тип

<variant> Семіздік

<variant> Аш қарынға глюкоза алмасуының бұзылуы

<variant> Туа пайда болған қант диабеті

<question>33 жастағы науқаста дәрігер қабылдауында шаршағыштық, әлсіздік байқалады. Анамнезінен: қалқанша безінің субтотальды резекциясы, 50 мкг L-тироксин қабылдаған. Объективті: беті домбықан, жүрек тондары тұйықталған. АҚҚ - 100/70 мм.сын.бағ. ЭХО-КГ перикард қуысында сұйықтық анықталды. Ақпаратты тексеру әдісін атаңыз:

<variant>Т<sub>3</sub> және Т<sub>4</sub> деңгейін анықтау

<variant>ЭКГ

<variant> қан бак.посевы

<variant> кеуде қуысы ағзаларына КТ

<variant> АҚ тәуліктік мониторинг

<question>Клиниканың қабылдау бөліміне 44 жастағы әйел дауысының дөрекі болуына шағымданып келді. Анамнезінен – соңғы 6 айда жоғарыдағы өзгеріс байқалған. Бұрын жоғарғы тыныс жолдарының жиі суық тиюін айтады. Қарап тексергенде беті ісінген, енжар, баяу сөйлейді, даусы бәсең, қарлығады, сөйлеуі біршама нашар. Тамақтану жоғарылаған, терісі ұстағанда құрғақ, тығыз, қабыршақ. PS -58 рет мин., АҚ-90/60 мм.сын.бағ. Жүрек тондары біршама тұйық, ырғақты. Төменде аталған синдромдардың қайсысы осы жағдайда дамуы ықтимал:

<variant>гипотиреоз

<variant>гипертиреоз

<variant>гипогликемия

<variant>гипергликемия

|                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>ONTÜSTİK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</div> |  | <div><br/>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</div> |
| «Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы                                                                   |  | 47 / 11 - 2025                                                                                                                                                                            |
| Бақылау – өлшеуіш құралдары                                                                               |  | 40 беттің 52 беті                                                                                                                                                                         |

<variant>гипокортицизм

<question>Мектептегі 35 жастағы мұғалім әйел соңғы кездері жиі ашуланшақтыққа шағымданып, отбасылық дәрігеріне барған. Дәрігер физикалық тексеру кезінде экзофтальм, сирек жыпылықтау, Грефе пен Кохер симптомын анықтады. Төменде көрсетілген синдромдардың қайсысы осы науқаста ықтимал:

<variant>гипертиреоз

<variant>гипотиреоз

<variant>гипогликемия

<variant>гипергликемия

<variant>гиперкортицизм

<question>Қант диабетімен ауыратын 46 жастағы ер адамда инсулин инъекциясынан кейін қозу, агрессия, айқын аштық сезіміне және қолдарының қалтырауына шағымдар айтады. Бұл жағдайда ер адамда төменде көрсетілген жағдайлардың қайсысының дамуы ықтимал:

<variant>гипогликемия

<variant>гиперкортицизм

<variant>гипергликемия

<variant>гипертиреоз

<variant>гипотиреоз

<question>35 жастағы ер адам жедел жәрдем көлігімен емхананың жедел жәрдем бөліміне жеткізілді. Анамнезінен әйелінің айтуы бойынша бұрын ауырмаған, биыл тәбетінің жоғарылауына қарамастан арықтаған. Соңғы 2 күнде шөлдеу, эпигастрий аймағындағы ауру сезіміне, тәбетінің болмауына, жүрек айнуына, бір реттік құсуға, мазасыздануға, қозуға шағымданды. Қарап тексергенде – ауыздан ацетон иісі, құрысулар, құсу, қозу. PS- 110 рет минутына; АҚ-80/50 мм.сын.бағ. Тексеру кезінде денесі тежеліп, комаға түскен. Төменде көрсетілген кома түрлерінің қайсысы осы жағдайда дамуы мүмкін:

<variant>гипергликемиялық

<variant>гипогликемиялық

<variant>апоплексия

<variant>уремиялық

<variant>бауырлық

<question>Әйел адам , 29 жаста, учаскелік дәрігерге соңғы бір жылдан бері мазалаған апатияға, қоршаған ортаға қызығушылықтың төмендеуіне, дене салмағының артуына, есте сақтау қабілетінің нашарлауына, ұйқышылдыққа, енжарлыққа, қалтырау сезіміне шағымданады. Бұрын ауыстырылған ауруларды жоққа шығарады. 1,5 жыл бұрын 2-дәрежелі түйінді зоб бойынша ота – субтотальды тиреоидэктомия жасалған. Қарап тексергенде – баяу қозғалыстар, монотонды сөйлеу; беті біршама ісінген, пальпиральды жарықтар тарылған. Тері жабындылары иктериялық реңкпен бозғылт, тамақтануы жоғарылаған. PS-64 рет минутына. АҚ-100/60мм.сын.бағ. Жүрек тондары тұйық, ырғақты. Төменде көрсетілген синдромдардың қайсысы осы әйелде дамуы мүмкін:

<variant>гипотиреоз

<variant>гипертиреоз

<variant>гипогликемия

<variant>гипергликемия

<variant>гипокортицизм

<question>Әйел адам 33 жаста, аудитор, емхананың қабылдау бөліміне соңғы 5-6 айдағы қысқа ұйқыға, тәбетінің жоғарылауына және салмағының төмендеуіне шағымдарымен өз бетімен келді. Бұрынғы ауруларды жоққа шығарады, бірақ жұмыстағы үлкен психологиялық жүктемені атап өтеді. Жалпы тексергенде қозғыштығының жоғарылауы, жалпы мазасыздық, қозғыштық, тері асты май қабатының нашар дамуы, созылған саусақтардың айқын дірілі, Мобиус пен Греф симптомның оң белгілері анықталды. PS -104 рет минутына. АҚ 130/90мм.сын.бағ . Жүрек тондары жиілеген, ырғақты,

|                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                          |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 53 беті</p>                                                      |

күшейген. Бұл жағдайда төменде көрсетілген синдромдардың қайсысы ықтимал

<variant>гипертиреоз

<variant>гипотиреоз

<variant>гипокортицизм

<variant>гипергликемия

<variant>гиперкортицизм

<question>45 жастағы ер адам, жүргізуші, жоспарлы профилактикалық тексеру кезінде бетінде кеңейген пальпебральды жарықтар, көздің шағылысуы күшеюі, көздерінің домбығуы және қимыл-қозғалысы дірілдеген. Мұқият сұрастырған кезде оның бұрын ауырмағаны, бірақ бір жылдай бұрын әйелінен айырылғаны, біраз уақыт қатты күйзелісте болғаны белгілі болды. Қосымша тексеру – Ромберг қалпында – саусақтардың сирек қалтырауы. PS -100 рет минутына, АҚ 140/95 мм.сын.бағ. Жүрек тондары жиілеген, ырғақты, күшейген, ұшында қысқа систолалық шу естіледі. Төменде көрсетілген патологиялық жағдайлардың қайсысы осы объективті өзгерістерге тән:

<variant>гипертиреоз

<variant>гипотиреоз

<variant>гипогликемия

<variant>гипергликемия

<variant>гиперкортицизм

<question>56 жастағы әйел гипергликемия синдромына күдікпен №4 қалалық клиникалық аурухананың жедел жәрдем бөліміне жедел жәрдем көлігімен жеткізілді. Төмендегі көрсеткіштердің қайсысы осы синдромның ақпаратты растауы болып табылады:

<variant>глюкозурия

<variant>гиперпротеинемия

<variant>гипопротеинемия

<variant>холестеринурия

<variant>протеинурия

<question>Емхананың жедел жәрдем бөліміне көшеден ес-түссіз жатқан 42 жастағы әйел адам жеткізілді. Тексеруден кейін жедел жәрдем дәрігері бұл жағдайда гипогликемиялық команың белгілері бар деген қорытындыға келді. Төмендегі белгілердің қайсысы гипогликемиялық команың патогномониялық болып табылады:

<variant>сіңір рефлекстерінің жоғарылауы

<variant>қан қысымын төмендету

<variant>бұлшықет гипотензиясы

<variant>қарашықтың кеңеюі

<variant>сақталған көз алмасының тонусы

<question>Емхананың жедел жәрдем бөліміне ес-түссіз ер адам көшеден жедел жәрдеммен жеткізілді. Қарап тексергенде беті қызғылт, терісі құрғақ, бұлшықет тонусы және сіңір рефлекстері төмендеген, қарашықтары тарылған; Куссмаулдың үлкен шулы тынысы алыстан естіледі. PS – әлсіз, жиі. АҚ - 90/60 мм.сын.бағ. Жүрек тондары тұйықталған, жиілеген. Іші жұмсақ, бауыры қабырға доғасының шетінде. Зәр шығару өздігінен жүреді, түсі қанық. Төменде көрсетілген команың қай түрі осы жағдайда ықтимал:

<variant>гипергликемиялық

<variant>гипогликемиялық

<variant>тиреотоксикалық

<variant>ишемиялық

<variant>бауырлық

<question>Учаскелік дәрігерге 52 жастағы менеджер, әйел адам келді. Сұрақ-жауап және тексеруден кейін дәрігер науқаста гипотиреоз синдромының белгілері бар екенін анықтады. Төменде

|                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                          |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 54 беті</p>                                                      |

көрсетілгендердің қайсысы әйелде тексеру кезінде анықталған, осы синдромға жүрек-қантамыр жүйесінің зақымдалуына тән симптом:

<variant>кардиомегалия

<variant>аритмия

<variant>тахикардия

<variant>секірулі пульс

<variant>тонның дыбыстылығы

<question>45 жастағы әйел, тәрбиеші, семіздікке, теріде қызыл жолақтардың пайда болуына, шаршағыштық пен әлсіздікке шағымдарымен эндокринологқа қаралды. Анамнезінен 20 жыл есепте тұрады, ревматоидты артрит кезінде преднизолонды 20 мг дозада қабылдайды. Бұл өзгерістер соңғы 2 жылда пайда болды. Қарап тексергенде ай тәрізді, беті орташа гиперемияланған. Иық белдеуінің және дененің жоғарғы жартысының бұлшықет массасы анық байқалады. Іштің алдыңғы беттерінің терісінде күлгін-көкшіл түсті бойлық жолақтар бар. PS— 118 рет мин., аритмиялық. АҚ - 150/100мм.сын.бағ.. Жүрек тондары тұйықталған, жиілеген. Бұл жағдайда төменде көрсетілген синдромдардың қайсысы ықтимал:

<variant>гиперкортицизм

<variant>гипотиреоз

<variant>гипертиреоз

<variant>гипергликемия

<variant>гипокортицизм

<question>Қатты әлсіздікке, ұйқының бұзылуына, қан қысымының мезгіл-мезгіл көтерілуіне және жиі депрессияға шағымдары бар 42 жастағы ер адамды тексеру кезінде жедел жәрдем дәрігері гиперкортизолизм синдромын анықтап, эндокринологтың қабылдауына тағайындады. Төменде көрсетілген объективті белгілердің қайсысы осы жағдайда ықтимал:

<variant>иық белдеуі мен аяқтың бұлшықет атрофиясы

<variant>амимия

<variant>ақ жолақтар

<variant>жалпы салмақ жоғалту

<variant>терінің қалыңдауы

<question>Қабылдау бөліміне 56 жастағы ер адам түсті нәжіс, қышу, іштің ауыруы туралы шағымдармен келді. Жүрек-тамыр жүйесі ауруларындағы терінің және склераның сарғаюы мыналарға байланысты:

<variant> бауырдың тоқырауына байланысты билирубин алмасуының бұзылуы

<variant> айқын анемия

<variant> гепатитпен ауырған

<variant> сәбізді көп жеу арқылы

<variant> порталдық гипертензия

<question>Ауруханаға 21 жастағы ер адам жеткізілді, жүрек айну, құсу, іштің ауыруына шағымданады. Дәрігер "құрсақ бақасы" ұстамасын болжады. "Құрсақ бақасы" бұл :

<variant> нитроглицеринмен басылаын ас қорыту шегіндегі іштің ауыруы

<variant> тамақтанар алдында іштің ауыруы, метеоризм

<variant> тамақтанғаннан кейін іштің ауыруы, диспепсиялық бұзылулар

<variant> тамақтанар алдында іштің ауыруы, диарея

<variant> іштің ауыруы, таңертең буындардың қаттылығы

<question>53 жастағы ер адам ауруханаға іштің жоғарғы жартысында ауырсынумен, жиі іштің өтуіне шағымданады. Анамнезден: бір күн бұрын ол көп мөлшерде алкогольді ішкен. Копрология: сіңірілмеген бұлшықет талшықтарының көп мөлшері, бейтарап май, крахмал көп. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| «Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы                                                               |                                                                                   | 47 / 11 - 2025                                                                                   |
| Бақылау – өлшеуіш құралдары                                                                           |                                                                                   | 40 беттің 55 беті                                                                                |

<variant> созылмалы панкреатит

<variant> созылмалы энтероколит

<variant> созылмалы гастрит

<variant> созылмалы холецистит

<variant> тітіркенген ішек синдромы

<question>45 жастағы әйелде температура 40°C-қа дейін күрт көтерілді, қалтырау, қакырықпен жөтел, қан түкіру, тыныс алу кезінде кеуде ауыруы, миалгия, жүрек айну, диарея пайда болды. Өкпенің рентгенографиясында екі өкпеде де инфильтративті өзгерістер анықталды. Пневмонияның себебін көрсетіңіз:

<variant> легионелла

<variant> клебсиелла

<variant> пневмония микоплазмасы

<variant> Пфайфер таяқшасы

<variant> Staphylococcus aureus

<question>39 жастағы ер адам, учаскелік дәрігердің қабылдауында тамақтанғаннан кейін 1,5-2 сағаттан кейін, сондай-ақ түнде пайда болатын эпигастрий аймағындағы ауырсынуға шағымданады; іш қатуға бейімділігі бар. Бір жыл бұрын ойық жара ауруы перфорациямен қиындады. Жараның орналасуын көрсетіңіз:

<variant> 12 елі ішектің шамында

<variant> асқазанның кіші қисықтығында

<variant> асқазанның антральды бөлімінде

<variant> асқазанның үлкен қисықтығында

<variant> асқазанның пилорлық каналында

<question>Алкогольді асыра пайдаланатын 53 жастағы ер адам ауруханаға өңештің варикозды тамырларынан қан кетумен ауруханаға түсті. Бір апта бұрын оң жақ қабырғаастында ауырсыну пайда болды, терінің сарғаюы байқалады. Объективті: тері мен склера сарғайған, телангиоэктазиялар. Іші ісінген. Бауыр қабырға доғасының шетінен 3 см шығып тұрады, тығыз, ауырады. Спленомегалия. Жалпы қан анализінде: анемия, тромбоцитопения, ЭТЖ -36 мм/сағ., жалпы билирубин 56 мкмоль/л, тікелей фракция – 12,2 мкмоль/л. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant> алкоголь этиологиясының бауыр циррозы

