

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 1 беті

БАҚЫЛАУ-ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ

Бағдарламаның 1, 2 аралық бақылауға арналған тесттері

БББ атауы: 6В1011 «Медицина»

Пән коды: ІА 4318

Пән атауы: «Ішкі аурулар негіздері-2»

Оқу сағаты/кредит көлемі: 150/5

Оқу курсы мен семестрі: 4, VII

Шымкент 2023

Құрастырған:



Альмуханова К.К.

Кафедра меңгерушісі, доцент



Асанова Г.К.

Хаттама № 1 Күні 28.08 2025

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 3 беті

1 вариант

- Гастроэзофагеалдық рефлюкстік аурудың дұрыс түрлері (ГЭРА):
 - Аутоиммундық рефлюкстік ауру, рефлюкс-эзофагит, аденокарцинома
 - Эндоскопиялық негативті, рефлюкс-эзофагит, созылмалы эзофагит
 - Эрозивтік емес рефлюкстік ауру, рефлюкс-эзофагит, Баррет өңеші
 - Ойық-жаралы рефлюкстік ауру, Баррет өңеші, жігі эзофагит
 - Эрозивтік емес рефлюкстік ауру, ойық-жаралы рефлюкстік ауру
- Гастроэзофагеалдық рефлюкстік аурудың дамуының жиі механизмі:
 - Асқазанның перистальтикасының бұзылуы
 - Хеликобактер пилори
 - Өңештің төменгі сфинктерінің жабылу қызметінің бұзылуы
 - Өңештің жоғарғы сфинктерінің жабылу қызметінің бұзылуы
 - Антродуоденалдық координацияның бұзылуы
- Гастроэзофагеалдық рефлюкстік аурудың диагнозын қою үшін келесі зерттеу әдісі қолданылады:
 - Асқазан сөліндегі протеолитикалық ферменттердің белсенділігін анықтау
 - R-диагностика, тыныс алу арқылы уреаздық сынама
 - Хеликобактер пилориді анықтау, Бернштейн сынамасы
 - Эзофагoduоденофиброгастроскопия, рН-метрия
 - Өңештің және асқазанның секреторлық қызметін анықтау
- Гастроэзофагеалдық рефлюкстік ауруға тән емес белгі:
 - Өңештің төменгі бөлігінің шырышты қабатында тілінулердің болуы
 - Эндоскопиялық зерттеуде анықталған өңештің ұзындығының қысқаруы
 - Өңештің төменгі бөлігінің шырышты қабатының қызаруы
 - Тренделенбург қалпында өңешті контрасттық рентгенологиялық зерттеу кезінде асқазан құрамының өңешке қайта өтуі
 - Кардиалдық сфинктердің үніреюі немесе толық жабылмауы
- Гастроэзофагеалдық рефлюкстік аурудың диагностикасы үшін Бернштейн және Бейкер снамаларын жүргізгенде қолданылатын ерітінді:
 - Күкірт қышқылының ерітіндісі
 - Сірке қышқылының ерітіндісі
 - Алма қышқылының ерітіндісі
 - Тұз қышқылының ерітіндісі
 - Ас содасының ерітіндісі
- Гастроэзофагеалдық рефлюкстік ауруды емдеудегі негізгі патогенетикалық дәрі-дәрмектер:
 - Антацидтік және ферменттік препараттар
 - Протондық помпаның ингибиторлары (ППИ) және H₂-гистаминдік рецепторлардың блокаторлары
 - Спазмолитиктер және кальций блокаторларының антагонистері
 - Прокинетикалық және адсорбенттік препараттар
 - Протондық помпаның ингибиторлары (ППИ) және асқазан сөлінің стимуляторлары
- Гастроэзофагеалдық рефлюкстік аурудың 1 сатысында эрозивті емес және эрозивті түрлерінде 4 апта аралығында келесі препараттар қолданылады:
 - Протондық помпаның ингибиторы (ППИ)+ антацидтік препарат
 - Прокинетикалық дәрі + антацидтік препарат
 - Прокинетикалық дәрі + мукоцитопротектор
 - Протондық помпаның ингибиторы (ППИ)+прокинетикалық дәрі
 - Спазмолитик + кальций блокаторларының антагонисті

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 4 беті

8. Гастроэзофагеалдық рефлюкстік аурудың эрозивті түрінің 2 және 3 сатыларында келесі препараттарды қолдану арқылы фармакотерапия жүргізіледі:
 - A. ППИ + антацидтік препарат + мукоцитопротектор
 - B. ППИ + прокинетикалық дәрі + антацидтік препарат
 - C. ППИ + антацидтік препарат
 - D. Прокинетикалық дәрі + мукоцитопротектор
 - E. Спазмолитик + кальций блокаторларының антагонисті
9. Гастроэзофагеалдық рефлюкстік аурудың эрозивті түрінің 2-3 сатыларында жүргізілетін негізгі емдеу курсының ұзақтығы:
 - A. 6 апта
 - B. 4 апта
 - C. 8 апта
 - D. 10 апта
 - E. 12 апта
10. Гастроэзофагеалдық рефлюкстік аурудың 4 дәрежесінде жүргізілетін отаның түрі:
 - A. Асқазанның және өңештің төменгі үштен бір бөлігінің резекциясы
 - B. Өңештің зақымданған бөлігін кесіп алып тастау
 - C. Экстрамукоздық миотомия
 - D. Фундопластика
 - E. Диафрагманың өңештік саңылауына пластика жасау
11. Ойық-жара ауруының патогенезіне тікелей қатысты *H.pylori* бактериясының бөлетін ферменттері:
 - A. Уреаза, муциназа
 - B. Қышқыл фосфатаза, липаза
 - C. Фосфолипаза, тұз қышқылы
 - D. Амилаза, уреаза
 - E. Фосфатаза, амилаза
12. *H.pylori* асқазанның антральдық бөлігінің шырышты қабатының эпителиалдық жасушаларына жабысып орналасуына ыңғайландыратын көмекші:
 - A. Кірпікшелер
 - B. Адгезин-акуызы
 - C. Емізікшелер
 - D. Муциназа
 - E. Акуыздан тұратын ерекше желім затын бөлуінің
13. *H.pylori* алғашқы кезде асқазанның келесі бөлігін жиі зақымдайды:
 - A. Субкардиалдық
 - B. Кардиалдық
 - C. Фундалдық
 - D. Асқазан денесі
 - E. Антралдық
14. *H.pylori* бактериясын зерттеу бойынша, яғни оны қалай диагностика жасау мен қалай емдеу туралы шешім қабылдайтын Еуропалық топтың атауы:
 - A. Гаага конвенциясы
 - B. Маастрихт консенсусы
 - C. Берлиндік кеңес
 - D. Потсдам келісімі
 - E. Мәскеулік саммит
15. Маастрихт келісімі бойынша бірінші қатардағы эрадикациялық терапияның тиімсіздігінде келесі схеманы қолдану керек:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 5 беті

- A. Сол схемадағы дәрілерді екі еселенген мөлшерде қолдану
 - B. Резервтік схеманы тағайындау
 - C. Екінші қатардағы терапияны
 - D. Сол схемадағы дәрілерді қайтадан 14 кун бойы қабылдау
 - E. Бірінші қатардағы схеманың кез-келгенін 14 кун бойы қабылдау
16. Екінші қатардағы (квадротерапия) эрадикациялық терапияның нәтижесі сәтсіз болғанда қолданылатын терапия түрі:
- A. "Құтқару терапиясы"
 - B. "Үмітсіздік терапиясы"
 - C. "Қажеттілік бойынша терапия"
 - D. "Талап бойынша терапия"
 - E. "Бөлшектік диетотерапия".
17. Он екі елі ішек шамының ойық-жара ауруының басты этиологиялық факторы болып саналады:
- A. Алкоголь қабылдау
 - B. Ішек таяқшасы
 - C. Темекі шегу
 - D. H. pylori (HP)
 - E. Тұқым қуалаушылық фактор
18. Он екі елі ішекте орналасқан ойық-жара ауруының дамуында басты патогенетикалық қатары болып табылады:
- A. Өттің рефлюксі
 - B. Күрт айқын қышқылды-пептидтік фактор
 - C. Он екі елі ішектің шырышты қабатының қорғау факторларының әлсіреуі
 - D. Иммунологиялық факторлар
 - E. Асқазан ішек жолдарының қозғалу қызметінің бұзылуы
19. Асқазан денесінде орналасқан ойық-жара ауруының дамуында басты патогенетикалық қатары болып табылады:
- A. Қышқылды - пептидтік фактор
 - B. Өттің рефлюксі
 - C. Асқазан ішек жолдарының қозғалу қызметінің бұзылуы
 - D. Асқазанның шырышты қабатының қорғау факторларының әлсіреуі
 - E. Иммунологиялық факторлар
20. Эпигастралдық аймақтың және төс артының ерте (тамақ қабылдағаннан 30-60 минуттан кейін) ауырсынуы тән ойық-жараның орналасқан бөлімі:
- A. Асқазанның кардиалдық және субкардиалдық бөлімінде
 - B. Он екі елі ішектің пиязшығында
 - C. Он екі елі ішектің бульбарлық бөлімінің артында
 - D. Пилорлық бөлімде
 - E. Асқазанның антральді бөлімінде

2 вариант

1. Эпигастралдық аймақтың және төс артының ерте (тамақ қабылдағаннан 30-60 минуттан кейін) ауырсынуы тән ойық-жараның орналасқан бөлімі:
- A. Он екі елі ішектің пиязшығында
 - B. Он екі елі ішектің бульбарлық бөлімінің артында
 - C. Пилорлық бөлімде
 - D. Асқазанның антральді бөлімінде
 - E. Асқазанның кардиалдық және субкардиалдық бөлімінде

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 6 беті

2. Эпигастрий аймағының кеш, аш қарынға және түнгі ауырсынуы ойық-жараның орналасуына тән:
 - A. Асқазанның антралдық бөлімінде
 - B. Асқазанның кіші және үлкен иірімінде
 - C. Асқазанның кардиалдық бөлімінде
 - D. Он екі елі ішекте
 - E. Асқазанның субкардиалдық бөлімінде
3. Тамақ қабылдағаннан кейін айқын тұрақты ағым, ұстамалы ауырсыну синдромы, тұрақты қыжылдау, эпигастрий аймағындағы толып қалу және керіп тұру сезімдері тән:
 - A. Ойық жараның кардиалдық және субкардиалдық бөлімде орналасуына
 - B. Пилорлық бөлімде ойық жараның орналасуына
 - C. Асқазанның кіші және үлкен иірімдерінде ойық жараның орналасуына
 - D. Он екі елі ішектің шамындағы ойық жараға
 - E. Он екі елі ішектің бульбарлық бөліміндегі ойық жараға
4. Гепатобилиарлық патологиясының симптомдарымен көрінетін және де ұйқы безіне пенетрациямен жиі асқынатын ойық-жараның орналасатын бөлімі:
 - A. Асқазанның антралдық бөлімінің артқы қабырғасы
 - B. Асқазанның антралдық бөлімінің алдыңғы қабырғасы
 - C. Он екі елі ішек шамының алдыңғы қабырғасы
 - D. Он екі елі ішек шамының артқы қабырғасы
 - E. Пилорлық бөлімі
5. Ойық-жара ауруына тән емес асқыну:
 - A. Қан кету
 - B. Перфорация
 - C. Кардиоспазм
 - D. Пенетрация
 - E. Малигнизация
6. Ойық-жараның перфорациясын дәлелдейтін симптом:
 - A. Бергман
 - B. Жобер
 - C. Мерфи
 - D. Айзенберг - I
 - E. Айзенберг - II
7. НР-негативтік ойық-жара ауруымен ауыратын науқастардың еміне қосу қажет:
 - A. Қандай да бір дәрімен монотерапияны
 - B. Кешендік терапияны
 - C. Тек 7-10-күндік эрадикациялық терапияны
 - D. Бір антисекреторлық дәріні
 - E. Бір репаратты
8. НР-позитивті ойық-жара ауруының эрадикациялық терапиясының бірінші қатардағы таңдаулы схемасы:
 - A. Омепразол + трихопол + кларитромицин, 7-10 күн
 - B. Пантапризол + амоксициллин + трихопол, 7-10 күн
 - C. Пантапризол + тетрациклин + трихопол, 7-10 күн
 - D. Омепразол + амоксициллин + кларитромицин, 12-14 күн
 - E. Омез + де-нол + метронидазол, 10-12 күн
9. Ісікті-асциттік синдромы бар бауыр циррозымен ауыратын науқастарды емдеу үшін зәр айдайтын дәрілерді тағайындағанда мөлшері ескерілетін көрсеткіш:
 - A. Кальций
 - B. Фтор
 - C. Калий
 - D. Натрий
 - E. Хлор
10. В гепатиті кезінде қан сарысуында табылмайтын маркердің түрі:
 - A. HBc Ag

- B. HBs Ag
 - C. HBe Ag
 - D. Анти-HBe IgG
 - E. Анти-HBe IgM
11. Бауыр энцефалопатиясына жатпайтын белгі:
- A. Ауыздан бауыр иісі
 - B. "Шапалақ" тремор
 - C. Қандағы аммиактың концентрациясының жоғарылауы
 - D. Жадының төмендеуі
 - E. Гипербилирубинемия
12. Біріншілік билиарлық цирроздық ерте клиникалық белгісі болып табылады:
- A. Сарғаю
 - B. Асцит
 - C. Көктамырдың варикоздық кенеуі
 - D. Терінің қышуы
 - E. Спленомегалия
13. Созылмалы гепатит – бұл ... кем емес уақытқа созылған жақсарусыз бауырдың қабыну ауруы.
- A. 3 айдан
 - B. 2 айдан
 - C. 6 айдан
 - D. 4 айдан
 - E. 1 жылдан
14. В вирусының белсенді репликациясы көрсеткішінің серологиялық маркері болып табылады:
- A. Анти-HBs
 - B. HBeAg
 - C. Анти-HBeIgG
 - D. Анти-HBe
 - E. Антинуклеарлық антиденелер
15. 64 жастағы ер адам. Әр тағам қабылдағаннан кейін және түнгі уақытта пайда болатын жиілеген қыжылға шағымдарымен келді. Науқасқа тағайындалатын мәліметті зерттеу әдісі:
- A. Ультрадыбыстық зерттеу
 - B. Рентгенологиялық зерттеу
 - C. Эзофагогастроуденоскопия
 - D. Электрокардиография
 - E. Флюорография
16. 59 жастағы ер адам. Әр тағам қабылдағаннан кейін және түнгі уақытта пайда болатын жиілеген қыжылға шағымдарымен келді. ЭГДС кезінде өңештің дистальды бөлімінің ісінуі және гиперемиясы, өңештің барлық шеңберін алып жатқан көптеген эрозиялар анықталады. Сіздің алғашқы диагнозыңыз:
- A. Функционалдық диспепсия, ауырсыну түрі
 - B. Созылмалы гастрит өршу сатысы
 - C. Асқазанның ойық жара ауруы
 - D. Гастроэзофагеалдық рефлюкстік ауру
 - E. Кардия ахалазиясы
17. 24 жастағы науқас М., кәдімгі мөлшерде ас қабылдағаннан кейін эпигастрий аймағы толып кету және ерте тою сезімі мазалайды. Аталған көрініс 4 ай бұрын басталған болатын. Сіздің алғашқы диагнозыңыз:
- A. Функционалды диспепсия, ауырсыну түрі
 - B. Гастроэзофагеалдық рефлюкстік ауру
 - C. А типтегі гастрит
 - D. В типтегі гастрит
 - E. Функционалды диспепсия, постпрандиалды түрі
18. 24 жастағы науқас М., кәдімгі мөлшерде ас қабылдағаннан кейін эпигастрий аймағы толып кету және ерте тою сезімі мазалайды. Аталған көрініс 4 ай бұрын басталған болатын. Асқазан ішек жолының моторикасын жақсартатын препараттардың тобы:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 8 беті

- A. Прокинетики
 - B. Ас қорытатын ферменттер
 - C. Протондық помпаның ингибиторлары
 - D. H₂-гистаминдік рецепторлардың блокаторлары
 - E. Гастропротекторлар
19. 24 жастағы науқас М., кәдімгі мөлшерде ас қабылдағаннан кейін эпигастрий аймағы толып кету және ерте тою сезімі мазалайды. Аталған көрініс 4 ай бұрын басталған болатын. Асқазан ішек жолының моторикасын жақсартатын препарат:
- A. Креон
 - B. Де-нол
 - C. Итомед
 - D. Гастал
 - E. Хофитол
20. 40 жастағы науқас қабылдау бөліміне келесі шағымдармен жеткізілді - әлсіздік, бас айналуы, екі рет "қою кофе" ұқсас құсу, сұйық қара түсті үлкен дәрет, тершенділік, шөлдеу. Анамнезінде: 1 жыл бойы эпигастрий аймағы ауырады, ас содасын қабылдағанда басылады. Қазіргі ауақытта жағдайдың нашарлауы таңертең ауыр затты көтергеннен басталды. Объективті: бозарған, АҚ 100/65 мм рт. ст., ЖЖЖ (ЧСС) 105 мин., пульсы әлсіз. Іштің тітіркену симптомдары жоқ. Клиникалық хаттамаға сәйкес қан кетуді тоқтату үшін тиімді препаратты тағайындаңыз:
- A. Нитрендипин
 - B. Аминокапроң қышқылы
 - C. Викасол
 - D. Новосевен
 - E. Гемотрансфузия

3 вариант

1. 38 жастағы науқас оң қабырға астының ауырсынуына, сәл сарғаюға, артралгияға шағымданады. Зерттеуде: гепатомегалия, нормохромды анемия, лейкопения, тромбоцитопения, LE-клеткалары++. ИФА– жазық бұлшықеттерге антиденелер (SMA) және антинуклеарлы антиденелер (ANA) анықталған. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің алғашқы диагнозыңыз:
- A. 3 типтегі аутоиммунды гепатит
 - B. 2 типтегі аутоиммунды гепатит
 - C. 1 типтегі аутоиммунды гепатит
 - D. Бауырдың біріншілік билиарлы цирроз
 - E. Бауырдың билиарлы циррозы
2. 36 жастағы науқас Р., сарғаюға, тері эритемасына, оң қабырға астының ауырлығына, тәбеттің нашарлауына, әлсіздікке, артралгияға шағымданды. Объективті: бауыры қабырға доғасы шетінен +2 см шығады, көкбауыры пальпацияланбайды. ҚЖА: Нв - 100 г/л, эр. - 3,0x10¹²/л, лейкоц. 3,0x10⁹/л, тромб. - 100x10⁹/л, ЭТЖ 32 мм/с. ИФА: бауырдың-бүйректің микросомаларына (ALKM-1) антиденелер анықталған. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:
- A. 1 типтегі аутоиммунды гепатит
 - B. 2 типтегі аутоиммунды гепатит
 - C. 3 типтегі аутоиммунды гепатит
 - D. Бауырдың біріншілік билиарлы цирроз
 - E. Бауырдың билиарлы циррозы
3. Науқаста оң қабырға астының ауырлық сезімі, сарғаю, гепатомегалиясы бар. Тексеруде: жалпы билирубин - 60ммоль/л, тікелей -35 ммоль/л, АЛТ - 2,0 мккат/л, АСТ - 1,5 мккат/л. ИФА: HBsAg +, HBeAg+, HBeAb+, ДНК HBV+. Клиникалық хаттамаға сәйкес серологиялық маркерлер... білдіреді.
- A. HBV ауырғаннан кейінгі иммунитетті
 - B. HBV тасымалдаушылықты

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 9 беті

- C. HBV репликация кезеңін
D. Вакцинациядан кейінгі иммунитетті
E. HBV интеграция кезеңін
4. Науқаста оң қабырға астының ауырлық сезімі, сарғаю, гепатомегалиясы бар. Тексеруде: жалпы билирубин - 60 ммоль/л, тікелей - 35 ммоль/л, АЛТ - 2,0 мккат/л, АСТ - 1,5 мккат/л. ИФА: HBsAg +, HBeAg+, HBcAb+, ДНК HBV+. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің медикаментоздық тактикаңыз :
- Бейспецификалық вирусқа қарсы терапия
- A. Патогенетикалық терапия
B. Глюкокортикоидтық терапия
C. Антифиброздық терапия
D. Спецификалық вирусқа қарсы терапия
5. Науқаста сарғаю, гепатомегалия, трансферазаның аздап жоғарылауы барысында ИФА анықталды: HBsAg+, IgG тобының HBcAb+, ДНК HBV-. Клиникалық хаттамаға сәйкес серологиялық маркерлер білдіреді:
- A. HBV репликация кезеңін
B. HBV интеграция кезеңін
C. HBV ауырғаннан кейінгі иммунитетті
D. HBV тасымалдаушылықты
E. Вакцинациядан кейінгі иммунитетті
6. Көз склерасы сәл сарғайған, майлы тағамдарды көтере алмайтын, оң қабырға астындағы ауырлық сезімі бар, аминотрансфераза деңгейі сәл жоғарылаған науқастың ИФА қорытындысы: HBsAg -, HBeAb+, IgG тобындағы HBcAb +, ДНК HBV-. Клиникалық хаттамаға сәйкес серологиялық маркерлер білдіреді:
- A. HBV репликация кезеңін
B. HBV тасымалдаушылықты
C. Вакцинациядан кейінгі иммунитетті
D. HBV ауырғаннан кейінгі иммунитетті
E. HBV интеграция кезеңін
7. 35 жастағы науқас К., асқазанынан қан кету себебімен ауруханаға жеткізілді. 6 жыл бойы терапевте 12-елі ішектің ойық жарасы жөнінде есепке алынған. Ойық жара стандартты терапияға қиын көнеді және жиі қайталанады. ЭФГДС: 12-елі ішектің кілегей қабатында көптеген ойық жаралар бар. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:
- A. Золлингер-Эллисон синдромы
B. Постпрандиалдық дистресс-синдромы
C. Эпигастридің ауырсыну синдромы
D. Асқазандық диспепсия синдромы
E. Мэлори-Вейс синдромы
8. 35 жастағы науқас К., асқазанынан қан кету себебімен ауруханаға жеткізілді. 6 жыл бойы терапевте 12-елі ішектің ойық жарасы жөнінде есепке алынған. Ойық жара стандартты терапияға қиын көнеді және жиі қайталанады. ЭФГДС: 12-елі ішектің кілегей қабатында көптеген ойық жаралар бар. Клиникалық хаттамаға сәйкес диагнозды дәлелдеу үшін келесі диагностикалық әдіс:
- A. Асқазанның рентгеноконтрастты зерттеу
B. Копрологиялық зерттеу
C. Қандағы гастрин деңгейін анықтау
D. 12-елі ішектің кілегей қабатының биопсиясы
E. Қандағы кальцитонин деңгейін анықтау
9. Тұрақты қайталамалы ағыммен жүретін және антисекреторлық препараттармен және антибиотиктермен жүргізілетін стандартты терапияға қиын көнетін 12-елі ішектің ойық жара ауруы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 10 беті

бар 40 жастағы науқаста Золлингера-Эллисон синдромының дамығанына күдіктенген. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагностикалық тактикаңыз:

- A. Базалды қышқылды өнімді (BAO) анықтау
- B. Максималды қышқылды өнімді (MAO) анықтау
- C. BAO/MAO қатынасты анықтау
- D. Қандағы гастрин деңгейін анықтау
- E. Холландер тестін қою

10. 42 жастағы науқас А., сарғаюға, оң қабырға астының ауырсынуына, оссалгияға, миалгияға шағымданды. Объективті: бауыры қабырға доғасы шетінен +2,5 см шығады, көкбауыры 6x8 см. ҚЖА: нормохромды анемия, лейкопения, тромбоцитопения. LE-клеткалары++. ИФА: тегіс бұлшықетке антиденелер (SMA) және антинуклеарлы антиденелері (ANA) анықталған. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің келесі емдеу тактикаңыз:

- A. Урсодезоксикол қышқылы + холестирамин
- B. Азатиоприн + преднизолон
- C. Гептрал + эссенциале-форте
- D. Десферал + ЛИВ-52
- E. Д-пеницилламин + карсил

11. 30 жастағы науқас К., терісі сарғаюына, оң бүйірі ауырсынуына, тәбетінің нашарлағанына, әлсіздікке, артралгияға шағымданады. Объективті: бауыры қабырға доғасы шетінен +2 см шығады, көкбауыры - 6x8см. Нв - 100 г/л, эр. - 3,0x10¹²/л, лейкоц. - 3,0x10⁹/л, тромб. - 100x10⁹/л, ЭТЖ 32 мм/сағ. ИФА: бауырдың еритін антигеніне антиденелер (SLA) және еритін бауыр-панкреатикалық антигеніне антиденелер (LP) анықталған. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:

- A. 3 типтегі аутоиммунды гепатит
- B. 1 типтегі аутоиммунды гепатит
- C. 2 типтегі аутоиммунды гепатит
- D. Бауырдың біріншілік билиарлы циррозы
- E. Бауырдың екіншілік билиарлы циррозы

12. 43 жастағы науқас В., шағымдары - оң бүйірі тұйық ауырсынады, терісі сарғайған, зәрі қоңырланған. Объективті: терісі сарғайған, алақандары қызарған, гинекомастия. Тілі қанық қызыл түсті, ылғалды. Іші жұмсақ, оң бүйірі ауырады. Бауыры қабырға доғасы шетінен + 2,5 см шығады. ИФА: HBeAg+, анти-HBc IgM+, ДНК HBV+. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:

- A. Созылмалы гепатит С
- B. Созылмалы гепатит А
- C. Созылмалы гепатит В
- D. Созылмалы гепатит Д
- E. Созылмалы гепатит G

13. 52 жастағы науқас әлсіздікке, лоқсуға, түнде ұйықтамауға, ал күндіз ұйқышыл болуына, ішінің кебуіне, оң бүйірі ауыратынына шағымданды. Майлы және ашшы тағам қабылдағанда ауырсыну күшейеді, үлкен дәреті сұйылады. Бауыры қабырға доғасы шетінен 6 см шығады, тығыз, пальпацияда ауырады. Көкбауыры пальпацияланбайды, көлемі 10x12 см. Перкуссияда іштің төменгі жағы тұйықталған. Нв 115 г/л, лейкоц. 4,8 мың - 1 мкл, ЭТЖ - 28 мм/сағ. АЛТ - 1,75 ммоль/л, АСТ - 1,45 ммоль/л. Жалпы билирубин - 46 мкмоль/л, альбуминдер - 30 г/л, ПТИ - 60%. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:

- A. Бауыр циррозы, компенсация сатысы
- B. Бауыр циррозы, субкомпенсация сатысы
- C. 1 типтегі аутоиммунды гепатит
- D. 2 типтегі аутоиммунды гепатит
- E. Бауыр циррозы, декомпенсация сатысы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 11 беті

14. Гастроэнтерологқа военкоматтан жас жігітті келесі зертханалық тесттер қорытындысымен жолдамамен жіберген: жалпы билирубин - 47,0 мкмоль/л, байланысқаны - 4,5 мкмоль/л, АЛТ - 28,0 бірл/л, қанның жалпы анализі: эритроциттер - $5,0 \cdot 10^{12}/л$, түсті көрсеткіші - 0,9, лейкоциттер - $5,8 \cdot 10^9/л$, ЭТЖ - 9 мм/сағ.; ИФА: HBsAg - теріс, анти-HBcor IgG - оңды, анти-HCV - теріс. 1-2 апта бойы ұйқышылдыққа, жұмыс қабілеті төмендегеніне шағымданады. Көз склералары сарғайған, басқа ағзалар мен жүйелерде өзгерістер анықталмаған. Бұрын соң ЖРВИ басқа ешқандай дертпен ауырмаған. Сіздің қорытындыңыз:

- A. Жіті вирустық гепатит В, субклиникалық
- B. Вирусты гепатит В кейін дамыған Жильбер синдромы
- C. Созылмалы вирустық гепатит В, белсенділігі жеңіл дәрежелі
- D. Созылмалы вирустық гепатит В, белсенділігі орташа дәрежелі
- E. Жильбер синдромы, вирусты гепатит В, интеграция сатысы

15. Бауырдың алкогольдік ауруына тән зертханалық көрсеткіштер:

- A. Макроцитарлы анемия, орташа деңгейдегі лейкоцитоз, АСТ/АЛТ қатынасы < 2 ; ГГТП жоғарылаған
- B. Макроцитарлы анемия, орташа деңгейдегі лейкоцитоз, АСТ/АЛТ қатынасы > 2 ; СФ жоғарылаған
- C. Макроцитарлы анемия, нормоцитоз, АЛТ деңгейі АСТ қарағанда айқын жоғары; ГГТП жоғарылаған
- D. Макроцитарлы анемия, орташа деңгейдегі лейкоцитоз, АСТ/АЛТ қатынасы > 2 ; ГГТП жоғарылаған
- E. Эритроцитоз, ЭТЖ жоғарылауы; СФ жоғарылаған

16. Алкоголь қабылдайтын 45 жастағы ер адамды оң қабырға астының ауырсынуы мазалайды. Объективті: тері жамылғылары сарғыш түсті, бауыры қабырға астынан 2 см үлкейген, пальпацияда ауырсыну байқалады. Зертханалық көрсеткіштері: макроцитарлы анемия, орташа деңгейдегі лейкоцитоз, АСТ/АЛТ қатынасы > 2 , ГГТП жоғарылаған.

Сіздің диагнозыңыз:

- A. Бауырдың алкогольдік ауруы
- B. Созылмалы панкреатит
- C. Созылмалы гепатит
- D. Билиарлық-тәуелді панкреатит
- E. Майлы гепатоз

17. Алкоголь қабылдайтын 45 жастағы ер адамды оң қабырға астының ауырсынуы мазалайды. Объективті: тері жамылғылары сарғыш түсті, бауыры қабырға астынан 2 см үлкейген, пальпацияда ауырсыну байқалады. Зертханалық көрсеткіштері: макроцитарлы анемия, орташа деңгейдегі лейкоцитоз, АСТ/АЛТ қатынасы > 2 , ГГТП жоғарылаған.