<variant> криптогенді бауыр циррозы

<variant> созылмалы алкогольдік гепатит

<variant> созылмалы криптогенді гепатит

<variant> созылмалы дәрілік гепатит

<question>Наукас шұғыл түрде ауруханаға түскен кезде: төстің семсер тәрізді өсіндісі негізінде тамақтанғаннан кейін жарты сағаттан кейін пайда болатын, жүрек аймағына берілетін күйдіріп ауырсынуға шағымданады, алмагельмен толық тоқтатылмайды. Сондай-ақ, ауамен кекіру, тұншығу, жөтел байқалады. Барий суспензиясымен рентгенологиялық зерттеу кезінде-асқазаннан өңешке контрастты массаның рефлюксі. Бұл белгілер күдіктенуге мүмкіндік береді:

<variant> рефлюкс-эзофагит

<variant> ахалазия кардия

<variant> өңеш қатерлі ісігі

<variant> бронх демікпесі

<variant> созылмалы гастрит

<question>42 жастағы ер адам дәрігердің қабылдауында тамақтанғаннан кейін, денені алға еңкейтіп, жатып жатқанда, төс сүйегінің артындағы күйдіру сезіміне шағымданады. Зерттеудің ақпараттық әдісін көрсетіңіз:

<variant> эзофагоскопия

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 56 беті</p>                                                      |

<variant> эзофагоманометрия

<variant> кеуде мүшелерінің рентгенографиясы

<variant> жүктеме сынамалары бар электрокардиография

<variant> іш қуысының ультрадыбыстық зерттеуі

<question>Ер адам 27 жаста, дәрігердің қабылдауында тамақтанғаннан кейін 1,5-2 сағаттан кейін пайда болатын эпигастрийдің ауырсынуына, "түнгі" ауырсынуға, қышқыл кекіру, жүрек айнуға шағымданады. Объективті: тамақтанудың төмендеуі, тілі дымқыл, ақ жабындымен жабылған, іштің пальпациясы кезінде-эпигастрийдегі ауырсыну. Зерттеудің ақпараттық әдісін көрсетіңіз:

<variant> гастроскопия

<variant> ирригоскопия

<variant> эзофагоманометрия

<variant> асқазанның рентгенографиясы

<variant> іш қуысының ультрадыбыстық зерттеуі

<question>55 жастағы әйел дәрігердің қабылдауында тамақтанғаннан кейін пайда болатын оң жақ қабыра астындағы ауырсыну мен ыңғайсыздық сезіміне, аузындағы ащы дәмге, мезгіл-мезгіл құсуға шағымданады. Объективті түрде жоғарылаған тамақтану, терісі қалыпты түсті, пальпация кезінде өт қабының проекция нүктесінде сезімталдық анықталады. Зерттеудің ақпараттық әдісі:

<variant> іш қуысының ультрадыбыстық зерттеуі

<variant> гастроскопия

<variant> ирригоскопия

<variant> дуоденальды зондтау

<variant> пункциялық бауыр биопсиясы

<question>Жасы 38 ер адам, тамақты көп қабылдағанда, салқындағанда, жүргенде, селкілдегенде іштің сол жақ бөлігіндегі және бел аймағында пайда болатын және но-шпа, баралгин қабылдағаннан кейін азаятын лоқсу, ауыру сезіміне шағымданады. Объективті: тілі ақ жабындымен қапталған, іші жұмсақ, сипағанда сол жақ қабырға асты, сол жақ қабырға-омыртқалық бұрышында ауыру сезімі (Мейо-Робсон симптомы). Ықтимал болатын диагноз :

<variant> созылмалы панкреатит, ауыру сезімдік түрі

<variant> асқазанның ойық жара ауыруы

<variant> созылмалы пиелонефрит

<variant> зәр тас ауыруы, бүйректік ұстама

<variant> он екі елі ішектің ойық жара ауыруы

<question>Жасы 34 ер адам, тамақтанғаннан 1,5 x 2 сағ кейін пайда болатын эпигастрийдегі ауырсыну, түнгі ауырсыну сезіміне, іш қатуға бейімділікке шағымданады. Бір жыл бұрын асқазанның ойық жарасы перфорациясымен асқынған. Науқаста асқазанның ойық жарасы . . . орналасады.

<variant> 12 елі ішектің пиязшығында

<variant> асқазанның кіші иінінде

<variant> асқазанның антральды бөлігінде

<variant> асқазанның үлкен иінінде

<variant> асқазанның пилорикалық өзекшесінде

<question>Жасы 53тегі ер адам өңештің варикозды ұлғайған көк тамырларынан қан кетумен түсті. Бір апта бұрын оң қабырға астында ауыру сезімі, сарғаю пайда болды. Ішімдікпен әуестенген. Қарағанда: тері және көздің ақ қабығы сарғыш, телеангиэктазиялар. Іші кепкен. Бауыр қабырға доғасынан 3 см шығып тұр, тығыз, ауыру сезімді. Спленомегалия. Қанда: анемия, тромбоцитопения, ЭТЖ-36 мм/с. Жалпы билирубин 56 мкмоль/л, тура фракциясы салдарынан. Ықтимал болатын диагноз :

<variant> Алкогольдік этиологиялы бауыр циррозы

<variant> Криптогенды бауыр циррозы

<variant> Созылмалы алкогольді гепатит

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 57 беті</p>                                                      |

<variant>Созылмалы криптогенді гепатит

<variant>Созылмалы дәрілік гепатит

<question>Ер адам жатқанда, кеудені алдыға қарай еңкейткенде және тамақтан кейін күшейетін төс артындағы күйдіріп, ауыру сезіміне шағымданады. Ықтимал ақпаратты зерттеу әдісі

<variant>Эзофагоскопия

<variant>Эзофагоманометрия

<variant>Кеуде қуысының рентгенографиясы

<variant>Күштеме сынамалаымен электрокардиография

<variant>Кұрсак қуысының УДЗ-і

<question>27 жастағы ер адам тағам қабылдағаннан 1,5-2сағаттан кейін пайда болатын эпигастридегі және түнгі ауыру сезіміне, ащымен кекіруге, лоқсуға шағымданады. Қарап тексергенде: тамақтануы төмен, тілі ылғалды, түбі ақ жабындымен қапталған, пальпация кезінде – эпигастрий аймағында ауырсыну сезімі. Ықтимал ақпаратты зерттеу әдісі:

<variant>гастроскопия

<variant>ирригоскопия

<variant>эзофагоманометрия

<variant>асқазанның рентгенографиясы

<variant>кұрсак қуысы ағзаларының УДЗ -і

<question>52 жастағы әйел тағам қабылдағаннан кейін пайда болатын оң қабырға астындағы ауырлық және дискомфорт сезіміне, ауыздағы ащы дәмге, мезгіл –мезгіл құсуға шағымданады. Объективті – толық, тері жабындылары қалыпты түсте, пальпация кезінде өт қабы тұсындағы нүктесінде сезімталдық анықталады. Ықтимал ақпаратты зерттеу әдісі:

<variant>кұрсак қуысының УДЗ –і

<variant>гастроскопия

<variant>ирригоскопия

<variant>дуоденальді зондтау

<variant>бауырдың пункционды биопсиясы

<question>Науқас 52 жаста оң жақ қабырға астына ауырсынуға , әлсіздікке, жүрек айнуға, түнде ұйқының болмауына , күндіз ұйқышылдыққа, іштің үлкеюіне, оң жақ қабырға астындағы ауырсынуға шағымданады. Майлы және ащы тағам жегеннен кейін сұйық кіші дәретке жиі шығады. Бауыр шекарасы 6 см қабырға доғасынан шығыңқы , тығыз, пальпацияда ауырсынады. Көкбауыр пальпацияланбайды, өлшемі 10х12 см. Перкуссияда - төменгі іш қуысы тұйықталған. Болжам диагноз:

<variant> Бауыр циррозы, декомпенсация сатысы

<variant> Бауыр циррозы , компенсации сатысы

<variant> Бауыр циррозы , субкомпенсация сатысы

<variant> Аутоиммунды гепатит 1 тип

<variant> Аутоиммунды гепатит 2 тип

<question>18 жасар келіншекте эмоциональды күйзелістен кейін дисфагия, кеудедегі талма сезімі пайда болған. Қобалжығаннан, шаршағаннан дисфагия пайда болған. Тәбет сақталған, салмақ тастамаған. Физикальды тексергенде патология анықталмаған. Дисфагияның пайда болуына алып келетін себебі:

<variant> эзофагоспазм

<variant> өңеш ісігі

<variant> өңештің пептикалық жарасы

<variant>диафрагманың өңеш өсіндісінің аксиальды грыжасы

<variant>өңештің герпетикалық зақымдануы

<question>Науқас 28 науқас тамақтан кейін 1,5-2 сағаттан соң, эпигастрий аймағында ауырсынуға ,

|                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                          |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 58 беті</p>                                                      |

ауамен кекіруге шағымданады. ЭФГДС : асқазанның пилорикалық және антральды бөлімінде кілегейлі гиперимерленген. Сіздің диагностикалық тактикаңыз:

<variant>helicobacter pylori тексеру

<variant> хромоэндоскопия

<variant> асқазан рентгені

<variant> асқазанішілік рН – метрия

<variant> электрокардиографиялық әдіс

<question>Науқаста жалпы қарағанда- гепатоспленомегалия, асцитпен биохимиялық анализінде қалдық азот пен мочевианың көбеюі, несепте индол, скатол мен фенолдың жоғарылауы. Клиникалық симптомға сәйкес . . . синдромды ойлауға болады:

<variant> бауыр клеткалық жеткіліксіздік

<variant> цитоліз

<variant> холестаз

<variant> мезенхималық қабыну

<variant> бауыр қанайналымының шунтирлеуі

<question>Учаскелік дәрігерге 37 жастағы Журавлев М., деген науқас оң жақ іштің жоғарғы бөлігінің ауыруына, қызбаға, сарғаюға, артериальды гипотензияға, тежелуге шағымданды. Бұлар тән:

<variant>жедел холангитке

<variant>жедел холециститке

<variant>жедел аппендицитке

<variant>жедел панкреатитке

<variant>жедел пиелонефритке

<question>Ер адам 53 жаста ішінің жоғарғы бөлігінің ауру сезіміне, жиі үлкен дәреттің болуымен ауруханаға түсті. Анамнезінде: кешкі қонақта көп тамақтанумен бірге үлкен мөлшерде алкоголь қабылдаған. Капрологияда: бүлінбеген бұлшықет талшықтары көп көлемде, көптеген бейтарап майлар, крахмал. Барынша ықтимал диагноз:

<variant> созылмалы энтероколит

<variant> созылмалы панкреатит

<variant> созылмалы гастрит

<variant> созылмалы холецистит

<variant>ішектің созылмалы синдромы

<question>Ауруханаға өңеш аймағындағы ауырсынуға шағымданған науқас түсті. Өңеш аурулары бар науқастардың болжамы бойынша ең ауыр шағымына . . . кіреді

<variant>дисфагия

<variant>құсу

<variant>ауырсыну

<variant>сілекей бөлінуі

<variant>кекіру

<question>Науқаста дене қызуының тәуліктік ауытқуы 36,6-40,2 с шегінде болды. Дене қызуының жоғарылауы қалтыраумен; төмендеуі қатты тер бөлінумен бірге жүреді. Температуралық қисықтың тән түрі:

<variant>febris intermittens

<variant>febris continua

<variant>febris remittens

<variant>febris reccurens

<variant>febris hectica

<question>Науқаста диетаның бұзылуынан кейін – қуырылған, ащы тағамдарды қолданған соң пайа болды: жеңілдік әкелмейтін құсу, метеоризм, жүрек айнуы, кекіру, сілекейдің көп бөлінуі, омыртқаға

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 59 беті</p>                                                      |

таралатын эпигастрий аймағында ауырсыну. Ықтимал диагнозыңыз:

<variant>панкреатит

<variant>гастрит

<variant>асқазан ойық жарасы

<variant>холецистит

<variant>гепатит

<question>Науқас 45 жаста оң қабырға астының ауырсынуына, құсуға, әлсіздікке шағымданады. 2 жылдан бері ауырады. Жағдайы нашарлауы майлы тағамнан, ішімдік қабылдағаннан соң болған. Объективті: тері және склерасы сарғыш, зәрі «сыра түстес», түссіз нәжіс. Бауыр 5 см ұлғайған, жиегі дөңгелектенген. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant>жедел вирусты гепатит

<variant>созылмалы гепатит

<variant>бауыр циррозы

<variant>бауыр обыры

<variant> Жильбер синдромы

<question>Асқазан ойық жарасымен ауыратын науқаста асқыну кезеңінде тағам қабылдағаннан соң құсу, «шіріген жұмыртқа» иісі бар кекіру шағымдары пайда болды. Науқаста болуы мүмкін асқыну:

<variant> стеноз

<variant> пенетрация

<variant> перфорация

<variant> қан кету

<variant> малигнизация

<question>26 жастағы ер адамда шектен тыс мөлшерде ішімдік қабылдаған соң бірнеше ретті құсу, соңғысы қан аралас. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>Меллори-Вейс синдромы

<variant> өңештің варикозды-кеңейген көктамырларынан қан кету

<variant>жедел панкреатит

<variant> асқазан ойық жарасы

<variant>Крон ауруы

<question>29 жастағы науқаста кенеттен пайда болды жүрек айнуы, құсу, дене қызуының жоғарылауы, диарея тәулігіне 6-8 рет жасыл түсті иісті нәжіс. Қандай ауру туралы ойлауға болады:

<variant>инфекционды диарея

<variant>инфекционды емес диарея

<variant>неспецификалық жаралы колит

<variant> Крон ауруы

<variant>жіңішке ішек дивертикулезі

<question>Науқас ішімдік қабылдағаннан кейін бірнеше рет құсу пайда болды, соңғысы қан аралас. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant>Меллори-Вейс синдромы

<variant>өңештің варикозды-кеңейген көктамырларынан қан кету;

<variant>жедел панкреатит

<variant>асқазанның ойық жарасы

<variant>Крон ауруы

<question>38 жастағы ер адам жатқанда, кеудені алдыға қарай еңкейткенде және тамақтан кейін күшейетін төс артындағы күйдіріп, ауыру сезіміне шағымданады. Ықтимал ақпаратты зерттеу әдісі:

<variant>Эзофагоскопия

<variant>Эзофагоманометрия

<variant>Кеуде қуысының рентгенографиясы

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 60 беті</p>                                                      |

<variant>Күштеме сынамалаымен электрокардиография

<variant>Құрсақ қуысының УДЗ-і

<question> Ер адам тағам қабылдағаннан 1,5-2сағаттан кейін пайда болатын эпигастридегі және түнгі ауыру сезіміне, ащымен кекіруге, лоқсуға шағымданады. Қарап тексергенде: тамақтануы төмен, тілі ылғалды, түбі ақ жабындымен қапталған, пальпация кезінде – эпигастрий аймағында ауырсыну сезімі. Ықтимал ақпаратты зерттеу әдісі:

<variant> гастроскопия

<variant> ирригоскопия

<variant>эзофагоманометрия

<variant>асқазанның рентгенографиясы

<variant>құрсақ қуысы ағзаларының УДЗ-і

<question>Диабеттік комада ауыз қуысынан иіс шығады . . .