Медикаментоздық терапия:

- A. Гастропротекторлар, С витамині
- B. Ферменттік препараттар, поливитаминдер
- C. Глутаргин, В тобының витаминдері
- D. Протеолитикалық ферменттер, В₁₂ витамині
- E. Эссенциалдық фосфолипидтер, пробиотиктер

18. Ойық жаралы аурудың диетотерапиясында бөлшектеп тамақтануға белоктық азық-түліктерді қосу нәтижесі:

- A. Асқазан құрамындағы қышқылдық жоғарылайды
- B. Асқазан құрамындағы қышқылдық төмендейді
- C. Асқазан құрамындағы пепсин деңгейі жоғарылайды
- D. Асқазан құрамындағы пепсин деңгейі төмендейді

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 12 беті

Е. Секретин деңгейі төмендейді

19. 18 жастағы әйелде эмоциялық күйзелістен кейін дисфагия, кеуде артында "түйнеп қалу" сезімі мазалайды. Кейінірек шаршағанда, қиналу күйзелісі болғанда дисфагия қайталаған. Тәбеті жақсы сақталған, дене салмағы қалыпты. Физикалді тексеруде патология анықталмаған. Дисфагияның нақты себебі:

- A. Өңеш обыры
- B. Өңештің пептидтік ойық жарасы
- C. Диафрагмада өңештің тесігінің аксиалық жарығы
- D. Эзофагоспазм
- E. Өңештің герпестік зақымдануы

20. 49 жастағы науқасқа 5 жыл бұрын ойық жарадан қан кетумен перфорация болғанда ота жасалған. Қазіргі уақытта бұрынғыдай ауырсыну, бірақ эпигастрий аймақтың сол жағында орналасқанын, ауырсырудың шыңында құсатынын, жүдегенін байқаған. Консервативті ем нәтижесіз. Нәжісте Грегерсен реакциясы оң нәтижелі(+++). Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:

- A. Агастралды астения
- B. Гипогликемия синдромы
- C. Анастомоздың пептидтік ойық жарасы
- D. Түйін пайда болу синдромы
- E. Демпинг-синдром

4 вариант

1. 26 жастағы ер азамат дәрігерге келесі шағымдармен қаралды: тамақтанғаннан кейін 1-1,5 сағатта эпигастрий аймағындағы ауырсыну, қыжылдау, кекіру болады. Тексеруде: тілі ылғалды, ақ жабынмен қапталған, іші жұмсақ, эпигастрийде аздап ауырсыну. ФГДС: асқазанның кілегей қабатында диффузды гиперемия, асқазанның антралды бөлігі кілегей қабатында көлемі 0,5 см дейінгі беткейлік дефекттер бар. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:

- A. Созылмалы атрофиялық гастрит
- B. Асқазанның ойық жаралы ауру
- C. Созылмалы атрофиялық емес гастрит, эрозиялары бар
- D. Рефлюкс-гастрит
- E. Функционалді ойық жаралы емес диспепсия

2. 76 жастағы ер азаматты тамақтанғаннан кейін эпигастрийде ауырлық және толып кету сезімі, тамақпен кекіру, лоқсу, ауызынан жағымсыз иіс; метеоризм, іштің шұрылдауы мазасыздандырады. ФГДС: кілегей қабаты бозарған және дақтанған, қатпарлары жазылған, кілегей қабатының астындағы қан тамырлары көрінеді. Морфологиясы (асқазанның денесі мен антралды бөлігі биоптаттары) - атрофия, лимфоплазмоцитарлы инфильтрация, орташа деңгейдегі ішектік метаплазия. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:

- A. Созылмалы аутоиммунды пангастрит
- B. Созылмалы Н. Pylori антралді гастрит
- C. Созылмалы антралді рефлюкс-гастрит
- D. Созылмалы гиперпластикалық гастрит
- E. Созылмалы атрофиялық пангастрит

3. Науқаста гепатомегалия, гипергликемия, терінің гиперпигментациясы, қан сарысуында темір деңгейі жоғарылғаны анықталған. Осы симптомокомплекс тән ауру:

- A. Созылмалы вирусты гепатит
- B. Бауыр циррозы
- C. Гемохроматоз
- D. Бүйрек үсті бездерінің гиперфункциясы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 13 беті

- Е. Вильсон-Коновалов ауруы
4. Мезенхималық қабыну синдромы кезінде қанның құрамында...жоғарылайды.
- Холестерин
 - Сілтілі фосфатаза
 - Билирубин
 - Гамма-глобулиндер
 - Альбумин
5. 28-жастағы ер азамат инъекциялы есірткі қабылдайды. Тез шаршап қалатынын байқаған. Қан сарысуында АСТ 4 есе, АЛТ 5 есе жоғарылаған, анти-HCV оң нәтижелі. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:
- Гепатит В
 - Гепатит С
 - Гепатит А
 - Гепатит Е
 - Гепатит G
6. Науқастың қан зерттеуінде вирустық гепатит "В" анықталған. Созылмалы тасымалдаушыдан созылмалы активті гепатит "В" ажырататын тиімді зертханалық тест:
- Ядролық антиген (анти-HBc, IgM)
 - Тегіс бұлшықеттеріне сарысулық антиденелер
 - Антинуклеарлық фактор
 - Сарысулық беткейлік антиген (HBsAg)
 - Сарысулық AFP (α-фетопротеин)
7. Семіздігі 2 дәрежедегі 58 жастағы әйелге "аутоиммунды" гепатит диагнозы қойылды. Қан сарысуында АЛТ 6 есе жоғарылаған. Терапиясында ең алдымен тағайындалатын препарат:
- Преднизолон
 - Азатиоприн
 - D-пеницилламин
 - Эссенциалы фосфолипидтер
 - Адеметионин
8. Сарғаю және гепатоспленомегалиямен сырқаттанатын науқастың қан сарысуында митохондриі компоненттеріне аутоантиденелер және IgM деңгейі жоғарылаған. Осындай жағдай жиі тән ауру:
- Дәрілік гепатит
 - Вирустық гепатит
 - Алкоголдік гепатит
 - Аутоиммунды гепатит
 - Біріншілік билиарлы цирроз
9. 54 жастағы науқас 3., мамандығы стоматолог, әлсіздікке, тіс иектерінің қанауына, жүдеуге, терісінің қышуына шағымданады. 38 жасында жатыр фибромиомасы жөнінде ота жасалынған. Дене бітімі төмендеген, терісі және кілегей қабаттары сарғайған, тамырлар жұлдызшалары, пальмарлы эритемасы. Бауыры сол бөлігі есебінен 5 см ұлғайған, тығыз, көкбауыры сол қабырға доғасы төменінен 3 см ұлғайған. Іш көлемі сәл ұлғайған, іштің бүйірінде вена тамырлары айқын білінеді; аяғында ісіну жок. ИФА қан сарысуында анықталған: HBsAg (+); анти HB cor IgG (+). Қанның жалпы анализі: Нв - 107 г/л; Эр 2, $9 \times 10^{12}/л$, L 3, $4 \times 10^9/л$, тромбоциттер - 93 мың. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:
- Вирустық гепатиттен соң дамыған цирроз
 - Бауырдың декомпенсирленген криптогенді циррозы
 - Гепатоцеллюлярлы карцинома
 - Біріншілік билиарлы цирроз

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 14 беті

Е. Созылмалы вирустық гепатит

10. 48 жастағы науқас М., оң қабырға астының анда-санда ауырсынатынына, терісі қышуына, әлсіздікке, дене салмағы кемігеніне, терісі құрғап қоңырлағанына шағымданады. Вирустық гепатитпен ауырмаған, дерматолог, аллергологта емделген, нәтижесіз. Объективті: теріде гиперпигментация бар, құрғақ, қышып тастаған орындары бар, гиперкератоз, ксантомалар және ксантелазмалар көрінеді. Бауыр мен көкбауыры ұлғаймаған, бауыр шеті үшкірлеген, тығыз консистенцияда. Ісіну жоқ. УДЗ - гепатомегалия, паренхиманың ЭХО-тығыздығы өзгерген: бауырішілік өт бөліну жолдары, өт қапшығы, ұйқы безі интактты. Қанда - антимитохондриялық антиденелер және IgM деңгейі жоғарылаған. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:

- A. Біріншілік склерозирлеуші холангит
- B. Гемохроматоз
- C. Вильсон-Коновалов ауруы
- D. Бауырдың біріншілік билиарлы циррозы
- E. Бауырдың екіншілік билиарлы циррозы

11. 48 жастағы науқас М., оң қабырға астының анда-санда ауырсынатынына, терісі қышуына, әлсіздікке, дене салмағы кемігеніне, терісі құрғап қоңырлағанына шағымданады. Вирустық гепатитпен ауырмаған, дерматолог, аллергологта емделген, нәтижесіз. Объективті: теріде гиперпигментация бар, құрғақ, қышып тастаған орындары бар, гиперкератоз, ксантомалар және ксантелазмалар көрінеді. Бауыр мен көкбауыры ұлғаймаған, бауыр шеті үшкірлеген, тығыз консистенцияда. Ісіну жоқ. УДЗ - гепатомегалия, паренхиманың ЭХО-тығыздығы өзгерген: бауырішілік өт бөліну жолдары, өт қапшығы, ұйқы безі интактты. Қанда - антимитохондриялық антиденелер және IgM деңгейі жоғарылаған. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің емдеу тактикаңыз:

- A. Преднизолон, креон
- B. Омепразол, урсосан
- C. Метотрексат, урсофальк
- D. Гепабене, квестран
- E. Хофитол, урсодекс

12. Гиперацидті жағдаймен және эпигастрий аймағында тұрақты ауырсынумен қосарланған, антацидтармен басылмайтын асқазанның және 12-елі ішектің көптеген ойық жараларының болуымен байланысты жағдай:

- A. Асқазан обыры
- B. Порталды гастропатия
- C. Өтке тас байланған ауруы
- D. Н.рylogi персистенциясы
- E. Гастронома

13. Науқас С., 45 жаста, физикалық күштемемен байланысты емес және тамақтанғаннан кейін бірден пайда болатын төс артының күйдіріп ауырсынуына шағымданып дәрігерге келді. Ауырсыну сезімі нитроглицерин ішкеннен басылмайды. Объективті: толық келген. Тері жабындыларының түсі қалыпты, таза. АҚ 125/85 мм.сн.бғ. Пульс 74 рет минутына, ырғақты. Жүрек тондары бәсеңдеген, ырғақты. Өкпесі өзгеріссіз. Тілі ылғалды, ақшыл жабынмен қапталған. Іші жұмсақ, пальпацияда эпигастральді аймағы аздап ауырады. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің болжам диагнозыңыз:

- A. Гастроэзофагеальді рефлюксті ауру
- B. Өт-тас ауруы
- C. Жүректің ишемиялық ауруы
- D. Ойық жара ауруы
- E. Созылмалы панкреатит

14. Орта жастаға адамдарда жиі қан кетумен, іш өтумен асқынатын, емге қиын көнетін, көптеген ойық-жаралардың 12 елі ішекте кездесуі тән жағдай:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 15 беті

- A. Гиперпаратиреоз
B. 12-елі ішектің ойық жарасы- обыры
C. Золлингер-Эллисон синдромы
D. ҚҚСЕП-индуцирленген дуоденопатия
E. Мэллори-Вейс синдромы
15. Клиникалық хаттамаға сәйкес бауыр циррозымен сырқаттанатын науқаста энцефалопатияның, ауызынан тәттілеу иістің, жайылған қолдарының «шапалақты» треморының пайда болуы тән жағдай:
- A. Порталды гипертензия
B. Бауыр -клеткалық жетіспеушілік
C. Гепатореналды синдром
D. Мезенхималық қабыну
E. Холестаз синдромы
16. Клиникалық хаттамаға сәйкес бауыр циррозымен сырқаттанатын науқаста дамыған асқазан-ішектен қан кету... дамығанын білдіреді.
- A. Бауыр -клеткалық жетіспеушіліктің
B. Гепатореналды синдромның
C. Мезенхималық қабынудың
D. Порталды гипертензияның
E. Холестаз синдромның
17. Клиникалық хаттамаға сәйкес жіті гепатиттің арнайы критерийі:
- A. АЛТ және АСТ деңгейі 10 есе және одан да көп жоғарлауы
B. Тимол сынамасының 2-3 есе көтерілуі
C. Альбуминдер деңгейі < 40 г/л төмендеу
D. Гамма-глобулиндер деңгейі > 27 г/л астам жоғарлауы
E. Сілтілі фосфата деңгейі 3 және одан да көпке көтерілуі
18. 28 жастағы науқас адам ас қабылдағаннан кейін 1,5-2 сағаттан соң эпигастрий аймағының ауырсынуына, ауамен кекіруіне шағымданды. ЭФГДС: асқазанның антралді және пилорлық бөлімдерінің кілегей қабатынның гиперемиясы. Клиникалық хаттамаға сәйкес кейінгі тактикаңыз:
- A. Хромозндоскопия
B. Helicobacter pylori-ға зерттеу
C. Асқазанның рентгеноскопиясы
D. Асқазан ішілік рН-метрия
E. Электрогастрографиялық әдіс
19. Науқас А., 47 жаста, айқын терінің қышуына шағымданады. 25 жыл бойы химиялық зертханада жұмыс істейді. Объективті: терісі қоңыр түстес, бетінде – ксантеллазмалар бар. Бауыры қабырға доғасынан 4 см шығады. ҚЖА: Нв - 100 г/л, эр. - $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц. - $6,5 \times 10^9/л$, ЭТЖ - 28 мм/сағ. НЖА: билирубин ++. ҚБА: жалпы билирубин 185 г/л, тікелей фракциясы - 94 г/л, холестерин - 12,6 ммоль/л, АЛТ - 2,52 ммоль/л, АСТ - 1,98 ммоль/л, альбуминдер - 34 ммоль/л, ПТИ - 45%. IgA - 20 МЕ/мл. Клиникалық хаттамаға сәйкес диагнозды дәлелдеу үшін тиімді тексеру:
- A. Эзофагогастродуоденоскопия
B. Эндоскопиялық ретроградты панкреатохолангиография
C. Іш қуысы ағзаларының УДЗ
D. Қысқа уақытты эластография
E. Іш қуысы ағзаларының компьютерлік томографиясы
20. 46 жастағы науқас әлсіздікке, жүрегінің айнуына, оң қабырға астының ауырсынуына, дәреті тұрақсыз болуына шағымданды. Бауыры қабырға доғасы шетінен 3 см шығады, тығыз, пальпацияда ауырады. Көкбауыр пальпацияда білінбейді, көлемі 8x10 см. Нв 125 г/л, лейкоц. 5,2 мың -1 мкл, ЭТЖ -

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 16 беті

28 мм/сағ. АЛТ 1,75 ммоль/л, АСТ 1,45 ммоль/л. Жалпы билирубин 32 мкмоль/л, альбуминдер - 40 г/л, ПТИ - 65%. УДЗ: порталды венаның диаметрі - 1,3 см, көкбауыр веналары - 1,0 см. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:

- A. Бауыр циррозы, субкомпенсация сатысы
- B. Бауыр циррозы, декомпенсация сатысы
- C. Аутоиммунды гепатит
- D. Крювелье-Баумгартен ауруы
- E. Бауыр циррозы, компенсация сатысы

5 вариант

1. 46 жастағы науқас әлсіздікке, жүрегінің айнуына, оң қабырға астының ауырсынуына, дәреті тұрақсыз болуына шағымданды. Бауыры қабырға доғасы шетінен 3 см шығады, тығыз, пальпацияда ауырады. Көкбауыр пальпацияда білінбейді, көлемі 8x10 см. Нв 125 г/л, лейкоциттер 5,2 мың -1 мкл, ЭТЖ - 28 мм/сағ. АЛТ 1,75 ммоль/л, АСТ 1,45 ммоль/л. Жалпы билирубин 32 мкмоль/л, альбуминдер - 40 г/л, ПТИ - 65%. УДЗ: порталды венаның диаметрі - 1,3 см, көкбауыр веналары - 1,0 см. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:

- A. Бауыр циррозы, субкомпенсация сатысы
- B. Бауыр циррозы, компенсация сатысы
- C. Бауыр циррозы, декомпенсация сатысы
- D. Аутоиммунды гепатит
- E. Крювелье-Баумгартен ауруы

2. 28 жастағы науқас К., жүріс-тұрысының, сөйлеуінің бұзылғанына, бұлшықеттің ригидтілігіне шағымданып дәрігерге келді. Объективті: терісі сарғайған, көздің мүйізді қабатының шеттерінде жасыл түсті сақина көрінеді. Бауыры қабырға доғасы шетінен + 3 см шығады, көкбауыр көлемі 10x12 см. Жалпы билирубин - 45 мкмоль/л, альбуминдер 0 40 г/л, ПТИ - 65%, сарысудағы церулоплазмин - 0,1 г/л. Клиникалық хаттамаға сәйкес күдікті диагноз:

- A. Бауырдың біріншілік билиарлы цирроз
- B. Бауырдың екіншілік билиарлы цирроз
- C. Гепато-лентиккулярлық дегенерация
- D. Гемохроматоз
- E. Бауырдың карциномасы

3. Клиникалық хаттамаға сәйкес бауыр веналарының тромбозында дамиды синдром:

- A. Демпинг-синдром
- B. Мэллори-Вейс синдромы
- C. Крювелье-Баумгартен синдромы
- D. Золлингер-Эллисон синдромы
- E. Бадд-Киари синдромы

4. Клиникалық хаттамаға сәйкес науқаста бір мезгілде қанның құрамында билирубин мен холестерин деңгейінің жоғарлауымен жүретін синдром:

- A. Холестаз
- B. Цитолиз
- C. Мезенхималық қабыну
- D. Бауырлы-клеткалық жетіспеушілік
- E. Порталды гипертензия

5. Клиникалық хаттамаға сәйкес созылмалы В гепатитпен сырқаттанғанда вирусқа қарсы терапияға көрсеткіші ретінде ИФА анықталуы керек:

- A. HBsAb

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 17 беті

- B. HBcAg
 C. HBeAg
 D. HBcAb
 E. HBsAg
6. Сарғаюы және орташа гепатомегалиясы бар науқастың биохимиялық зерттеулерінде анықталды: жалпы белок 60 г/л, гамма-глобулиндер - 28г/л, СРБ ++, тимол сынамаcы - 6 бірл., ЭТЖ - 26 мм/сағ. Клиникалық хаттамаға сәйкес науқаста дамыған синдром:
- A. Цитолиз
 B. Мезенхималық қабыну
 C. Холестаз
 D. Бауыр-клеткалық жетіспеушілік
 E. Бауыр қан айналымын шунттау
7. Гепатоспленомегалия және асциті бар науқастың биохимиялық зерттеулерінде қалдық азот пен мочевинасы жоғарылаған, несепте индол, скатол және фенол деңгейі жоғарылаған. Клиникалық хаттамаға сәйкес науқаста дамыған синдром:
- A. Цитолиз
 B. Холестаз
 C. Мезенхималық қабыну
 D. Бауыр-клеткалық жетіспеушілік
 E. Бауыр қан айналымын шунтирлеу
8. Бауырының көлемі кішірейген, қантамырлы жұлдызшылары, гинекомастиясы, қанағыштығы бар науқастың зертханалық тексеруінде: -қан альбумині - 35г/л, ПТИ - 40%, жалпы билирубині - 5 ммоль/л. Клиникалық хаттамаға сәйкес науқаста дамыған синдром:
- A. Цитолиз
 B. Холестаз
 C. Бауыр-клеткалық жетіспеушілік
 D. Мезенхималық қабыну
 E. Бауыр қан айналымын шунтирлеу
9. Айқын сарғаюы, тері қышымасы, үлкен дәреті ағарған және несегі қоңырлаған көріністері бар науқастың зертханалық зерттеуінде анықталды: жалпы билирубин 120 ммоль/л, холестерин - 8,5 ммоль/л, бета-липопротеидтер - 5 ммоль/л, сілтілі фосфатаза - 5,2 мккат/л. Клиникалық хаттамаға сәйкес науқаста дамыған синдром:
- A. Холестаз
 B. Бауыр-клеткалық жетіспеушілік
 C. Цитолиз
 D. Мезенхималық қабыну
 E. Бауыр қан айналымын шунтирлеу
10. Гепатоспленомегалия және сарғаюы бар науқастың тексергенде: І дәрежедегі энцефалопатия; верошпиронмен емдегенге көнетін асцит, қан сарысуындағы жалпы билирубин - 38 ммоль/л, ПТИ 48%, қан сарысудағы альбуминдер деңгейі - 30 г/л. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің болжам диагнозыңыз:
- A. Порталді гипертензия (К 76.6)
 B. Бауыр циррозы, компенсирленген (К 74)
 C. Бауыр циррозы, субкомпенсирленген (К 74)
 D. Бауырдың созылмалы жетіспеушілігі (К 72)
 E. Бауыр циррозы, декомпенсирленген (К 74)
11. 47 жастағы науқас әйел А., терісінің қышынуына, әлсіздікке шағымданады. 25 жыл бойы химиялық зертханада жұмыс істеген. Объективті: тері қоңыр түстес, беттерінде ксантомалар. ҚЖА: Нв - 100 г/л,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 18 беті

эр. - $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. - $6,5 \times 10^9$ /л, ЭТЖ 28 мм/сағ. НЖА: түсі - қоңыр, сал. тығыздығы - 1029. Билирубин 185 г/л, холестерин - 12,6 ммоль/л, АЛТ - 2,52 ммоль/л, АСТ - 1,98 ммоль/л, ПТИ - 45%. IgA - 20 МЕ/мл. УДЗ: гепатоспленомегалия, бауыр ішіндегі өт жолдары кеңейген, d v.porta - 16 мм, v.lienalis - 13 мм. Іш қуысында - 900 мл сұйықтық бар. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:

- Біріншілік билиарлы цирроз (K74.3)
- Бауырдың алкогольді циррозы (K70.3)
- Бауырдың токсикалық зақымдануы, цирроз (K71.7)
- Екіншілік билиарлы цирроз (K74.4)
- Токсический гепатит (K71)

12. Клиникалық хаттамаға сәйкес асқазанның пилорлық бөлігі және 12-елі ішектің ойық жарасында ауырсынудың орналасатын орны:

- Кіндік айналасында
- Эпигастрийде семсерше өсіндісінің асты
- Төстің арты
- Эпигастрийде орта сызықтан сол жағында
- Эпигастрийде орта сызықтың оң жағында

13. Клиникалық хаттамаға сәйкес жіті вирусты В гепатиттен сауығу маркері:

- HBeAg
- Ig G тобының HBcAb
- Ig M тобының HbcAb
- ДНК HBV
- HBsAg

14. 27 жастағы науқас Р., оң қабырға астының қатты ұстамалы ауырсынуна, дефекация және газ бөлінгеннен кейін ауырсынудың бәсеңдеуіне; үлкен дәреті тұрақсыз болуына шағымданды. Тілі ылғалды, таза. Іші жұмсақ, оң жақ қабырға асты пальпацияға сезімтал. Бауыр мен көкбауыр ұлғаймаған. Билирубин 20 ммоль/л, АЛТ - 0,68 ммоль/л, АСТ - 0,45 ммоль/л. УДЗ: өт қапшығы қалыпты көлемде, қабырға қалыңдығы 0,3 см. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:

- Созылмалы холецистит, өршу сатысы
- Созылмалы панкреатит, өршу сатысы
- Өт шығару жолдарының дискинезиясы
- Ішектің тітіркену синдромы
- Созылмалы гепатит

15. 58 жастағы науқас әйел М., остеоартрозбен сырқаттанады, 3 жыл бойы қабынуға қарсы стероидты емес препараттар қабылдайды. Клиникалық хаттамаға сәйкес осы препараттардың әсерінен дамиды асқазанның ойық жарасының алдын алуы үшін тағайындау қажет:

- Омепразол + тетрациклин
- Омепразол + домперидон
- Омепразол + мизопростол
- Омепразол + фамотидин
- Омепразол + аллохол

16. Жүк тасушы науқас С., кекіруге, төс артының ауырсынуына, тамақ қабылдағаннан кейін және ауыр жұмыс істегенде ауырсынудың күшеюіне шағымданды. Алмагель қабылдағанда жағдайы жақсарады. ЭФГДС: өңештің кілегей борпылдақ, кілегей қабаттың бір қатпар аумағымен шектелген ұзындығы 5 мм артық зақымдануы, өңештің төменгі сфинктері ашық. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:

- I дәрежедегі ГЭРА
- II дәрежедегі ГЭРА
- III дәрежедегі ГЭРА

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 19 беті

D. IV дәрежедегі ГЭРА

E. V дәрежедегі ГЭРА

17. 60 жастағы науқас әйел С., әлсіздікке, аяғының ұштарындағы парестезияларға, жүріп-тұруының тұрақсыздығына, тәбетінің нашарлағанына, шіріген иіспен кекіруге, диареяға шағымданды. Объективті: терісі бозарған, сарғыш түстес. Тілі жылтыр "лакталғандай". Іші жұмсақ, ауырмайды. Бауыры қабырға доғасы шетінен + 2см шығады. Көкбауыры - 12х7 см. Нв - 80 г/л, эр. - $2,0 \times 10^{12}/л$, лейкоц. - $3,3 \times 10^9/л$; тромб. - $100 \times 10^9/л$, ЭТЖ - 26 мм/с. Жалпы билирубин 40 г/л, тікелей фр. - 4 г/л, АЛТ - 0,68 ммоль/л, тимол сынама - 5,0 бірл. ЭФГДС: асқазанның антралды бөлігінің кілегей қабаты бозарған, катпарлары әлсіз білінеді, рельефтері жазылып кеткен. Сіздің диагнозыңыз:

A. Гипертрофиялық гастрит

B. Гранулематозды гастрит

C. Атрофиялық антралды гастрит

D. Өттік рефлюкс-гастрит

E. Созылмалы белсенді гастрит эрозиясыз

18. 56 жастағы науқасты әлсіздік, бас айналуы, "кою кофесіне" ұқсас екі рет құсу, сұйық, деготь тәріздес үлкен дәрет, тершенділік, шөлдеу мазалаған соң қабылдау бөліміне жеткізілді. Анамнезінде: антиагреганттарды қабылдайды, 1 жыл бойы эпигастрий аймағы ауырсынады, сода қабылдағанда бәсеңдейді. Қазіргі қал-жағдайының нашарлауын ауыр жүкті көтеруімен байланыстырады. Объективті: бозарған, АҚ 100/65 мм рт. ст., ЖЖЖ минутына 105, пульсы әлсіз, ортостатизм белгілері бар. Іштің тітіркену симптомы жоқ. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз

A. Гудпасчер синдромы, асқазаннан қан кету

B. 12-елі ішектің ойық жара ауруы, қан кету

C. Жіті геморрагиялық гастрит, қан кету

D. Асқазанның перфорациясы

E. Асқазанның симптоматикалық ойық жарасы, қан кету

19. 40 жастағы науқас М., аурухананың гастроэнтерологиялық бөлімшесіне теріснің қышынуына, сарғаюына, оң қабырға астында ауырлық сезінуге, әлсіздікке шағымданып жатқызылды. Объективті: терісі сарғайған, қасыған іздер көрінеді, бауыры +5 см, көкбауыры 5х7 см. Қанда: сілтілі фосфатаза - 90 МЕ/л, жалпы билирубин - 120 мкмоль/л, холестерин - 8,0 ммоль/л. Науқастағы жетекші синдром:

A. Холестатикалық

B. Гепатолиеналдық

C. Цитолитикалық

D. Мезенхималды-қабыну

E. Бауыр клеткаларының жетіспеушілігі

20. 40 жастағы науқас М., аурухананың гастроэнтерологиялық бөлімшесіне теріснің қышынуына, сарғаюына, оң қабырға астында ауырлық сезінуге, әлсіздікке шағымданып жатқызылды. Объективті: терісі сарғайған, қасыған іздер көрінеді, бауыры +5 см, көкбауыры 5х7 см. Қанда: сілтілі фосфатаза - 90 МЕ/л, жалпы билирубин - 120 мкмоль/л, холестерин - 8,0 ммоль/л. Науқастағы холестаза синдромын басу үшін ...тағайындау қажет.