<variant> ацетон

<variant> эфир

<variant> шіріген алма

<variant> шіріген жұмыртқа

<variant> аммиак

<question>Полиурияның патогенезі байланысты . . .

<variant> глюкозурия

<variant> инсулин жеткіліксіздігі

<variant> қандағы қант деңгейінің елеулі ауытқулары

<variant> қанда ацетон денелерінің жиналуымен

<variant> гиперлипидемия

<question>Глюкозаға төзімділікті анықтау көрсеткіші науқаста болуы болып табылады ...

<variant> шөлдеу және полиурия, семіздік, қайталанатын фурункулез

<variant> олигоурия, аллергия

<variant> дислипидемия, терінің қышуы

<variant> аш қарынға глюкоза деңгейі 10 ммоль/л жоғары, анурия

<variant> аш қарынға глюкоза деңгейі-3,4 ммоль/л, кахексия

<question>Қант диабетіндегі микроциркуляцияның бұзылуының негізгі көріністерінің бірі болып табылады . . .

<variant> ретинопатия

<variant> атеросклероз

<variant> катаракта

<variant> симметриялық нейропатия

<variant> аяқ тамырларының зақымдануы

<question>Қант диабетін диагностикалаудағы негізгі зертханалық өлшем болып табылады . . .

<variant> аш қарынға созылмалы гипергликемия

<variant> ұзақ глюкозурия

<variant> гиперхолестеринемия

<variant> кетонурия

<variant> гипокалиемия

<question>Қант диабетінің негізгі патогенетикалық механизмі:

<variant> инсулин жеткіліксіздігі

<variant> липидтер алмасуының бұзылуы

<variant> ақуыз алмасуының бұзылуы

<variant> калий және натрий иондарының алмасуының бұзылуы

<variant> су-тұз алмасуының бұзылуы

|                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>ONTÜSTİK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</div> |  | <div><br/>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</div> |
| «Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы                                                                   |  | 47 / 11 - 2025                                                                                                                                                                            |
| Бақылау – өлшеуіш құралдары                                                                               |  | 40 беттің 61 беті                                                                                                                                                                         |

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес 1 типті қант диабеті кезіндегі амбулаториялық деңгейдегі негізгі диагностикалық іс-шара:

<variant> аш қарынға және тамақтан кейін 2 сағаттан кейін гликемияны анықтау

<variant> Арал жасушаларына ІСА антиденелерін анықтау

<variant> қан сарысуындағы С-пептидті анықтау

<variant> ТТГ анықтау, еркін Т4, анти-ТПО және ТГ

<variant> ІАА-инсулинге антиденелерді анықтау

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес, 1 типті қант диабетіне шұғыл көмек көрсету кезеңінде жүргізілетін диагностикалық іс-шара:

<variant> гликемия деңгейін анықтау

<variant> құрсақ қуысы ағзаларының УДЗ-і

<variant> ЭХО-КГ

<variant> Холтер бойынша ЭКГ тәуліктік мониторингі

<variant> ЭФГДС

<question> Ер адам 42 жаста, буындарындағы миграциялық ауру сезіміне, орташа физикалық жүктемеде еңгіуге, жүрек аймағындағы пышақ сұққандай ауырсынуына шағымданып ауруханаға түсті. 2 апта бұрын тамақтың іріңді ауруымен ауырған. Объективті: жүректің салыстырмалы күңгірттік шекарасы солға 2 см кеңейген, тахикардия, ұшында систолалық шу. Аяқ буындары ісінген, ұстағанда ауырады. Денесінде сақина тәрізді эритема түрінде бөртпе бар. Сіздің болжамды диагнозыңыз :

<variant> жедел ревматикалық қызба

<variant> ревматоидты артрит

<variant> реактивті артрит

<variant> ревматикалық емес миокардит

<variant> жүйелі қызыл жегі

<question> 52 жастағы әйел дәрігер қабылдауында 2 жыл бойы тізе буындарындағы ауру сезіміне, жарты сағатқа дейін таңертеңгі құрысу шағымданды. Объективті: тізе буындары деформацияланған, периартикулярлы тіндердің тығыздалуы, орташа гипертермия, пальпация кезіндегі крепитация. Диагноз қою үшін негізгі диагностикалық тестті таңдаңыз:

<variant> Тізе буындарының рентгенографиясы

<variant> денситометрия

<variant> тізе буынының пункциясы

<variant> тізе буындарының магнитті-резонансты томографиясы

<variant> артроскопия

<question> 52 жастағы әйел дәрігерге келіп, қолдың фалангааралық буындарындағы ауру сезіміне және қозғалыстың шектелуіне шағымданады. Қарап тексергенде дистальды фалангааралық буындар аймағында көлемі 0,5 см-ге дейін, пальпация кезінде орташа ауырсынады тығыз түйіндер анықталды. Буындар аздап деформацияланған, олардағы қозғалыстар шектелген. Қол буындарын рентгендік зерттеуде буын кеңістігінің тарылуы және остеосклероз анықталды. Сіздің болжамды диагнозыңыз :

<variant> остеоартрит

<variant> ревматоидты артрит

<variant> реактивті артрит

<variant> псориазды артрит

<variant> подагра

<question>65 жаста, әйел оң жақ тізе буынындағы ауру сезіміне, қозғалудың шектелуіне шағымданып дәрігерге қаралды. Оң жақ тізе буынының рентгенограммасында рентгенографиялық буын кеңістігінің тарылуы, субхондральды склероз, тегістеу, буын беттерінің тегіс еместігі, айқын шеткі сүйек өсінділері байқалады. Сіздің болжамды диагнозыңыз :

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 62 беті</p>                                                      |

<variant> остеоартрит

<variant> артропатия

<variant> ревматоидты артрит

<variant> анкилоз

<variant> созылмалы артрит

<question>35 жастағы науқас дәрігерге қаралды. Шағымдары: аяқ саусақтарының ұюы. Суық сумен байланыста болған кезде саусақтар бозарып, бірте-бірте көк түске айналады. Бұрын Рэйно синдромы және жүйелі склеродермияға күдік қойылған. Осы науқаста диагнозды нақтылауға мүмкіндік беретін симптомды атаңыз:

<variant> саусақтардың терісінің қалыңдауы

<variant> бетіндегі эритема

<variant> ұсақ тамырлардың деформациясы

<variant> интерстициальды нефрит белгілері

<variant> аяқ ұштарының жансыздануы

<question>42 жастағы әйел, стационарда емделуде, қолының, аяғының саусақтарының, шынтак, тізе буындарының ауырсынуына, таңғы буындардағы қатайуға, әлсіздікке шағымданады. Анамнезінен: екі жылдай ауырады, дәрігерге қаралмаған. Қарап тексергенде: қолдың, шынтақтың, тізенің деформациясы анықталмаған. Аяғы halux valgus түрінде. Сіздің болжамды диагнозыңыз :

<variant> Ревматоидты артрит

<variant> Бехтерев ауруы

<variant> Остеопороз

<variant> Буындардың хондроматозы

<variant> Деформацияланатын артроз

<question> Артрозбен ауыратын науқастың анамнезін сұрағанда анықтау керек симптомды атаңыз:

<variant> аурудың қартайғанда пайда болуы

<variant> ауру тізе буындарының зақымдануынан басталады

<variant> Жакын туыстардағы Бехтерев ауруы

<variant> ауру омыртқаның зақымдануынан басталады

<variant> аурудың жас кезінде пайда болуы

<question> 34 жастағы әйелде жедел респираторлық вирустық инфекциямен ауырғаннан кейін білезік, шынтак, шынтакфаланга және аяқфаланга буындарының ісінуі және қызаруы, түнгі сағат 12-ге дейін қатайғандық сезімі, төменгі шаншу пайда болды. - кешкі температураның жоғарылауы. Жоғарыда аталған белгілер 3 ай ішінде біртіндеп күшейе түсті. Жалпы қан анализіндегі өзгерістерді анықтаңыз:

<variant> лейкоцитоз

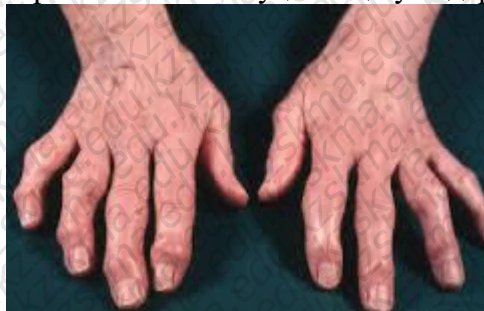
<variant> нейтропения

<variant> лимфопения

<variant> тромбоцитопения

<variant> лимфоцитоз

<question> Осы науқастың буындарындағы өзгерістерді сипаттаңыз:



|                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                  | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 63 беті</p>                                                      |

<variant> өрескел біркелкі емес деформация

<variant> сүйек тінінің бұзылуы

<variant> периартикулярлы жұмсақ тіндердің қабынуы

<variant> дөңгелектенген «футбол добы» деформациясы

<variant> буын айналасындағы байлам аппаратының зақымдануы

<question>Буын маңындағы сипатты түзілістері бар науқаста иммунологиялық зерттеудің нәтижесін атаңыз:



<variant> ревматоидты фактор оң

<variant> ревматоидты фактор теріс

<variant> С-реактивті ақуыз анықталмады

<variant> антистрептолизин-О орташа жоғарылаған

<variant> антистрептолизин-О күрт жоғарылайды

<question>42 жаста әйел адам аяқ және тобық буындарындағы ауру сезіміне, таңғы қатайғандық сезіміне шағымданады. Дене қызуы кешке 37,6-38,0°C дейін көтеріледі. Өзін 6 айға жуық аурумын деп есептеп, аурудың басталуын гипотермиямен байланыстырады. Анасында ұқсас белгілер болған. Аяқ және табан асты буындары симметриялы ісінген, басқанда ауырады. Қолдары да ауырады. Науқастың иммунологиялық тексеру нәтижесін көрсетіңіз:

<variant> жоғары ревматоидты фактор

<variant> фибриноген деңгейінің төмендеуі

<variant> зәр қышқылы деңгейінің жоғарылауы

<variant> қандағы жалпы белок деңгейінің төмендеуі

<variant> антистрептолизин деңгейін жоғарылату

<question>Науқас 39 жаста, түскі асқа дейін табан асты және тобық буындарындағы ауру сезіміне, таңғы қатайғандық сезіміне шағымданады. Аяқ және табан асты буындары симметриялы ісінген, басқанда ауырады. Дене қызуы субфебрильді. Ауру гипотермиямен байланысты. Анасында ұқсас белгілер болған. Науқастың иммунологиялық зерттеуіндегі өзгерістерді атаңыз:

<variant> жоғары ревматоидты фактор

<variant> фибриноген деңгейінің төмендеуі

<variant> зәр қышқылы деңгейінің жоғарылауы

<variant> қандағы жалпы белок деңгейінің төмендеуі

<variant> антистрептолизин деңгейін жоғарылату

<question>36 жастағы әйел, білезік буынының ауруына және ісінуіне, қолындағы қатты ауруға және әлсіздікке, қолды қысуға немесе оның ішіндегі затты ұстай алмауға шағымдарымен дәрігерге қаралды; кешке төмен дәрежелі қызба. Бір жылдан бері буындары ауырып, ісініп жүр, бірақ ауру белгілері күшейгенше дәрігерге қаралған жоқ. Қолды қысу симптомы оң. Ревматоидты фактор 52 ХБ/мл (қалыпты <10 ХБ/мл). Осы науқастың қолының рентгенографиясын сипаттаңыз:

|                                                                                                 |                                                                                   |                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY</p> <p>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY</p> <p>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы</p> <p>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>               |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025</p> <p>40 беттің 64 беті</p>                                                      |



<variant> буын беттерінің шеткі эрозиясы

<variant> субхондральды склероз

<variant> периартикулярлы склероз

<variant> шеткі қалыңдауы және остеофиттер

<variant> буын кеңістігінің біркелкі емес кеңеюі

<question>32 жастағы ер адам 2-3 апта бойы оң жақ тізе буынының ауырсынуына және ісінуіне шағымданады. Дене температурасының 38,6°C дейін көтерілуі, әлсіздік, тершендік. Бұл науқаста зертханалық зерттеудің нәтижесі қандай:

<variant> С-реактивті ақуыздың жоғарылауы

<variant> зәр қышқылы деңгейінің жоғарылауы

<variant> креатининнің жоғарылауы

<variant> ферритин деңгейінің жоғарылауы

<variant> мочевина деңгейінің жоғарылауы

<question>20 жастағы науқас тізе буындарының ауру сезіміне шағымданады. Бірнеше күн бұрын шынтақ буындарының, кейін тобық буындарының ауру сезімі мен ісінуімен мазалаған. Екі апта бұрын тонзиллитпен ауырған. Қарап тексергенде оң жақ тізе буынының аздап ісінуі және гиперемиясы анықталды. Осы науқастың жалпы қан анализіндегі өзгерістерді атаңыз:

<variant> лейкоцитоз

<variant> лейкопения

<variant> лимфопения

<variant> нейтропения

<variant> лимфоцитоз

<question>45 жастағы әйел жалпы әлсіздікке, шаршағыштыққа, физикалық жүктеме кезінде енгіуге, жиі бас айналуға шағымданып дәрігерге қаралды. Қарап тексергенде: терісі бозарған, тырнақтары сынғыш, шаштары құрғақ. Жалпы қан анализінде: гемоглобин – 85 г/л; эритроциттер –  $3,2 \times 10^{12}/л$ , түстік көрсеткіш – 0,7. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant> гипохромды темір тапшылығы анемиясы