A. Орнитин-аспаратты

B. Дифенгидраминді

C. Холестираминді

D. Хофитолды

E. Эссливер-фортені

6 вариант

1. Науқаста созылмалы вирусты гепатит С анықталған, қанда жалпы билирубині - 85,5 мкмоль/л. Клиникалық хаттамаға сәйкес үрдістің белсенділік дәрежесін анықтаңыз:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 20 беті

- A. Белсендік дәрежесін билирубин емес сілтілі фосфатаза деңгейі бойынша анықтайды
 - B. Белсендік дәрежесін билирубин емес АЛТ деңгейі бойынша анықтайды
 - C. Минималды, өйткені белсендік дәрежесін билирубин деңгейі бойынша анықтайды
 - D. Орташа, өйткені белсендік дәрежесін билирубин деңгейі бойынша анықтайды
 - E. Айқын, өйткені белсендік дәрежесін АСТ деңгейі бойынша анықтайды
2. Емхана гастроэнтеролог кеңесіне 23 жастағы емделуші келді, оның биохимиялық зерттеулер қорытындылары: жалпы билирубин - 79,5 ммоль/л, конъюгирленген - 4,5 ммоль/л, АЛТ 25 бірл/л. Клиникалық хаттамаға сәйкес осындай зертханалық көрсеткіштеріне сәйкес клиникалық көрініс:
- A. Сарғаю, терісі қышиды, өт пигменттерінің әсерінен несепі қоңырлайды
 - B. Сарғаю, терісі қышиды, нәжістің ахолиясы
 - C. Тері жамылғыларының сарғаюы, әлсіздік
 - D. Гепатомегалия, терісі қышиды, өт пигменттер әсерінен несеп қоңырлайды
 - E. Сарғаю, бос билирубин әсерінен несеп қоңырлайды
3. Клиникалық хаттамаға сәйкес асқазан денесінің ойық жарасында ауырсынудың орналасатын орны:
- A. Ортанғы сызықтан сол жақ эпигастрийде
 - B. Семсерше өсіндіде
 - C. Төс артында
 - D. Ортанғы сызықтан оң жақ эпигастрийде
 - E. Кіндіктің айналасында
4. Клиникалық хаттамаға сәйкес HCV репликациясының маркері:
- A. ДНК HCV
 - B. HCVAb - Ig M
 - C. HCVAb - Ig G
 - D. РНК HCV
 - E. HDV Ag
5. 27 жастағы науқасты 1 сағат бұрын іштің қатты ауырсынуымен қабылдау бөліміне жеткізілген. Құсу болмаған, үлкен дәретке шықпаған. Объективті: эпигастрийде бұлшықеттің кернеулігі өте күшті, перкуссияда - бауырдың тұйықтығы жоғалған. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің алғашқы диагнозыңыз:
- A. Жіті панкреатит
 - B. Асқазанның ойық жарасы пенетрациясы
 - C. Асқазаннан қан кету
 - D. Жіті холецистит
 - E. Асқазанның ойық жарасы перфорациясы
6. Жас ер азамат екі жыл бойы қыжылға, лоқсу, эпигастрий аймағының ауырсынуына, тамақтан кейін бәсеңдеуіне шағымданды. Ауырсынулар көбіне түнгі сағат 2-3-де күшейеді, алмагель қабылдаса жағдайы жеңілдейді. Соңғы уақытта ауырсынулар тұрақты болды. Клиникалық хаттамаға сәйкес дамыған асқыну:
- A. Перфорация
 - B. Пенетрация
 - C. Қақпаның стенозы
 - D. Қан кету
 - E. Малигнизация
7. Асқазанның ойық жарасымен сырқаттанатын адам эпигастрийдің толып кету сезімі мен ауырсынуына, жақын арада ішкен тағамдарын құсып тастауына, жағымсыз иістің болуы, дене салмағының кемуіне, жүдеуге шағымданады. Асқазан аймағында толқынды шу және перистальтикасы көрінеді. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:
- A. Асқазанның ойық жарасы, қан кетумен
 - B. 12-елі ішектің ойық жаралы ауру
 - C. Асқазанның ойық жарасы, пенетрациямен асқынған
 - D. Асқазанның ойық жарасы, перфорациямен асқынған
 - E. Асқазанның ойық жарасы, қақпа стенозымен асқынған асқынған
8. Клиникалық хаттамаға сәйкес өңеш веналарының варикозды кеңейуі қандай синдромның белгілері болады:
- A. Бауыр қызметінің жетіспеушілігі
 - B. Порталді гипертензия

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 21 беті

- C. Мезенхималық қабыну
 - D. Обстипация
 - E. Мальабсорбция
9. Клиникалық хаттамаға сәйкес гинекомастия, алақанның гиперемиясы, қанық құлпынай түстес тіл тән ауру:
- A. Целиакия
 - B. Панкреатит
 - C. Өт-тас ауруы
 - D. Бауыр циррозы
 - E. Муковисцидоз
10. Клиникалық хаттамаға сәйкес бауырдың диффуздық ауруларында ұсынатын емдәмдік диета:
- A. № 2
 - B. № 1
 - C. № 5
 - D. № 6
 - E. № 7
11. Клиникалық хаттамаға сәйкес ақазанның кардиалды бөлігіндегі орналасқан ойық жарасында ауырсынудың орналасатын жері:
- A. Төс арты
 - B. Семсерше өсіндісі
 - C. Ортанғы сызықтан сол жақтағы эпигастрий
 - D. Ортаңғы сызықтың оң жағындағы эпигастрий
 - E. Кіндік айналасы
12. Гастроэзофагеалдық рефлюксті ауруы бар науқасқа жүргізілген эзофагогастродуоденоскопияда: өңештің бірнеше қатпарларына таралған, өңеш айналымының 50 пайызын құрайтын, кілегей қабатының зақымдануы анықталды. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің дәрілік емдеу тактикаңыз:
- A. H2-гистаминді рецепторының блокаторы + антацид
 - B. Антибиотик + гастропротектор
 - C. Спазмолитик + кальций каналдарының антагонисі
 - D. Протонды помпаның ингибиторы + прокинетик
 - E. Холинолитик + антацид
13. Гастроэзофагеалдық рефлюксті ауруы бар науқасқа жүргізілген эзофагогастродуоденоскопияда: өңештің бірнеше қатпарларына таралған, өңеш айналымының 50 пайызын құрайтын, кілегей қабатының зақымдануы анықталды. Клиникалық хаттамаға сәйкес рефлюкс-эзофагиттің дәрежесі:
- A. C
 - B. A
 - C. B
 - D. D
 - E. E
14. Гастроэзофагеалдық рефлюксті ауруы бар науқасқа жүргізілген эзофагогастродуоденоскопияда: өңештің бірнеше қатпарларына таралған, өңеш айналымының 50 пайызын құрайтын, кілегей қабатының зақымдануы анықталды. Клиникалық хаттамаға сәйкес емдеу курсының ұзақтығы:
- A. 4-6 апта
 - B. 6-8 апта
 - C. 6 ай
 - D. 1 жыл
 - E. 26 апта
15. 53 жастағы науқас К., есендірген жағдайда ауруханаға жеткізілді. Тексеруде: айқын сарғаю, кернеулі асцит, ішінің алдыңғы қабырғасында "медуза басы" анықталды. Қанның биохимиялық анализінде: сарысуда жалпы билирубин - 80 мкмоль/л, сарысу альбумині - 18 г/л, ПТИ 35%. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің алғашқы диагнозыңыз:
- A. Бауыр циррозы, компенсирленген (К 74)
 - B. Бауыр циррозы, субкомпенсирленген (К 74)
 - C. Бауырдың созылмалы жетіспеушілігі (К 72)

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 22 беті

- D. Бауырдың циррозы, декомпенсирленген (K 74)
E. Порталды гипертензия (K 76.6)
16. Науқас ас қабылдағаннан кейін 4-6 сағаттан соң басталатын көп мөлшерде шіріген иісті құсыққа шағымданды. Соңғы айда салмағы 5 кг кеміген. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің алғашқы диагнозыңыз:
- A. Диффузды эзофагоспазм
B. Кардия ахалазиясы
C. Қақпа стенозы
D. Пилороспазм
E. Гастрит
17. 46 жастағы науқасты эпигастрий аймағында ас қабылдағаннан кейін 1 сағаттан соң сыздап ауырсыну, қышқылмен кекіру, тамаққа тәбетінің күрт төмендеуі мазалайды. Ауырғанына екі жыл болған. Объективті: эпигастрийдің терең пальпациясында ауырсынады. Қанның анализі: Нв - 100 г/л, эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, жалпы белок - 54 г/л. ЭФГДС: асқазанның кілегей қабатының рельефі "мидың қыртыстарына" ұқсайды. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің алғашқы диагнозыңыз:
- A. А типті созылмалы гастрит
B. Асқазан обыры
C. Созылмалы атрофиялық гастрит
D. С типті созылмалы гастрит
E. Гигантты гипертрофиялық гастрит
18. 46 жастағы науқасты эпигастрий аймағында ас қабылдағаннан кейін 1 сағаттан соң сыздап ауырсыну, қышқылмен кекіру, тамаққа тәбетінің күрт төмендеуі мазалайды. Ауырғанына екі жыл болған. Объективті: эпигастрийдің терең пальпациясында ауырсынады. Қанның анализі: Нв - 100 г/л, эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, жалпы белок - 54 г/л. ЭФГДС: асқазанның кілегей қабатының рельефі "мидың қыртыстарына" ұқсайды. Клиникалық хаттамаға сәйкес консервативтік ем:
- A. Антисекреторлық препараттар, спазмолитиктер
B. Ас қорыту ферменттері, ауырсынуды басатын препараттар
C. Антацидтер, спазмолитиктер
D. Гастропротекторлар, прокинетиктер
E. Глюкокортикоидтар, висмут препараттары
19. 19 жастағы науқас А., тағаммен және аш қарынға дамитын және тамақпен байланысы бар эпигастрий аймағындағы тұрақсыз ауырсынуға, тамақтанудан кейін асқазанда толып кету сезімінің пайда болуына шағымданды. Осы симптомдар үш ай бұрын нервті-психикалық күйзелістер әсерінен басталған. ЭФГДС: өңештің өтімділігі кедіргісіз, І дәрежедегі кардияның жетіспеушілігі, асқазанның кілегей қабаты қызғылт түстес, қатпарлары анық, НР - табылмады. Сіздің күдікті диагнозыңыз:
- A. Типі А гастриті
B. Гастроэзофагеалық рефлюксті ауру
C. Функционалді диспепсия
D. Типі В гастриті
E. Типі С гастриті
20. 46 жастағы науқас П. әлсіздікке, диспепсиялық бұзылыстарға, іштің төменгі бөлігінің ауырлығына шағымданады. Объективті: бауыры қабырға доғасы шетінен + 2 см шығады, көкбауыр пальпацияланбайды, көлемі 8x14 см. УДЗ: диаметр v.porta - 16 мм, v. lienalis - 12 мм, іш қуысында - 900 мл бос сұйықтық бар. Лапароцентез жасағанда алынған сұйықтықтың түсі сабан-сарғыш. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің алғашқы диагнозыңыз:
- A. Жүрек қызметінің жетіспеушілігі
B. Бауыр циррозы
C. Панкреатит
D. Іштің туберкулезі
E. Инфекциялық перитонит

7 вариант

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 23 беті

- 32 жастағы науқасты ас қабылдағаннан кейін 2 сағаттан соң эпигастрий аймағының ауырсынуы, қышқылмен кекіру, қыжылдау жағдайын қиындатады. ЭФГДС: асқазанның антралды бөлігі кілегей қабаты айқын гиперемияланған, бірен-саран эрозиялар бар. Клиникалық хаттамаға сәйкес тиімді дәрілік терапияны таңдаңыз:
 - Маалокс + фамотидин + домперидон
 - Домперидон + алмагель + де-нол
 - Амоксициллин + кларитромицин + нольпаза
 - Омепразол + амоксициллин + трихопол
 - Амоксиклав + метронидазол + висмута субцитраты
- 32 жастағы науқас 1 сағат бұрын пайда болған іштің өткір ауырсынуымен қабылдау бөліміне жеткізілді. Құсу, үлкен дәреті болмаған. Объективті: науқас оң жағында жатыр, арқасына аударылу немесе тұруға әрекеттенсе ауырсыну күшейеді. Пальпацияда - эпигастрий аймақта іштің бұлшық еттерінің кернеуі және қатты ауырсынуы байқалады. Жалпылама рентгенографиясында оң бүйірінде ауа табылған. Анамнезінде - асқазанның ойық жарасы бар. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің күдікті диагнозыңыз:
 - Жарадан қат кету
 - Жараның перфорациясы
 - Кіші шарбыға жараның пенетрациясы
 - Ұйқы безге жараның пенетрациясы
 - Қақпаның стенозы ауруы
- Бауыр клеткаларында конъюгирленген (байланысты) билирубиннің түзілуіне ықпал ететін фермент:
 - Нуклеотидаза
 - Лейцинаминопептидаза
 - Қышқыл фосфатаза
 - Глюкуронилтрансфераза
 - Амилаза
- Науқас А., 32 жаста, эпигастрий аймағындағы ауырсынуға, қыжылдауға, жүрегінің айнуына, вертикалды күйде күшейетін бас айналу мен құлағының шулауы, қара түсті нәжіске шағымданып клиникаға түсті. Объективті: жалпы жағдайы орташа ауырлықта, тері жамылғылары бозарған. Аускультативті: өкпелерінде – везикулярлық тыныс, сырылдар жоқ. Жүрек тондары тұйықталған, ырғағы дұрыс. АҚ 110/70 мм с.б.б. Іші жұмсақ, эпигастрийде ауырсыну байқалады. Бауыры қабырға доғасының бойында, қырлары жұмсақ, ауырсынбайды. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:
 - Қалтқының қайтымсыз тыртықтық стенозы
 - Асқазанның ойық-жара ауруының пенетрациясы
 - Қан кетумен асқынған асқазанның ойық-жара ауруы
 - Асқазан жарасының малигнизациясы
 - Мэллори-Вейс синдромы
- Хеликобактерлі этиологиялы созылмалы гастродуоденитпен ауыратын науқаста эрадикациялық терапия қабылдау барысында тәулігіне 4 ретке дейін болатын диарея пайда болды. Копрограммада лейкоциттер 2-3 көру аймағында, шырыш ++, йодофильдік флора +++. Клиникалық хаттамаға сәйкес ішек қызметінің бұзылысында қолданылатын тиімді препарат:
 - Биопрепарат
 - Полиферментті препарат
 - Ішек антисептигі
 - Адсорбент
 - Эспумизан
- Вакцинопрофилактика және вакцинамен емдеудің тиімділігі дәлелденген болып саналатын гепатиттің түрі:
 - E
 - C
 - D
 - A
 - B
- 21 жастағы науқас созылмалы гастродуоденитпен ауырады. Тұқымқуалаушылық анықталған – әкесі жағынан он екі елі ішектің ойық-жара ауруы. Екі жыл бұрын тиімді эрадикациялық ем қабылдаған. Аурудың

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 24 беті

қайталануына байланысты *Helicobacter pylori*-ге тексерілген. Нәтижесі оң мәнді. Клиникалық хаттамаға сәйкес мүмкін болатын жағдай:

- A. Негізгі аурудың қайталануы
 - B. *Helicobacter pylori*-дің қайта жұғуы
 - C. Он екі елі ішектің ойық-жара ауруының дамуы
 - D. Функционалдық диспепсия
 - E. Асқазанның ойық-жара ауруының дамуы
8. Постпрандиалды дистресс-синдромы бар науқас тамақтан кейін асқазан аймағындағы тойып кету және ауырлық сезіміне, жүрегінің айнуына, құсуға шағымданады. Бұл жағдайда қолданылатын тиімді препарат:
- A. H2-блокатор
 - B. Антацид
 - C. Протондық помпа ингибиторы
 - D. Прокинетик
 - E. Спазмолитик
9. Науқас хеликобактерлі этиологиялы он екі елі ішектің ойық-жара ауруына байланысты эрадикациялық терапияның екінші курсы (квадротерапияны) қабылдады. Клиникалық хаттамаға сәйкес эрадикация нәтижесін бақылау мерзімі:
- A. Курс аяқтала салысымен
 - B. 2 аптадан кейін
 - C. 4 аптадан кейін
 - D. Бір жылдан соң
 - E. Емдеу барысында
10. Клиникалық хаттамаға сәйкес асқазанның ойық-жара ауруы мен асқазанның қатерлі ісігінің ажыратпалы диагностикасы үшін маңызды зерттеу:
- A. Іш қуысы мүшелерін УДЗ
 - B. Рентгенологиялық тексеру
 - C. Гистаминмен асқазан секрециясын тексеру
 - D. Нәжісті жасырын қанға тексеру
 - E. Биопсиямен эндоскопиялық тексеру
11. Гастроэзофагеалдық рефлюкстік аурудың дамуындағы негізгі механизм:
- A. Төменгі өңеш сфинктерінің барьерлік қызметінің бұзылысы
 - B. Хеликобактер пилори
 - C. Жоғарғы өңеш сфинктерінің барьерлік қызметінің бұзылысы
 - D. Одди сфинктерінің түйілуі
 - E. асқазанның перистальтикасының бұзылысы
12. Клиникалық хаттамаға сәйкес эпигастрий аймағындағы және төс артындағы ерте (тамақ қабылдағаннан кейін 30-60 минуттан соң) ауырсынумен байқалатын ойық-жараның орналасатын бөлігі:
- A. Он екі елі ішектің қалтқысында орналасқан
 - B. Барлық гастродуоденалдық аймақ
 - C. Асқазанның кардиалдық және субкардиалдық бөлік
 - D. Он екі елі ішектің постбульбарлы бөлігінде
 - E. Пилорикалық каналда
13. Клиникалық хаттамаға сәйкес бауыр циррозымен ауыратын науқастардағы ісікті-асциттік синдромды емдеген кезде сақталатын ереже: шығарылған сұйықтық қабылданған сұйықтықтан аспау қажет:
- A. 1000-1500 мл
 - B. 400-500 мл
 - C. 1500-1800 мл
 - D. 1800-2500 мл
 - E. 200-300 мл
14. Клиникалық хаттамаға сәйкес созылмалы гепатиттің бауыр циррозына дамуының маңызды себебі болып табылатын синдром:
- A. Артериалдық гипертензия
 - B. Сарғаю

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 25 беті

- C. Астеновегетативтік
D. Порталдық гипертензия
E. Қан айналым жетіспеушілігі
15. Соңғы кездері асқазан және 12-елі ішек ойық- жара ауруымен ауыратын науқастың клиникалық көрнісі өзгерді: тамақтанғаннан соң ауырлық пайда болды, жүрек айну, тамақ қалдықтарын екінші күн жартысында құсу, ауыз қуысынан жағымсыз иіс, салмақ тастау пайда болды. Дамыған асқынудың түрі:
- A. Функциональды стеноз
B. Қақпаның органикалық стенозы
C. Жараның малигнизациясы
D. Жараның пенетрациясы
E. Жараның перфорациясы
16. 38 жасар кәсіпкер іш көлемінің үлкеюіне, терінің, кілегей қабатының, сарғайуына, зәрдің түсінің өзгеруіне, іштің кебуіне, үлкен дәретінің тұрақсыздануына, айқын жалпы әлсіздікке, шаршағыштыққа, уақыт пен кеңістікте ориентациясының бұзылуына, есте сақтау қабілетінің төмендеуіне жазуының нашарлауына, ұйқысының инверсиясына(күндіз ұйқы сұрау, түнде ұйқысыздық) шағымданады. Анамнезінен: балалық шағында – гепатит А. Соңғы 7 жыл көлемінде ішімдік көп ішкен. Жағдайының нашарлауы соңғы 2 аптада, оны диетаны бұзуымен және ішімдікті көп қабылдағаны мен байланыстырады.
- Сіздің болжам диагнозыңыз:
- A. Созылмалы панкреатит
B. Өт тас ауруы
C. Созылмалы гепатит
D. Бауыр циррозы
E. Ұйқы безінің қатерлі ісігі
17. 65 жасар науқас, пенсионер оң қабырға астының ауыр болуына, физикалық күш түскенде өршуіне, кешке балтыр және аяқ басының аздап ісінуіне, зəрінің түсінің өзгеруіне шағымданады. Ішімдікті көп жылдар бойы ішеді. Қарағанда: апатиялы, жүрісі сенімсіз, терісі, склерасы сарғыш, аздаған «тамырлық» жұлдызшалар, «бауырлық» алақан, тілі ашық қызыл, асцит, балтыры мен аяқ басында аздаған ісік. Сіздің диагнозыңыз:
- A. Жіті гепатит
B. Созылмалы гепатит
C. Бауыр циррозы
D. Созылмалы холецистит
E. Созылмалы панкреатит
18. 52 жасар науқас ұзақ уақыт бойы шаршағыштықпен шағымданып жүрген кезде, оң қабырға астында ауырлық, жүрек айну, аздаған сарғыштық пайда болады. Бұл кезде бауырдың функциясының биохимиялық көрсеткіштері бұзылады: аланин трансаминаза, билирубин, сулем сынамасы, тимол сынамасы, ақуздық фракция.
- A. Порталды бауыр циррозы
B. Созылмалы персистирлеуші гепатит
C. Билиарлы бауыр циррозы
D. Созылмалы активті гепатит
E. Бауыр псевдоциррозы
19. 32 жасар науқас жедел «қанжар» тәрізді эпигастри аймағының ауырсынуына шағымданады. Анамнезінен: соңғы 3 жылда 12 елі ішек ойық- жара ауруымен аурады, және де ол жиі ресидив береді. H₂ гистамин блокаторлары терапиясына реакция оң мәнді. Қан құю жасалған. Ранитидинмен төрт апта терапия жүргізгенде жара тыртықталған.
- Клиникалық хаттамаға сәйкес кейінгі емдеу тактикасы:
- A. Амоксициллин+метронидазол+квamatел
B. Тетрациклин+метронидазол+омепрозол
C. Кларитромицин+метронидазол+квamatел
D. Амоксициллин+де-нол+омепрозол
E. Кларитромицин+амоксициллин+омепрозол
20. 48 жасар науқас оң қабырға астының ауырсынуына, сарғыштыққа жалпы әлсіздікке шағымданып, қабылдау бөліміне түсті. Анамнезінен: ішімдікті көп ішеді, бір апта бұрын өңештің барикозды кеңейген веналарынан қан

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 26 беті

кету болған. Қарағанда: терісі және склерасы сарғыш, телеангиэктазиялы, іші кепкен, гепатоспленомегалия. Қанда: анемия тромбоцитопения, ЭТЖ-44 мм/сағ жалпы билирубин тура пракция есебінен 68 мк/моль –л.

Бұл жағдайда тағайындалатын ем:

- A. Преднизолон + гепабене + креон
- B. Гептрал + эритромакс + креон
- C. Преднизолон + гепабене
- D. Гептрал + жаңа дайындалған плазма + дәрумендер С, К
- E. Феррум-лек + преднизолон + гептрал

8 вариант

1. 45 жасар ер адам тамақтанғаннан соң және физикалық күштемеден кейін болатын төс артының ауырсынуына, қыжылдауға, жеген тамақты кекіруге, тамақты жұтынғанда қиындықты сезіну мазалайды. Зерттегенде: ЭКГ патологиясыз; Эндоскопиялық пилорогастродуоденоскопия: томенгі өңештің спиинктері жабылмайды, гиперемия, өңештің шырышты қабаты ісінулі, бір қатар эрозиялар.

Клиникалық хаттамаға сәйкес тиімді дәрімектердің комбинациясы:

- A. Омепразол + смекта
- B. Маалокс + ампициллин
- C. Домперидон + рабепразол
- D. Омепразол + маалокс
- E. Омепразол + но-шпа

2. 37 жасар әйел түнде аш қарында пайда болатын эпигастри аймағының түйіліп ауырсынуына, тамақтанғаннан кейін ауырсынудың басылуына шағымданып стационарға түсті. Анамнезінен: 5 жыл бойы ойық- жара ауруымен ауырады. Бұл өршу екі апта бойы. Оубъективті: тілі ақ жабындымен жабылған эпигастри аймағы жайылмалы ауырсынады. Бауыры және көк бауыры үлкеймеген. Қан және зәр анализі өзгеріссіз. Эндоскопиялық фиброгастродуоденоскопия: өңеш өтімді, асқазанның шырышты қабаты қызарған, бөрітпелер гипертропияланған, 12 елі ішектің алдыңғы қабат буылтығында жара депекті 0,5х 0,7см.

Бұл жағдайда тиімді дәрімектердің комбинациясы:

- A. Омепразол+де-нол+маалокс
- B. Кларитромицин+флемоксин+париет
- C. Метронидазол+де-нол+алмагель
- D. Тетрациклин+омепразол+квamatел
- E. Кларитрамицин+флемоксин+гастроципин

3. 34 жасар науқас екі апта ішінде пайда болған «түнде» және «аштық» тәрізді эпигастри аймағының ауырсынуына шағымданып стационарға түсті. Эндоскопиялық зерттегенде алғаш рет 12 елі ішектің алдыңғы қабырғасында 1,2 см өлшемді жара анықталды. Биоптатта Helicobacter pylori табылды.

Клиникалық хаттамаға сәйкес тиімді дәрімектердің комбинациясы:

- A. Де-нол+ампициллин + алмагель
- B. Омепразол + метронидазол + ампициллин
- C. Квamatел + де-нол+тетрациклин
- D. Омепразол +гастроцепин+тетрациклин
- E. Омепразол+амоксциллин+кларитромицин

4. 48 жасар науқас тез шаршағыштыққа, әлсіздікке басының ауруына, жүректің айнуына, оң қабырға астында ауырлық сезімнің, қызыл жегінің қанауына шағымданып түсті. Анамнезінен: он жыл бойы бауырдың созылмалы ауруы бойынша емделген. Соңғы жылдары өзін жақсы сезінген, диета сақтамаған. Оубъективті: жағдайы орташа ауырлық дәрежесінде, тері жамыбындылары және склерасы сарғайған, «бауырлық» алақан, көкіректің жоғарғы бөлігінде тамырлық жұлдызшалар, тілі құрғақ ақ жабындымен жабылған, гепатоспленомегалия. Қан анализінде анемия ЭТЖ-ның жоғарлауы, гипербилирубинемия әсіресе тура пракцияның жоғарлауымен, аланин және аспарагин трансперазаның үш есеге жоғарлауы. Гепатит маркерлары: вирусты гепатит С-ның барлық маркерлары оң мәнді.

Клиникалық хаттамаға сәйкес тиімді дәрімектердің комбинациясы:

- A. Интрон+гептрал
- B. Эссенциале+креон

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 27 беті

- C. Гептрал+урсосан
D. Гептрал+креон
E. Преднизолон+эссенциале
5. Ер адам, 50 жаста, көп темекі шегеді, тұншығу ұстамасына, төс сүйегінің төменгі үштен бірінде күйдіріп ауырсынуға, қышқыл дәммен кекіруге шағымданады. Теофиллин тобының дәрілерін қолданғанда жағдайы нашарлайды. ЭКГ: ишемиялық өзгерістер тіркелмеді. Клиникалық хаттамаға сәйкес ең мәліметті зерттеу әдісі:
- A. Асқазан рентгенографиясы
B. ЭхоКС
C. ЭФГДС
D. Кеуде қуысы мүшелерінің рентгенографиясы
E. Спирография
6. Ер адам, 45 жаста, ойық жара ауруымен ауырады, қабылдау бөліміне арқаға иррадиация беретін, тамақтанумен байланыссыз, антацидтер және спазмолитиктер қабылдағанда басылмайтын, эпигастрий аймағындағы ауырсыну, лоқсу, құсу, іш өту, дене температурасының субфебрильді сандарға дейін жоғарылауы шағымдарымен қаралды. Рентгенологиялық зертеуде терең «ойықша», жаралы аймақтың аз қозғалысы анықталды; ФГДС-да терең ойық жара анықталады, кратер жиектері биік, вал тәрізді. Жоғарыда айтылған жағдайдың себебі:
- A. Ойық жараның кіші шажырқайға пенетрациясы
B. Ойық жара перфорациясы
C. Перидуоденит
D. Ойық жараның ұйқы безіне пенетрациясы
E. Ойық жарадан қан кету
7. Ер адам, 43 жаста, есірткі қолданады, жалпы әлсіздікке, тез шаршағыштыққа, арықтауға, лоқсу, ауызда ащы дәмнің болуы, оң жақ қабырға астында ауырлық сезімі, кезеңді түрде дене температурасының субфебрильді сандарға дейін жоғарылауы, тері қышуы, қызыл иектен қан кету, зәрдің қараюы, нәжістің ағаруына шағымданады. Қарағанда: гепатомегалия, сарғаю, жоғарғы қабақта ксантомалар. Клиникалық хаттамаға сәйкес патологияны дәлелдеуге мүмкіндік беретін әдіс:
- A. Капрологиялық зерттеу
B. Қанның биохимиялық анализі
C. Вирусты инфекцияның маркерлерін анықтау
D. Ферритин концентрациясын анықтау
E. Церулоплазмин концентрациясын анықтау
8. Ер адам, 45 жаста, ұзақ уақыт ішімдікті көп қолданады. Қанмен құсуға шағымданады. Объективті: мәңгірген, сөзі түсініксіз, асцит, құрсақтың алдыңғы қабырғасының көктамырлары кеңейген, спленомегалия, АҚ-80/60 мм.с.б., ЖЗЖЖ - 110 рет мин. Клиникалық хаттамаға сәйкес науқасты жүргізу тактикасының келесі қадамы:
- A. Вазопрессин енгізу
B. Жаңа тоңазытылған плазма құю
C. Антибиотикотерапия
D. Өңештің баллонды тампонадасы
E. Көк тамырды эндоскопиялық бунақжіптеу (лигирование)
9. Ер адам, 50 лет, темекіні көп шегеді, тұншығу ұстамасына, төс сүйегінің төменгі үштен бірінде күйдіріп ауырсыну, қышқылмен кекіруге шағымданады. Теофиллин тобының препараттарын қолданғанда жағдайы нашарлайды. ЭКГ: ишемиялық өзгерістер тіркелмеді. Пикфлоуметрияда тыныс шығарудың шындық жылдамдығы шамалы төмендеген. Клиникалық хаттамаға сәйкес мүмкін болатын диагноз:
- A. Гастроэзофагеалды рефлюксті ауру
B. Созылмалы гастрит
C. ЖИА. Күш түсу стенокардиясы
D. Бронх демікпесі
E. Өкпенің созылмалы обструкциялы ауруы
10. Ер адам, 30жаста, эпигастрий аймағында кезеңді түрде аш қарынға ауырсыну, қыжылдау, лоқсу, қышқылмен кекіруге шағымданады. Объективті: пилородуоденалды аймақта шектелген ауырсыну. ФГДС: антральды аймақта шырышты қабаттың гиперемиясы мен ісінуі, қатпарлардың гиперплазиясы, антралды спазм. Клиникалық хаттамаға сәйкес патологиялық үдерістің этиологиясын анықтауға мүмкіндік беретін зерттеу әдісі:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 28 беті

- A. Асқазан рентгенографиясы
 - B. Асқазан ішілік рН-метрия
 - C. Жалпы қан анализі
 - D. Уреазды сынама
 - E. Дуоденалды сүңгілеу
11. Ер адам, 55 жаста «Ұлтабар буылтығының ойық жара ауруы, НР ассоцирленген, рецидивті ағымды» диагнозымен. Құрамында протонды помпа ингибиторы, кларитромицин және амоксициллин енген қосарланған терапия нәтижесінде толық ремиссия мен НР эрадикациясы болды. Клиникалық хаттамаға сәйкес науқасты әрі қарай жүргізу тактикасы:
- A. Антибиотиктермен демеу терапиясы
 - B. H₂-блокаторларымен кезеңді курстық терапия
 - C. Протонды помпаның ингибиторларымен демеу терапиясы
 - D. Хирургиялық емдеу
 - E. Цитопротекторлармен курстық терапия
12. Ер адам, 43 жаста, есірткі қолданады, жалпы әлсіздікке, тез шаршағыштыққа, дене салмағының иөмендеуіне, лоқсуға, ауызда ащы дәмнің болуына, оң жақ қабырға астында ауырлық сезіміне, кезеңді түрде дене температурасының субфебрильді сандарға дейін жоғарылауына, терінің қышуына, қызыл иектің қанағыштығына, зәрдің қара түсті болуына, нәжістің ағаруына шағымданады. Объективті: гепатомегалия, сарғаю, жоғарғы қабақта ксантомалар. Мүмкін болатын диагноз:
- A. Созылмалы холецистит
 - B. Созылмалы вирусты гепатит
 - C. Созылмалы панкреатит
 - D. Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі
 - E. Гемолитикалық анемия
13. Гамма-глутамилтранспептидаза, 5-нуклеотидаза, сілтілі фосфатаза белсенділігінің артуы, гиперхолестеринемия, тура фракция есебінен гипербилирубинемия ... синдромының биохимиялық көрсеткіштері болып табылады.
- A. Мезенхималды-қабынулық
 - B. Цитолиз
 - C. Портокавальды шунттау
 - D. Холестаз
 - E. Гепатоцеллюлярлы жеткіліксіздік
14. 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. Жоғарыда айтылған көрініс ... тән:
- A. Созылмалы атрофиялық гастритке
 - B. Антральды атрофиялық емес гастритке
 - C. Ойық жара ауруына
 - D. Бейспецификалық жаралы колитке
 - E. Асқазанның қатерлі ісігіне
15. 47 ж. ер адамды майлы тағамдармен тамақтанғаннан кейін эпигастрий, сол және оң қабырға астындағы белбеу тәрізді ауыратын ауыру сезімі, нәжістің тұрақсыздығы мазалайды. Клиникалық хаттамаға сәйкес ферменттермен орынбасушы терапияға қосымша тағайындаған дұрыс:
- A. Прокинетиктерді
 - B. Антацидтерді
 - C. Протонды помпа ингибиторларын
 - D. Антихолинэргиялық дәрілерді
 - E. Гистаминді рецепторлардың H₂-бөгемелерін
16. 50 жасар әйел әлсіздікке, оң қабырға астында ауырлық сезіміне, қызыл иектің қанағыштығы, дененің қышуына шағымданады. 2 жыл бұрын гепатиттің сарғаю түрімен ауырған. Қарап тексергенде: тері жабындылары сарғыш, құрғақ. Бауыр қабырға доғасынан 2 см төмен шығып тұр, сипағанда сезімтал. Қанда

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 29 беті

шамалы анемия, тұзу фракциядан гипербилирубинемия, В және С вирусты гепатиттеріне ПЦР теріс, альфа-фетопrotein деңгейі 20 Е/л.

Диагнозды нақтылау үшін ақпаратты зерттеу әдісі:

- A. Иммунологиялық
- B. Гистологиялық
- C. Морфометриялық
- D. Морфофункциональды
- E. Иммуногистохимиялық

17. 28 жасар, жас әйел эндокринологта аутоиммунды гепатитпен қаралады. Соңғы 2-3 айда оң қабырға астында кезенді сыздап ауыратын ауыру сезімі, аз ғана әлсіздік пайда болды. Қарап тексергенде: сипағанда бауыр қабырға доғасында. Қанда: ТПОға қарсы антиденелердің, ТТГ жоғарылауы, вирусты гепатиттер маркерлары теріс.

Емдеуге тиімді дәрі:

- A. Аминокапрон қышқылы
- B. Легалонды
- C. Кларитромицинді
- D. Альфа-токоферол ацетаты
- E. Преднизолонды

18. 53 жасар 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.

Сіздің диагнозыңыз:

- A. Созылмалы криптогенді гепатит
- B. Криптогенді бауыр циррозы
- C. Созылмалы алкогольді гепатит
- D. Алкогольдік этиологиялы бауыр циррозы
- E. Созылмалы дәрілік гепатит

19. Бауыр циррозы бар ер адамда ісіну – асциттік синдром пайда болды. 3 күндік төсектік режим, тұссыз диета және суды тәулігіне 1000 мл дейін төмендету, ісінуді азайтады. Клиникалық хаттамаға сәйкес науқасты емдеудегі тиімді дәрі:

- A. Лазикс
- B. Верошпирон
- C. Урегит
- D. Триампур
- E. Гипотиазид

20. 27 жастағы ер адам тағам қабылдағаннан 1,5-2 сағаттан кейін пайда болатын эпигастридегі және түнгі ауыру сезіміне, ащымен кекіруге, лоқсуға шағымданады. Қарап тексергенде: тамақтануы төмен, тілі ылғалды, түбі ақ жабындымен қапталған, пальпация кезінде – эпигастриде ауыру сезімі. Клиникалық хаттамаға сәйкес тиімді зерттеу әдісі:

- A. Асқазанның рентгенографиясы
- B. Ирригоскопия
- C. Эзофагоманометрия
- D. Гастроскопия
- E. Құрсақ қуысы ағзаларының УДЗ

9 вариант

1. Ер адам 47 жаста эпигастридегі тұрақты сыздап ауыратын ауыру сезімі, ауырлық және кернеу сезіміне шағымданады, соңғы жарты жылда салмағының 15 кг төмендеуіне шағымданады. Объективті: тамақтануы төмен, тері жабындылары боз, аяқтарында ісінулер; пальпацияда эпигастриде ауыру сезім. Қан анализінде –

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 30 беті

эритроциттер 3,2 млн., Нв 112 г/л, ЭТЖ 10мм/с; жалпы белок 49 г/л. ЭФГДС – асқазан шырышты қабатының қатпарлары «ми иілімдер» тәрізді айқын қалындаған, майда нүктелі эрозиялар анықталады. Тиімді емдеу тактикасы:

- A. Санаторлы – курорттық ем
- B. Хирургиялық ем
- C. Симптоматикалық ем
- D. Орын басушы терапия
- E. Диетотерапия

2. 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.

Ең тиімді зерттеу әдісі:

- A. Гастроскопия
- B. Ирригоскопия
- C. Құрсақ қуысының УДЗ
- D. Дуоденальді зондтау
- E. Бауырдың пункционды биопсиясы

3. 38 жасар ер адам әлсіздікке, тез шаршағыштыққа, айқын арықтауға, терісінің, шырышты қабаттың және көздің торлы қабатының қараюына шағымданады. Қарағанда: тері жабындылары грифельді-сұрғылт қоңыр түсті, ірі буындардың ісінуі мен ауру сезімі. Қанда – гипергликемия. Десфералды сынама оң. Сіздің диагнозыңыз:

- A. Аутоиммунды гепатит
- B. Дабин- Джонсон синдромы
- C. Маркиафав-Миккели ауруы
- D. Біріншілік гемохроматоз
- E. Вильсон – Коновалов ауруы

4. Созылмалы В вирусты гепатиті бар 35 жастағы ер адамның лабораторлы зерттеу кезінде келесі өзгерістер анықталды: билирубин 55 ммоль/л, тимолды байқау 8 ед., АЛТ 1,5 ммоль/л, АСТ 1,2 ммоль/л; серологиялық зерттеуде HbsAg, HBeAg және HBcAbIgM оң нәтиже анықталды.

Осы патологияны емдеуде нәтижелі перпарат:

- A. Интерферон
- B. Креон
- C. Дюфалак
- D. Эссенциале
- E. Е тобының витаминдері

5. 38 жасар әйел оң қабырға астындағы шамалы ауру сезімі, эпигастрийдегі ауырлық сезімі, жиі мұрыннан қан кету, әлсіздік, ұйқышылыққа шағымданады. УДЗ бауырдың эхотығыздығының диффузды ұлғаюы, сагиталды мөлшерінің ұлғаюы байқалады. Қанда - эр. 3,9 млн., лейкоц. 2,4 мың., тромбоц. 145 мың., Нв 106 г/л, ЭТЖ 22 мм/сағ. Тимол сынама 19,0, ПТИ 76%. Жалпы белок 76 г/л, альбуминдер - 40, альфа-1 - 4, альфа-2 - 10, бета - 16, гамма-глобулиндер - 30%, альбуминдер/глобулиндер коэффициенті - 0,67.

Тимол сынамасының жоғарлауына алып келген көрсеткіш:

- A. Альбумин
- B. Билирубин
- C. Фибриноген
- D. Альфа-глобулин
- E. Гамма-глобулин

6. 65 жастағы хирург, айқын дене қышуына, әлсіздікке, күндізгі ұйқышылдыққа, түнгі ұйқысыздыққа шағымданып түсті. Тексергенде: тері жабындылары сарғыш, теріде тырнақ іздері, тамырлық жұлдызшалар, бауыр қабырға астынан 4 см шығып тұр, көк бауырдың перкуссиясы 14x10 см. Қанда: жалпы билирубин 68 ммоль/л, тура 52 ммоль/л, СФ 925 ед. (қалыпты 85 ед. дейін), АЛТ 2.48 ммоль/л, АСТ 16 ммоль/л. ЭФГДС да – өңештің көк тамырларының варикозды кеңеюі. Клиникалық хаттамаға сәйкес бұл жағдайда тағайындалатын препарат:

- A. Эссенциале
- B. Орнитин

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 31 беті

- C. Ванкомицин
 - D. Пиридоксин хлориді
 - E. Аскорбин қышқылы
7. 68 жастағы ер адам аш қарында пайда болатын, тамақтан кейін азаятын эпигастридегі сыздап ауыратын ауру сезіміне шағымданады. Анамнезінде асқазанның ойық жарасы 12 жыл бойы. Объективті: тамақтануы қанағаттанарлық, пальпация кезінде эпигастриде ауырсыну байқалады. ЭФГДС – кіші иінде құрылымы дұрыс емес, өлшемі 1,5 x 2 см, шекаралары дұрыс емес, түбі кедір бұдыр, сұрғыш жабындымен қапталған ойық жаралы жырық байқалады. Дамыған асқынудың түрі:
- A. Жара пенетрациясы
 - B. Жара перфорациясы
 - C. Жарадан қан кету
 - D. Жара малигнизациясы
 - E. Ұлтабардың тарылуы
8. 42 жастағы ер адам жалпы әлсіздікке, салмағының төмендеуіне, ішінің көлемді ұлғаюына шағымданады. Қарап тексергенде: тамақтануы төмендеген, тері жабындылары сарғыш, асциттің әсерінен іші ұлғайған, бауыры қабырға асты дұғасынан 4 см шығып тұрады. Қанда ЭТЖ жылдамдаған, сілтілі фосфатаза және гаммаглутамилтранспептидаза жоғарлаған. Ақпаратты зерттеу әдісі:
- A. Бауырдың эластографиясы
 - B. Ретроградты холецистография
 - C. Дуоденальді зондтау
 - D. Панкреатохолангиография
 - E. Дуоденоскопия
9. Келесі препараттарды қолдану асқазан ішек жолдарының кілегей қабатының жаралы зақымдануын тудыруы мүмкін:
- A. Метронидазол
 - B. Кларитромицин
 - C. Аспирин
 - D. Сукральфат
 - E. Амоксициклин
10. Егер асқазанда жара болып, ол ұзақ уақыт жазылмаса бірінші орында тағайындалатын зерттеу әдісі:
- A. Рентгенологиялық зерттеуді қайталау
 - B. Гипербарийлік оксигенация курсы жүргізу
 - C. Жараға қарсы терапия курсы жалғастыру
 - D. Симптоматикалық терапия курсы жалғастыру
 - E. Жара жиектерінің биопсиясымен эзофагогастроскопияны қайталау
11. Гептралдың бауыр аруларында қолданылу мақсаттары:
- A. Протеолитикалық, антисекреторлық, эубиотиктік
 - B. Гепатопротекторлық, прокинетикалық, спазмолитикалық
 - C. Гепатопротекторлық, антиоксиданттық, регенерациялық
 - D. Өт айдағыш, вирусқа қарсы, цитопротекторлық
 - E. Литолитикалық, эрадикациондық, қабынуға қарсы
12. Клиникалық хаттамаға сәйкес өнештің кеңейген көк тамырларынан қан кетудің алдын алу мақсатында тағайындалады:
- A. Лапароцентез
 - B. Баллондық тампонада
 - C. Эзофаготомия
 - D. Эндоскопиялық лигирлеу
 - E. Пневмокардиодилатация
13. Клиникалық хаттамаға сәйкес бауыр энцефалопатиясының медикаментоздық емі ... азайтуға бағытталған.
- A. Гиперхолестеринемияны
 - B. Гипераммониемияны
 - C. Гиперазотемияны

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 32 беті

- D. Гипербилирубинемияны
E. Гипоальбуминемияны
14. Клиникалық хаттамаға сәйкес диуретикалық терапия қабылдау үстінде гепаторенальдық жетіспеушілік және рефрактерлік асцит дамығанда жүргізілетін тактика:
- A. Диуретиктердің қосарланған схемасы
B. Диуретиктерді максимальды мөлшерде жалғастыру
C. Глюкокортикоидтарды тағайындау
D. Диуретиктерді тоқтату, лапароцентез жүргізу
E. Лапароцентез жүргізбеу, массивті диуретикотерапия
15. Диспансерлік бақылауды қажет ететін ФГДС зертеуінде бақылаулық гистологиялық әдісті қажет ететін асқазанның шырышты қабатының ісік алды өзгерістеріне жатады:
- A. Асқазан жарасы, НР ассоцирленген
B. Эпителийдің метоплазиясымен бірге жүретін атрофиялық гастрит
C. Созылмалы гастрит, атрофиялық емес
D. Асқазан культясының рефлюкс гастриті
E. СЕҚҚ-гастропатия
16. Клиникалық хаттамаға сәйкес НР +12 елі ішектің жара ауруын емдеу үшін препараттар комбинациясы:
- A. Рабепразол + висмут субцитраты + офлоксацин
B. Домперидон + рабепразол + фамотидин
C. Маалокс + фамотидин + ципрофлоксацин
D. Омепразол + амоксициллин + кларитромицин
E. Лансопразол + т рихопол + тетрациклин
17. Клиникалық хаттамаға сәйкес қабынуға қарсы стероидты емес препараттармен ассоцирленген, Н.р. теріс мәнді асқазан жара ауруын емдеу үшін препараттар комбинациясы:
- A. Домперидон + рабепразол
B. Маалокс + фамотидин
C. Омепразол + висмут субцитраты
D. Омепразол + амоксициллин
E. Омепразол + трихопол
18. 47 жастағы науқас тамақтан кейін пайда болатын, жатқан кезде күшейетін төс артындағы ауыру сезімі, қыжыл, қышқылмен араласқан желінген тамақ, ащы кекірік, өңештің ортңғы үштен бір бөлігінде “бөгде дененің” сезілуіне шағымданады. Об-ті: патологиясыз. Асқазан сөлінің анализі-гиперсекрециялы. Рентгенологиялық: өңештің өтімділігі жақсы, кардиальды бөлігінің артқы кеуде аралыққа шығуы және асқазандағы контрасты заттың өңешке өтуі байқалады. Клиникалық хаттамаға сәйкес зерттеудің қосымша әдістері:
- A. Ирригоскопия
B. Гастрография
C. Колоноскопия
D. Кеуде аралықтың томографиясы
E. ЭФГДС
19. Өңеш стриктурасының дамуына алып келуі мүмкін:
- A. Өңештің пептидтік ойық жарасы
B. Асқазанның ойық жарасы
C. Кардия ахалазиясы
D. Катаральды рефлюкс-эзофагит
E. Диафрагманың өңеш саңылауының жарығы
20. Шынайы LE-жасушалар ол:
- A. Құрамында лимфоциттері бар сегментоядролық лейкоциттер
B. Құрамында басқа жасушалардың ядролары бар сегментоядролық лейкоциттер
C. Құрамында басқа жасушалардың ядролары бар моноциттер
D. Моноциттер эритроциттермен "розетканы" құрайды
E. Гематоксинді денелер

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 33 беті

- Урсодезоксикол қышқылын тағайындауға көрсеткіш:
 - Эрозивті эзофагит
 - 1 дәрежелі рефлюкс-эзофагит
 - Сілтілі эзофагит
 - 2 дәрежелі рефлюкс-эзофагит
 - Атрофиялық эзофагит
- 45 жастағы науқас тамақ ішумен байланыссыз эпигастрий аймағындағы тұйық, сыздап ауыру, жүрек айнуға шағымданып түсті. Об-ті: іші жұмсақ, эпигастрий аймағында аздаған ауыру сезімі. Қан, зәр, нәжіс анализдері-патологиясыз. ЭФГДС – денесінің төменгі үштен бірінде және асқазанның антральді бөлігінде үлкен қисықта – көптеген дөңгелек формада мөлшері 0,5- 1,0 см полиптер. Диагнозды анықтауға қандай қажетті зерттеу:
 - Тәуліктік РН-метрия
 - Биопсия материалын цитологиялық зерттеу
 - Асқазан сөлін фракциялы зерттеу
 - Асқазан сөліндегі сүт қышқылының құрамын зерттеу
 - Асқазан рентгеноскопиясы
- 32 жастағы науқас алкоголь немесе ащы тағамнан 30 минуттан соң пайда болатын асқазан асты аймағындағы басып тұратындай ауыру сезімі және сода қабылдағаннан кейін басылатын азапты күйдіру сезіміне шағымданады. Аурғанына 3 жыл болған, емделмеген. Об-ті: тілі ақ тұтықпен жабылған, терең сипағанда эпигастрийде жайылмалы ауыру сезімі. ЭФГДС: асқазанның шырышты қабаты қызарған, ісінген, антральды бөлігінде – бірлі-жарым қан құйылулар. Клиникалық хаттамаға сәйкес диагнозды анықтау үшін тағайындау керек:
 - Helicobakter pilori -ге тексеру
 - 24- сағаттық рН-метрия
 - Гастросынама әдісімен асқазан секрециясын тексеру
 - Копрологиялық тексеру
 - Нәжісті жасырын қанға тексеру
- Ж. деген 39 - жастағы науқас, тағам қабылдағаннан соң 40-60 минуттан кейін пайда болатын эпигастрий аймағындағы басып тұратындай ауыру және ауыртпалық сезімі, қышқылды ауамен кекіру, әлсіздік, тітіркенгіштікке шағымданады. Ауырғанына 3-4 жыл болған. Бір жыл бұрын рентгенологиялық тексеруде полип табылып, операция жасау ұсынылған. Об-ті: терең сипағанда эпигастрий аймағында ауыру сезінеді. Қан анализі: гипохромды анемия, гипопротейнемия. Рентгенологиялық зерттеуде: асқазанның үлкен иілімінде және синустарында – алып қатпарлардың ұлтабар қақпасына өтуі анықталады. Сіздің диагнозыңыз:
 - Созылмалы эрозивті гастрит, өршуі
 - Созылмалы атрофиялық гастрит
 - Алып гипертрофиялық гастрит
 - Асқазанның қатерлі ісігі
 - Асқазанның майда гиперпластикалық көптеген полиптері
- 34 - жастағы науқас тағам қабылдағаннан соң бір сағаттан кейін пайда болатын эпигастрий аймағындағы басып тұратындай ауыру және ауыртпалық сезіміне, қышқылды кекіруге, ашушандыққа шағымданады. 2-3 жылдан бері ауырады. Екі жыл бұрын рентгенологиялық тексеруде табылған полип бойынша операция жасау ұсынылған. Об-ті: терең сипағанда эпигастрий аймағының ауыратыны анықталады. Қан анализі: гипохромды анемия, гипопротейнемия. Рентгенологиялық: асқазанның үлкен иілімінде – алып қатпарлардың ұлтабар қақпасынан өткені анықталды. Қажетті тағайындау :
 - Метилурацил
 - Ацидин – пепсин
 - Амоксициллин
 - Де-нол
 - Алмагель
- 64 - жастағы науқас ауруханаға эпигастрий аймағындағы тұрақты, тұйық ауыру және ауыртпалық сезімге, үдемелі әлсіздікке, тәбетінің жоқтығына шағымданып түсті. 8 жыл бойы асқазанның ойық жара ауруымен ауырады. Соңғы 3-4 ай эпигастридегі ауыру сезімінің сипаты өзгерген, тамақ қабылдаумен байланысты болатын ұстамалы түрінен тұйық сипатқа ауысқан. Об-ті: сипағанда эпигастрий аймағында аздаған ауыру байқалады.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 34 беті

Рентгенологиялық тексеруде: асқазанның төменгі үштен бір бөлігінде кіші иілім бойымен ойық жаралы 1,5x0,8 см мөлшерінде «ниша» анықталды. Ойық жара ауруына қарсы терапиядан соң ойық жараның мөлшері екі есе ұлғайды, ауыру сезімі басылған жоқ. Сіздің болжам диагнозыңыз:

- A. Асқазанның ойық жара ауруы
 - B. Асқазан полипі
 - C. Асқазанның ойық жара- қатерлі ісігі
 - D. Асқазанның жабысқан ойық жарасы
 - E. Менетрие ауруы
7. 54 жастағы науқас эпигастрий аймағындағы тұрақты, тұйық ауыру және ауыртпалық сезіміне, үдемелі әлсіздікке, тәбетінің жоқтығына шағымданып түсті. 5 - жыл бойы асқазанның ойық жара ауруымен ауырады. Соңғы жарты жыл ішінде ауыру сезімінің сипаты өзгерген, тамақ қабылдаумен байланысты болатын ұстамалы түрден тұйық сипатқа ауысқан, 8 кг-ға арыған. Қарап тексергенде: науқас жүдеу. Сипағанда эпигастрий аймағында шамалы ауыру байқалады. Рентгенологиялық: асқазанның төменгі үштен бір бөлігінде кіші иілім бойында мөлшері 1,8 x 1,5 см ойық жара «нишасы» анықталды. Ойық жара ауруына қарсы терапия тиімсіз болған. Клиникалық хаттамаға сәйкес емдеу тәсілі:
- A. Антибактериальды терапия
 - B. Наркотикалық емес анальгетиктер
 - C. Спазмолитиктер – холинолитиктер
 - D. Хирургиялық ем
 - E. Ерімейтін антацидтер
8. Клиникалық хаттамаға сәйкес 12-елі ішектің ойық жара ауруының клиникалық сипаттамасы:
- A. Майлы тамақ ішкеннен кейін оң қабырға астындағы қатты ауыру сезімі
 - B. Тамақ ішумен байланыссыз эпигастрий аймағындағы тұрақты, тұйық, басып ауыру сезімі
 - C. Кеш және ашқарында болатын эпигастрий аймағындағы ауыру сезімі
 - D. Ішімдік пен майла тамақтан соң пайда болатын белдемелі ауыру сезімі
 - E. Тамақ ішумен байланыссыз бел аймағындағы ауыру сезімі
9. Асқазанның гиганттық ойық-жарасының көлемі:
- A. 0,6 - 0,9 см
 - B. 1,0 - 1,5 см
 - C. 3,0- 3,5см
 - D. 0,3 – 0,5 см
 - E. 1,6 – 1,9 см
10. Созылмалы іріңді ринит, отит, артрит, артромиалгиялар, терінің геморрагиялық васкулиті, өкпедегі инфильтраттар және олардың ыдырауы тән.
- A. Түйінді полиартериитке
 - B. Вегенер гранулематозына
 - C. Такаясу ауруына
 - D. Гудпасчер синдромына
 - E. Склеродермияға
11. Бейспецификалық аортоартериитте зақымдалады:
- A. Орта калибрлі артериялар
 - B. Веналар
 - C. Ұсақ калибрлі артериялар
 - D. Ірі артериялар
 - E. Капиллярлар
12. Склеродермияда ең жиі зақымдалатын асқазан – ішек жолының бөлігі:
- A. Өңеш
 - B. Асқазан
 - C. Ұлтабар
 - D. Ащы ішек
 - E. Ток ішек
13. Геберден түйіндері бүл:
- A. Буынның сүйектік негізіне, шеміршектер мен сіңірлерге зәр қышқылы кристалдарының шөгуі

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 35 беті

- В. Құрамында липиді бар гистиоциттермен және алып клеткалармен дерманың, синовий қабықшасының инфильтрациясы
- С. Тері асты клетчаткасының ошақты некрозы және созылмалы қабынуы
- Д. Тері асты клетчаткасында, бұлшық еттерде кальций тұздарының шөгуі
- Е. Соңғы фалангалардың эпифиздерінің шеттік сүйектік өсінділері
14. Клиникалық хаттама бойынша Подаграның жедел ұстамасында қолданылатын препарат:
- А. Бутадиион
- В. Индометацин
- С. Циклофосфамид
- Д. Бенетазон
- Е. Аллопуринол
15. Клиникалық хаттама бойынша дерматополимиозиттің тиімді емі:
- А. Стероидты емес қабынуға қарсы препараттар
- В. Аминохинолиндер
- С. Цитостатиктер
- Д. Кортикостероидтар
- Е. Кең спектрлі антибиотиктер
16. Келесі препаратты ұзақ уақыт қабылдағанда терінің эритематозды зақымдануы пайда болады.
- А. Кризанол
- В. Эндоксан
- С. Купренил
- Д. Плаквенил
- Е. Индометацин
17. Саусақтардың шеткі фалангтарының остеолізі жиі кездеседі.
- А. Склеродермияда
- В. Ревматоидты артритте
- С. Анкилоздаушы спондилоартритте
- Д. Остеоартрозда
- Е. Дерматомиозитте
18. Науқас 42 жаста, ревматоидты артритпен ауырады, стероидты емес қабынуға қарсы препараттар қабылдайды. Ангинадан кейін субфебрилитет пайда болып, буын синдромы күшейді. СОЭ 50 мм/сағ, СРБ +++, Ваалер Розе реакциясы 1:40. Клиникалық хаттама бойынша ұсынатын емдеу амалыңыз.
- А. Стероидты емес қабынуға қарсы препараттарды үлкен дозамен жалғастыру
- В. Антибактериальді терапия тағайындау
- С. Емдеуге физиотерапевтикалық процедураларды қосу
- Д. Глюкокортикостероидтар, базисті препараттарды таңдау
- Е. Пульс терапияны жүргізу
19. Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарда Фелти синдромына тән белгі:
- А. Лимфаденопатия
- В. Перикардит
- С. Спленомегалия
- Д. Гепатомегалия
- Е. Плеврит
20. И. деген 18 жастағы науқас, тізе, сирақ-аяқ ұшы, кәріжілік-білезік буындарындағы ауырсыну сезіміне, дене қызуының 39°C дейін жоғарылауына, жүрек қағуына, денесінде бөртпелердің пайда болуына шағымданады. Екі апта бұрын баспамен ауырған. Об-ті: іштің алдыңғы бетінде – сақина тәрізді эритема. Буындардың пішіні бұзылған, қолмен ұстағанда ыстық, қозғалтқанда қатты ауырады. Жүрек шекаралары ұлғайған, тондары естілмейді, брадикардия. Жүрек соғу жиілігі минутына - 52 рет. Қанда: эритроциттер 4,2 млн., гемоглобин 140 г/л, лейкоциттер 15 мың. ЭТЖ-40 мм/сағ. Клиникалық хаттама бойынша преднизолонның мөлшері.
- А. 120 мг
- В. 30 мг
- С. 100мг
- Д. 80 мг

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 36 беті

Е. 10 мг

11 вариант

- Ревматоидты артрит диагнозын нақтылауға маңызды зертханалық маркер:
 - Ревматоидты фактор
 - Нейтрофильді лейкоцитоз
 - Циклді цитруллинді пептидке антиденелер
 - Анемия
 - Тромбоцитопения
- 52 жастағы әйел, физикалық жүктеме кезінде аздаған еңтігу, басының ауыруы, әлсіздік 2 апта ішінде пайда болғанын байқайды. Анамнезінен: 10 жыл көлемінде ревматоидты артритпен ауырады. Метотрексатты тұрақты қабылдайды. Рентгенде: өкпе түбірінің кеңеюі, өкпе суретінің күшеюі, өкпе құрылымының ұяшықталуы. Спирограммада: форсирленген тыныс шығару көлемінің төмендеуі. Науқаста дамыған асқыну:
 - Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы
 - Өкпелік фиброз
 - Пневмония
 - Пневмонит
 - Созылмалы бронхит
- К. деген 50 жастағы науқас жүргенде күшейетін тізе буындардың (көбірек оң жақтағы) үнемі ауырсыну сезіміне, жарты сағатқа созылатын таңертеңгілік құрысуға шағымданады. Объективті: тізе буындарының пішіні өзгерген, периартикулярлы тіннің тығыздануы, оң тізесендегі гипертермия, сықырлау байқалады, буындардағы қозғалыс көлемі сақталған. Дистальды саусақ аралық буындарда тығыз түйіндер мен саусақтардың шықпалары анықталды. Жалпы қан анализінде: эритроциттер 4,2 млн., лейкоциттер 5,6 мың., ЭТЖ 15мм/сағ. СРБ – теріс, Ваалер-Розе реакциясы 1:8. Сіздің диагнозыңыз.
 - Ревматоидты артрит
 - Псориаздық артрит
 - Остеоартроз реактивті синовитпен
 - Реактивті артрит
 - Подагралық артрит
- К. деген 50 жастағы науқас, жүргенде күшейетін оң жақ тізе буынындағы үнемі ауыру сезіміне, жарты сағатқа созылатын таңертеңгілік құрысуға шағымданады. Соңғы екі жыл бойы ұзақ жүргенде буындарының аздап ауырсынуы мазалайды. Объективті: тізе буындарының пішіні бұзылған, буын айналасындағы тін тығызданған, оң тізесінде гипертермия, тексерушінің қол астында сықырлау, буындардағы қозғалыс көлемі сақталған. Жалпы қан анализінде: эритроциттер 4,2 млн., лейкоциттер 5,6 мың. ЭТЖ 15мм/сағ. СРБ – теріс, Ваалер-Розе реакциясы - 1:8. Клиникалық хаттама бойынша диагнозды нақтылау үшін негізгі зерттеу әдісі.
 - Буындардың рентгенографиясы
 - Ревматоидты факторды анықтау
 - Буындардың МР томографиясы
 - Синовияльді сұйықтықтың анализі
 - Зәр қышқылының деңгейін зерттеу
- Ревматоидты артрит кезінде сілекей және жас бездерінің зақымдалуына тән синдром.
 - Каплан синдромы
 - Фелти синдромы
 - Рейтер синдромы
 - Шегрен синдромы
 - Псевдосептикалық синдром
- Ревматоидты артрит кезінде өкпенің зақымдалуымен сипатталатын синдром.
 - Фелти синдромы
 - Каплан синдромы
 - Шегрен синдромы
 - Рейтер синдромы
 - Псевдосептикалық синдром

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 37 беті

7. А. деген 30 жастағы науқас, қол басы буындарының ауырсынуы мен ісінуі, таңертеңгілік буындардағы қимылдың ауырлауына шағымданады. Объективті: II-IV қол саусақтарының проксимальді фаланга аралық буындарында симметриялы дефигурация. Осы буындарда ауырсыну сезімі мен экссудативті құбылысқа байланысты, әсіресе жазуы (разгибание) шектелген. Қанында: эритроциттер 4 млн., гемоглобин 128 г/л, лейкоциттер 10 мың, ЭТЖ 41 мм/сағ, СРБ - оң. Диагнозды анықтауға қажет зерттеу.