<variant> гиперхромды В-12 тапшылықты анемиясы

<variant> гиперхромды фолий тапшылықты анемиясы

<variant> миелопластикалық синдром

<variant> сидоропениялық синдром

<question>62 жастағы ер адам терапевт қабылдауында тұрақты шаршағыштыққа, бас айналуға, тәбетінің төмендеуіне, ауыздың құрғауына шағымданады. Қарап тексергенде: тері жамылғылары аздап сарғайған, тілі жылтыр. Жалпы қан анализі: гемоглобин 70 г/л, эритроциттер -  $2,5 \times 10^{12}/л$ , түстік көрсеткіш - 1,2; макроцитоз, гиперхромия. Биохимиялық талдауда: билирубин деңгейінің жоғарылауы. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant> мегалобластикалық анемия, В-12 витаминінің тапшылығы

<variant> аутоиммунды гемолитикалық анемия

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 65 беті</p>                                                      |

<variant>микроцитарлық анемия

<variant>апластикалық анемия

<variant>темір тапшылықты анемия

<question>30 жастағы әйел, жүрген кездегі еңтігуге, жалпы әлсіздікке, еңбек қабілетінің төмендеуіне шағымданып дәрігерге қаралды. Анамнезінен: жақында вирустық инфекциямен ауырған. Қарап тексергенде: терісі бозғылт, тахикардия 110 рет минутына. Жалпы қан анализінде: гемоглобин 95 г/л, эритроциттер –  $2,9 \times 10^{12}/л$ , ретикулоциттер – 0,5. Сүйек кемігін талдау: эритроидты жасушалар санының төмендеуі. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant>апластикалық анемия

<variant>гемолитикалық анемия

<variant>темір тапшылықты анемия

<variant>В-12 тапшылықты анемия

<variant>микроцитарлық анемия

<question>40 жастағы әйел жалпы әлсіздікке, бас айналуға, күш түскенде еңтігуге, тырнақтарының сынғыштығына шағымдарымен дәрігерге қаралды. Ауру анамнезінен 7 күннен астам созылатын етеккірінің болатыны белгілі. Қан анализінің нәтижесі: гемоглобин-85 г/л; эритроциттер –  $3,2 \times 10^{12}/л$ ; түстік көрсеткіш -0,7; сарысудағы темір - 5 мкмоль/л. Бұл жағдайда анемияның себептерін көрсетіңіз:

<variant>етеккірдің көп келуі нәтижесінде созылмалы қан жоғалту

<variant>темірдің асқазанда сіңуінің бұзылуы

<variant>асқазанда ферритиннің сіңуінің бұзылуы

<variant>В-12 витаминінің жетіспеушілігінен туындаған анемия

<variant>фолий қышқылының жетіспеушілігінен туындаған анемия

<question>46 жастағы әйел жалпы әлсіздікке, бас айналуға, физикалық жүктеме кезіндегі еңтігуге, шаштың түсуіне, тырнақтарының сынғыштығына шағымданып дәрігерге қаралды. Ауру анамнезінен 8 күннен астам созылатын етеккірінің болатыны белгілі. Қан анализінің нәтижесі: гемоглобин-83 г/л; эритроциттер -  $3,1 \times 10^{12}/л$ ; түстік көрсеткіш - 0,6; сарысудағы темір - 5 мкмоль/л. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant>темір тапшылықты анемия

<variant>В-12 витаминінің жетіспеушілігінен туындаған анемия

<variant>гемолитикалық анемия

<variant>апластикалық анемия

<variant>фолий тапшылықты анемия

<question>55 жастағы ер адам тұрақты шаршағыштыққа, еңтігуге, салмақ жоғалтуға шағымданып жалпы тәжірибелік дәрігерге қаралды. Қарап тексергенде: тері және шырышты қабаттардың бозаруы байқалады. Анамнезінен: қышқылдығы төмен созылмалы гастрит. Жалпы қан анализінде: гемоглобин-88 г/л; эритроциттер –  $3,4 \times 10^{12}/л$ ; түстік көрсеткіш - 0,6; сарысудағы темір - 5 мкмоль/л; ферритин-7 нг/мл. Қосымша ақпараттық зерттеу әдісін атаңыз:

<variant>фиброгастроскопия

<variant>іш қуысының УДЗ-і

<variant>лимфа түйіндерінің пункциясы

<variant>жасырын қанға нәжіс анализі

<variant>қандағы сарысулық темірді анықтау

<question>50 жастағы ер адам тұрақты шаршағыштыққа, физикалық жүктеме кезіндегі еңтігуге, салмақ жоғалтуға шағымданып жалпы тәжірибелік дәрігерге қаралды. Қарап тексергенде: терінің және шырышты қабаттардың бозаруы байқалады. Анамнезінен: қышқылдығы төмен созылмалы гастрит. Жалпы қан анализінде: гемоглобин-84 г/л; эритроциттер –  $3,2 \times 10^{12}/л$ ; түстік көрсеткіш -0,5; сарысудағы темір - 4 мкмоль/л; ферритин - 6 нг/мл. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant>темірдің сіңуінің бұзылуынан туындаған темір тапшылықты анемия

|                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                          |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 66 беті</p>                                                      |

<variant>фолий тапшылықты анемия

<variant>апластикалық анемия

<variant>В-12 витаминінің жетіспеушілігінен туындаған анемия

<variant>аутоиммунды гемолитикалық анемия

<question>60 жастағы ер адам тұрақты шаршағыштық, ұйқышылдық, дене салмағының төмендеуі, тері жамылғысының құрғауы, тәбетінің төмендеуі шағымдарымен жалпы тәжірибелік дәрігерге қаралды.

Қарап тексергенде мыналар байқалады: тері және шырышты қабаттардың бозаруы, сонымен қатар жеңіл тахикардия. Анамнезінен: қышқылдығы төмен созылмалы гастрит. Жалпы қан анализінде: гемоглобин-88 г/л; эритроциттер -  $3,2 \times 10^{12}/л$ ; түстік көрсеткіш - 0,65; сарысудағы темір - 4 мкмоль/л; ферритин - 6 нг/мл. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant>темір тапшылықты анемия

<variant>апластикалық анемия

<variant>фолий тапшылықты анемия

<variant>В-12 тапшылықты анемия

<variant>аутоиммунды гемолитикалық анемия

<question>35 жастағы ер адам дәрігерге келіп, аяғындағы ауырсынатын күлгін түсті бөртпеге, тізе және тобық буындарының ауырсынуына, зәрде қанның пайда болуына шағымданады. Анамнезінен: ауру тамақ ауруымен ауырғаннан кейін басталған. Қарап тексергенде: күлгін түсті бөртпелер аяқ-қолдарда симметриялы орналасқан, буындары ісінген, қозғалғанда ауырсынады. Зәр анализі: протеинурия, микрогематурия. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant>геморрагиялық васкулит

<variant>апластикалық анемия

<variant>жедел лейкоз

<variant>созылмалы миелолейкоз

<variant>созылмалы лимфолейкоз

<question>27 жастағы әйел зәрде қанның пайда болуына, бел аймағындағы ауырсынуына және аяғындағы бөртпеге шағымданып ауруханаға түсті. Анамнезінен: ауру бронхитпен ауырғаннан кейін бір аптадан кейін жедел басталған. Қарап тексергенде: аяқ терісінде ауыр геморрагиялық бөртпе байқалады. Зәр анализінде: протеинурия 2 г/л, гематурия. Қандағы креатинин жоғарылаған. Бұл жағдайда асқынуды көрсетіңіз:

<variant>жедел бүйрек жеткіліксіздігі

<variant>жедел жүрек жеткіліксіздігі

<variant>апластикалық анемия

<variant>В-12 тапшылықты анемия

<variant>аутоиммунды гемолитикалық анемия

<question>40 жастағы ер адам аяқтарындағы қатты ісінулерге, жиі күлгін бөртпелерге, жалпы әлсіздікке және тәуліктік диурездің төмендеуіне шағымданып дәрігерге қаралды. Анамнезінде: созылмалы тонзиллит. Қан анализі: жалпы ақуыз төмендеген – 58 г/л; гипоальбуминемия, протеинурия – 4 г/л; гематурия. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant>геморрагиялық васкулит

<variant>апластикалық анемия

<variant>созылмалы миелолейкоз

<variant>созылмалы лимфолейкоз

<variant>аутоиммунды гемолитикалық анемия

<question>35 жастағы ер адам жалпы әлсіздікке, енгіуге, дене қызуының көтерілуіне шағымданып ауруханаға түсті. 2 апта бұрын вирустық инфекциямен ауырған. Қарап тексергенде: терінің бозаруы, склераның сарғаюы, орташа тахикардия. Қан анализі: гемоглобин 90 г/л; ретикулоциттер 20%; тікелей емес билирубин – 70 мкмоль/л. Кумбс сынамасы оң. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

|                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                  | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 67 беті</p>                                                      |

<variant>аутоиммунды гемолитикалық анемия

<variant>апластикалық анемия

<variant>созылмалы лимфолейкоз

<variant>созылмалы миелолейкоз

<variant>В-12 тапшылықты анемия

<question>28 жастағы ер адам ауруханаға кенеттен әлсіздікке, енгіуге, жүрек соғуына шағымданып түсті. Анамнезінен: 2 апта бұрын антибиотик қабылдаған. Қарап тексергенде: склераның және терінің сарғаюы, тахикардия. Қан анализі: гемоглобин – 60 г/л; ретикулоциттер - 18%; жалпы билирубин 55 мкмоль/л; жанама - 50 мкмоль/л; Кумбс сынамасы оң. Бұл жағдайдың себебін атаңыз:

<variant>дәрілік индуцирленген аутоиммунды гемолитикалық анемия

<variant>апластикалық анемия

<variant>В-12 тапшылықты анемия

<variant>созылмалы лимфолейкоз

<variant>созылмалы миелолейкоз

<question>35 жастағы ер адам қатты әлсіздікке, бас айналуға, физикалық жүктеме кезінде енгіуге, ешқандай себепсіз денеде көгерулерінің пайда болуына шағымданып терапевтке қаралды. Қарап тексергенде: терісі бозғылт түсті, терісінде көптеген петехиялар мен экхимоздар бар. Жалпы қан анализінде: гемоглобин-70 г/л; лейкоциттер –  $2,0 \times 10^9$ /л, тромбоциттер –  $20 \times 10^9$ /л, ретикулоциттер – 0,5%. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant>апластикалық анемия

<variant>идиопатикалық тромбоцитопениялық пурпура

<variant>аутоиммунды гемолитикалық анемия

<variant>В-12 тапшылықты анемия

<variant>созылмалы миелолейкоз

<question>25 жастағы әйел дәрігерге себепсіз көгерулерге, мұрыннан жиі қан кетуге және қызыл иектің қан кетуінің күшеюіне шағымданып келді. Анамнезінде: 2 апта бұрын вирустық инфекция. Қарап тексергенде: денесінде және аяқ-қол терісінде көптеген петехиялар мен экхимоздар. АҚҚ-110/70 мм.сын.бағ., пульс-76 рет минутына. Қан анализі: тромбоциттер- $20 \times 10^9$ /л, гемоглобин-130 г/л, лейкоциттер $\times 10^9$ /л. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant>идиопатикалық тромбоцитопениялық пурпура

<variant>апластикалық анемия

<variant>аутоиммунды гемолитикалық анемия

<variant>В-12 тапшылықты анемия

<variant>созылмалы миелолейкоз

<question>44 жастағы ер адамда жалпы қан анализінде келесі өзгерістер анықталды: гемоглобин - 85 г/л, эритроциттер -  $2,9 \times 10^{12}$  \л, лейкоциттер -  $3,7 \times 10^9$  \л, эритроциттердің тұну жылдамдығы. - 52 мм/сағ, тромбоциттер –  $95 \times 10^9$  \л . Дәрігер қосымша тексеруге жіберілді. Диагнозды нақтылау үшін ақпараттық зерттеу әдісін атаңыз:

<variant>стернальды пункция

<variant>асқазанның эндоскопия

<variant>лимфа түйіндерінің пункция

<variant>нәжістегі жасырын қан анализі

<variant>қандағы сарысулық темірді анықтау

<question>47 жастағы ер адам тері жамылғысына өздігінен қан құйылуға, мұрыннан қан кетуге, қатты әлсіздікке шағымданып ауруханаға түсті. Анамнезінде созылмалы аурулар жоқ. Қарап тексергенде: төменгі аяқтарында көп реттік экхимоздар, шырышты қабаттарда ұсақ қан кетулер. Қан анализі: тромбоциттер -  $11 \times 10^9$  \л, гемоглобин - 118 г/л, эритроциттердің тұну жылдамдығы -16 мм/сағ; лейкоциттер -  $4 \times 10^9$  \л. Ақпараттық диагностикалық әдісті көрсетіңіз:

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 68 беті</p>                                                      |

<variant>сүйек кемігін зерттеу

<variant>асқазанды эндоскопиялық зерттеу

<variant>лимфа түйіндерінің пункциясы

<variant>нәжістегі жасырын қан анализі

<variant>қандағы ферритинді анықтау

<question>28 жастағы ер адам дәрігердің қабылдауында тәбетінің төмендеуіне, жүрістің тұрақсыздығына, жалпы әлсіздікке шағымданады. Қарап тексергенде: тері және шырышты қабаттары бозарған. Қан анализінде анықталды: гемоглобин 70 г/л, макроцитоз, Жоли денелері; эритроциттер –  $1,9 \times 10^{12}$  /л, түстік көрсеткіш – 1,3. Сүйек кемігінде: гемопоэздің мегалобластикалық түрі анықталды. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant>В-12 тапшылықты анемия

<variant>темір тапшылықты анемия

<variant>жедел лейкоз

<variant>созылмалы лимфолейкоз

<variant>гемолитикалық анемия

<question>42 жастағы әйел қатты шаршағыштыққа, бас айналуына, шаштың түсуіне, тырнақтардың сынғыштығына шағымданып дәрігерге қаралды. Анамнезінен: жатыр миомасы және меноррагия. Қан анализінде: гемоглобин -80 г/л, гипохромия, микроэритроцитоз анықталды. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant>темір тапшылықты анемия