- A. Райт және Хеддельсон реакциясы
- B. HLA B-27 анықтау
- C. Стрептококкқа қарсы антиденелер титрін анықтау
- D. АЦЦП мөлшерін анықтау
- E. Мурексидті сынама

8. Темір дәнекерлеуші болып жұмыс істейтін К. деген 19 жастағы науқаста, дене қызуы 39°C дейін жоғарылап, тамағының ауырсынуы, жөтел, бетінің қызаруы пайда болған. Жоғарыдағы шағымдарды темір дәнекерлеу кезіндегі күйікпен байланыстырады. Өздігінен ампициллин, парацетамол қабылдаған. Осы симптомдардың өршуіне байланысты ауруханаға жатқызылған. Объективті: бетінің гиперемиясы және ісінуі. Кеудесінде, арқасында эритематозды-папулезды бөртпелер. Лимфаденопатия. АҚҚ 150/90 мм.с.б.б., ЖСЖ минутына 110 рет. Гепатомегалия. Қанда: эритроциттер 3,2 млн., Нв 100 г/л, лейкоциттер 3 мың, ЭТЖ 40 мм/сағ. ЖЗА: белок 0,9 г/л, эритроциттер 1-8 көру аланында. Сіздің болжам диагнозыңыз.

- A. Дәрілік ауру
- B. Аллергиялық дерматит
- C. Жүйелі қызыл жегі
- D. Жедел тонзиллит
- E. Агранулоцитоз

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

- A. Ревматоидты артритке
- B. Жүйелі қызыл жегіге
- C. Крон ауруына
- D. Түйінді полиартериитке
- E. Созылмалы гломерулонефритке

10. Т. деген, 26 жастағы науқас, дене қызуының 40°C дейін көтерілуі, енгігу, жөтел, қолдың ұсақ буындарындағы ауырсыну сезіміне шағымданады. Анамнезінен бір ай бұрын бала көтеріп, өздігінен түсік тастаған. Қарап тексергенде: жүдеу, лимфаденопатия, беті және мұрын қырының эритемасы, қолмен аяқта - «торлы ливедо». Ішкі ағзалардағы өзгерістер- полисерозит (плеврит, перикардит), кардит, нефрит. Қанда: эритроциттер 2,4 млн. гемоглобин 70 г/л, лейкоциттер 2,2 мың. ЭТЖ-70 мм/сағ. ЖЗА: нәруыз 5,2 г/т, эритроциттер 20-30 к/а, коэспиральды ДНК антиденелері- оң мәнді. Клиникалық хаттама бойынша диагнозды дәлелдеу үшін қосымша зерттеу әдісі .

- A. Ревматоидты факторды анықтау
- B. Стрептококкқа қарсы антиденелер титрін анықтау
- C. Қанды бактериологиялық себіндіге зерттеу
- D. Урогениталды инфекцияға иммуноферменттік зерттеу
- E. Кардиолипінге антиденелерлі анықтау

11. Т. деген 16 жастағы науқас, дене қызуының 40°C көтерілуі, енгігу, жөтел, ісінуге шағымданады. Объективті: тамақтануы төмен, лимфаденопатия, ұрты мен мұрын қырының эритемасы, полисерозит белгілері (плеврит, перикардит, перивисцерит), кардит, нефрит. Қанында эритроциттер 2,4 млн, гемоглобин 70 г/л, лейкоциттер 2,2 мың, ЭТЖ-70 мм/сағ. ЖЗА: белок 5,2 г/с, эритроциттер 20-30 к/а; Le-жасушалар-5:1000. Клиникалық хаттама бойынша пульс-терапия кезіндегі преднизолонның мөлшері.

- A. 60 мг
- B. 100 мг
- C. 1000 мг
- D. 150 мг
- E. 500 мг

12. Клиникалық хаттама бойынша жүйелі қызыл жегіде цитостатиктерді тағайындауға көрсеткіш:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 38 беті

- A. Люпус-кардит
 - B. Люпус-нефрит
 - C. Люпус-артрит
 - D. Полисерозит
 - E. Цитопения
13. Л. деген 35 жастағы науқасты, 5 жыл бойы кеуде торшасының сол бөлігінің мен сол аяқ-қолында қолайсыз, тұйық ауырсыну сезімі мазалайды. Тері жабындыларындағы өзгерістер соңғы 3 жылда пайда болған. Объективті: денесінің сол жақ жартысы және сол аяқ-қолында қою-қоңыр түсті үлкен мөлшерлі, әртүрлі пішінді теріден көтеріңкі, беті тегіс және жылтыр, жіңішке көкшіл-қызыл сызықпен сау тері жабындыдан шектелетін ошақтар бар. Ішкі ағзалар жағынан өзгерістер жоқ. Сіздің болжам диагнозыңыз.
- A. Дерматомиозит
 - B. Жүйелі қызыл жегі
 - C. Псориаздық артропатия
 - D. Лимитирленген склеродермия
 - E. Жүйелі склеродермия
14. Бехтерев ауруының диагностикалық критерийі:
- A. Ревматоидты фактор 1:32
 - B. LE-жасушалар
 - C. Антиген HLA B 27
 - D. Антинуклеарлы антиденелер
 - E. Гиперурикемия
15. Г. деген 30 жастағы науқастың, тұмаумен ауырғаннан кейін, бұлшық еттері ауырып, әлсізденген, қабағы іскен, аздаған физикалық жүктемеге еңтігу, дисфагия пайда болып, дауысы өзгерген. Қарап тексергенде: жүрісі сылбыр - сүйретілген, қабағы іскен, қабағында, жақ пен мұрын қанаттарында және «декольте» аймағында эритематозды бөртпелер. Сипағанда - иық белдеуінде, сандарында ауырсыну байқалады, қолын жоғары көтеруге киналады. Қанда: эритроциттер 4,5 млн., гемоглобин 110 г/л, лейкоциттер 7 мың, ЭТЖ 66 мм/сағ. Диагнозды анықтауға сезімталдығы мен арнайылығы жоғары сынамалар:
- A. Эритроциттердің тұну жылдамдығының жоғарлауы
 - B. Қоспиральды ДНК антиденелерінің жоғарлауы
 - C. Ревматоидты фактордың жоғары титрі
 - D. Лейкоцитоз лейкоформуланың солға қарай ығысумен
 - E. Креатинфосфокиназаның жоғарлауы
16. 32 жастағы әйел сырқаттанғанына 2 ай болған: дене температурасының 390C дейін жоғарлауы, қалтырау, аздаған физикалық жүктемедегі еңтігу, басының ауырсынуы мазалайды. Өздігінен сульфаниламид және қызуын түсіретін препараттарды қолданған. Объективті: температурасы 380C, тері жамылғысы бозғылт, бетінде және алақанында бірең-сараң петихиалар бар, пульс 100 рет минутына, АҚҚ 140/20 мм сын.б.б., жүрек тондары тұйықталған, төстің сол жақ қыры бойынан диастолалық шу естіледі, гепатоспленомегалия. Сіздің диагнозыңыз:
- A. Жұқпалы эндокардит және аортальды жетіспеушілігі
 - B. Жіті ревматикалық қызба, митральды стеноз
 - C. Жіті ревматикалық қызба, аортальды жетіспеушілігі
 - D. Жүрекше аралық перденің ақауы аясында жіті ревматикалық қызба
 - E. Жұқпалы эндокардит, митральды стеноз
17. 22 жастағы науқас, спортшы, дене температурасының 390C дейін жоғарлауы, қалтырау, аздаған физикалық жүктемедегі еңтігу, тәбетінің жоқ болуы шағымдарымен стационарға жатқызылды. Ауырғанына 1 ай болды. Қарап тексергенде: тері жамылғылары сарғыш, бозғылт, аяқтарында петехиальды бөртпелер. Өкпесінде төменгі бөліктерінде шамалы ылғалды сырылдар бар. Жүрек тондары тұйықталған, Боткин нүктесінде систолалық шу. ЖСЖ 106 рет минутына, АҚҚ 120/40 мм сын.б.б. Бауыры қабырға доғасынан 5 см төмен, пальпацияда ауырсынады. Аяқтарында ісінулер. Келесі ауруды ойлауға болады:
- A. Миокардитті
 - B. Пневмонияны
 - C. Жұқпалы эндокардитті
 - D. Бауыр циррозын
 - E. Ревматикалық кардитті

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 39 беті

18. 45 жастағы Г. деген науқас, ЖСРА, қосарланған митральды ақауы бойынша митральды қақпашасының протездеуден кейін, варфарин 2,5 мг күніне 2 таблеткадан қабылдайды. Клиникалық хаттама бойынша дәрінің мөлшері келесі зертханалық көрсеткішке қарай реттеледі:

- A. АЧТВ
- B. Протромбиндік индекс
- C. Фибриноген
- D. МНО
- E. Қан ұю уақытты

19. Ревматикалық жүрек ауруымен ауыратын 52 жастағы науқас, сол жақ қарыншаның жеткіліксіздігі клиникасы бар. Қарап тексергенде анықталды: Боткин нүктесінде систоалық және диастоалық шу, оң жақта екінші қабырға аралығы. Ірі тембрдің систоалық шуын мойын шұңқыры мен ұйқы артериясына жібереді, пальпацияны төс сүйегінің оң жағындағы екінші қабырға аралықта систоалық тремор анықтайды. І және ІІ тондар әлсіреді. Ілеспе ақау диагнозы қойылған. Қолқа клапанының жеткіліксіздігінің симптомдары:

- A. Систоалық шу
- B. Оң жақтағы екінші қабырға аралықта систоалық діріл
- C. Диастоалық шу
- D. ІІ тонның әлсіреуі
- E. І және ІІ тондардың әлсіреуі

20. Клиникалық хаттама бойынша, глюкокортикостероидтарды үлкен дозада қабылдауын қажет ететін, жүйелі қызыл жегінің көрінісі:

- A. Жегілік артрит
- B. Жегілік нефрит
- C. Терідегі бөртпелер
- D. Қанда LE жасушалардың анықталуы
- E. ЭТЖ жоғары болуы

12 вариант

1. 15 жастағы пациентті клиникалық тексеру кезінде апикальды импульстің солға ығысуы анықталды, жүректің салыстырмалы күңгірттік шекаралары солға және жоғарыға ығысқан, жүрек белдігі тегістелген. Аускультацияда - ұшында І тон әлсіреген, сонымен қатар систоалық шу, өкпе артериясының үстінде ІІ тонның акценті бар. Рентгенограммда - сол жақ жүректің ұлғаюы. Сіздің диагнозыңыз:

- A. Сол жақ атриовентрикулярлық тесіктің тарылуы
- B. Қолқа саңылауының жеткіліксіздігі
- C. Митральды қақпақшаның жеткіліксіздігі
- D. Қолқа стенозы
- E. Трикуспидті қақпақшаның жеткіліксіздігі

2. 28 жастағы әйелде қолдың ұсақ буындары қозғалуы шектеулі, ауырады. Клиникалық хаттамаға сәйкес, ревматоидты артрит пен SLE арасындағы дифференциалды диагнозды жүргізу кезінде индикатор, зерттеу диагноз қою үшін шешуші болады:

- A. Жалпы қан анализі және қол буындарының рентгенографиясы
- B. ADCP анықтау (циклдік цитрулинді пептидке антиденелер және қол буындарының рентгенографиясы)
- C. Қол буындарының магниттік-резонанстық бейнесі
- D. РФ және қол буындарының ультрадыбыстық зерттеуі
- E. Қан IgG, M, A және CRP

3. 42 жастағы науқаста 15 жылдай Рейно синдромы бар. Соңғы жылда білезік және қолбасы майда буындарының артритті, бетінің терісінің тығыздалуы, жұтынуының қиындауы пайда болған. Қанда ЭТЖ 32 мм/сағ, бірең-сараң жегілік жасушалар. Клиникалық хаттама бойынша сіздің болжам диагнозыңыз:

- A. Өнештің ісігі
- B. Жүйелі қызыл жегі
- C. Дерматомиозит
- D. Жүйелі склеродермия
- E. Ревматоиды артрит

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 40 беті

4. 45 жастағы науқаста Рейно синдромы саусақтарының некротикалық өзгерістеріне дейін, жұтынуының қиындалуы, өкпелік гипертензия, қол саусақтарының бүгуінің шектелуі, тері жамылғысының тығыздануы байқалады. Клиникалық хаттама бойынша сіздің диагнозыңыз:
- Жүйелі склеродермия
 - Жүйелі қызыл жегі
 - Ревматоидты артрит
 - Түйінді полиартериит
 - Бюргер тромбангииті
5. 35 жастағы науқас қол саусақтар ұшының жансыздануы және шаншуы шағымдармен дәрігерге көрінді. Мұздай суға қолын салғанда саусақтары алғашында ағарады кейін көгереді. Рейно синдромы диагностикаланған және склеродермияға күдік бар. Клиникалық хаттама бойынша диагнозды нақтылайтын клиникалық көрініс:
- Бетінде эритема
 - Майда буындардың деформациясы
 - Интерстициальды нефриттің көрінісі
 - Саусақтар ұшының жансыздануы және шаншуы
 - Қол саусақтарының терісінің тығыздалуы
6. Жүйелі склеродермияны жокқа шығаратын тері жамылғаларының зақымдануы:
- Терінің бірең-сараң фиброздау ошақтары
 - Терінің кальцинозы
 - Эритематозды бөртпе
 - Телеангиэктазиялар
 - Мойын және дененің терісінің фиброздануы
7. Жүйелі склеродермия кезінде жиі зақымданылатын қан тамырлары:
- Орта калибрлі тамырлар
 - Артериолалар және капиллярлар
 - Диаметрі әр түрлі тамырлар
 - Ірі тамырлар
 - Венулалар және веналар
8. 31 жастағы науқасқа жүйелі склеродермия, диффузды түрі диагнозы қойылған. Клиникалық хаттама бойынша науқаста зақымдалған терісінің аймақтары:
- Беті, қол-аяқ саусақтарының
 - Дене және қол-аяқтың проксимальды бөліктерінде
 - Бас, кеуде және іштің
 - Беті, кеуде, іші және симметриялық қол-аяғының
 - Қолының симметриялық бөліктерінде
9. Склеродермиялық нефропатияның дамуы біріншілік зақымдануымен байланысты:
- Шумақшалардың
 - Артериолалардың
 - Түтікшелердің
 - Тостағанша-түбекше жүйесінің
 - Бүйрек паренхимасының
10. Науқаста, Рейно синдромы - суық және эмоциональдық стресстың себебінен болатын симметриялы дигитальды артериялардың, терінің артериолалар және артериовеноздық шунттардың пароксизмальды тарылуы, саусақ терісінің түсінің өзгеруімен сипатталады. Синдромның бірінші фазасының көрінісі:
- Қол-аяқ саусақтарының реактивты гиперемиясы
 - Қол-аяқтың дистальды бөліктердің цианозы
 - Қол-аяқтың барлық бөліктердің парестезиялары
 - Телеангиэктазиялар
 - Қол-аяқ саусақтарының түсінің "ағаруы"
11. 42 жастағы Б. деген науқас, бір жыл бойы қолдарындағы құрысулардың үдеуі, жансыздануы, мұздауы, жұтынудың қиындауы, құрғақ жөтел, күштеме кезінде енгіуге шағымданады. Объективті: қол-аяғының терісі тығыздалған, мұздай, көкшіл. Өкпесінде тынысы әлсіреген, ылғалды сырылдар. Жүрек тондары түйықталған,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 41 беті

ырғағы дұрыс. Қанда: эритроциттер 3,2 млн., гемоглобин 117 г/л, лейкоциттер 7,4 мың, ЭТЖ 38 мм/сағ. Клиникалық хаттама бойынша антифиброзды терапия ретінде тағайындалады:

- A. D-пенициллин
- B. Циклофосфамид
- C. Азатиоприн
- D. Курантил
- E. Преднизолон

12. 35 жастағы Д. деген науқас жүйелі склеродермия бойынша ревматолог дәрігерде бақылауында тұр. Клиникалық хаттама бойынша D-пенициллинді тағайындауға көрсеткіш:

- A. Аурудың белсендік көрсеткіштерінің айқындылығы
- B. Антинуклеарлы фактордың титрі жоғарлауы
- C. Склеродермиялық бүйрек кризі
- D. Терісінің тығыздалуының айқындылығының күшеюі
- E. Үдемелі өкпелік гипертензия

13. 45 жастағы науқаста Рейно синдромы, жұтынуының қиындауы, өкпелік гипертензия, қолдың майда буындарының ауырсынуы, саусақтарының тері жамылғысының тығыздануы байқалады. Клиникалық хаттама бойынша сіздің диагнозыңыз:

- A. Жүйелі қызыл жегі
- B. Жүйелі склеродермия
- C. Ревматоидты артрит
- D. Түйінді полиартериит
- E. Бюргер тромбангииті

14. 44 жастағы науқас қол саусақтарының мұздауы, ауыз ашу және шайнауының қиындауы, сілекейдың азаюы шағымдарымен стационарға жатқызылды. Осы шағымдары 6 ай бойы мазалаған. Объективті: Салмағы сақталған. Лимфатүйіндері ұлғаймаған. Беті амимикалық. Маңдайдағы қатпарлардың болмауы, бетінің терісі қатпарларға жиналмайды. Тілі құрғақ. Қол ұшының терісі цианозды, саусақтары ісінкі. Ішкі ағзалар өзгеріссіз. ЖҚА: Нб 136 г/л, лейкоциттер $6,4 \cdot 10^9$ /л, тромбоциттер $210 \cdot 10^9$ /л, ЭТЖ 42 мм/сағ. Клиникалық хаттама бойынша сіздің диагнозыңыз:

- A. Жүйелі қызыл жегі
- B. Шегрен ауруы
- C. Жүйелі склеродермия
- D. Рейно ауруы
- E. Дерматомиозит

15. 42 жастағы науқас дәрігерге көрінуге келесі шағымдарымен келді: қол саусақтарының мұздауы; терісінің түсінің өзгеруі, әсіресе ауа райының температурасы төмендеген кезде: алғашында ағарады, кейін цианоз және жұмсақ тіндердің ісінуі болады. Бұл шағымдардың мазалағанына 2 жылдай. Соңғы жарты жыл ішінде жұтынуының қиындауы, артралгия, кардиалгия пайда болған. Қарап тексергенде: беті амимикалық, терісі қатпарларға жиналмайды. Жүрек: шекралары қалыпты, тондары түтіккен, ырғағы дұрыс емес, систолалық шу, ЖСЖ 98 рет/мин., АҚҚ 100/60 мм сын.б.б. Клиникалық хаттама бойынша науқасқа преднизолонның тағайындау дозасы:

- A. 1-2мг/кг
- B. 20-40 мг/тәул.
- C. пульс-терапия
- D. 90-120 мг/тәул.
- E. 15-20мг/тәул.

16. Жүктіліктің үшінші триместріндегі 35 жастағы әйел, бір ай алдын пайда болған жамбас буын аймағындағы бір жақтық ауырсынуына шағымданады. Ауырсыну сипаты: сыздап, үнемі, тыныштық жағдайда және арқамен жатқан кезде басылмайды. Жүрісі тұрақсыз, буынды бұғу және ішке айналдыру кезінде ауырсынады. Рефлекс-тер қалыпты. Лабораторлық көрсеткіштер қалыпты, тек ЭТЖ 50 мм/сағ. Науқасты жүргізудің тиімді амалын көрсетіңіз:

- A. Тыныштық тәртібі, ацетомефен ішу
- B. Диагностикалық зерттеулерді жүргізбей, жүктілікті бақылау

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 42 беті

- С. Ұрықты экранмен қорғау, жамбас буынының рентгендік зерттеуі
D. Ауырсынуды басу үшін стероидты емес қабынуға қарсы препараттарды қалыпты дозада тағайындау
E. Сан сүйек басынын остеонекрозын жокқа шығару мақсатында компьютерлік томография тағайындау
17. Жүйелі қызыл жегі, жегілік нефрит белсенді ағымы бар, әйел балалы болғысы келеді. Тәулікте 20 мг преднизолонды қабылдайды. Клиникалық хаттама бойынша сіз оған ұсынасыз:
- A. Преднизолон мөлшерін жоғарлату. Осы жағдайда жүкті болуға болады
B. Аурудың белсенуінің жоғары ықтималдығына байланысты жүктілік қажетсіз
C. Жүктілік көрсетілген, бүйрек қызметі нашарлаған кезінде циклофосфамидты тағайындау
D. Емін ремиссияға дейін жалғастыру, содан соң жүктілікті жоспарлау
E. Жүктілік көрсетілген, бірақ жағдайы нашарлаған кезде жүктілікті үзу
18. Ұзақ уақыттан бері ревматоидты артритпен ауыратын, Э. атты 32 жастағы науқаста вирусты С гепатит анықталды. Метотрексатты базистік ем ретінде қабылдағанда токсикалық гепатит дамыған. Метилпреднизалонмен пульс-терапия нәтижесіз. Клиникалық хаттама бойынша неғұрлым тиімді амал:
- A. Кризанол, мононуклеарлық фагоциттер және Т-лимфоциттердің функциясының блокаторы ретінде
B. Азатиоприн, пуринді негіздердің антиметаболиті болып табылады
C. Диклофенак ЦОГ тежейді және PGE₂ синтезін басады
D. Ремикейд, TNF-2 моноклональды антидене
E. D-пенициламин, CD4⁺, CD8⁺ - лимфоциттердің пролиферациясын басады
19. Жегілік нефрит, ауыр дәрежелі, созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің терминальды сатысы бар 30 жастағы әйел бүйрек трансплантация жөнінде кеңес алуға жіберілген. Ол 5 жыл көлемінде гемодиализ қабылдайды. Қызыл жегі донорлық бүйрекке қауіпі бар деген ойда. Қауіпі туралы дұрыс тұжырым:
- A. Трансплантациядан кейін ЖКЖ өршуі қауіпі жоғарлайды
B. Люпус-нефриттың қайталануы қауіпі жоғары
C. Трансплантациядан кейін 60% науқастар қайтыс болады
D. Трансплантациядан кейін толық айығып кетеді
E. Басқа аурулар кезінде де трансплантанты қабылдамау қауіпінің айырмашылығы жоқ
20. 25 жастағы науқас ЖКЖ-мен ауырады, тәулікте 5 мг преднизалонды қабылдайды. Соңғы бірнеше жыл тұрақты ремиссия байқалады. Науқас балалы болғысы келеді. Клиникалық хаттама бойынша оған беретін ұсыныс:
- A. ЖКЖ жүктілікке абсолюттық қарсы көрсеткіш
B. Жүктілікті жоспарлау алдын преднизалонды тоқтату
C. Ремиссия (6 ай ұрықтанудан алдын) жүктілікті жоспарлаудың ең тиімді кезеңі
D. Толық айыққан соң жүктілікті жоспарлау
E. Жүктіліктің аясында преднизалон дозасын жоғарлату

2 Аралық бақылау

1 вариант

1. 50 жастағы ер адамды соңғы 3-4 ай аралығында шөлдеу, әлсіздік, полиурия мазалайды. Обь-ті: дене салмағы - 106 кг, бойы - 170 см., терісі құрғақ, тырнақ іздері бар, АҚ - 140/85 мм.с.б. Зәр шығаруы жиіленген, ауыру сезімсіз. Гликемиялық профиль: 9,7-14,9-12,3 ммоль/л. Көрсетілген дәрілердің қайсысын тағайындау БАРЫНША тиімді?
- A. Глибенкламидті
B. Орташа әсерлі инсулинді
C. Қысқа әсерлі инсулинді
D. Метформинді
E. Ұзақ әсерлі инсулин
2. 25 жастағы қыз 8 жыл бойы қант диабетімен ауырады. Тәулігіне инсулин ленте - 38 бірлігін қабылдайды. ЖРВИмен ауырғаннан 3 аптадан кейін шөлдеу, полиурия, әлсіздік күшейген. Зка азған. Обь-ті: терісі құрғақ, тырнақ іздері бар. Қандағы глюкоза - 19 ммоль/л. Науқаста қандай көмірсу алмасуының бұзылысының болуы БАРЫНША мүмкін?

- A. Қант диабеті 2 тип, субкомпенсация кезеңі
 B. Қант диабеті 1 тип, субкомпенсация кезеңі
 C. Қант диабеті 2 тип, декомпенсация кезеңі
 D. Қант диабеті 1 тип, декомпенсация кезеңі
 E. Қант диабеті 1 тип, компенсация кезеңі
3. 9 жыл 1 типті қантты диабетпен сырқаттанған науқаста гликемияның салыстырмалы компенсациясы аясында көздің көруі нашарлады, транзиторлы гипертония 145/95 мм.с.б., микроальбуминурия пайда болды. Жақын арада емдеу бағдарламасына нені қосу керек:
- A. Орталық әсерлі альфа-агонисттерін
 B. Бета-блокаторларын
 C. Аз дозалы диуретиктерді
 D. Белокты препараттар инфузиясын
 E. Ангиотензин алмастырушы фермент ингибиторларын
4. 30 жастағы еркек, жұмыс орнында кенеттен есінен танды. Қасындағылардың айтуы бойынша инсулин алады. Обь-ті: Терісі ылғалды. Бұлшық ет тонусы жоғарлаған. Қарашығы кеңейген, жарыққа әсер етпейді. Тілі ылғалды, қызғылт. АҚ 125/80 мм.с.б. ЖСЖ 96рет мин. Көрсетілген комалардың қайсысының дамуы БАРЫНША мүмкін?
- A. Бауырлық
 B. Кетоацидоздық
 C. Гипогликемиялық
 D. Лактацидемиялық
 E. Гиперосмолярлы
5. 47 жастағы ерк адам көп қозғалып, психикалық қозудан кейін, кенеттен есінен танды. Обь-ті: терісі ылғалды, инъекция іздері бар. Бетінің бұлшық еттерінің жиырылуы, қарашығының кеңейуі анықталады.ТЖ-32 рет. Көрсетілген дәрілердің қайсысын тағайындау БАРЫНША тиімді?
- A. 1 мл глюкагонды
 B. 0,9% натрий хлорид ерітіндісін
 C. 0,45% натрий хлорид ерітіндісін
 D. 2 % бикорбанат натрий ерітіндісін
 E. 30 бірлік қысқа әсерлі инсулинді
- 6.Тиреотоксикоз емінде мерказолилді қолданғанда қандай асқину көрінеді:
- A. Нейтрофилдер санының азаюы
 B. Гипокалиемия
 C. Қанда креатинин мочевиная деңгейінің жоғарылауы
 D. Гипергликемия
 E. Гипокальциемия
- 7.17 жастағы науқастың зәрінде полиурия салыстырмалы тығыздығы төмендеген полиурия байқалады. Сұйықтықты шектеп тест жүргізгенде зәрдің салыстырмалы тығыздығы өзгермеді. Науқаста:
- A. Қантты емес диабет
 B. Психогендік полидипсия
 C. Қант диабет
 D. Созылмалы пиелонефрит
 E. Хошимото зобы
- 8.2 типті қантты диабетінің компенсация белгісі:
- A. HbA_{1c} < 8,0%
 B. HbA_{1c} < 9,5%
 C. Ашқарындағы гликемия < 7,0 ммоль/л
 D. Зәрдегі глюкоза >0,5 %
 E. Холестерин < 6,0 ммоль/л
- 9.4 жыл бойы қантты диабетімен ауыратын 16 жастағы қыз бала инсулинотерапиясын алады. Дене шынықтыру сабағы кезінде есінен танып, қысқа мерзімдік тырысулар болды. Терісі ылғалды. Мүмкін диагноз:
- A. Гиперосмоустық кома
 B. Лактацидозды кома