<variant>В-12 тапшылықты анемия

<variant>опак жасушалы анемия

<variant>апластикалық анемия

<variant>тұқым қуалайтын сфероцитоз

<question>42 жастағы әйел Дәрігерге қаралғанда дене қызуының көтерілуіне, қызыл иек пен мұрыннан жиі қан кетуге, лимфа түйіндерінің ісінуіне, жалпы әлсіздікке шағымданады. Қарап тексергенде: тері және шырышты қабаттары бозарған, тері астына қан құйылулар бар. Қан анализінде анықталды: перифериялық қанда анемия, тромбоцитопения, бластоз белгілері. Бұл зертханалық сурет тән патологиялық жағдайды көрсетіңіз:

<variant>жедел лейкоз

<variant>созылмалы миелолейкоз

<variant>темір тапшылықты анемия

<variant>В-12 тапшылықты анемия

<variant>апластикалық анемия

<question>Дәрігердің қабылдауында 18 жастағы науқас әйел мойын лимфа түйіндерінің ұлғаюына және айқын әлсіздікке шағымданады. Қан анализі: панцитопения және сүйек кемігінде жоғары бластоз 78%, миелопероксидазаға реакциясы «теріс». Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant>жедел лимфолейкоз

<variant>созылмалы миелолейкоз

<variant>В-12 тапшылықты анемия

<variant>апластикалық анемия

<variant>гемолитикалық анемия

<question> 25 жастағы ер адам қатты әлсіздікке, бас айналуға, физикалық жүктеме кезінде елтіуге, денеде ешбір себепсіз көгерулердің пайда болуына шағымдарымен дәрігерге қаралды. Қан анализінде: эритроциттер –  $1,8 \times 10^{12}$  /л, гемоглобин – 36 г/л, түстік көрсеткіш – 0,9; лейкоциттер –  $1,6 \times 10^9$  /л, тромбоциттер –  $5,0 \times 10^9$  /л. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant>апластикалық анемия

<variant>гемолитикалық анемия

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 69 беті</p>                                                      |

<variant>В-12 тапшылықты анемия

<variant>темір тапшылықты анемия

<variant>тромбоцитопениялық пурпура

<question> 28 жастағы ер адам дәрігердің қабылдауында бел аймағындағы ұстамалық ауру сезіміне, зәрдің іркілуіне және бетінің ісінуіне шағымданады. Пастернацкийдің оң симптомы кездеседі:

<variant> несептас ауруында

<variant> диабеттік нефропатияда

<variant> уретритте

<variant> циститте

<variant> простатитте

<question> Зимницкий сынамасы бойынша келесі нәтижелер анықталды: тәуліктік диурез 2500 мл, күндізгі диурез – 1720 мл, түнгі диурез 780 мл. Әртүрлі бөліктердегі зәрдің салыстырмалы тығыздығының максималды және ең төменгі мәндері 1,005 – 1,012 аралығында. Дұрыс тұжырымды көрсетіңіз:

<variant>полиурия, гипостенурия

<variant>гипоизостенурия, никтурия

<variant>полиурия, поллакиурия

<variant>изостенурия, никтурия

<variant>полиурия, никтурия

<question> 38 жастағы ер жедел жәрдем бригадасымен жеткізілді. Шағымдары: жүрек айну, құсу, зәрдің болмауы, бұлшықеттердің жиырылуы. Анамнезінде: жол-көлік оқиғасына ұшыраған, бүйрегі ауыр зақымдалған. Қан анализінде мочевина – 9,3 ммоль/л, креатинин – 188 мкмоль/л, Na<sup>+</sup> – 131 ммоль/л, K<sup>+</sup> – 6,8 ммоль/л. Осы жағдайда дамитын синдромды көрсетіңіз:

<variant>жедел бүйрек жеткіліксіздігі синдромы

<variant>созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі синдромы

<variant>бүйректік артериялық гипертензия синдромы

<variant>нефротикалық синдром

<variant>нефриттік синдром

<question> 56 жастағы әйел дәрігерге , таңертеңгі уақытта бетінің ісінуіне зәр шығаруының төмендеуіне, тез шаршағыштыққа шағымданып келді. Анамнезінде: жиі суық тиіп ауырады. Қарап тексергенде: науқастың беті бозарған, ісінген, қабақтары ісінген, көз саңылаулары тарылған. Тексеру деректеріне сәйкес дұрыс сипаттаманы көрсетіңіз:

<variant> facies nephritica

<variant> facies febrilis

<variant> facies mitralis

<variant> facies basedovica

<variant> facies Hippocratica

<question> 48 жастағы әйел бетінің таңертең ісінуіне, зәр мөлшерінің азаюына, зәрінің «ет жуындысы» тәрізді бодуына, жүрек қағуына, тез шаршағыштыққа шағымданып келді. Анамнезінде: бір ай бұрын суықтағаннан кейін тонзиллит, бронхитпен ауырған, содан кейін бел аймағындағы ауырсынумен мезгіл-мезгіл мазалаған. Объективті: науқастың беті бозарған, ісінген, қабақтары ісінген. АҚҚ 150/110 мм.сын.бағ Жалпы зәр анализінде – белок 0,099%, эритроциттер – 45-50 көру аймағында. Зәрдегі «ет жуындысы» түсінің пайда болу себебін көрсетіңіз:

<variant>шумақ капиллярларының өткізгіштігінің төмендеуі

<variant>несепағарлардың қабынуы

<variant>несепағардың таспен зақымдалуы

<variant>қандағы эритроциттер санының артуы

<variant>қанның ұю факторларының деңгейінің төмендеуі

|                                                                                                          |                                                                                   |                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«O'ntustik Qazaqstan medicina akademiasy» AQ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ishki auurlar propedeutikasy» kafedrası<br/>Baқылау – өлшеуіш құралдары</p>                          |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 70 беті</p>                                                      |

<question> 19 жастағы колледж студенті емханаға бас ауруына, фотофобияға, құсуға, дене қызуының көтерілуіне шағымданып келді. Анамнезінде туберкулезбен ауыратын науқаспен байланыста болған. Объективті: «арыстан ит» калпында жатыр, басы артқа шалқайған, 2 көлденең саусақтарында мойын бұлшықеттері ригидті, Керниг белгілері оң, Брудзинский төменгі. Осы науқастағы синдромды көрсетіңіз:

- <variant> менингиальды
- <variant> конвульсиялық
- <variant> эпилепсия
- <variant> өтпелі ұстама
- <variant> геморрагиялық

<question> 18 жастағы қыз А. жедел бас ауруы, дене қызуының көтерілуі, жүрек айну, құсу шағымдарымен жедел жәрдем бөліміне жеткізілді. Анамнезінен – бір аптадан бері ауырады, достарымен тауға барған. Қарап тексергенде көзін жұмып жатады, көрпемен жабылуына жол бермейді, ауырсыну сезімталдығының күрт артуы анықталады. Дәрігер зерттелушінің басын еңкейтуге тырысқанда, жамбас және тізе буындарында төменгі аяқтардың бүгілуі байқалды.

Симптомын анықтаңыз:

- <variant> Брудзинский синдромы
- <variant> Слоуч
- <variant> Гордон
- <variant> Оппенгейм.
- <variant> Шоффар

<question> 35 жастағы ер адам, мектеп мұғалімі учаскелік дәрігердің нұсқауымен аурухананың жедел жәрдем бөліміне жеткізілді. Шағымдары бастың қатты ауруына, жүрек айнуына, сол аяқтың кенеттен қатты әлсіздігіне байланысты еркін қозғала алмау. Анамнезінен – созылмалы нефритпен ауырады. Қарап тексергенде тері жамылғысының бозарғаны және ауырсыну сезімталдығының төмендеуі анықталды. АҚ – 190/100 мм рт.ст. Ер адамдағы патологиялық жағдайдың дамуын көрсетіңіз:

- <variant> геморрагиялық инсульт
- <variant> менингиальды синдромдар
- <variant> өтпелі ұстама
- <variant> миокард инфарктісі
- <variant> эпилепсиялық ұстама

<question> 42 жастағы әйелді туыстары бас ауруына, дене қызуының көтерілуіне, жүрек айнуына, фотофобияға шағымдарымен аурухананың жедел жәрдем бөліміне әкелді. Анамнезінен жедел респираторлық инфекциямен ауырғанына бір аптадан асты. Қарап тексергенде көзін жұмып бүйірімен жатыр, ешнәрсемен жабылуына жол бермейді, гиперестезия, 4 көлденең саусақтарында мойын бұлшықеттері ригидті, Керниг белгісі оң. Зерттеу әдісін анықтаңыз:

- <variant> жұлын пункциясы
- <variant> бас миының компьютерлік томографиясы
- <variant> Мидың МРТ
- <variant> электроэнцефалография
- <variant> церебральды эхография

<question> Анамнезінде 17 жыл бойы гипертониялық аурумен ауыратын 57 жастағы әйелде эмоционалдық стресстен кейін қатты бас ауруы, жүрек айнуы, қайталанатын құсу пайда болды. Учаскелік дәрігердің үйге шақыруында 1-ші саусағының арқа бүгілуі және иілген саусақпен жіліншікке басқанда қалған саусақтардың желпі тәрізді алшақтығы анықталды. Ықтимал патологиялық симптомды атаңыз:

- <variant> Оппенгейм
- <variant> Кохер

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 71 беті</p>                                                      |

<variant> Шеффер

<variant> Гордон

<variant> Брудзинский

<question> 60 жастағы ер адамда аялдамада басы қатты ауырып, айқайлады, бір жерге жүгірмек болды, қатты ұрысады, басқалар жедел жәрдем шақырды. Дәрігердің сұрақтарына дұрыс жауап береді, бірақ бірден емес, қиын сөздерді табады, оларды бөлек буындармен айтады. Сол қолы мен аяғының әлсіздігінің күшеюіне шағымданады. Анамнезінде стенокардиямен ауырған, «Изокет» спрейн қабылдап жатыр, бірақ қазір көмектеспеді.

Сол жақтағы сезімталдықтың төмендеуі және оң Бабинский белгісі анықталды. Бұл жағдайда болжамды диагнозды көрсетіңіз:

<variant> ишемиялық инсульт

<variant> эпилепсиялық ұстама

<variant> өтпелі шабуыл

<variant> менингеальды синдром

<variant> истерикалық шабуыл

терия

<question> Дәрігерге 35 жастағы ер адам кеуде клеткасының оң жақ жарты бөлігіндегі үздіксіз ауруға, қыжылдауға, ауыздағы жағымсыз иіске шағымданды. Соңғы айларда дисфагия пайда болған. Өкпе қабынуымен жиі ауырады. Осы жағдайда болжауға болады:

<variant> асқазан дивертикуласы

<variant> асқазан варикозды веналарының кеңеюі

<variant> өнештік – бронхиальды жылан көз

<variant> өнеш стенозы

<variant> өнеш ахалазиясы

<question> Ер кісі 26 жаста, дәрігерге келесі шағымдармен келді: тамақтан кейін 1-1,5 сағаттан соң пайда болатын эпигастрий аймағында ауырсынуға, кекіруге, қыжылдауға. Қарағанда: тілі ылғалды, ақ жабындымен жабылған, іші жұмсақ, эпигастрий аймағында әлсіз ауырсыну. ФГДС –те асқазанда кілегейлі диффузды гиперемия, асқазанда 0,5 өлшемінде антральды кілегейлі қабатында. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> Созылмалы атрофиялық емес жаралы гастрит

<variant> Созылмалы атрофиялық гастрит

<variant> Асқазан ойық жарасы

<variant> Рефлюкс-гастрит

<variant> Функциональды жаралы емес диспепсиясы

<question> Наукас 34 жаста 2 аптадан бері жедел дизентерия болған. Қазіргі уақытта тамақтан кейін 5-7 сағатта соң күшейетін іштің төменгі бөлімінде шаншып ауру. Сүтті тағамдар қолданғаннан кейін, іш өту. Диагностикалық зерттеу әдісі:

<variant> копрограмма

<variant> жасырын қанға анализ

<variant> колоноскопия

<variant> кеуде қуыс ағзаларының УДЗ-і

<variant> ішекті рентгенологиялық зерттеу

<question> 27 жастағы наукас қабылдау бөліміне жедел іштің ауру сезімімен 1 сағат бұрын түсті. Құсу, үлкен дәрет болмаған. Объективті: эпигастрий бұлшықетінің дефансы, перкуссияда бауырдың тұйықталуы жоқ. Клиникалық симптомға сәйкес сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> асқазан жарасының перфорациясы

<variant> асқызын жарасының пенетрациясы

<variant> асқазаннан қан кету

|                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                  | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 72 беті</p>                                                      |

<variant> жедел холецистит

<variant> жедел панкреатит

<question>Ер адам 46 жаста, кеуде тұсының ауру сезіміне, жаурын арасына иррадиациясымен , жатқан кезде күшеюіне, қышқыл кекіруіне шағымданады. Диагнозды нақтылау үшін сіздің іс-әрекетіңіз:

<variant> эзофагогастродуоденоскопия

<variant> 24-сағаттық рН-метрия

<variant> өңешішілік манометрия

<variant> кеуде қуысы ағзаларының УДЗ-і

<variant> протондық помпа ингибиторымен тест

<question>42 жастағы ер адам іш ауру ұстамасына, жиі сол жақ қабырға доғасына, аздаған сарғаюымен аураhanaға түсті. Анамнезінде 5 жыл бұрын өт тас ауруына операция жасалған. Объективті: жағдайы орташа ауырлықта, тері жабындылары аздап сарғайған. Ішінің пальпациясында сол жақ қабырға доғасында, Шоффар мен Губергриц зонасында ауырсынады. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> созылмалы панкреатит

<variant> созылмалы холангит

<variant> жара аурауы

<variant> созылмалы гастрит

<variant> созылмалы гепатит

<question>36 жастағы ер адам, майлы және кептірілген тамақтан соң сол жақ қабырға тұсының тұйық ауру сезіміне, құсудан соң жеңілденуіне шағымданады. Нәіс массасы жылтыр, жағымсыз иісті. 8 жылдан бері ауырады, кезекті асқынулар 5-6 күндей алкоголь қабылдаудан соң. Объективті: арық бітімді, тері бозғылт, құрғақ. Тілі ақ жабындымен қапталған. Іші аздап кепкен, Шоффар, Губергриц-Скульский зонасы, Дежардена, Мейо-Робсон нүктелерінде ауырсынулы. Болжам диагнозыңыз:

<variant> созылмалы панкреатит асқынумен

<variant> созылмалы холецистит асқынумен

<variant> жедел панкреатит

<variant> асқазан жарасының ұйқы безінің басына пенетрациясы

<variant> жедел ішек тітіркенісі

<question>Ер адам, 28 жаста, бронхоэктаз ауруы өршуінің терапиясы жүргізілген. 2 аптадан кейін тұрақсыз, интенсивтілігі орташа тұрақты сипаты жоқ іштің ауырсынуы, метеоризм, тәулігіне 4-6 рет, құрамында қорытылмаған тамақ қалдықтары бар сұйық нәжіс пайда болды. Ықтимал ақпаратты зерттеу әдісі:

<variant> нәжісті микробиологиялық зерттеу

<variant> жалпы қан анализі

<variant> ирригоскопия

<variant> құрсақ қуысын ультрадыбысты зерттеу

<variant> ФГДС

<question>Ер адам, 50 жаста , үнемі темекі шегетін тұншығу ұстамасына, кеудедегі төменгі үшінші бөлігінің сыздап ауыру сипатына, қышқыл кекіруге шағымданады. Теофиллин препараттарын қолданғаннан кейін жағдайы нашарлайды. ЭКГ- да: ишемиялық өзгерістер тіркелмеді.

Пикфлоуметрияда дем алудағы пиктик жылдамдықтың төмендеуі. Барынша болжам диагноз:

<variant> гастроэзофагальды рефлюксты ауру

<variant> созылмалы гастрит

<variant> ЖИА. Күштемелі стенокардия

<variant> бронхтық астма

<variant> өкпенің созылмалы обструктивті ауруы

|                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                          |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 73 беті</p>                                                      |

<question>Ер адам, 75 жаста, эпигастрийде ауырлық, толу сезіміне, сыздап ауырсыну, ауызда жағымсыз дәм, лоқсу, тәбеттің төмендеуі, ауамен кекіру, тұрақсыз нәжіске шағымданады. Ішті пальпациялауда алдыңғы құрсақ қабырғасының жайылмалы кернеулігі және эпигастрий аймағында ауырсыну. ФГДС: асқазанның денесі мен антрумында бозару, жазықталуы, тамырлардың көрінуі, гипотония, гипокинезия, өттің рефлюксі. Жоғарыдағы өзгерістер тән...

<variant>созылмалы атрофиялық гастритке

<variant>антральды атрофиялық емес гастритке

<variant>ойық жара ауруына

<variant>бейспецификалық жаралы колитке

<variant>асқазанның қатерлі ісігіне

<question>29 жастағы әйелді жасөспірім шактан бері 8-9 күндей іш қату, лоқсу, бастың жиі ауруы, ұйқысының бұзылуы, жалпы әлсіздік мазалайды. Іш айдайтын дәрілердің әсері аз, науқас тазалау клизмасын жасауға мәжбүр. Қарап-тексергенде: терісі құрғақ, дөрекі, гиперпигментация аймақтары бар. Іші жұмсақ, сигма тәрізді ішек аймағында пальпацияда аз қозғалмалы тығыз түзілім анықталады. Ықтимал ақпаратты зерттеу әдісі:

<variant>ирригоскопия

<variant>іш қуысының УДЗ-і

<variant>компьютерлік томография

<variant>колоноскопия биопсиямен

<variant>ректальды манометрия

<question>32 жастағы ер адам, тамақ және алкоголь қабылдаудан кейін жарт сағаттан соң пайда болатын эпигастрий аймағындағы басып ауратын сезімге, сода қабылдағаннан кейін азаятын қыжылдауға шағымданады. 2 жыл бойы аурады, емделмеген. Объективті: тілінде ақ жабынды, терең пальпацияда эпигастрий аймағында жайылмалы ауру сезім. ЭФГДС: асқазанның кілегей қабаты гиперемияланған, ісінген, антральді бөлімінде бірен-саран қанталаулар. Ықтимал ақпаратты зерттеу әдісі:

<variant>Helicobacter pylori –ге тексеру

<variant>24-сағаттық pH-метрия

<variant>эндоскопиялық pH-метрия

<variant>электрогастрографиялық әдіс

<variant>гастротест әдісімен асқазан секрециясын зерттеу

<question>20 жастағы әйел диспепсиялық бұзылыстарға шағымданады. Жүрек жеткіліксіздігіндегі диспепсиялық бұзылыстар түсіндіріледі:

<variant>бауыр мен асқазан - ішек жолдарындағы айқын веноздық іркіліс

<variant>асқазан сөлінің қышқылдығын төмендету

<variant>асқазанның моторлы-эвакуациялық функциясының бұзылуы

<variant>ұйқы безінің экзокриндік жеткіліксіздігі

<variant>асқазан сөлінің қышқылдығын арттыру

<question>Ер адам 48 жаста, диетаны бұзып-ащы, қуырылған тағамдарды жегеннен кейін эпигастрий аймағында ауырсыну пайда болды, омыртқаға бойына таралады, сілекей бөлінуі жоғарылауы, кекіру, жүрек айну, метеоризм, жеңілдік әкелмейтін құсу мазалайды. Қарастырылып отырған ықтимал ауру:

<variant>панкреатит

<variant>гастрит

<variant>асқазан жарасы

<variant>холецистит

<variant>гепатит

<question>57 жастағы әйел, жүрек айну, кекіру, қыжыл және ауыздағы ащы дәмге шағымданады. Қарастырылып отырған ықтимал ауру:

|                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                  | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 74 беті</p>                                                      |

<variant> холецистит

<variant>эзофагит

<variant>гастрит

<variant>асқазан және 12 елі ішектің ойық жарасы

<variant>панкреатит

<question>Асқазанның ойық жарасымен ауыратын 53 жастағы ер адамда өршу кезеңінде бір күн бұрын қабылданған "шіріген жұмыртқа" дәмімен кекіру, құсуға шағымданады. Науқаста ықтимал асқыну:

<variant>стеноз

<variant>пенетрация

<variant>перфорация

<variant> қан кету

<variant>малигнизация

<question>47 жастағы ер адамда алкогольді ішкеннен кейін бірнеше рет құсу пайда болды, соңғысы қызыл қанмен араласқан. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant>Меллори-Вейс синдромы

<variant> өңештің варикозды тамырларынан қан кету;

<variant>жедел панкреатит

<variant>асқазан жарасы

<variant> Крон ауруы

<question>Ауруханаға 51 жастағы ер адам келіп, өңештің ауырсынуына шағымданады. Өңеш аурулары бар науқастардың ауыр шағымдары:

<variant>дисфагия

<variant>құсу

<variant> ауырсыну

<variant>сілекей

<variant>күйдіргі

<question> Ауруханаға 25 жастағы әйел келіп, өңештің ауырсынуына шағымданады. Дисфагия өткен анамнезі бойынша жиі қойылады:

<variant> өңештің тыртық стенозы

<variant> өңештің ісігі

<variant> өңеш дивертикуласы

<variant>созылмалы атрофиялық эзофагит

<variant>анамнездік деректердің құндылығы тең мәнді

<question>62 жастағы ер адам терапевтке әлсіздік, жүрек айну, түнде ұйқысыздық және күндіз ұйқышылдық, іштің ұлғаюы, оң жақ қабырға астының ауырсынуы шағымдарымен жүгінді. Майлы және ащы тағамдарды қабылдағаннан кейін ауырсыну күшейеді, нәжіспен бірге жүреді. Бауырдың шеті қабырға доғасының астынан 6 см шығып тұрады, пальпация кезінде тығыз, ауырады. Көкбауыр пальпацияланбайды, өлшемдері 10x12 см. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant> бауыр циррозы, декомпенсация сатысы

<variant> бауыр циррозы, өтемақы сатысы

<variant> бауыр циррозы, субкомпенсация сатысы

<variant> 1 типті аутоиммунды гепатит

<variant> 2 типті аутоиммунды гепатит

<question>20 жастағы әйелде психо-эмоционалды стресстен кейін дисфагия пайда болды, төс сүйегінің артында "кома" сезімі пайда болды. Дисфагия кейіннен толқу, шаршау кезінде қайта басталды. Тәбет сақталды, салмағын жоғалтпады. Физикалық тексеру кезінде патология анықталған жоқ. Дисфагияның ықтимал себебін таңдаңыз:

<variant> эзофагоспазм

|                                                                                                        |                                                                                  |                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QONTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                         |                                                                                  | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 75 беті</p>                                                      |

<variant> өңеш қатерлі ісігі

<variant> өңештің асқазан жарасы

<variant> диафрагманың өңештік тесігінің аксиальді жарығы

<variant> өңештің герпетикалық зақымдануы

<question> 29 жастағы ер адам дәрігерге тамақ ішкеннен кейін 1,5-2 сағаттан кейін пайда болатын эпигастрий аймағындағы ауырсынуға, ауамен кекіруге шағымданып келді. ЭФГДС-те: асқазанның пилорикалық және антральды бөліктерінде шырышты қабат гиперемияланған. Сіздің одан әрі диагностикалық тактикаңыз:

<variant> helicobacter pylori зерттеуі

<variant> хромоэндоскопия

<variant> асқазанның флюороскопиясы

<variant> асқазан ішілік РН-метрия

<variant> электрогастрографиялық әдіс

<question> 54 жастағы ер адам, бірнеше жылдар бойы созылмалы панкреатитпен ауырады. Ұйқы безінің кальцинозын анықтаудың қарапайым әдісі :

<variant> рентгенография

<variant> лапаротомия

<variant> лапароскопия

<variant> ирригоскопия

<variant> холангиография

<question> Ауруханаға 49 жастағы ер адам келіп, өңештің ауырсынуына шағымданады. Болжам бойынша өңеш аурулары бар науқастардың негізгі шағымы:

<variant> дисфагия

<variant> құсу

<variant> ауырсыну

<variant> сілекей

<variant> күйдіргі

<question> 54 жастағы ер адамда гепатоспленомегалия және асцит бар, қанды биохимиялық зерттеу кезінде қалдық азот пен мочевианың жоғарылауы анықталды, зәрде индол, скатол және фенол деңгейі жоғарылайды. Клиникалық белгілерге сәйкес синдромның дамуы туралы ойлауға болады:

<variant> бауыр-жасуша жеткіліксіздігі

<variant> цитоллиз

<variant> холестаз

<variant> мезенхималық қабыну

<variant> бауыр қан айналымы

<question> 46 жастағы ер адамда, диетаны бұзып-ащы, қуырылған тағамдарды жегеннен кейін омыртқаға тарайтын эпигастрийдегі ауырсыну, сілекейдің жоғарылауы, кекіру, жүрек айну, іш кебу, жеңілдік әкелмейтін құсу мазалаған. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant> панкреатит

<variant> гастрит

<variant> асқазан жарасы

<variant> холецистит

<variant> гепатит

<question> 54 жастағы ер адам дәрігерге эпигастрий аймағындағы тұрақты, қарқынды ауырсыну, жалпы әлсіздік, құсу туралы шағымдармен жүгінді. Ауырсыну қуырылған тағамды, алкогольді ішкеннен кейін 50-60 минуттан кейін пайда болды. Тексеру кезінде: эпигастрий аймағындағы ауырсыну, Мейо-Робсонның оң симптомы. Жалпы қан анализінде лейкоциттер  $12 \times 10^9 / л$ , ЭТЖ -18 мм/сағ. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 76 беті</p>                                                      |

<variant> созылмалы панкреатит

<variant> созылмалы холецистит

<variant> асқазан жарасы

<variant> созылмалы гастрит, В түрі

<variant> гастроэзофагеальді рефлюкс ауруы

<question> Асқазан жарасымен ауыратын 41 жастағы ер адам өршу кезеңінде бір күн бұрын қабылданған тағамы "шіріген жұмыртқа" дәміне, құсуға шағымданады. Науқастың ықтимал асқынуын таңдаңыз:

<variant> стеноз

<variant> ену

<variant> перфорация

<variant> қан кету

<variant> малигнизация

<question> 27 жастағы ер адам, экономист, қатты әлсіздік және тез шаршағыштық, жиі бас айналу, салмақ жоғалту, тәбеттің төмендеуі, жүрек айнуы, тері пигментациясының күшеюі шағымдарымен эндокринологқа қаралды. Анамнезінен – бұл шағымдар шамамен 6 ай бұрын пайда болған. Бұрын ауырмаған. Қытайда оқыған. 3 ай жұмыс істейді. Объективті қарағанда астениялық, тамақтанбаған, бұлшықеттері атрофиялық, күші төмендеген. PS-100 минутына, аз, ырғақты. АҚ-90/60 мм сын.бағ.. Жүрек тондары тұйықталған, жиілеген. Қан анализінде – НВ -72г/л; Эр.- 2,9×1012/л, Л -6,2×109/л; ЭТЖ -22 мм/сағ. Қандағы қант - 2,6 ммоль /л. Бұл жағдайда төменде көрсетілген синдромдардың қайсысы ықтимал:

<variant>гипокортицизм

<variant>анемия

<variant>гипотиреоз

<variant>гипогликемия

<variant>гиперкортицизм

<question> 46 жастағы ер адам, рентгенолог, дене салмағының төмендеуіне, жалпы әлсіздікке, тез шаршағыштыққа, жиі естен тануға, эпигастрий аймағындағы орташа ауырсынуға, мезгіл-мезгіл құсуға, жүрек айнуына, іш кату мен сұйық нәжістің кезектесіп тұруына байланысты терапия бөліміне түсті. Анамнезінен – бұрын өкпе туберкулезімен ауырған. Объективті – астениялық дене бітімі, дененің ашық жерлерінің терісі гиперпигментацияланған. Пульсі жиі. АҚ 80/60 мм.сын.бағ. Жүрек тондары тұйықталған, жиілеген. Тіл орташа ақ түспен қапталған. Іші жұмсақ, пальпацияда эпигастрийде ауырсынады. Төменде көрсетілген синдромдардың қайсысы осы клиникалық симптомдарға тән:

<variant>бүйрек үсті безінің гипофункциясы

<variant>қалқанша безінің гипофункциясы

<variant>бүйрек үсті бездерінің гиперфункциясы

<variant>асқазан диспепсиясы

<variant>ішек диспепсиясы

<question> 39 жастағы ер адам емхананың қабылдау бөліміне семіздікке, әсіресе іш пен мойын аймағында, жиі бас ауруына, терісінің құрғауына, сүйектерінің ауырсынуына шағымданып келді. Анамнезінен: бұл шағымдар соңғы бір жыл ішінде пайда болған, ештеңемен байланысты емес. Объективті: іш және мойын аймағында айқын семіздік, иық белдеуі және аяқ бұлшықеттерінің атрофиясы, бетінің қызаруы. PS–112 рет мин.АҚ- 160/100мм. сын.бағ.. Жүрек тондары біршама тұйықталған, жиілеген, қолқада 2 тон акценті, ұшында қысқа систолалық шу. Өкпесінде – қатаң тыныс, бір реттік құрғақ сырылдар. Қандағы қант -7,1 ммоль/л. Бұл жағдайда төменде көрсетілген синдромдардың қайсысы ықтимал:

<variant>бүйрек үсті безінің қыртысының гиперфункциясы

<variant>артериялық гипертензия

|                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ONȚŪSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                  | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 77 беті</p>                                                      |

<variant>Бүйрек үсті безінің қыртысының гипофункциясы

<variant>қалқанша безінің гиперфункциясы

<variant>абсолютті инсулин тапшылығы

<question>Науқас Ж. 55 жаста, бойы 157 см, салмағы 60 кг, кезектегі профилактикалық байқау кезінде анықталды: глюкоза 6,0 ммоль/л (глюкометрде). Ашқарынға қайталап алынған қан анализінде глюкоза – 5,9 ммоль/л, жүктемеден 2 сағаттан соң – 10,6 ммоль/л. Клиникалық протоколға сәйкес , науқаста . . . пайда болған.