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 44 беті

- С. Кетоацидозды кома
D. Жедел өкпе-текті жүрек
E. Гипогликемиялық кома
10. 19 жастағы науқас бір жыл ішінде дене салмағының артуына, менструалды циклдің бұзылуына шағымданады. Сан, іш, сүт бездері терісінде қошқыл жолақтар. АҚ - 140/90 мм с.б. Глюкозаға төзімділік сынағанды: аш қарынға – 4,5 ммоль/л; глюкозамен күштемеден кейін 2 сағаттан соң – 8,6 ммоль/л. КТ: екі бүйрек үсті безінің гиперплазиясы. Қандағы кортизол деңгейі сағат 8 –де 1060 нг/л (қалыпты – 260-720 нг/л), сағат 14 – те 1250 нг/л. Неғұрлым мүмкін диагноз:
- A. Церебралды семіздік
B. Гипоталамиялық синдром
C. Штейн-Левенталь синдромы
D. Иценко-Кушинг ауруы
E. Экзогенді-конституциялық семіздік
11. Жедел жәрдеммен 64 жастағы қантты диабетпен сырқаттанған науқас жеткізілді. Бірнеше күн бойы бірнеше рет құсу, көп мөлшерде сұйық нәжіс болып, құрысқақ (судороги) пен естен тану байқалған. Қарағанда кома II дәрежесі, қарашықтар ұлғайған, көз алмалары жұмсақ, ошақтық белгілер жоқ. Терісі құрғақ, тургоры төмендеген. ЖАЖ- 21, ЖЖЖ- 98 рет мин., АҚ - 70/40 мм.с.б. Гликемия - 35ммоль/л. Жалпы қан анализінде үю қабілеті жоғарылаған. Осы команың дамуында патогенездік механизм маңыз:
- A. Инсулин тапшылығы
B. Интоксикация
C. Гипоксия
D. Сусыздану
E. Ацидоз
12. 19 жасар науқас стационарға көп ретті құсу синдромымен жеткізілді. Бұрын тәбетінің төмедеуін, нәжісінің сипатының өзгерісін, салмағының төмендегенін байқаған. Анамнезінде туберкулез басынан өткерген. Эсикоздың клиникалық белгілері дене қызуының көтерілеуінсіз, тері жамылғысының айқын бозаруы көзге түседі. ЖҚА: қан қоялануы, гликемия 3,5 ммоль/л, глюкозурия жоқ. Зәрде ацетон +. Бұл патологиялық жағдайды қалай бағалауға болады:
- A. бүйрекүсті безінің жеткіліксіздігі
B. гипогликемиялық жағдай
C. тағамдық токсикоинфекция
D. ацетонды құсық
E. диабеттік кетоацидоз
13. Қантты диабетпен науқас коматозды жағдайда қабылдау бөліміне жеткізілді. Бұл жағдай көп рет құсу және сұйық нәжіспен көрініс берген тағамнан уланудан кейін дамыған. Айқын гипотония және олигоуриямен сипатталған дегидратацияның клиникалық көріністері бар. Гликемия 27 ммоль/л, плазма осмолярлығы 380 ммоль/л (320ммоль/л), зәрдегі ацетонға сынама теріс. Шұғыл көмек көрсетудегі бірінші қадам қандай:
- A. 20 БІР инсулинді болжесті түрде
B. Сағатына 10-12 БІР инсулинді тамшылап
C. Физиологиялық ерітіндіні сағатына 1 литр есебінен
D. Гипотониялық ерітіндіні сағатына 1 литр есебінен
E. Коллоидты ерітіндіні сағатына 500 мл есебінен
14. 60 жастағы әйел, шөлдеуге, полиурияға, арықтауға, ішнің ауырсынуына, түнгі мезгілдегі тершендікке шағым айтады. АҚҚ 185/105 мм.с.б.тең, 10 мг тропафен енгізгеннен кейін АҚҚ 70/40 мм.с.б. төмендеді. Тәуліктік экскреция вк зәрде-50 мкмоль/л (норма 2,5-3,8). Мүмкін болатын диагноз?
- A. климактериялық невроз
B. феохромоцитома
C. Иценко-Кушинг ауруы
D. Иценко – Кушинг синдромы
E. вегето- тамырлық дистония
15. Гиперосмолярлы кома кезінде қандай метаболикалық ығысу жүреді:
- A. Гиперкалиемия
B. Гиперкальциемия

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 45 беті

- С. Глюкозурия
D. Гипергликемия
E. Гипонатриемия
- 16.60 жастағы ер адамда трофикалық жара емі нәтижесіз болған. Бір жылдан бері манинил қабылдайды. Терісі құрғақ, ісінулер жоқ. АҚ 135/80 мм сын. бағ. ЖСС 82 рет мин. Status localis: оң аяқтың табаны гиперемияланған, сәл ісінген, үстіңгі бетінде пішіні дұрыс емес, көлемі 4,5х6,1см жара бар, шеткі тамырларының пульсациясы әлсіреген. Қандағы глюкоза 15 ммоль/л, тәуліктік глюкозурия 29 г/л. Науқасты жүргізудің тиімді тәсілі:
- A. Бигуанидтерге ауыстыру
B. Сульфонилмочевина препараттарының мөлшерін ұлғайту
C. Емдемді қатаң сақтау және тиімді физикалық күштеме
D. Бигуанидтер мен секретагогтарды кешенді пайдалану
E. Инсулинге ауыстыру
- 17.32 жастағы әйел аздаған әлсіздік, шаршағыштыққа шағымданады. Қарап тексергенде: қалқанша безі асимметриялы ұлғайған, сипағанда беті тегіс, шекарасы айқын, қозғалмалы түйін анықталды. Емдеудің барынша тиімді тәсілі:
- A. Тиреостатиктер
B. Йод дәрмектері
C. Тиреоидты гормондар
D. Қабынуға қарсы дәрмектер
E. Операциялық ем
18. Гипогликемиялық комаға түскен 1 типті қант диабетімен ауыратын науқасқа көктамыр ішіне 40% глюкоза енгізілді, бұл гликемияның 12,3 ммоль/л дейін жоғарылауына әкелді. Сана қалпына келмеді. Дәрігер қандай шара қолдануы керек?
- A. 40% глюкозаны қайта енгізіңіз
B. 5% глюкоза тамшылатып енгізуді тағайындайды
C. Ми ісінуімен күресу шараларын тағайындаңыз
D. Көктамыр ішіне инсулин инфузиясын бастаңыз
E. Жұлындық пункция жүргізу
19. Науқас 42 жаста, артық дене алмағына, АҚЖ жоғарылауына, шөлдеуге, полиурияға шағымданады. Объективті: Бойы- 174 см, салмағы - 100 кг. Ашқарынға гликемия 9,9-10,7 ммоль/л. Неғұрлым тиімді тағайындау:
- A. Амарил
B. Сиофор
C. Диабетон
D. Моноприл
E. Сибутрамин
20. 17 жастағы жасөспірімде жоғары дәрежелі семіздік, беті ай тәрізді, ойықтары көрінетін тері астылық көкшіл жолақтар бар. АҚ 160/100 мм сын. бағ. Бас сүйек рентгенограммасында: түрік ершігінің көлемі үлкейген. Болжам диагнозды табыңыз:
- A. пубертаттық кезеңнің гипоталамустық синдромы
B. экзогенді-конституциялық семіздік
C. қант диабеті
D. Иценко-Кушинг ауруы
E. альдостерома

2 вариант

1.68 жастағы науқас әлсіздікке, тершендікке, 2 жыл ішінде 10 кг салмақ жоғалтуға шағымданады. Бауыр, көкбауыр және барлық топтағы лимфа түйіндері ұлғайған. Қан анализі: Нв - 85 г/л, Эр - 3,0 x 10¹²/л, лейкоцит - 135,0 x 10⁹/л, лимфцит - 96%, ЭТЖ - 28 мм/сағ. Жалпы билирубин 45 мкмоль/л, тура билирубин 11 мкмоль/л. Қан сарысуындағы темір 28 ммоль/л, Кумбс сынамасы оң. Науқастың жағдайының нашарлауының себебі неде?

- A. бластты криз
 - B. асқазан-ішектен қан кету
 - C. аутоиммунды гемолиз
 - D. жедел гепатит
 - E. агранулоцитоз
- 2.ТІШҚҰ синдромын басу үшін қолданылатын шараларды көрсетіңіз:
- A. фенилинді енгізу
 - B. жаңа мұздатылған плазманы құю
 - C. криопреципитаттың трансфузиясы
 - D. стрептокиназаны енгізу
 - E. эритроцитарлы масса трансфузиясы
- 3.Фибринолизді басатын дәрілерге мыналар жатады:
- A. гепарин
 - B. рекомбинантты антифибрин III
 - C. тиклид
 - D. е-аминокапрон қышқылы
 - E. фибринолизин
- 4.ТІШҚҰ синдромында көп мүшелік жеткіліксіздіктің даму себебін көрсетіңіз:
- A. фибриногеннің ыдырау өнімдерімен тіндердің тыныс алуының тежелуі
 - B. өмірлік маңызды мүшелердің плазмалық мембраналарының тромбиндік зақымдануы
 - C. микроциркуляцияның блокадасы
 - D. лизосомалық мембраналардың тромбиндік зақымдануы
 - E. иммунокомплексі синдром
- 5.ТІШҚҰ синдромында жаңа мұздатылған донор плазмасын құюдың әсер ету механизмін көрсетіңіз:
- A. тұтынылатын қан ұю факторларын және табиғи антикоагулянттарды толықтыру
 - B. фибриногеннің ыдырау өнімдерімен байланысуы
 - C. тромбоциттердің агрегациялау қабілетінің төмендеуі
 - D. қандағы ТІШҚҰ активаторларының концентрациясының төмендеуі
 - E. жасушалық антигендерді жою
- 6.Гемофилия А кезіндегі геморрагиялық синдромды басу үшін мыналар қолданылады:
- A. PPSB
 - B. криопреципитат
 - C. нативті плазма
 - D. IX фактор концентраты
 - E. IX фактормен байытылған плазма
- 7.Гемофилиямен ауыратын науқастарды хирургиялық емдеу принциптеріне мыналар жатады:
- A. хирургиялық араласулар шектелген
 - B. ортопедиялық емдеу тек аурудың жеңіл түрі бар науқастарға жүргізіледі
 - C. кез келген хирургиялық араласулар адекватты алмастырушы трансфузиялық терапия жағдайында орындалуы мүмкін
 - D. буындарды протездеу жасалынбайды
 - E. жамбас буындарын протездеу мүмкін емес
- 8.Симптоматикалық цитопенияларды емдеу әдістеріне мыналар жатады:
- A. преднизолон
 - B. лейкомакс
 - C. сәулелік терапия
 - D. плазмаферез
 - E. гепарин
- 9.Реактивті тромбоцитозды емдеу жүргізіледі:
- A. гидроксимочевинамен
 - B. альфа интерферонмен
 - C. фенилинмен
 - D. тромбоцитоздың негізінде жатқан ауруды түзету және антиагреганттық препараттармен

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 47 беті

- Е. гепаринмен
10. Науқас әлсіздік пен тершендіктің күшеюі кезінде стоматитпен 3 апта бойы емделді, емі эффект көрсетпеді. Объективті: дене қызуы 38,8, терісі бозғылт, ылғалды. Қызыл иектерінің гиперплазиясы, ойық жаралы-некротикалық стоматит. Жак асты лимфа түйіндері ұлғайған, ауырсынусыз. Қанда: эр. - $3,0 \times 10^{12}$ /л, Нв - 95 г/л, ТК-0,95, лейкоц. - $14,5 \times 10^9$ /л, бластар - 32% , таяқ. - 1%, сегм.- 39%, лимф. - 20%, мон. - 8%, тромб. - $90,0 \times 10^9$ /л. ЭТЖ - 24 мм/сағ. Цитохимиялық зерттеу: гликогенге реакциясы оң. 3 күннен кейін - бас ауруы, жүрек айнуы, құсу, аяқтардың парезі. Сіздің диагнозыңыз қандай?
- жедел миелобластикалық лейкоз
 - жедел дифференцирленбеген лейкоз
 - жедел монобластты лейкоз
 - жедел промиелоцитарлы лейкоз
 - жедел лимфобластикалық лейкоз
11. Науқас әлсіздік пен тершендіктің күшеюі кезінде стоматитпен 3 апта бойы емделді, емі эффект көрсетпеді. Объективті: дене қызуы 38,8, терісі бозғылт, ылғалды. Қызыл иектерінің гиперплазиясы, ойық жаралы-некротикалық стоматит. Жак асты лимфа түйіндері ұлғайған, ауырсынусыз. Қанда: эр. - $3,0 \times 10^{12}$ /л, Нв - 95 г/л, ТК-0,95, лейкоц. - $14,5 \times 10^9$ /л, бластар - 32% , таяқ. - 1%, сегм.- 39%, лимф. - 20%, мон. - 8%, тромб. - $90,0 \times 10^9$ /л. ЭТЖ - 24 мм/сағ. Цитохимиялық зерттеу: гликогенге реакциясы оң. 3 күннен кейін - бас ауруы, жүрек айнуы, құсу, аяқтардың парезі. 3-ші күннің оқиғалары келесідей қарастырылуы керек:
- лейкоздың өршуі
 - менингит
 - бластты криз
 - ишемиялық инсульт
 - нейролейкемия
12. 46 жастағы Л есімді науқас мұрыннан, қызыл иектен, жатырдан қан кетуге, әлсіздікке, еңтігуге шағымданады. Объективті: терісі бозғылт, санның алдыңғы бетінде және іште қан құйылулар, мұрын бітеліп қалған. Жүрек ұшында систолалық шу, пульс – 98 минутына, АҚ – 100/70 мм с.б.б. Бауыр мен көкбауыр ұлғаймаған. Қанда: эр. - $2,8 \times 10^{12}$ /л, Нв - 76 г/л, ТК - 0,81, лейкоц. - $9,2 \times 10^9$ /л, тромб. - 32×10^9 /л, ЭТЖ - 22 мм/сағ. Қан кету ұзақтығы 18 минут. Сіздің диагнозыңыз:
- Виллебранд ауруы
 - идиопатикалық аутоиммунды тромбоцитопениялық пурпура
 - гемофилия
 - геморрагиялық васкулит
 - Рендю-Ослер ауруы
13. 35 жастағы науқас созылмалы холецистит (холецистэктомия) операциясы кезінде 0,8 л қан жоғалтқан. Науқасқа трансфузиялар көрсетілген:
- плазманы алмастыратын ерітінділер
 - тромбоцитарлы масса
 - қан
 - эритроцитарлы масса
 - жуылған эритроциттер
14. Ауруханаға 60 жастағы ер адам түсті. Тексеру кезінде В12 тапшылықты анемия диагнозы қойылды. НВ деңгейі 60 г/л, пульс 92 минутына, ырғақты. Қан қысымы 120/80 мм рт.ст. Науқасқа трансфузиялар көрсетілген:
- мұздатылған эритроциттер
 - жаңа қан
 - мұздатылған плазма
 - жуылған эритроциттер
 - ерітілген эритроциттер
15. Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінен туындаған анемиясы бар (Нв - 70 г/л) науқаста қолданған жөн:
- жаңа қан
 - эритроциттердің массасы
 - жуылған эритроциттер
 - ерітілген эритроциттер

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 48 беті

Е. рекомбинантты эритропоэтин

16. Ауруханаға 21 жастағы науқас түсті. Апластикалық анемия диагнозы қойылды. Қан анализінде НВ – 50 г/л, тромбоциттер саны $5,0 \times 10^9/\text{л}$, орташа ауырлықты геморрагиялық синдром. Науқасқа қан құюға болады:

- A. жаңа мұздатылған плазма
- B. криопреципитат
- C. жаңа қан
- D. тромбоциттер массасы және жуылған эритроциттер
- E. эритроциттердің массасы

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

- A. Эритроциттердің тұну жылдамдығының жоғарлауы
- B. Креатинфосфокиназаның жоғарлауы
- C. Қосспиральды ДНК антиденелерінің жоғарлауы
- D. Ревматоидты фактордың жоғары титрі
- E. Лейкоцитоз лейкоформуланың солға қарай ығысумен

18. 32 жастағы әйел сырқаттанғанына 2 ай болған: дене температурасының 390С дейін жоғарлауы, қалтырау, аздаған физикалық жүктемедегі еңтігу, басының ауырсынуы мазалайды. Өздігінен сульфаниламид және қызуын түсіретін препараттарды қолданған. Объективті: температурасы 380С, тері жамылғысы бозғылт, бетінде және алақанында бірең-сараң петихиалар бар, пульс 100 рет минутына, АҚҚ 140/20 мм сын.б.б., жүрек тондары тұйықталған, төстің сол жақ қыры бойынан диастолалық шу естіледі, гепатоспленомегалия. Сіздің диагнозыңыз:

- A. Жұқпалы эндокардит және аортальды жетіспеушілігі
- B. Жіті ревматикалық қызба, митральды стеноз
- C. Жіті ревматикалық қызба, аортальды жетіспеушілігі
- D. Жүрекше аралық перденің ақауы аясында жіті ревматикалық қызба
- E. Жұқпалы эндокардит, митральды стеноз

19. 22 жастағы науқас, спортшы, дене температурасының 390С дейін жоғарлауы, қалтырау, аздаған физикалық жүктемедегі еңтігу, төбетінің жоқ болуы шағымдарымен стационарға жатқызылды. Ауырғанына 1 ай болды. Қарап тексергенде: тері жамылғылары сарғыш, бозғылт, аяқтарында петехиальды бөртпелер. Өкпесінде төменгі бөліктерінде шамалы ылғалды сырылдар бар. Жүрек тондары тұйықталған, Боткин нүктесінде систолалық шу. ЖСЖ 106 рет минутына, АҚҚ 120/40 мм сын.б.б. Бауыры қабырға доғасынан 5 см төмен, пальпацияда ауырсынады. Аяқтарында ісінулер. Келесі ауруды ойлауға болады:

- A. Миокардитті
- B. Пневмонияны
- C. Жұқпалы эндокардитті
- D. Бауыр циррозын
- E. Ревматикалық кардитті

20. 45 жастағы Г. деген науқас, ЖСРА, қосарланған митральды ақауы бойынша митральды қақпашасының протездеуден кейін, варфарин 2,5 мг күніне 2 таблеткадан қабылдайды. Клиникалық хаттама бойынша дәрінің мөлшері келесі зертханалық көрсеткішке қарай реттеледі:

- A. МНО
- B. АЧТВ
- C. Протромбиндік индекс
- D. Фибриноген
- E. Қан ұю уақыты

3 вариант

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 49 беті

1. Ревматикалық жүрек ауруымен ауыратын 52 жастағы науқас, сол жақ қарыншаның жеткіліксіздігі клиникасы бар. Қарап тексергенде анықталды: Боткин нүктесінде систоалық және диастоалық шу, оң жақта екінші қабырға аралығы. Ірі тембрдің систоалық шуын мойын шұңқыры мен ұйқы артериясына жібереді, пальпацияны төс сүйегінің оң жағындағы екінші қабырға аралықта систоалық тремор анықтайды. І және ІІ тондар әлсіреді. Есепте ақау диагнозы қойылған. Қолқа клапанының жеткіліксіздігінің симптомдары:

- A. Систоалық шу
- B. Оң жақтағы екінші қабырға аралықта систоалық діріл
- C. Диастоалық шу
- D. ІІ тонның әлсіреуі
- E. І және ІІ тондардың әлсіреуі

2. 15 жастағы пациентті клиникалық тексеру кезінде апикальды импульстің солға ығысуы анықталды, жүректің салыстырмалы күңгірттік шекаралары солға және жоғарыға ығысқан, жүрек белдігі тегістелген. Аускультацияда - ұшында І тон әлсіреген, сонымен қатар систоалық шу, өкпе артериясының үстінде ІІ тонның акценті бар. Рентгенограммда - сол жақ жүректің ұлғаюы. Сіздің диагнозыңыз:

- A. Сол жақ атриовентрикулярлық тесіктің тарылуы
- B. Қолқа саңылауының жеткіліксіздігі
- C. Қолқа стенозы
- D. Митральды қақпақшаның жеткіліксіздігі
- E. Трикуспидті қақпақшаның жеткіліксіздігі

3. 28 жастағы әйелде қолдың ұсақ буындары қозғалуы шектеулі, ауырады. Клиникалық хаттамаға сәйкес, ревматоидты артрит пен SLE арасындағы дифференциалды диагнозды жүргізу кезінде индикатор, зерттеу диагноз қою үшін шешуші болады:

- A. Жалпы қан анализі және қол буындарының рентгенографиясы
- B. Қол буындарының магниттік-резонанстық бейнесі
- C. РФ және қол буындарының ультрадыбыстық зерттеуі
- D. ADCP анықтау (циклдік цитрулинді пептидке антиденелер және қол буындарының рентгенографиясы)
- E. Қан IgG, M, A және CRP

4. Метаболикалық өзгерістердің қайсысы гиперосмолярлы комада болады:

- A. Гипергликемия
- B. Гиперкалиемия
- C. Гиперкальциемия
- D. Глюкозурия
- E. Гипонатриемия

5. 16 жасар қыз 4 жылдан бері қант диабетімен ауырады және инсулин терапиясын алады. Дене шынықтыру сабағында ол есінен танып, қысқа мерзімді құрысулар болған. Тері ылғалды. Төмендегі диагноздардың қайсысы ЕҢ ықтимал?

- A. Гиперосмолярлы кома
- B. Гипогликемиялық кома
- C. Лактоацидотикалық кома
- D. Кетоацидоздық кома
- E. Жедел өкпе жүрек жеткіліксіздігі

6. 62 жастағы әйелді жедел жәрдем көлігі ес-түссіз алып келген. Туыстарының айтуынша, ол қант диабетімен ауырады. Соңғы 5 күнде құсу, нәжісі қайталанған, құрысулар байқалды. Әйел сыртқы ынталандыруларға жауап бермейді. Оқушылар кеңейген. Көз алмалары жұмсақ. Тері құрғақ, тургор азаяды. ВН-24 / мин., АҚ - 50/30 мм с.б. Өнер. HR-120 / мин. Қандағы қант - 58 ммоль / л. Сарысудың осмолярлығы > 350 ммоль / л. Зәрдегі ацетон теріс. Төмендегілердің қайсысы мүмкін емес?

- A. Бауыр
- B. Кетоацидотикалық
- C. Гипогликемиялық
- D. Лактоацидотикалық
- E. Гиперосмолярлы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 50 беті

7. 1 типті қант диабетімен ауыратын науқастың шөлдеуі жоғарылаған, полиурия, жағдайы тез нашарлады, қандағы қант 19,6 ммоль / л, зәрдегі ацетон, аузынан ацетон иісі шығады. Болжам диагнозы:

- A. Гиперосмолярлы кома
- B. Кетоацидотикалық кома
- C. Гипогликемиялық кома
- D. Гиперлактацидемия
- E. Уремиялық кома

8. 60 жасар ер адам трофикалық жараны емдеуден нәтижесіз өтті. Манинилді бір жыл ішінде алады. Тері құрғақ, ісіну жоқ. АҚ - 135/80 мм с.б. Жүрек соғысы - минутына 82. Status localis: оң аяғы гиперемияланған, орташа ісінген, артқы жағында өлшемі 4,5 x 6,1 см болатын дұрыс емес пішінді жара бар. Оң аяқтағы перифериялық тамырлардың пульсациясы әлсіреген. Қандағы қант - 15 ммоль / л, күнделікті глюкозурия - 29 г / л. Қандай тактика ең қолайлы?

- A. Бигуанидтерге ауысу
- B. Сульфонилмочевиналардың дозасының жоғарылауы
- C. Инсулинге ауысу
- D. Қатаң диета және рационалды жаттығулар
- E. Секретагогтарды бигуанидтермен кешенді қолдану

9. Гипогликемиялық комаға түскен 1 типті қант диабетімен ауыратын науқасқа көктамыр ішіне 40% глюкоза енгізгенде гликемия 12,3 ммоль/л дейін көтерілген. Санасы қалпына келмеген. Дәрігер қандай әрекеттерді жасау керек?

- A. 40% глюкозаны қайта көктамырға енгізу
- B. 5% глюкоза тамшылап енгізу
- C. Көктамырға инсулин инфузиясы
- D. Жұлындық пункция
- E. Ми ісінуге қарсы іс-қимылдар

10. 48 жастағы науқас дене салмағымен, 5 жыл бұрын тексерілген 2 типті қант диабетімен, метформин 1500 мг және глибенкламидті 5 мг тәулігіне 2 рет алады. Соңғы бір жыл ішінде ол 4 келі салмақ тастады. Емдеуді түзету дегеніміз не?

- A. Глибенкламидтің дозасын тәулігіне максимум 15 мг дейін арттыру
- B. Инсулин терапиясына көшу
- C. Метформин дозасын 3000мг дейін арттыру
- D. Пиоглитазон қосу
- E. Екі препараттың да дозасын арттыру

11. 17 жастағы науқас дене салмағының жоғарылауын, жыл ішінде етеккір циклінің бұзылуын атап өтеді. Санның, іштің, сүт бездерінің, күлгін стриялардың терісінде. АҚ - 140/90 мм с.б. Өнер. Глюкозаға төзімділік сынағы: аш қарынға - 4,5 ммоль / л; Глюкоза жүктелгеннен кейін 2 сағаттан кейін - 8,6 ммоль / л. КТ: екі бүйрек үсті безінің гиперплазиясы. Қандағы кортизол деңгейі 8 сағатта -1060 нг / л (норма 260-720 нг / л), 14 сағатта - 1250 нг / л. Мүмкін диагноз:

- A. Мидың семіздігі
- B. Гипоталамикалық синдром
- C. Иценко-Кушинг ауруы
- D. Штайн-Левенталь синдромы
- E. Экзогендік-конституциялық семіздік

12. Қан қысымы 300/130 мм сынап бағанасына дейін көтерілген науқас жедел жәрдем бөліміне жеткізілді. Дағдарыс тахикардиямен, полидипсиямен, бұлшықет дірілімен, қорқыныш сезімімен қатар жүрді. Қан анализі глюкоза деңгейінің 20 ммоль / л дейін жоғарылағанын көрсетті. Мүмкін диагноз:

- A. Кон синдромы
- B. Иценко-Кушинг синдромы
- C. Маңызды артериялық гипертензия
- D. Екіншілік гиперальдостеронизм
- E. Феохромоцитома

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 51 беті

13. 45 жастағы науқаста қан қысымының 200/110 мм.сын.бағ дейін тұрақты жоғарылауы, бұлшықет әлсіздігі, құрысулар және зәр шығару жиі кездеседі. Бұл белгілер бір жыл бойы мазалайды. Компьютерлік томографияда сол жақ бүйрек үсті безінің ұлғаюы байқалды. Ең қолайлы кездесу:

- A. Верошпирон
- B. Конкор
- C. Physiotensa
- D. Фуросемид
- E. Индапамид

14. 23 жастағы науқас клиникаға ес-түссіз түскен. Тері құрғақ, шектері қызарған. Дем шығарған ауада ацетонның өткір иісі сезіледі. Куссмаул тынысы. АҚ 130/90 мм с.б. Өнер. Пульс 102 рет. бір минутта. Қандағы қант 28,4 ммоль / л, зәрде 6%, ацетонға реакция күрт оң. Болжам диагнозы:

- A. Кетоацидотикалық кома
- B. Бүйрек комасы
- C. Уремиялық кома
- D. Гиперосмолярлы кома
- E. Гиперлактацидемиялық кома

15. Феохромоцитоманен өндіріс ұлғаяды:

- A. Глюкокортикоидтар
- B. Минералокортикоидтар
- C. Катехоламиндер
- D. Өсу гормоны
- E. Кортикотропин

16. Суық тиген 18 жастағы балада ашқарақтық, полиурия, жалпы әлсіздік пайда болды. Қандағы қант деңгейі 16 ммоль / л, несеп 5%, зәрдегі ацетон оң. Науқаста қант диабетінің түрі:

- A. Инсулинге тәуелді емес қант диабеті (2 тип)
- B. Инсулинге тәуелді қант диабеті (2 тип)
- C. Инсулинге тәуелді қант диабеті (1 тип)
- D. 2 типті қант диабеті (MODY)
- E. Қайталама қант диабеті

17. Гиперлактацидемиялық команың симптомы:

1) Аузынан ацетонның иісі шығады, 2) Цианоз, 3) Құрғақ тері, 4) Куссмаулдың 4 тынысы, 5) Төмендеді сіңір рефлекстері.

- A. 2,3,4,5
- B. 1,2,3,4
- C. 1,3,4,5
- D. 1,2,4,5
- E. 1,2,3,5

18. Науқас В. 65 жаста, қант диабетімен ұзақ уақыт байқалды. Тәулігіне 3 рет 2 таблетка адебит қабылдады. Бір апта бұрын тұмаудан кейін жөтел пайда болды. Түскенге дейін ол құсып, жедел жәрдем бөліміне ес-түссіз күйде түскен. Тері құрғақ, бозғылт. Ацетонның иісі жоқ. Куссмаул тынысы. АҚ 50/30 мм с.б. Өнер. Жүрек соғысы-минутына 120 рет. Қандағы қант - 12 ммоль / л, зәрдегі қант - 6%, сүт қышқылының деңгейі - 2 ммоль / л. Сіздің диагнозыңыз қандай?

- A. 2 типті қант диабеті, кетоацидотикалық кома
- B. 2 типті қант диабеті, гиперосмолярлы кома
- C. уремиялық кома
- D. 2 типті қант диабеті, лактоацидозды кома

19. Ауруханаға 60 жастағы ер адам түсті. Тексеру кезінде В12 тапшылықты анемия диагнозы қойылды. НВ деңгейі 60 г/л, пульс 92 минутына, ырғақты. Қан қысымы 120/80 мм рт.ст. Науқасқа трансфузиялар көрсетілген:

- A. жаңа қан
- B. мұздатылған эритроциттер
- C. мұздатылған плазма

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 52 беті

- D. жуылған эритроциттер
 E. ерітілген эритроциттер
20. Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінен туындаған анемиясы бар (Hb - 70 г/л) науқаста қолданған жөн:
- A. жаңа қан
 B. эритроциттердің массасы
 C. жуылған эритроциттер
 D. рекомбинантты эритропоэтин
 E. ерітілген эритроциттер

4 вариант

1. Гипогликемиялық комаға түскен 1 типті қант диабетімен ауыратын науқасқа көктамыр ішіне 40% глюкоза енгізілді, бұл гликемияның 12,3 ммоль/л дейін жоғарылауына әкелді. Сана қалпына келмеді. Дәрігер қандай шара қолдануы керек?
- A. Ми ісінуімен күресу шараларын тағайындаңыз
 B. 40% глюкозаны қайта енгізіңіз
 C. 5% глюкоза тамшылатып енгізуді тағайындайды
 D. Көктамыр ішіне инсулин инфузиясын бастаңыз
 E. Жұлындық пункция жүргізу
2. Дене салмағы қалыпты 2 типті қант диабетімен ауыратын 48 жастағы науқас 5 жыл бұрын метформин 1500 мг және глибенкламид 5 мг күніне 2 рет қабылдаған. Соңғы бір жылда 4 кг арықтаған. Еміне түзету енгізіңіз?
- A. Глибенкламид дозасын тәулігіне максимум 15 мг-ға дейін арттыру
 B. Метформин дозасын 3000 мг-ға дейін арттыру
 C. Пиоглитазонды қосыңыз
 D. Инсулин терапияға алмастыру
 E. Екі препараттың да дозасын арттырыңыз
3. Науқас 42 жаста, артық дене алмағына, АҚЖ жоғарылауына, шөлдеуге, полиурияға шағымданады. Объективті: Бойы- 174 см, салмағы - 100 кг. Ашқарынға гликемия 9,9-10,7 ммоль/л. Неғұрлым тиімді тағайындау:
- A. Амарил
 B. Диабетон
 C. Моноприл
 D. Сиофор
 E. Сибутрамин
4. 17 жастағы жасөспірімде жоғары дәрежелі семіздік, беті ай тәрізді, ойықтары көрінетін тері астылық көкшіл жолақтар бар. АҚ 160/100 мм сын. бағ. Бас сүйек рентгенограммасында: түрік ершігінің көлемі үлкейген. Болжам диагнозды табыңыз:
- A. пубертаттық кезеңнің гипоталамустық синдромы
 B. Иценко-Кушинг ауруы
 C. экзогенді-конституциялық семіздік
 D. қант диабеті
 E. альдостерома
5. 68 жастағы науқас әлсіздікке, тершендікке, 2 жыл ішінде 10 кг салмақ жоғалтуға шағымданады. Бауыр, көкбауыр және барлық топтағы лимфа түйіндері ұлғайған. Қан анализі: Hb - 85 г/л, Эр - 3,0 x 10¹²/л, лейкоцит - 135,0 x 10⁹/л, лимфациит - 96%, ЭТЖ - 28 мм/сағ. Жалпы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 53 беті

билирубин 45 мкмоль/л, тура билирубин 11 мкмоль/л. Қан сарысуындағы темір 28 ммоль/л, Кумбс сынамаcы оң.