<variant> глюкозаның толеранттылық бұзылуы

<variant> ашқарынға гликемияның бұзылуы

<variant> кездейсоқ туындаған гликемия

<variant> қантты диабет

<variant> гестациялық қант диабеті

<question>Ер адам , бойы172 см, салмағы 112 кг, кезектегі профилактикалық байқау кезінде анықталған: глюкоза 10,9 ммоль/л (глюкометрде). Ашқарынға қайталап алынған қан анализінде глюкозы – 8,8 ммоль/л, жүктемеден 2 сағаттан соң – 12,6 ммоль/л. Клиникалық протоколға сәйкес , науқаста . . . пайда болған.

<variant> қант диабет 2 тип

<variant> глюкозаның толеранттылық бұзылуы

<variant> ашқарынға гликемияның бұзылуы

<variant> кездейсоқ туындаған гликемия

<variant> қант диабет 1 тип

<question> 50 жастағы әйел , бойы162 см, салмағы 101 кг, кезектегі профилактикалық байқау кезінде анықталған: глюкоза 9,9 ммоль/л (глюкометрде). Ашқарынға қайталап алынған қан анализінде глюкозы –10,8 ммоль/л, жүктемеден 2 сағаттан соң – 13,2 ммоль/л. Клиникалық протоколға сәйкес , науқаста . . . пайда болған.

<variant> қант диабет 2 тип

<variant> глюкозаның толеранттылық бұзылуы

<variant> ашқарынға гликемияның бұзылуы

<variant> кездейсоқ туындаған гликемия

<variant> қант диабет 1 тип

<question>42 жастағы әйел , терапевтке келесі шағымдармен қаралды: жалпы әлсіздік, тері қабаттарының айқын құрғауы, шаштың түсуі, есте сақтаудың төмендеуі, даусының өзгеруі, ұйқышылдық. Жалпы қарауда: адинамиялы, терісі құрғақ, кейде қышу аралас. Беті көмескі тартқан , қол аяқтары ісінулі , жүрек тондары анық , ритм ырғақты . АҚ 80/50 мм.с.б. Пульс – 50 рет минутына. Болжам диагноз :

<variant> Гипотиреоз

<variant> Бауыр циррозы

<variant> Жүрек жеткіліксіздігі

<variant> Семіздік

<variant> Гипертиреоз

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес, 1 типті қант диабетіне шұғыл көмек көрсету кезеңінде жүргізілетін диагностикалық іс-шара:

<variant> гликемия деңгейін анықтау

<variant> құрсақ қуысы ағзаларының УДЗ

<variant> ЭХОКГ

<variant> Холтер бойынша ЭКГ тәуліктік мониторингі

<variant> ЭФГДС

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес, әдетте, аш қарынға, тұтас капиллярлық қандағы глюкозаның

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| «Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы                                                               |                                                                                   | 47 / 11 - 2025                                                                                   |
| Бақылау – өлшеуіш құралдары                                                                           |                                                                                   | 40 беттің 78 беті                                                                                |

концентрациясы (ммоль/л) аспайды:

<variant> 5,5 ммоль/л

<variant> 7,8 ммоль/л

<variant> 6,1 ммоль/л

<variant> 11,1 ммоль/л

<variant> 6,7 ммоль/л

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес 1 типті қант диабетімен пациенттерінде жалпы қан талдауын тексеру жиілігі:

<variant> жылына 1 рет

<variant> 3 айда 1 рет

<variant> күніне кемінде 4 рет

<variant> жылына 1 рет (өзгерістер болмаған жағдайда)

<variant> көрсеткіштері бойынша

<question>Артық дене салмағы бар 50 жастағы әйелде екі рет аш қарынға гликемия деңгейінің 6,9 және 7,2 ммоль/л-ге дейін артуы анықталды. Мүмкін болатын диагноз:

<variant> Қант диабеті 2 типі

<variant> Семіздік

<variant> Қант диабеті 1 типі

<variant> Аш қарынға гликемия бұзылысы

<variant> Глюкозаға төзімділіктің бұзылысы

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес 1 типті қант диабетімен пациенттерінде несептің жалпы талдауын тексеру жиілігі:

<variant> жылына 1 рет

<variant> 3 айда 1 рет

<variant> күніне кемінде 4 рет

<variant> жылына 1 рет (өзгерістер болмаған жағдайда)

<variant> көрсеткіштері бойынша

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес зерттеу жиілігі 1 типті қант диабетімен пациенттерінде несептері және қандағы кетон денелерін анықтау:

<variant> көрсеткіштері бойынша

<variant> 3 айда 1 рет

<variant> күніне кемінде 4 рет

<variant> жылына 1 рет (өзгерістер болмаған жағдайда)

<variant> жылына 1 рет

<question>1 типті қант диабетінде өлімнің жиі себебі болып табылады . . .

<variant> төменгі аяқтың гангрена

<variant> кетонемиялық кома

<variant> гипертониялық кома

<variant> миокард инфарктісі

<variant> диабеттік нефропатия

<question>Қант диабеті кезіндегі шағымдар:

<variant> полидипсия, полиурия, булемия, сарқылу

<variant> ұйқыға бейімділік, ұмытшақтық

<variant> әлсіздік, адинамия, буын ауруы

<variant> бас аурулары, жүрек соғысы, ісіну

<variant> ашушандық, жүрек қағысы, тершендік, сарқылу

<question>Қалқанша безінің гипофункциясы кезінде науқастың пайда болуы:

<variant> тері қабыршықтануы, сарғаю, тургор арттыру, суық тер

|                                                                                                          |                                                                                   |                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«O'ntustik Qazaqstan medicina akademiasy» AQ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| «Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы                                                                  |                                                                                   | 47 / 11 - 2025                                                                                   |
| Бақылау – өлшеуіш құралдары                                                                              |                                                                                   | 40 беттің 79 беті                                                                                |

<variant> жоғарғы қабақтың түсуі

<variant> көздің конвергенциясының бұзылуы:

<variant> көздің жыпылықтауы жиі

<variant> экзофтальм

<question>Глюкозаға төзімділікті анықтау көрсеткіші науқаста болуы болып табылады ...

<variant> шөлдеу және полиурия, семіздік, қайталанатын фурункулез

<variant> олигоурия, аллергия

<variant> дислипидемия, терінің қышуы

<variant> аш қарынға глюкоза деңгейі 10 ммоль/л жоғары, анурия

<variant> аш қарынға глюкоза деңгейі-3,4 ммоль/л, кахексия

<question>Қант диабетіндегі микроциркуляцияның бұзылуының негізгі көріністерінің бірі болып табылады . . .

<variant> ретинопатия

<variant> атеросклероз

<variant> катаракта

<variant> симметриялық нейропатия

<variant> аяқ тамырларының зақымдануы

<question>Қант диабетін диагностикалаудағы негізгі зертханалық өлшем болып табылады . . .

<variant> аш қарынға созылмалы гипергликемия

<variant> ұзақ глюкозурия

<variant> гиперхолестеринемия

<variant> кетонурия

<variant> гипокалиемия

<question>Қант диабетінің негізгі патогенетикалық механизмі:

<variant> инсулин жеткіліксіздігі

<variant> липидтер алмасуының бұзылуы

<variant> ақуыз алмасуының бұзылуы

<variant> калий және натрий иондарының алмасуының бұзылуы

<variant> су-тұз алмасуының бұзылуы

<question>Науқас Ж. 55 жаста, бойы 157 см, салмағы 60 кг, кезектегі профилактикалық байқау кезінде анықталды: глюкоза 6,0 ммоль/л ( глюкометрде). Ашқарынға қайталап алынған қан анализінде глюкоза – 5,9 ммоль/л, жүктемеден 2 сағаттан соң – 10,6 ммоль/л. Клиникалық протоколға сәйкес , науқаста . . . пайда болған.

<variant> глюкозаның толеранттылық бұзылуы

<variant> ашқарынға гликемияның бұзылуы

<variant> кездейсоқ туындаған гликемия

<variant> қантты диабет

<variant> гестациялық қант диабеті

<question>Науқас О. 45 жаста, шағымдары: бет аймағының, аяқ сүйектерінің іріленуі, ұзаққа созылған бас ауру, түнгі апноэ. Аурудың біріншілік симптомдары дамығанына 5 жыл өткен.

Объективті: Мұрынның іріленуі, ерін, тіл, терінің қалыңдауы, қас асты доғасының ұлғаюы , төменгі жақтың ұлғаюы, тіс аралықтың кеңеюі, аяқ қол ұштарының ұлғаюы. АҚ 160/90 мм.с.б. Мүмкін болатын диагноз:

<variant> акромегалия

<variant> гигантизм

<variant> гипофиздің спорадикалық ісігі

<variant> жұтқыншақ сақинасының ісігі

<variant> сфеноидальді синустың ісігі

|                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                  | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 80 беті</p>                                                      |

<question>Гипертиреоз симптомдарына жатады . . .

<variant> тахикардия

<variant> брадикардия

<variant> тыныш әңгіме

<variant> құрғақ тері

<variant> психоздар

<question>42 жастағы ер адам оң тобық буынындағы қатты ауру сезіміне шағымданады, тіпті қолмен ұстағанда да шыдатпайды. Артық тамақтанғаннан кейін және саунаға барғаннан кейін өзін ауру деп санайды. Осы науқастың биохимиялық қан анализіндегі өзгерістерді атаңыз:

<variant> зәр қышқылы деңгейінің жоғарылауы

<variant> креатинин деңгейінің жоғарылауы

<variant> мочевина деңгейінің жоғарылауы

<variant> глюкоза деңгейінің жоғарылауы

<variant> АЛТ және АСТ деңгейлерінің жоғарылауы

<question>35 жастағы әйел, сағат 11.00-ге дейін білезік буындарының, қолдарындағы ауру сезіміне, таңертеңгі ауырсыну сезіміне шағымданды. Дене қызуы кешке 37,5-37,8°C дейін көтеріледі. Өзін 3 айға жуық аурумын деп санайды, аурудың басталуы гипотермиямен және жіті респираторлық инфекциямен байланыстырады. Білек буындары симметриялы ісінген, қысылу симптомдары оң. Осы науқастың жалпы қан анализіндегі өзгерістерді атаңыз:

<variant> ЭТЖ жоғарылауы

<variant> лейкопения

<variant> тромбоцитоз

<variant> тромбоцитопения

<variant> лимфоцитоз

<question>26 жастағы науқас, салмағы 58 кг, бойы 162 см, таңертеңгі уақытта пайда болатын тізе буындарының ауырсынуына, оң жақ буынында көбірек ауру сезіміне, қозғалғанда, баспалдақпен көтерілгенде күшейетініне шағымданады. Суықтағаннан кейін шамамен 2 апта бойы өзін ауру деп санайды. Осы науқасты физикалық тексеру кезінде патологиялық өзгерістерді таңдаңыз:

<variant> тізе буындарының өрескел біркелкі емес деформациясы

<variant> пальпация кезінде температураның жергілікті жоғарылауы анықталады

<variant> Буынның пассивті қозғалысы кезінде пальпация кезінде крепитация сезіледі.

<variant> пальпация кезінде буын үстіндегі тері салқын, ылғалды

<variant> буындардағы белсенді қозғалыстар симметриялы шектелген

<question> Әйел 56 жаста, салмағы 98 кг, бойы 156 см, баспалдақпен көтерілгенде немесе түскенде пайда болатын тізе буындарындағы ауру сезіміне шағымданады. Өзін 2 жылдай аурумын деп есептейді, соңғы 2 аптада ауру сезімі күшейген, оны дене белсенділігімен байланыстырады. Осы науқасты физикалық тексеру кезіндегі өзгерістерді таңдаңыз:

<variant> дөңгеленген, біркелкі ісінген тізе буындары

<variant> пальпация кезінде температураның жергілікті жоғарылауы анықталады

<variant> Буынның пассивті қозғалысы кезінде пальпация кезінде крепитация сезіледі.

<variant> пальпацияда буындардың қатты ауыруы анықталады

<variant> тексеру кезінде тізе буындарының гиперемиясы

<question> 43 жастағы әйел, әлсіздікке, 7 кг салмақ жоғалтуға, бұлшықеттердегі ауырсынуға, білезік буындарындағы қатты ауырсынуына және қозғалғыштығының шектелуіне, 3 сағатқа дейін қол буындарындағы таңертеңгі қатайуға және қатты ауру сезіміне шағымданады сонымен қатар қол саусақтарына, шынтақ, содан кейін тізе және иық буындарында ісіну байқалған. Буындардағы өзгеріс кейбіреулерінде басылады, ал басқаларында 3-4 ай ішінде пайда болады. Осы науқаста ревматоидты артриттің диагностикалық критерийі болып табылатын симптомды таңдаңыз:

|                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| «Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы                                                                 |                                                                                   | 47 / 11 - 2025                                                                                   |
| Бақылау – өлшеуіш құралдары                                                                             |                                                                                   | 40 беттің 81 беті                                                                                |

<variant> таңғы құрысу

<variant> айтарлықтай салмақ жоғалту

<variant> тізе буынының зақымдануы

<variant> әлсіздік

<variant> бұлшықет ауыруы

<question>22 жастағы науқас 2 сағат бойы таңғы қол буындарының қатайуына, әлсіздікке, дене қызуының төмен болуына шағымданады. Шағымдар 6 ай бұрын пайда болған. Объективті: екі қолдың II-IV саусақтарының проксимальды фалангалық буындарының және табан буындарының симметриялы ісінуі, қимылдарының шектелуі, бел бұлшықеттерінің гипотрофиясы. Жалпы қан анализінде: ЭТЖ 30 мм/сағ. Осы науқаста иммунологиялық зерттеудің нәтижесі қандай:

<variant> ревматоидты фактордың жоғарылауы

<variant> С-реактивті ақуыз аздап жоғарылаған

<variant> ревматоидты фактор анықталмады

<variant> антистрептолизин-О орташа жоғарылаған

<variant> антистрептолизин-О күрт жоғарылайды

<question>38 жастағы әйел 6 айдан бері қолындағы ауру сезіміне шағымданады. Объективті: қолды қысу симптомы оң, білезік буындарында қозғалыс шектелген. Бұл патология үшін маңызды факторларды атаңыз:

<variant> алдыңғы стрептококк инфекциясы

<variant> алкогольді асыра пайдалану

<variant> дәмдеуіштер мен ысталған етті тұтынудың артуы

<variant> артық салмақ

<variant> отбасы тарихы

<question>38 жастағы әйел 2 ай бойы тізе, білезік, табан буындарындағы, көбірек оң қолындағы ауру сезіміне, 30 минутқа дейін таңертеңгі құрысуға шағымданады. Объективті: тізе буындарының аздап ісінуі, жергілікті температура, қолдың артқы бұлшықеттерінің аздап әлсіреуі, білезік буындарында қозғалыс шектелген. Диагнозды нақтылау үшін зерттеу әдісін атаңыз:

<variant> Қолдың рентгенографиясы

<variant> қолдың томографиясы

<variant> Тек оң қолдың рентгенографиясы

<variant> қолдың магнитті-резонанстық томографиясы

<variant> тізе буындарының магнитті-резонансты томографиясы

<question>32 жастағы науқас 30-40 минутқа созылатын таңғы құрысуға, білезік, табан проксимальды фаланга аралық буындарының ауырсынуына және ісінуіне шағымданып келді; дене қызуының 37,5°-қа дейін көтерілуі, салмақтың 5 кг-ға төмендеуі. Барлық симптомдар 2 ай бұрын суықтағаннан кейін пайда болған. Жалпы қан анализі: Эритроциттер – 3,2, Hb – 110 г/л, лейкоциттер – 8,9×10<sup>9</sup>/л, Hf – 78%, Lf – 16%, ЭТЖ – 29 мм/сағ. Осы науқаста диагнозды нақтылау үшін зертханалық зерттеулерді атаңыз:

<variant> ревматоидты фактор

<variant> антистрептолизин-О

<variant> ферритин деңгейі

<variant> сарысудағы темір деңгейі

<variant> зәр қышқылының деңгейі

<question> 20 жасар қыз суықтағаннан кейін жедел ауырды: температурасы 38°, бір аптадан соң білезік буындарында қатты ауырсыну мен ісіну пайда болды, түскі сағат 12-ге дейін таңғы құрысу; тізе және иық буындарындағы ауырсыну байқалады. Жағдай жедел респираторлық вирустық инфекцияның асқынуы ретінде қарастырылды, антибиотикалық терапия нәтижесіз жүргізілді; Объективті: білезік буындарының қозғалғыштығының симметриялы күрт шектелуі, ісіну, жергілікті температура, қолдың қысу симптомы оң. Жалпы қан анализі: Эритроциттер – 3,0, Hb – 98 г/л,

|                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                  | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 82 беті</p>                                                      |

лейкоциттер –  $10,9 \times 10^9/\text{л}$ , Hf – 78%, Lf – 19%, ЭТЖ 48 мм/сағ. Болжамды диагнозды атаңыз:

- <variant> ревматоидты артрит
- <variant> жедел ревматоидты қызба
- <variant> жұқпалы артрит
- <variant> подагралық артрит
- <variant> спондилоартрит

<question> 30 жастағы ер адам кеуде және мойын омыртқасының ригидтілігіне, бел және шүйде аймағындағы ауру сезіміне шағымданады. Дене белсенділігімен қаттылық азаяды. Бір жылдай өзін аурумын деп есептейді. Томайер сынамасы 30 см, Форестье сынамасы 2 см. Болжамды диагнозды атаңыз:

- <variant> омыртқа остеохондрозы
- <variant> ревматоидты полиартрит
- <variant> ревматикалық артрит
- <variant> созылмалы подагралық артрит
- <variant> спондилоартрит

<question> 32 жаста, ер адам кеуде омыртқасының ауырсынуына және қатайуына, қабырға астындағы буындар аймағындағы ісінуге шағымданады. Омыртқаның қозғалыстары фронтальды және сагитальді жазықтықта шектелген. Кушилевский симптомы оң. Осы науқаста иммунологиялық зерттеудің нәтижесі қандай:

- <variant> антистрептолизин - О күрт жоғарылайды
- <variant> ревматоидты фактор орташа жоғарылаған
- <variant> ревматоидты фактор күрт жоғарылаған
- <variant> ревматоидты фактор анықталмады
- <variant> антистрептолизин - О орташа жоғарылаған

<question> 29 жастағы ер адам мойын және кеуде омыртқасының ригидтілігіне, арқа және қабырға астындағы буындардағы ауру сезіміне байланысты тыныс алудың қиындауына шағымданып келді. Омыртқаның қозғалыстары фронтальды және сагитальді жазықтықта шектелген. Осы науқаста бірінші кезекте жүргізуге қажетті зерттеу әдісін атаңыз:

- <variant> Кеуде омыртқасының рентгенографиясы
- <variant> кеуде омыртқасының КТ
- <variant> жатыр мойны омыртқасының КТ
- <variant> кеуде омыртқасының магнитті-резонансты томографиясы
- <variant> мықын сүйек буындарының магнитті-резонансты томографиясы

<question> 26 жасар ер адам кеуде және бел омыртқасының ригидтілігіне, бел және шүйде аймағындағы ауру сезіміне шағымданады. Денедегі ауырсыну физикалық жүктеме кезінде азаяды. Фотосуретте көрсетілген симптомды анықтаңыз:



- <variant> ауырсыну
- <variant> крепитация

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 83 беті</p>                                                      |

<variant> қаттылық

<variant> жергілікті температураны жоғарылату

<variant> қозғалғыштығын шектеу

<question>Тізе буынының артрозының бірінші белгісі:

<variant> жамбас буынының зақымдануы (рентгенологиялық мәліметтер негізінде)

<variant> тізе буынын пальпациялағанда ауырсыну

<variant> тізе буынын қозғалтқанда сықырлаған дыбыс

<variant> остеофиттер (рентгенография бойынша)

<variant> баспалдақпен көтерілу кезіндегі ауырсыну

<question>45 жастағы әйел, терапевт қабылдауында қатты шаршағыштыққа, бас айналуға, аяғындағы ауру сезіміне шағымданады. Қарап тексергенде терінің және склераның сарғаюы байқалады. Қан анализі ретикулоциттер санының жоғарылауымен анемияны, сондай-ақ жанама билирубин деңгейінің жоғарылауын көрсетеді. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant> жүре пайда болған аутоиммунды гемолитикалық анемия

<variant> В-12 тапшылықты анемия

<variant> тромбоцитопениялық пурпура

<variant> темір тапшылықты анемиясы

<variant> геморрагиялық васкулит

<question>Созылмалы лимфолейкоздың 4 кезеңіне тән:

<variant> лимфоцитоз және тромбоцитопения

<variant> тромбоцитоз және лейкопения

<variant> лейкоцитоз және тромбоцитоз

<variant> эритроцитоз және лейкопения

<variant> эритропения және лейкоцитоз

<question>Дәрігердің қабылдауында 39 жастағы әйел жалпы әлсіздікке, жұтынудың қиындауына, тамағында түйіршіктің пайда болуына шағымданады. Қарап тексергенде: мойын лимфа түйіндері ұлғайған, ұстағанда тығыз, тері астында оңай ығысқан, айналасындағы тіндермен біріктірілмеген. Дәрігер алдын ала лимфогранулематоз диагнозын қойды. Осы диагнозға тән объективті симптомды көрсетіңіз:

<variant> лимфа түйіндерінің ұлғаюы

<variant> дене температурасының жоғарылауы

<variant> көкбауырдың ұлғаюы

<variant> бауырдың ұлғаюы

<variant> дене температурасының төмендеуі

<question>Дәрігердің қабылдауында 37 жастағы әйел бас айналу, естен тану, кеудедегі шаншу, ентігу, жалпы әлсіздікке шағымданады. Дәрігер алдын ала диагноз қойды: «Апластикалық анемия». Осы диагноз үшін жалпы қан анализіндегі сипаттамалық өзгерістерді көрсетіңіз:

<variant> тромбоцитопения және лейкоцитопения бар эритроцитопения

<variant> лейкоцитозбен эритроцитоз

<variant> лейкоцитозбен жүретін эритроцитопения

<variant> лейкоцитоз және тромбоцитоз

<variant> лейкоцитоз және эритроцитоз

<question>Тексеру кезінде 29 жастағы әйелдің терісінде геморрагиялық бөртпелер анықталды. Қан анализінде: ауыр анемия, тромбоцитопения және орташа нейтропения анықталды. Осы клиникалық-зертханалық көріністің даму механизмін атаңыз:

<variant> сүйек кемігінің аплазиясы

<variant> сүйек кемігінің гиперплазиясы

<variant> Кастл факторының тапшылығы

|                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>QO'NTUSTIK QAZAQSTAN<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                          |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 84 беті</p>                                                      |

<variant>B12 витаминінің тапшылығы

<variant>темір тапшылығы

<question> 47 жастағы ер адам, жалпы қан анализінде келесі өзгерістер анықталды: анемия, нормоцитоз, нормохромия және регенеративті формалардың айтарлықтай жоғарылауы. Қандағы ретикулоциттер деңгейі айтарлықтай жоғары. Осы қан көрсеткіштерімен сипатталатын анемия түрін көрсетіңіз:

<variant>жедел постгеморрагиялық

<variant>созылмалы лимфолейкоз

<variant>аутоиммунды гемолитикалық анемия

<variant>жедел лейкоз

<variant>апластикалық анемия

<question>43 жастағы әйел, дәрігердің қабылдауында бас айналу, көздің қарауытуына, аяқ-қолдардағы сезімталдықтың төмендеуіне және жүргенде шаншу сезіміне, жалпы әлсіздікке шағымданады.

Анамнезінен: бұл шағымдар 6 ай бойы мазалайды, бірақ мүмкін себебін көрсете алмайды. Қарап тексергенде: тері жамылғысының орташа сарғаюы, бауыр қабырға доғасының астынан 2,0 см шығыңқы. Жалпы қан анализінде: эритроциттер –  $1,3 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 72 г/л, түстік көрсеткіш – 1,45, лейкоциттер –  $4,3 \times 10^9/л$ , эоз. – 2, баз. – 0, таяқ./ядр. – 5, сег./ядр. – 66, моноцит – 11, лимф. – 27, эритроциттердің тұну жылдамдығы – 14 мм/сағ. Эндоскопиялық тексеру кезінде асқазанның шырышты қабатында атрофиялық өзгерістер анықталды. Бұл жағдайда патологиялық процессті атаңыз:

<variant>Аддиссон-Бирмер ауруы

<variant>бауыр циррозы

<variant>вирусты гепатит С

<variant>темір тапшылықты анемия

<variant>аутоиммунды гемолитикалық анемия

<question>56 жастағы ер адам, соңғы екі айда шамадан тыс тершендікке, жалпы әлсіздікке, әдеттегі физикалық белсенділікке байланысты шаршағыштыққа, дене салмағының төмендеуіне шағымдарымен отбасылық дәрігерге қаралды. Қарап тексергенде анықталды: мойын лимфа түйіндері ұлғайған, пальпацияда тығыз консистенциялы. Жалпы қан анализінде: эритроциттер –  $2,0 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциттер  $50,0 \times 10^9/л$ , тромбоциттер –  $160 \times 10^9/л$ . Бұл клиникалық-лабораториялық симптоматология қай синдромға тән:

<variant>лимфопрлиферативті

<variant>анемия

<variant>пластикалық

<variant>геморрагиялық

<variant>миелопрлиферативті

<question>39 жастағы әйелде мұрнынан көп қан кетулер пайда болды. Анамнезінен: ұзақ уақыт бойы вирусты гепатитпен ауырады. Қарап тексергенде: теріде петехиалды-дақты бөртпе, гепатомегалия және спленомегалия анықталды, қан анализінде: Ли-Уайт бойынша қанның ұю уақыты – 22 минут.

Бұл жағдайда синдромды көрсетіңіз:

<variant>геморрагиялық

<variant>лимфопрлиферативті

<variant>миелопрлиферативті

<variant>апластикалық

<variant>анемиялық

<question>39 жастағы ер адам эпигастрий аймағындағы ауру сезіміне, жалпы әлсіздікке, тез шаршағыштыққа шағымданып, учаскелік дәрігерге қаралды. Анамнезінен – бір жылдан бері он екі елі ішектің ойық жарасы. Қарап тексергенде тері жамылғысы бозғылт, эпигастрий аймағында ауру сезімі

|                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br/>MEDISINA<br/>AKADEMIASY<br/>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN<br/>MEDICAL<br/>ACADEMY<br/>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы<br/>Бақылау – өлшеуіш құралдары</p>                        |                                                                                   | <p>47 / 11 - 2025<br/>40 беттің 85 беті</p>                                                      |

бар. Бауыр мен көкбауыр пальпацияланбайды. Қан анализі: гемоглобин – 90 г/л, эритроциттер –  $3,5 \times 10^{12}/л$ , түстік көрсеткіш – 0,77, тромбоциттер –  $195 \times 10^9/л$ , ретикулоциттер – 0,5%. Жалпы билирубин – 12 мкмоль/л, темір – 4,5 мкмоль/л. Нәжістің жасырын қан анализі оң. Осы науқастағы анемияның түрін көрсетіңіз:

<variant>созылмалы постгеморрагиялық анемия

<variant>апластикалық анемия

<variant>гемолитикалық анемия

<variant>В12 тапшылықты анемия

<variant>жедел постгеморрагиялық анемия

<question>33 жастағы ер адам теріде және шырышты қабаттарда көптеген нүктелік қан кетулерге шағымданып дәрігерге қаралды. Қан анализінде: гемоглобин – 100 г/л, эритроциттер –  $3,1 \times 10^{12}/л$ , лейкоциттер –  $41 \times 10^9/л$ , сонымен қатар лейкоциттер формуласында жас, жетілмеген бласты формалар 95%-ға дейін; жетілген лейкоциттер аралық формалар жоқ; тромбоциттер –  $15 \times 10^9/л$ , эозинофилдер мен базофилдер жоқ; эритроциттердің тұну жылдамдығы – 52 мм/сағ. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant>жедел лейкоз

<variant>геморрагиялық васкулит

<variant>апластикалық анемия

<variant>аутоиммунды гемолитикалық анемия

<variant>тромбоцитопениялық пурпура