Наукаcтың жағдайының нашарлауының себебі неде?

- A. блаcтты криз
- B. асқазан-ішектен қан кету
- C. жедел гепатит
- D. агранулоцитоз
- E. аутоиммунды гемолиз

6. ТІШҚҰ синдромын басу үшін қолданылатын шараларды көрсетіңіз:

- A. фенилинді енгізу
- B. криопреципитаттың трансфузиясы
- C. стрептокиназаны енгізу
- D. жаңа мұздатылған плазманы құю
- E. эритроцитарлы масса трансфузиясы

7. Фибринолизді басатын дәрілерге мыналар жатады:

- A. гепарин
- B. е-аминокапрон қышқылы
- C. рекомбинантты антифитромбин III
- D. тиклид
- E. фибринолизин

8. ТІШҚҰ синдромында көп мүшелік жеткіліксіздіктің даму себебін көрсетіңіз:

- A. фибриногеннің ыдырау өнімдерімен тіндердің тыныс алуының тежелуі
- B. өмірлік маңызды мүшелердің плазмалық мембраналарының тромбиндік зақымдануы
- C. лизосомалық мембраналардың тромбиндік зақымдануы
- D. иммунокомплекті синдром
- E. микроциркуляцияның блокадасы

9. ТІШҚҰ синдромында жаңа мұздатылған донор плазмасын құюдың әсер ету механизмін көрсетіңіз:

- A. фибриногеннің ыдырау өнімдерімен байланысуы
- B. тромбоциттердің агрегациялау қабілетінің төмендеуі
- C. тұтынылатын қан ұю факторларын және табиғи антикоагулянттарды толықтыру
- D. қандағы ТІШҚҰ активаторларының концентрациясының төмендеуі
- E. жасушалық антигендерді жою

10. Гемофилия А кезіндегі геморрагиялық синдромды басу үшін мыналар қолданылады:

- A. PPSB
- B. нативті плазма
- C. IX фактор концентраты
- D. криопреципитат
- E. IX фактормен байытылған плазма

11. Гемофилиямен ауыратын науқастарды хирургиялық емдеу принциптеріне мыналар жатады:

- A. хирургиялық араласулар шектелген
- B. ортопедиялық емдеу тек аурудың жеңіл түрі бар науқастарға жүргізіледі
- C. кез келген хирургиялық араласулар адекватты алмастырушы трансфузиялық терапия жағдайында орындалуы мүмкін
- D. буындарды протездеу жасалынбайды
- E. жамбас буындарын протездеу мүмкін емес

12. Симптоматикалық цитопенияларды емдеу әдістеріне мыналар жатады:

- A. преднизолон

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 54 беті

- B. лейкомакс
- C. сәулелік терапия
- D. плазмаферез
- E. гепарин

13. Реактивті тромбоцитозды емдеу жүргізіледі:

- A. гидроксимочевинамен
- B. тромбоцитоздың негізінде жатқан ауруды түзету және антиагреганттық препараттармен
- C. альфа интерферонмен
- D. фенилинмен
- E. гепаринмен

14. Науқас әлсіздік пен тершендіктің күшеюі кезінде стоматитпен 3 апта бойы емделді, емі эффект көрсетпеді. Объективті: дене қызуы 38,8, терісі бозғылт, ылғалды. Қызыл иектерінің гиперплазиясы, ойық жаралы- некротикалық стоматит. Жақ асты лимфа түйіндері ұлғайған, ауырсынусыз. Қанда: эр. - $3,0 \times 10^{12}$ /л, Нв - 95 г/л, ТК-0,95, лейкоц. - $14,5 \times 10^9$ /л, бластар - 32% , таяк. - 1%, сегм.- 39%, лимф. - 20%, мон. - 8%, тромб. - $90,0 \times 10^9$ /л. ЭТЖ - 24 мм/сағ.

Цитохимиялық зерттеу: гликогенге реакциясы оң. 3 күннен кейін - бас ауруы, жүрек айнуы, құсу, аяқтардың парезі. Сіздің диагнозыңыз қандай?

- A. жедел лимфобластикалық лейкоз
- B. жедел миелобластикалық лейкоз
- C. жедел дифференцирленбеген лейкоз
- D. жедел монобластты лейкоз
- E. жедел промиелоцитарлы лейкоз

15. Науқас әлсіздік пен тершендіктің күшеюі кезінде стоматитпен 3 апта бойы емделді, емі эффект көрсетпеді. Объективті: дене қызуы 38,8, терісі бозғылт, ылғалды. Қызыл иектерінің гиперплазиясы, ойық жаралы- некротикалық стоматит. Жақ асты лимфа түйіндері ұлғайған, ауырсынусыз. Қанда: эр. - $3,0 \times 10^{12}$ /л, Нв - 95 г/л, ТК-0,95, лейкоц. - $14,5 \times 10^9$ /л, бластар - 32% , таяк. - 1%, сегм.- 39%, лимф. - 20%, мон. - 8%, тромб. - $90,0 \times 10^9$ /л. ЭТЖ - 24 мм/сағ.

Цитохимиялық зерттеу: гликогенге реакциясы оң. 3 күннен кейін - бас ауруы, жүрек айнуы, құсу, аяқтардың парезі. 3-ші күннің оқиғалары келесідей қарастырылуы керек:

- A. нейрорейкемия
- B. лейкоздың өршуі
- C. менингит
- D. бластты криз
- E. ишемиялық инсульт

16. 46 жастағы Л есімді науқас мұрыннан, қызыл иектен, жатырдан қан кетуге, әлсіздікке, еңтігуге шағымданады. Объективті: терісі бозғылт, санның алдыңғы бетінде және іште қан құйылулар, мұрын бітеліп қалған. Жүрек ұшында систолалық шу, пульс – 98 минутына, АҚ – 100/70 мм с.б.б. Бауыр мен көкбауыр ұлғаймаған. Қанда: эр. - $2,8 \times 10^{12}$ /л, Нв - 76 г/л, ТК - 0,81, лейкоц. - $9,2 \times 10^9$ /л, тромб. - 32×10^9 /л, ЭТЖ - 22 мм/сағ. Қан кету ұзақтығы 18 минут. Сіздің диагнозыңыз:

- A. Виллебранд ауруы
- B. гемофилия
- C. геморрагиялық васкулит
- D. идиопатикалық аутоиммунды тромбоцитопениялық пурпура
- E. Рендю-Ослер ауруы

17. 35 жастағы науқас созылмалы холецистит (холецистэктомия) операциясы кезінде 0,8 л қан жоғалтқан. Науқасқа трансфузиялар көрсетілген:

- A. тромбоцитарлы масса
- B. қан

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 55 беті

- C. эритроцитарлы масса
- D. плазманы алмастыратын ерітінділер
- E. жуылған эритроциттер

18. Ауруханаға 60 жастағы ер адам түсті. Тексеру кезінде В12 тапшылықты анемия диагнозы қойылды. НВ деңгейі 60 г/л, пульс 92 минутына, ырғақты. Қан қысымы 120/80 мм рт.ст. Науқасқа трансфузиялар көрсетілген:

- A. жаңа қан
- B. мұздатылған эритроциттер
- C. мұздатылған плазма
- D. жуылған эритроциттер
- E. ерітілген эритроциттер

19. Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінен туындаған анемиясы бар (Нв - 70 г/л) науқаста қолданған жөн:

- A. жаңа қан
- B. эритроциттердің массасы
- C. жуылған эритроциттер
- D. рекомбинантты эритропоэтин
- E. ерітілген эритроциттер

20. Ауруханаға 21 жастағы науқас түсті. Апластикалық анемия диагнозы қойылды. Қан анализінде НВ – 50 г/л, тромбоциттер саны $5,0 \times 10^9/\text{л}$, орташа ауырлықты геморрагиялық синдром. Науқасқа қан құюға болады:

- A. тромбоциттер массасы және жуылған эритроциттер
- B. жаңа мұздатылған плазма
- C. криопреципитат
- D. жаңа қан
- E. эритроциттердің массасы

5 вариант

1. Өт - тас ауруын урсофалькпен емдеу тиімділігінің критерийі болып табылады:

- A. салмақтың азаюы
- B. диспепсиялық құбылыстардың азаюы
- C. тас мөлшерінің кішіреюі
- D. холестаз көрсеткіштерінің – билирубин, сілтілі фосфатазаның қалпына келуі
- E. ЭТЖ қалпына келуі

2. Ф. деген 48 жастағы науқас оң қолға берілетін оң қабырға астындағы ауыру сезімі, өт қоспасымен құсыққа шағымданып түсті. Ауырғанына-18 жыл. Об-ті: тамақтануы жоғары, көзінің ақ қабығы сарғыш, оң қабырға астында ауыру сезімі, бауыры ұлғаймаған, Ортнер симптомы оң. Қанында: лейкоц-12 мың, ЭТЖ-33 мм/сағ. Өтті барлық үш порцияда зерттеуде-кілегей, лейкоциттер, IV порцияда-лямблиялар. Тағайындалатын препарат:

- A. аллохол
- B. лиебил
- C. атропин тері астына
- D. фуразолидон
- E. эритромицин

3. Науқас хеликобактерлі этиологиялы он екі елі ішектің ойық-жара ауруына байланысты эрадикациялық терапияның екінші курсы (квadroтерапияны) қабылдады. Клиникалық хаттамаға сәйкес эрадикация нәтижесін бақылау мерзімі:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 56 беті

- A. 2 аптадан кейін
- B. курс аяқтала салысымен
- C. бір жылдан соң
- D. 4 аптадан кейін
- E. емдеу барысында

4. Клиникалық хаттамаға сәйкес науқаста созылмалы қайталамалы панкреатиттің диагностикасы үшін ең мәліметті тест болып табылатын қандағы көрсеткіш:

- A. амилаза
- B. трипсин
- C. сілтілі фосфатаза
- D. эластаза
- E. глюкоза

5. 50 жастағы ер адамды соңғы 3-4 ай аралығында шөлдеу, әлсіздік, полиурия мазалайды. Обь-ті: дене салмағы - 106 кг, бойы - 170 см., терісі құрғақ, тырнақ іздері бар, АҚ - 140/85 мм.с.б. Зәр шығаруы жиіленген, ауыру сезімсіз. Гликемиялық профиль: 9,7-14,9-12,3 ммоль/л. Көрсетілген дәрілердің қайсысын тағайындау БАРЫНША тиімді?

- A. Глибенкламидті
- B. Орташа әсерлі инсулинді
- C. Қысқа әсерлі инсулинді
- D. Ұзақ әсерлі инсулин
- E. Метформинді

6. 25 жастағы қыз 8 жыл бойы қант диабетімен ауырады. Тәулігіне инсулин ленте - 38 бірлігін қабылдайды. ЖРВИмен ауырғаннан 3 аптадан кейін шөлдеу, полиурия, әлсіздік күшейген. 3ка азған. Обь-ті: терісі құрғақ, тырнақ іздері бар. Қандағы глюкоза - 19 ммоль/л. Науқаста қандай көмірсу алмасуының бұзылысының болуы БАРЫНША мүмкін?

- A. Қант диабеті 2 тип, субкомпенсация кезеңі
- B. Қант диабеті 1 тип, субкомпенсация кезеңі
- C. Қант диабеті 2 тип, декомпенсация кезеңі
- D. Қант диабеті 1 тип, декомпенсация кезеңі
- E. Қант диабеті 1 тип, компенсация кезеңі

7. 9 жыл 1 типті қантты диабетпен сырқаттанған науқаста гликемияның салыстырмалы компенсациясы аясында көздің көруі нашарлады, транзиторлы гипертония 145/95 мм.с.б., микроальбуминурия пайда болды. Жақын арада емдеу бағдарламасына нені қосу керек:

- A. Орталық әсерлі альфа-агонисттерін
- B. Бета-блокаторларын
- C. Аз дозалы диуретиктерді
- D. Ангиотензин алмастырушы фермент ингибиторларын
- E. Белокты препараттар инфузиясын

8. 30 жастағы еркек, жұмыс орнында кенеттен есінен танды. Қасындағылардың айтуы бойынша инсулин алады. Обь-ті: Терісі ылғалды. Бұлшық ет тонусы жоғарлаған. Қарашығы кеңейген, жарыққа әсер етпейді. Тілі ылғалды, қызғылт. АҚ 125/80 мм.с.б. ЖСЖ 96рет мин. Көрсетілген комалардың қайсысының дамуы БАРЫНША мүмкін?

- A. Бауырлық
- B. Гипогликемиялық
- C. Кетоацидоздық
- D. Лактацидемиялық
- E. Гиперосмолярлы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 57 беті

9. 47 жастағы ерк адам көп қозғалып, психикалық қозудан кейін, кенеттен есінен танды. Обь-ті: терісі ылғалды, инъекция іздері бар. Бетінің бұлшық еттерінің жиырылуы, қарашығының кеңейуі анықталады.ТЖ-32 рет. Көрсетілген дәрілердің қайсысын тағайындау БАРЫНША тиімді?

- A. 1 мл глюкогонды
- B. 0,9% натрий хлорид ерітіндісін
- C. 0, 45% натрий хлорид ерітіндісін
- D. 2 % бикорбанат натрий ерітіндісін
- E. 30 бірлік қысқа әсерлі инсулинді

10.Тиреотоксикоз емінде мерказолилді қолданғанда қандай асқыну көрінеді:

- A. Гипокалиемия
- B. Нейтрофилдер санының азаюы
- C. Қанда креатинин мочевиная деңгейінің жоғарылауы
- D. Гипергликемия
- E. гипокальциемия

11.17 жастағы науқастың зәрінде полиурия салыстырмалы тығыздығы төмендеген полиурия байқалады. Сұйықтықты шектеп тест жүргізгенде зәрдің салыстырмалы тығыздығы өзгермеді.

Науқаста:

- A. Психогендік полидипсия
- B. Қант диабет
- C. Қантты емес диабет
- D. Созылмалы пиелонефрит
- E. Хошимото зобы

12. 2 типті қантты диабетінің компенсация белгісі:

- A. HbA_{1c}< 8,0%
- B. HbA_{1c}< 9,5%
- C. Зәрдегі глюкоза >0,5 %
- D. Холестерин < 6,0 ммоль/л
- E. Ашқарындағы гликемия < 7,0 ммоль/л

13.4 жыл бойы қантты диабетімен ауыратын 16 жастағы қыз бала инсулинтерапиясын алады. Дене шынықтыру сабағы кезінде есінен танып, қысқа мерзімдік тырысулар болды. Терісі ылғалды.

Мүмкін диагноз:

- A. Гиперосмостық кома
- B. Лактацидозды кома
- C. Гипогликемиялық кома
- D. Кетоацидозды кома
- E. Жедел өкпе-текті жүрек

14. 19 жастағы науқас бір жыл ішінде дене салмағының артуына, менструалды циклдің бұзылуына шағымданады. Сан, іш, сүт бездері терісінде қошқыл жолақтар. АҚ - 140/90 мм с.б. Глюкозаға төзімділік сынамасы: аш қарынға – 4,5 ммоль/л; глюкозамен күштемеден кейін 2 сағаттан соң – 8,6 ммоль/л. КТ: екі бүйрек үсті безінің гиперплазиясы. Қандағы кортизол деңгейі сағат 8 –де 1060 нг/л (қалыпты – 260-720 нг/л), сағат 14 – те 1250 нг/л. Неғұрлым мүмкін диагноз:

- A. Церебралды семіздік
- B. Гипоталамиялық синдром
- C. Штейн-Левенталь синдромы
- D. Иценко-Кушинг ауруы
- E. Экзогенді-конституциялық семіздік

15. Жедел жәрдеммен 64 жастағы қантты диабетпен сырқаттанған науқас жеткізілді. Бірнеше күн бойы бірнеше рет құсу, көп мөлшерде сұйық нәжіс болып, құрысқақ (судороги) пен естен тану

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 58 беті

байқалған. Қарағанда кома II дәрежесі, қарашықтар ұлғайған, көз алмалары жұмсақ, ошақтық белгілер жоқ. Терісі құрғақ, тургоры төмендеген. ЖАЖ - 21, ЖЖЖ - 98 рет мин., АҚ - 70/40 мм.с.б. Гликемия - 3,5 ммоль/л. Жалпы қан анализінде ұю қабілеті жоғарылаған. Осы команың дамуында патогенездік механизм маңыз:

- A. Инсулин тапшылығы
- B. Сусыздану
- C. Интоксикация
- D. Гипоксия
- E. Ацидоз

16. 19 жасар науқас стационарға көп ретті құсу синдромымен жеткізілді. Бұрын тәбетінің төмедеуін, нәжісінің сипатының өзгерісін, салмағының төмендегенін байқаған. Анамнезінде туберкулез басынан өткерген. Эксикоздың клиникалық белгілері дене қызуының көтерілеуінсіз, тері жамылғысының айқын бозаруы көзге түседі. ЖҚА: қан қоюлануы, гликемия 3,5 ммоль/л, глюкозурия жоқ. Зәрде ацетон +. Бұл патологиялық жағдайды қалай бағалауға болады:

- A. гипогликемиялық жағдай
- B. тағамдық токсикоинфекция
- C. бүйрекүсті безінің жеткіліксіздігі
- D. ацетонды құсық
- E. диабеттік кетоацидоз

17. Қантты диабетпен науқас коматозды жағдайда қабылдау бөліміне жеткізілді. Бұл жағдай көп рет құсу және сұйық нәжіспен көрініс берген тағамнан уланудан кейін дамыған. Айқын гипотония және олигоуриямен сипатталған дегидратацияның клиникалық көріністері бар. Гликемия 27 ммоль/л, плазма осмолярлығы 380 ммоль/л (320 ммоль/л), зәрдегі ацетонға сынама теріс. Шұғыл көмек көрсетудегі бірінші қадам қандай:

- A. 20 БІР инсулинді болусті түрде
- B. Сағатына 10-12 БІР инсулинді тамшылап
- C. Физиологиялық ерітіндіні сағатына 1 литр есебінен
- D. Коллоидты ерітіндіні сағатына 500 мл есебінен
- E. Гипотониялық ерітіндіні сағатына 1 литр есебінен

18. 60 жастағы әйел, шөлдеуге, полиурияға, арықтауға, ішнің ауырсынуына, түнгі мезгілдегі тершендікке шағым айтады. АҚҚ 185/105 мм.с.б.тең. 10 мг тропafen енгізгеннен кейін АҚҚ 70/40 мм.с.б. төмендеді. Тәуліктік экскреция вк зәрде-50 мкмоль/л (норма 2,5-3,8). Мүмкін болатын диагноз?

- A. феохромоцитома
- B. климактериялық невроз
- C. Иценко-Кушинга ауруы
- D. Иценко – Кушинга синдром
- E. вегето- тамырлық дистония

19. Гиперосмолярлы кома кезінде қандай метаболикалық ығысу жүреді:

- A. Гиперкалиемия
- B. Гиперкальциемия
- C. Глюкозурия
- D. Гипергликемия
- E. Гипонатриемия

20. 60 жастағы ер адамда трофикалық жара емі нәтижесіз болған. Бір жылдан бері манинил қабылдайды. Терісі құрғақ, ісінулер жоқ. АҚ 135/80 мм сын. бағ. ЖСС 82 рет мин. Status localis: он аяқтың табаны гиперемияланған, сәл ісінген, үстіңгі бетінде пішіні дұрыс емес, көлемі 4,5х6,1 см

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 59 беті

жара бар, шеткі тамырларының пульсациясы әлсіреген. Қандағы глюкоза 15 ммоль/л, тәуліктік глюкозурия 29 г/л. Науқасты жүргізудің тиімді тәсілі:

- A. Инсулинге ауыстыру
- B. Бигуанидтерге ауыстыру
- C. Сульфонилмочевина препараттарының мөлшерін ұлғайту
- D. Емдәмді қатаң сақтау және тиімді физикалық күштеме
- E. Бигуанидтер мен секретогогтарды кешенді пайдалану

6 вариант

1. Клиникалық хаттамаға сәйкес түкті ісіктердің тоқ ішектегі жиі орналасатын бөлігі:

- A. Төменге түсетін тоқ ішек
- B. Көлдене-айналымды тоқ ішек
- C. Жоғарылайтын тоқ ішек
- D. Тік ішек
- E. Соқыр ішек

2. Өңеш обырының микроскопиялық құрылымының сипаттамасы:

- A. Төмен дифференцирленген обыр
- B. Мүйізденуімен жүретін жазық клеткалы обыр
- C. Арпасекілді клеткалы обыр
- D. Сақина секілді клеткалы обыр
- E. Ұсақклеткалы обыр

3. К. деген 46 жастағы науқас, ішінің оң жақ бөлігінің тұрақты, сыздап ауыруы сезіміне, тәулігіне 6-8 рет болатын сұйық нәжіске, әлсіздікке шағымданады. Ауырғанына 2 жыл болған, соңғы жылы 8 кг арықтаған. Екі рет дәрігерлер жедел аппендицитке күмәнданып ауруханаға жатқызған. Об-ті: тері жабындылары бозғылт, құрғақ, іші оң мықын аймағында ауыру сезімді. ЭТЖ-56 мм/сағ. Болжам диагнозыңыз:

- A. Крон ауруы
- B. белок жетіспеушілікті созылмалы энтерит
- C. созылмалы спецификалық ойық жаралы колит
- D. созылмалы дизентериядан кейінгі колит
- E. жедел аппендицит

4. Науқас Ю., 35 жаста, эпигастрий аймағындағы ауырсынуға, қыжылдауға, жүрегінің айнуына, вертикалды күйде күшейетін бас айналу мен құлағының шулауы, қара түсті нәжіске шағымданып клиникаға түсті. Объективті: жалпы жағдайы орташа ауырлықта, тері жамылғылары бозарған. Аускультативті: өкпелерінде – везикулярлық тыныс, сырылдар жоқ. Жүрек тондары тұйықталған, ырғағы дұрыс. АҚ 110/70 мм с.б.б. Іші жұмсақ, эпигастрийде ауырсыну байқалады. Бауыры қабырға доғасының бойында, қырлары жұмсақ, ауырсынбайды. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:

- A. асқазанның ойық-жара ауруының пенетрациясы
- B. қалтқының қайтымсыз тыртықтық стенозы
- C. асқазан жарасының малигнизациясы
- D. Мэллори-Вейс синдромы
- E. қан кетумен асқынған асқазанның ойық-жара ауруы

5. Жас жігіт, астеник, күйзеліс жағдайдайлармен байланысты, температурасыз оң қабырға астының анда-санда өткір ауырсынуын байқаған. Тексергенде: іш қуысы мүшелерінің УДЗ мәліметтері бойынша өт қапшығының көлемі кішірейген. Сіздің диагнозыз:

- A. созылмалы холецистит

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 60 беті

- В. гипомоторлық түрдегі өт жолдарының дискинезиясы
 - С. созылмалы панкреатит
 - Д. гипермоторлық түрдегі өт жолдарының дискинезиясы
 - Е. функционалдық диспепсия
6. 21 жастағы науқас созылмалы гастродуоденитпен ауырады. Тұқымқуалаушылық анықталған – әкесі жағынан он екі елі ішектің ойық-жара ауруы бар. Екі жыл бұрын тиімді эрадикациялық ем қабылдаған. Аурудың қайталануына байланысты *Helicobacter pylori*-ге тексерілген. Нәтижесі оң мәнді. Клиникалық хаттамаға сәйкес мүмкін болатын жағдай:
- А. негізгі аурудың қайталануы
 - В. он екі елі ішектің ойық-жара ауруының дамуы
 - С. *Helicobacter pylori*-дің қайта жұғуы
 - Д. функционалдық диспепсия
 - Е. асқазанның ойық-жара ауруының дамуы
7. Науқас әйелде УДЗ мәліметтері бойынша алғаш рет өт қапшығында өлшемдері 2 және 3 мм болатын екі конкремент анықталды. Бұрын созылмалы холецистит диагнозы бойынша дәрігерге қаралған. Бір жыл бұрын жүргізілген дуоденалды зондтау нәтижесінде холестерин кристаллдары табылған +++. Емдеу тактикасы:
- А. литолитикалық терапия
 - В. диетотерапия
 - С. лапароскопиялық холецистэктомия
 - Д. қуыстық холецистэктомия
 - Е. экстракорпоралдық литотрипсия
8. Науқастың шағымдарына, анамнезіне, объективті мәліметтерге сүйене отырып сіз алғашқы диагноз қойдыңыз: Созылмалы қайталамалы панкреатиттің өршуі. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңызды дәлелдеу үшін анықталатын клинико- зертханалық зерттеу көрсеткіші:
- А. қандағы қанттың деңгейі
 - В. қандағы және зәрдегі диастаза белсенділігі
 - С. қандағы холестерин деңгейінің белсенділігі
 - Д. қандағы АСТ және АЛТ белсенділігі
 - Е. қандағы альфа-фетопротеин деңгейін анықтау
9. Клиникалық хаттамаға сәйкес бауыр циррозымен ауыратын науқастардағы ісікті-асциттік синдромды емдеу үшін зәр айдайтын препараттарды тағайындаған кезде ескеретін көрсеткіш:
- А. кальций
 - В. натрий
 - С. хлор
 - Д. гемоглобин
 - Е. калий
10. 44 жастағы науқас эпигастрий аймағының ауырсынуына, көп рет құсуға шағымданып клиникаға түсті. Науқас 3 күн алкоголь қабылдаған. Жалпы жағдайы ауыр, тері жамылғысы құрғақ, дене қызуы 38,6 0 С. Пульс минутына 110 рет. АҚ 80/40 мм с.б.б. Тыныс алуы везикулярлы, өкпенің екі жағында да төменгі бөліктерінде аздап әлсіреген. Тілі құрғақ, ақ жабынмен қапталған. Іші жұмсақ, кепкен, эпигастрии аймағында ауырсыну байқалады. Кера, Керте, Воскресенский симптомдары оң мәнді. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагноз:
- А. жіті панкреатит
 - В. жіті гастрит
 - С. асқазанның ойық-жара ауруы
 - Д. бауыр циррозы
 - Е. жіті холецистит

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 61 беті

11. 33 жастағы Д. атты науқас эпигастрий аймағының белдемелі ауырсынуына, жеңілдік алып келмейтін құсуға шағымданады. Анамнезінде: іс-сапарда жүргенде кенеттен ауырып қалған. Объективті: тері жамылғылары бозарған, тізелерін ішіне қарай бүгілген қалыптағы жағдай, эпигастрийді беткей пальпациялағанда күрт ауырсыну анықталды. Бауыр мен көкбауыры үлкеймеген. Клиникалық хаттамаға сәйкес госпитальға дейінгі кезеңдегі сіздің тактикаңыз:
- ауырсыну синдромын басу
 - гастроэнтерологқа қаралуға кеңес беру
 - жергілікті терапевтке қаралуға кеңес беру
 - хирургиялық бөлімге тез арада жатқызу
 - динамикасын бақылап отыру
12. 60 жастағы ер адамды рентгенологтылық зерттеген кезде өлшемі 2,5 см асқазан жарасы анықталды. Жараның қатерсіз сипаттамасын көрсететін белгі:
- соңғы 2 ай ішінде дене массасының 5 кг төмендеуі
 - жараның болуына қарамастан эпигастрий аймағында ауру сезімінің болмауы
 - жараның асқазанның кіші иірімінде орналасуы
 - Rh – метрияда асқазан сөлінде тұз қышқылының болуы
 - жара маңындағы асқазан қатпарының конвергенциясы
13. Клиникалық хаттамаға сәйкес қатерлі ісікті жоққа шығару үшін міндетті түрде динамикалық ФГДС жүргізу қажет.
- пернициозды анемияда
 - 12-елі ішек жара ауруында
 - атрофиялық гастритте
 - эрозивті гастродуоденитте
 - үлкен өлшемді асқазан жарасында
14. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы және гастроэзофагеальді рефлюкспен ауыратын науқастарға қолдануға болмайды:
- адреномиметиктерді
 - H₂ -гистамин рецепторланың блокаторын
 - сұйық антацидтерді
 - протон помпасының ингибиторларын
 - холинолитиктерді
15. Метацин дәрілер тобына жатады:
- симпатомиметик
 - селективті холинолитик
 - селективті емес холинолитик
 - прокинетик
 - гастропротектор
16. Омепрозолдың негізгі әсер ету механизмі:
- асқазанның негізгі клеткаларының блокадасы
 - простогландиндер синтезінің тежелуі
 - асқазан қалаушы клеткаларының блокадасы
 - гастрин синтезінің тежелуі
 - муцин синтезінің тежелуі
17. А. деген 66 - жастағы науқас, майлы тағамнан кейін пайда болатын оң қабырға астындағы жүрек аймағына берілетін ауыру сезіміне шағымданып ауруханаға түсті. Ауырғанына 3 жыл болған. Об-ті: дене температурасы – 36,4°C. Іші жұмсақ, сипағанда өт қапшығының тұсында ауыру сезіледі, Ортнер симптомы оң мәнді. Қанда – лейкоц. - 7,8 мың, ЭТЖ - 18 мм/сағ. Зәрді зерттеу: барлық үлестерінде шырыш пен лейкоциттер. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 62 беті

- A. жедел аппендицит, кардиальды синдроммен
- B. созылмалы дуодениттің өршуі
- C. күштемелік стенокардия
- D. созылмалы холециститтің өршуі, кардиальды синдроммен
- E. миокард инфарктісі, гастралгиялық түрі

18. Л. деген 28 жастағы науқас, оң қабырға астындағы ұстамалы ауыру сезім, аузының ащы татуы, жалпы әлсіздік, аздап сарғаюға шағымданып түсті. Емдәмді бұзғанда пайда болатын ауыру сезімді ұстамалар мазалағанына 10 жыл болған. Көк тамырлық холангиографияда: жалпы өт қапшығы айтарлықтай кеңейген, ұлғайған, төмен орналасқан, түбінде – ірі тас байқалады. Сіздің клиникалық диагнозыңыз:

- A. созылмалы калькулезді холециститтің өршуі
- B. созылмалы тассыз холециститтің өршуі
- C. өт қапшығының қатерлі ісігі
- D. өт қабының гипомоторлы дискинезиясы
- E. созылмалы дуодениттің өршуі

19. Л. деген 28 жастағы науқас оң қолына берілетін оң қабырға астындағы ұстамалы ауыру сезімі, өт араласқан құсыққа шағымданып ауруханаға түсті. Өттің барлық үш үлесінде де – шырыш, лейкоциттер, VI – лямблиялар анықталды. Клиникалық диагноз:

- A. калькулезді холециститтің өршуі
- B. өт шығару жолдарының гипертониялық типті дискинезиясы
- C. созылмалы дуодениттің өршуі
- D. созылмалы холециститтің өршуі
- E. созылмалы холангит, өршу сатысы

20. М. 74 жастағы науқас, майлы, қуырылған тағамдардан соң пайда болатын оң қабырға астындағы тұрақсыз ауыру сезімі, лоқсу, құсу, бас ауыруына шағымданып түсті. Ауыру сезімі оң жауырынға беріледі. 3 - жылдан бері ауырады. Об-ті: тілі ақ тұтықпен жабылған, ішті сипағанда өт қапшығы тұсында ауыру сезімі байқалады. Ортнер, Френикус, Мюсси – симптомдары оң мәнді. Дене температурасы - 37 С. Жалпы қан анализінде - нейтрофильді лейкоцитоз. Клиникалық хаттамаға сәйкес болжам диагноз:

- A. созылмалы холециститтің өршуі
- B. оң жақ өкпенің төменгі бөлігінің пневмониясы
- C. созылмалы гепатит, белсенділігі минимальді дәрежелі
- D. перитонитпен асқынған жедел аппендицит
- E. созылмалы дуодениттің өршуі

7 вариант

1. Науқас К., 19 жаста, әлсіздікке, сарғаюға, дене температурасының 37,5°C дейін көтерілуіне, сол жақ қабырға астындағы ауырлық сезіміне шағымданады. Науқастың әкесінде мезгіл-мезгіл сарғаю болып тұрады. Іші жұмсақ, сол жақ қабырға асты аймағында ауырсынады. Бауыры қабырға доғасының астынан 1 см шығып тұрады, көкбауыр – 14x8 см. НВ – 90 г/л, эр. - 3,0x10¹²/л, лейкоц. - 8,8x10⁹/л; ЭТЖ 24 мм/сағ, ретикулоциттер – 25%. Жалпы билирубин – 40 г/л, тура – 4 г/л, АЛТ – 0,68 ммоль/л. Сарысудағы темір - 39,8 мкмоль/л. Кумбс сынамасы – теріс. УДЗ: бауыр контурлары біркелкі емес, эхоструктурасы гетерогенді. Қақпа венасы – 1,2 см. Көкбауыр: ауданы 45 см²; көкбауыр венасы – 0,8 см. Өт қабы: пішіні – сопақша; өлшемдері 10,6 x 6,8 см; қабырғасының қалыңдығы 0,5 см. Өт қабы қуысында эхогенді взвесь бар. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің алдын ала диагнозыңыз:

- A. Аутоиммунды гепатит

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 63 беті

- B. Созылмалы гепатит
- C. Өт-тас ауруы
- D. Тұқым қуалайтын микросфероцитоз
- E. Калкулезді холецистит

2. Науқас М., 22 жаста, Орталық Азия республикаларына сапардан оралғаннан кейін 1 аптадан кейін тәулігіне 4-5 ретке дейін дәрегінің жиілеуін байқады. Нәжісі сұйық, қан қоспасымен, көбікті, көп мөлшерде. Бактериологиялық зерттеу кезінде нәжісте E. coli 0157 штаммы анықталды. Сіздің тактикаңыз:

- A. Бактрим
- B. Ципрофлоксацин
- C. Бисептол
- D. Цефтриаксон
- E. Флемоксин-соллютаб

3. 6 ай бұрын өт тас ауруына байланысты лапароскопиялық холецистэктомия жасалған 48 жастағы әйел бұрынғы орнында ауырсынудың қайта басталғанына шағымданады. Диагностикалық деректер: функционалды бауыр сынамаларының нәтижелерінің өзгеруі, ахолиялық нәжістің болуы, зәрдің қараюы, ультрадыбыстық сканерлеу арқылы анықталған гиперэхоиялық қосындылармен өт жолдарының кеңеюі. Болжауға болады:

- A. Жалпы өт жолының таспен бітелуі
- B. Жедел панкреатиттің дамуы
- C. Одди сфинктерінің дисфункциясы
- D. Созылмалы гепатиттің өршуі
- E. Бактериялық холангиттің дамуы

4. 32 жаста, алкогольдік ішімдік ішетін ер адамды эпигастрийдің ортаңғы сызығының оң жағында және оң жақ қабырға астындағы ауырсыну, жеңілдік әкелмейтін құсу мазалайды. Тері жамылғысының түсі сарғайған, механикалық сарғаю белгілері. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің алдын ала диагнозыңыз:

- A. Ұйқы безі басының көлемінің ұлғаюы
- B. Одди сфинктерінің дисфункциясы
- C. Созылмалы гепатиттің өршуі
- D. Бактериялық холангиттің дамуы
- E. Жалпы өт өзегінің тесілуі

5. 5 ай бұрын өт-тас ауруына байланысты лапароскопиялық холецистэктомия жасалған 48 жастағы әйел бұрынғы орнында ауырсынудың қайта басталуына шағымданады. УДЗ-де: жалпы өт жолының диаметрі 8 мм-ден жоғары. Ықтимал асқыну:

- A. өтке тәуелді панкреатит
- B. созылмалы гепатит
- C. Одди сфинктерінің дисфункциясы
- D. бауыр циррозы
- E. Фатеров емізікшесінің стенозы

6. 4 ай бұрын өт-тас ауруына байланысты лапароскопиялық холецистэктомия жасалған 48 жастағы әйел бұрынғы орнында ауырсынудың қайта басталуына шағымданады. Одди сфинктерінің базальды қысымының деңгейі 40 мм сын.бағ. жоғары. Жалпы өт жолының 13 мм-ге дейін кеңеюі, бауырдың функционалды сынамаларының өзгеруі, ЭРХПГ кезінде өт жолдарынан контрастты заттың ағып шығуының баяулауы. Ықтимал асқыну:

- A. Жалпы өт өзегінің тесілуі
- B. Өт шығаруға тәуелді панкреатит
- C. Одди сфинктерінің стенозы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 64 беті

- D. Созылмалы гепатит
- E. Өт шығару жолдарының дисфункциясы

7. Ұзақ уақыт бойы қыжылдаудан зардап шегетін, көкеттің өңештік тесігінің жарығы(грыжа) бар науқаста соңғы 6 айда клиникалық көрініс өзгерген: қыжыл жоғалған, қою тамақты қабылдағанда жұтыну қиындаған, тәбеті сақталған, бірақ қабылдайтын тағам мөлшері азайған, науқас салмағын жоғалта бастаған. Клиникалық хаттамаға сәйкес болжамды диагноз:

- A. Асқазанның қатерлі ісігі
- B. Өңештің қатерлі ісігі
- C. Өңештің тарылуы(стриктурасы)
- D. Кардия ахалазиясы
- E. Баррет өңеші

8. Әйел дене салмағының айтарлықтай төмендеуіне және дене, іш және бөксе терісіндегі периодты түрде шығатын буллезді бөртпелерге шағымданады. Тексергенде: жылтыр, қызыл-қызғылт сары тіл, ауыр анемия, ЭТЖ жоғарылауы, гипергликемия байқалады. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:

- A. Глюкагонома
- B. Инсулинома
- C. Қант диабеті
- D. Феохромоцитома
- E. Випома

9. 45 жастағы әйел, асқазанның пилорикалық бөлігінің обструкциясына байланысты екі апта бойы парентеральді тамақтануда болды. Осыдан кейін оның терісінде көптеген гематомалар пайда болды. Қарау кезінде асқазан-ішек жолдарынан қан кету белгілері анықталмады, науқастың жағдайы тұрақты. Науқастағы бұл жағдайдың себебі:

- A. ТШҚҰ синдромы
- B. К витаминінің тапшылығы
- C. Сепсис
- D. Тромбоцитопения
- E. Кальций тапшылығы

10. Жас жігіт әскери комитеттің гастроэнтеролог дәрігеріне келесі зертханалық зерттеу нәтижелерімен жіберілді: жалпы билирубин – 47,0 мкмоль/л, байланысқан билирубин – 4,5 мкмоль/л, АЛТ – 28,0 мкмоль/л. Жалпы қан анализінде: эритроциттер – $5,0 \cdot 10^{12}/л$, түсті көрсеткіш – 0,9, лейкоциттер – $5,8 \cdot 10^9/л$, ЭТЖ – 9 мм/сағ; Қанның ИФТ кезінде: HBsAg – теріс, анти-HBcor IgG – оң, анти-HCV – теріс. Ұйқышылдыққа, 1-2 апта бойында жұмыс өнімділігінің төмендеуіне шағымданады. Склерасы сарғайған, ағзалар мен жүйелерде өзгерістер анықталмаған. Бұрын ЖРВИ-ден басқа ешқандай аурумен ауырмаған. Сіздің қорытынды:

- A. Жедел вирусты гепатит В, субклиникалық
- B. Созылмалы вирусты гепатит В, белсенділігі төмен
- C. Созылмалы вирусты гепатит В, белсенділігі орташа
- D. Вирусты гепатит В, интеграциялық кезең
- E. Бастан өткізген вирусты гепатит В дан кейінгі Жильбер синдромы

11. 56 жастағы әйел, семсер өсіндісінің негізі аймағында күйдіріп ауырсынуының жүрек аймағына таралуына, тамақтанған соң жарты сағаттан кейін, физикалық жүктемеде, енкейгенде күшейюіне және ауамен кекіруге шағымданды. Алмагельмен толық басылмайды. Барий қоспасымен рентгенологиялық зерттеу қорытындысы - диафрагма үстінде жарты шар тәрізді, асқазанның кілегей қабаты қатпарларында рентгенконтрастты массаның тұрақты қалуы, өңештен асқазанға контрастты массаның рефлюксі байқалады. Сіздің диагнозыңыз:

- A. Өңеш обыры

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 65 беті

- B. Бронх демікпесі
- C. Диафрагманың өңеш тесігінің жарығы
- D. Созылмалы гастрит
- E. Кардия ахалазиясы

12. 18 жастағы жас әйел эмоциялық күйзелістен кейін суық сұйық немесе ыстық тамақ қабылдағаннан кейін (тығыз тағам жақсы өтеді) дисфагияға шағымданды. Кейінірек дисфагия қобалжығанда, шаршағанда да пайда болды. Тәбеті сақталған, дене салмағы қалыпты. Физикалді тексеруде патология анықталмаған. Науқасқа берілетін ұсыныс:

- A. Сұйық тамақ ішу
- B. Тыныс гимнастикасы
- C. Неврозды емдеу
- D. Физиотерапия
- E. Витаминмен емдеу

13. 35 жастағы науқас адам дәрігерге келесі шағымдармен каралды - кеуде қуысының оң жағының анда-санда ауырсынуы қыжылдау сезімімен ауысып отырады, ауыздан жағымсыз иіс бөлінуі. Соңғы айларда дисфагия пайда болды. Жиі өкпе қабынуымен ауырады. Диагнозды нақтылау үшін жүргізілетін тексеру:

- A. Контрастты бариймен рентгенография
- B. Электрокардиография;
- C. Гемоглобинге қан анализі
- D. Гастроскопия
- E. Кеуде қуысы ағзаларының рентгеноскопиясы

14. 76 жастағы ер азаматты тамақтанғаннан кейін эпигастрийде ауырлық және толып кету сезімі, тамақпен кекіру, лоқсу, ауызынан жағымсыз иіс, метеоризм, іштің шұрылдауы мазасыздандырады. ФГДС: кілегей қабаты бозарған және дақтанған, қатпарлары жазылған, кілегей қабатының астындағы қан тамырлары көрінеді. Морфологиясы (асқазанның денесі мен антралды бөлігі биоптаттары) - атрофия, лимфоплазмоцитарлы инфильтрация, орташа деңгейдегі ішектік метаплазия. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің емдеу тактикаңыз:

- A. Преднизалон, омепразол, креон
- B. Цизаприд, алмагель, мезим-форте
- C. Фестал, де-нол, аскорбин қышқылы
- D. Квамател, гастрал, креон
- E. Абомин, домперидон, цианокобаламин

15. Асқазан-ішек жолдары, ауыз қуысы кілегей қабатында, тілде, ерінде телеангиэктазиялар асқазаннан қан кетуімен қосарлану сипаттамасы тән ауру:

- A. Мэллори-Вейсса синдромы
- B. Цинга
- C. Геморрагиялық гастрит
- D. Верльгоф ауруы
- E. Вебер-Рандю-Ослер ауруы

16. 45 жастағы науқас әйел ерте жасынан бастап іші қатып қалуымен сырқаттанады, үлкен дәреті аптасына 1-2 рет болады. Пубертатты кезеңде сәл жақсаруы болған. Қазіргі уақытта өзіндік жүретін үлкен дәрет екі аптада бір рет қана тығыз қатты нәжіс массасы бөлінеді. Клизма жасауға мәжбүр. Жас және жасөспірім кезеңінде жиі "екі этапты дәрет" жүретін, яғни бір дефекациядан кейін 1,5-2 сағатта екінші дефекация жүреді, әрі қарай іші қатып қалуы дамыған. Сіздің диагнозыңыз:

- A. Микседема
- B. Мегадолихоколон
- C. Ішектің эндоэктриозы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 66 беті

- D. Тоқ ішектің обыры
- E. Ішектің тітіркену синдромы

17. 19 жастағы жасөспірім жыл бойы "созылмалы энтерит" диагнозымен бақылауға алынған, интестопанмен, тұтқыр және ферментті препараттармен емделуі нәтижесіз болды. Өлсіздік, диарея, дене салмағының кемуі күшейген, терісі құрғақ, аяғының ісінуі, глоссит, хейлит пайда болды. Ерте жасынан бастап дәрегі сұйық, әрдайым көпіршікті, бірақ ішек инфекциясы болмаған. Анализде: анемия, гипопропротеинемия, гипохолестеринемия, гипокальциемия; копрограмма - полифекалия, стеаторея. Сіздің күдікті диагнозыңыз:

- A. Ішек дисбактериозы
- B. Крон ауруы
- C. Ішектің шектен тыс колонизация синдромы
- D. Глютенді энтеропатия
- E. Ішектің тітіркену синдромы

18. Тоқ ішектің дивертикулезі жиі зақымдайды:

- A. Сигматәрізді ішекті
- B. Тік ішекті
- C. Төменге түсетін тоқ ішекті
- D. Көлденең белдемелі тоқ ішекті
- E. Соқыр ішекті

19. 35 жастағы әйел оң жақтың қабырға асты және мықын ішек аймағындағы өткір ауырсынуға, дене қызуының субфебрилді көтерілуіне, қоймалжынды дәретке шағымданып дәрігерге қаралды. Ішектің рентгенологиялық зерттеуінде соқыр және мықын ішекте әртүрлі көлемдегі ойық жаралар анықталған, қысқа қуысты синустар бар; арасында қалыпты кілегей қабаттармен ауысып отырады; "тастан қаланған көпірге" ұқсас. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:

- A. Уипл ауруы
- B. Дивертикулды ауру
- C. Туберкулезді илеотифлит
- D. Ишемиялық колит
- E. Гранулематозды колит

20. 43 жастағы әйел жанұялық дәрігерге ішінің қатып қалуына шағымданды. Өздігінен үлкен дәрет шықпайды. Өңгімелесе келе аяқ-қолы жылдам мұздайтыны, тез шаршап қалуы, шашы түсе бастағаны белгілі болды. Бағдарламашы болып жұмыс істейді, көп уақытын компьютер алдында өткізеді. Объективті тексеруде терісі, кілегей қабаты құрғақ. Жүрек тондары тұйық. АҚ 110/70 мм рт.ст. Іші жұмсақ, пальпацияда тығыз, сигматәрізді ішегі нәжіс массасына толы. Іштің қатып қалу себебін анықтайтын ең ақпаратты диагностикалық тест:

- A. Фиброэзофагогастроскопия
- B. Фиброколоноскопия
- C. Копрограмма
- D. Іш қуысы ағзаларының УДЗ
- E. Тиреоидты гормондарды анықтау

8 вариант

1. 41 жастағы әйел майлы тамақты жегеннен кейін пайда болатын оң жақ қабырға астындағы ауру сезіміне шағымданады. Объективті: пальпацияда – өт қабының проекциясында орташа ауыру сезімі. Қанда – лейкоциттер 6,9 мың, ЭТЖ 12 мм/сағ, холестерин 7,3 ммоль/л. Өт қабының ультрадыбыстық зерттеуінде: өт қабының қуысында диаметрі 0,8 см болатын тас анықталды. Науқасқа тағайындалатын препарат:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 67 беті

- A. хенодзоксихол қышқылы
- B. фламин
- C. хологол
- D. ампициллин
- E. платифиллин

2. 36 жастағы әйел іштің төменгі төртбұрыштарындағы ауру сезіміне, тәулігіне 2-3 рет көзге көрінетін патологиялық қоспаларсыз сұйық, ботқа тәрізді нәжіске шағымданады. Қарап тексергенде: ауыз қуысында көптеген афталар, пальпация кезінде ішек бойында ауру сезімі бар. Ректороманоскопияда: анальды жырықтар анықталады. Ирригоскопияда әртүрлі мөлшердегі және пішіндегі ойық жаралар, ішектің стриктуралары және «тас көше» тәрізді шырышты қабат анықталады. Сіздің диагнозыңыз:

- A. Крон ауруы
- B. созылмалы колит
- C. ішек туберкулезі
- D. ішек амилоидозы
- E. бейспецификалық ойық жаралы колит

3. Клиникалық хаттамаға сәйкес келесі препарат асқазан-ішек жолдарының шырышты қабатының ойық жаралы зақымдануын тудыруы мүмкін:

- A. метронидазол
- B. кларитромицин
- C. аспирин
- D. сукралфат
- E. амоксицилин

4. Клиникалық хаттамаға сәйкес, Крон ауруы кезінде эндоскопиялық зерттеу мыналарды анықтауы мүмкін:

- A. тамырлы өрнектің болмауы
- B. ұзынша пішінді жаралар
- C. тары тәрізді абсцесстер
- D. «тас көше» түріндегі шырышты қабық
- E. іріңді абсцесстер

5. 46 жастағы ер адам әлсіздікке, ұйқының бұзылуына, зейінінің нашарлауына, есте сақтау қабілетінің төмендеуіне, соңғы уақытта жазуының өзгергеніне, мұрыннан қан кетуге, көгеруге шағымданады. Қарап тексергенде: терісі құрғақ, гипо- және гиперпигментация ошақтары, ақ тырнақтар, кеуде және беттегі телеангиэктазиялар анықталады. Бауыр қабырға доғасының шетінен 1 см шығыңқы, тығыз. Көкбауыр – 15х8 см. Іш қуысында бос сұйықтық анықталады. АЛТ – 28 ХБ/мл, АСТ – 24 ХБ/мл, билирубин 143 мкмоль/л, ПТИ – 45%, жалпы белок – 57 г/л, альбумин – 32 г/л. бауыр эластографиясы – 43 кПа. ФЭГДС нәтижесі:

- A. асқазанның шырышты қабатының гиперемиялық жолақтары
- B. өңештің төменгі үштен бір бөлігіндегі кеңейген веналар
- C. өңештің төменгі үштен бір бөлігінің гиперемиясы
- D. асқазанның үлкен қисаюы (кривизна) бойындағы ойық жаралы ақаулар
- E. айқын веноздық суретпен атрофиялық асқазан шырышты қабаты

6. Ер адам ішінің ұлғаюына, оң және сол жақ қабырға астындағы жайсыздыққа, ұйқының инверсиясына (күндізгі ұйқышылдық, түнде ұйқысыздық), іш катуға шағымданып келді. Бұл белгілердің барлығы 3 ай бұрын пайда болған. УДЗ-де гепатоспленомегалия және асцит анықталды. Соңғы аптада әлсіздік күшейген, дене температурасы субфебрильді деңгейге дейін көтеріледі, іштің ауырсынуы, диурез азаяған. ЖҚА: лейкоциттер $9,9 \times 10^9/\text{л}$, р -5%, с – 75%, м – 1%, л – 19%, эритроциттер $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 112 г/л, ЭТЖ 30 мм/сағ. Науқаста болуы мүмкін асқынулар:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология		51/11-2025
«Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		84 беттің 68 беті

- A. жедел бауыр жеткіліксіздігі
- B. ішек инфекциясының қосылуы
- C. гепаторенальды синдром
- D. кенеттен болатын бактериялық перитонит
- E. зәр шығару жолдарының инфекциясының қосылуы

7. 52 жастағы науқас жұтынудың қиындауына, әсіресе қатты тағамды қабылдағанда, регургитацияға, физикалық белсенділікке байланысты емес төс сүйегінің арты аймағында тамақ бөлігінің тұруы сезіміне және ауырсынуға шағымданады. Жұтынуды жеңілдету үшін тамақтан соң бір стакан жылы су ішеді. Аталған белгілер 5 жыл бойы мазалайды. Науқастың жалпы жағдайы қанағаттанарлық, салмағы 70 кг, бойы 164 см. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:

- A. Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы
- B. Өңеш ісігі
- C. Баррет өңеші
- D. Кардия ахалазиясы
- E. Көкеттің өңештік тесігінің жарығы (грыжа)

8. Науқас Н. тамақтың өтуінің қиындауына, әсіресе қатты тағам қабылдағанда жұтыла бастағаннан кейін 2-4 секундтан кейін тамақтың өңеш деңгейінде «тұрып қалуына» шағымданады. Жұтынуды жеңілдету үшін тамақтан соң бір стакан жылы су ішеді. Аталған белгілер науқасты 4 жыл бойы мазалайды. Науқастың жалпы жағдайы қанағаттанарлық, салмағы 70 кг, бойы 164 см. Клиникалық хаттамаға сәйкес симптомдарды жеңілдету үшін мыналарды тағайындау керек:

- A. Омепразол 20 мг күніне 2 рет тамақ алдында
- B. Домперидон 10 мг күніне 3 рет тамақтан 20 минут бұрын
- C. Итоприд 50 мг күніне 3 рет тамақтанар алдында 15
- D. Де-нол 120 мг күніне 3 рет тамақтан кейін
- E. Нитрендипин 10-30 мг тамақтан 30 минут бұрын тіл астына

9. 52 жастағы науқас жұтынудың қиындауына, әсіресе қатты тағамды қабылдағанда, регургитацияға, физикалық белсенділікке байланысты емес төс сүйегінің арты аймағында тамақ бөлігінің тұруы сезіміне және ауырсынуға шағымданады. Жұтынуды жеңілдету үшін тамақтан соң бір стакан жылы су ішеді. Аталған белгілер 5 жыл бойы мазалайды. Науқастың жалпы жағдайы қанағаттанарлық, салмағы 70 кг, бойы 164 см. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің тактикаңыз:

- A. Динамикадағы бақылау
- B. Хирургпен кеңесу
- C. Гастроэнтерологтың кеңесі
- D. Эндоскопиялық баллонды кеңейту
- E. Дәрілік терапия

10. Науқас 30 жаста, әлсіздік, бас айналу, екі рет «кофе қойыртпағымен» құсу, сұйық шайыр тәпіді нәжіс, тершендік, шөлдеу шағымдарымен қабылдау бөліміне жеткізілді. Денсаулығының нашарлауы таңертең ауыр заттарды көтергеннен кейін пайда болды. Объективті: бозарған, АҚ 100/65 мм.сын.бағ. ЖСЖ 105 минутына, пульстің толымдылығы әлсіз. Ішастардың тітіркену симптомы жоқ. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің алдын ала диагнозыңыз:

- A. Асқазанның симптоматикалық ойық жарасы
- B. Асқазанның жедел ойық жарасынан қан кету
- C. Жедел геморрагиялық гастрит, қан кету
- D. Асқазан ойық жарасының перфорациясы
- E. Годпасчер синдромы, асқазаннан қан кету

11. Науқас П., 43 жаста, әлсіздікке, шөлдеуге, тәбетінің жоғарылауына, полиурияға, орташа физикалық жүктеме кезінде ентігуге және тахикардияға шағымданды. Объективті: терісі қола түсті,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 69 беті

бауыры ұлғайған, консистенциясы тығыз, шеті сүйір. Көкбауыр пальпацияланбайды, перкуссияда 8-10 см. Қандағы глюкоза 11,2 ммоль/л. Диагнозды растау үшін анықтау керек:

- A. Қан сарысуындағы темір деңгейі
- B. Қан сарысуындағы кальций деңгейі
- C. Қан сарысуындағы мыс деңгейі
- D. Қан сарысуындағы креатинин деңгейі
- E. Қан сарысуындағы мочевина деңгейі

12. Тәулігіне 4 ретке дейін жиі нәжісімен, нәжісінде аздаған қан араласқан және колоноскопиялық зерттеу кезінде сигма тәрізді, төмен түсетін тоқ ішек және көлденең тоқ ішек бойында беткей ойық жаралары бар науқасқа клиникалық хаттамаға сәйкес жүргізілетін ем:

- A. Сульфасалазин 1 г/тәу + преднизолон 20 мг/тәу
- B. Сульфасалазин 2 г/тәу + преднизолон 40 мг/тәу
- C. Сульфасалазин 2 г/тәу + преднизолон 60 мг/тәу
- D. Сульфасалазин 1 г/тәу + преднизолон 40 мг/тәу
- E. Сульфасалазин 2 г/тәу + преднизолон 20 мг/тәу

13. Науқас К., 32 жаста, ішінің кебуіне, үлкен дәретінің тәулігіне 4-6 ретке дейін жиілеуіне, әлсіздікке, тәбетінің төмендеуіне шағымданды. Бұл белгілер асқазан жарасын антисекреторлық препараттармен және антибиотиктермен 8 апталық емдеу курсы аяқталғаннан кейін 10 күннен кейін пайда болды. Диареяның себебі:

- A. Тітіркенген ішек синдромы
- B. Микробтық ластану синдромы
- C. Созылмалы панкреатит
- D. Глютендік энтеропатия
- E. Ішек липодистрофиясы

14. 18 жастағы науқаста тәулігіне 10 ретке дейін диарея, стеаторея, дене салмағының төмендеуі, полигиповитаминоз белгілері және электролиттік бұзылулар бар. ИФТ кезінде эндомиозий мен тіндік транс-глутаминазаға антиденелер (IgA) анықталды. Сіздің диагнозыңыз:

- A. Глютен энтеропатиясы
- B. Панкреатит
- C. Уиппл ауруы
- D. Крон ауруы
- E. Лямблиоз

15. 45 жастағы науқаста қатты белбеу тәрізді ауырсыну, дене салмағының төмендеуі, шөлдеу, әлсіздіктің күшеюі, тәбетінің төмендеуі, аш қарынға қандағы глюкоза деңгейі 11,0 ммоль/л. УДЗ: ұйқы безінің едәуір бөлігі дәнекер тінімен алмасқан. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің алдын ала диагнозыңыз:

- A. Созылмалы обструктивті панкреатит, I типті қант диабеті
- B. Созылмалы кальцифальды панкреатит, II типті қант диабеті
- C. Ұйқы безінің фиброзы, II типті қант диабеті
- D. Созылмалы паренхиматозды панкреатит, глюкозаға төзімділіктің бұзылуы
- E. Созылмалы псевдотуморлы панкреатит, II типті қант диабеті

16. 45 жастағы науқаста қатты белбеу тәрізді ауырсыну, дене салмағының төмендеуі, шөлдеу, әлсіздіктің күшеюі, тәбетінің төмендеуі, аш қарынға қандағы глюкоза деңгейі 11,0 ммоль/л. УДЗ: ұйқы безінің едәуір бөлігі дәнекер тінімен алмасқан. Клиникалық хаттамаға сәйкес емдеу нені түзетуге бағытталған?

- A. Ішкі секреторлы жеткіліксіздікті, гипергликемияны
- B. Ұйқы безінің жеткіліксіздігін, гипогликемияны
- C. Сыртқы секреторлық жеткіліксіздікті, гипогликемияны

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 70 беті

D. Антисекреторлық қызметті, гипергликемияны

E. Сыртқы секреторлық жеткіліксіздікті, гипергликемияны

17. 8 жыл бойы созылмалы холециститпен ауыратын 40 жастағы науқаста диетаны бұзғаннан кейін белдеу тәрізді қатты ауырсыну, іштің кебуі, құсу, склераларының сарғаюы пайда болды. Жедел холецистит диагнозымен хирургиялық бөлімшеге жатқызылды. УДЗ-де: ұйқы безі басының ісінуі, Вирсунг каналының кеңеюі, эхо тығыздығының жоғарылауы, контурлардың біркелкі еместігі байқалады. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:

A. Созылмалы холециститтің өршуі

B. Ұйқы безінің қатерлі ісігі

C. Панкреатиттің псевдотуморлы түрі

D. Өт- тас ауруы

E. Одди сфинктерінің дисфункциясы

18. 12 жыл бойы созылмалы холециститпен ауыратын 40 жастағы науқаста диетаны бұзғаннан кейін белдеу тәрізді қатты ауырсыну, іштің кебуі, құсу, склераларының сарғаюы пайда болды. Жедел холецистит диагнозымен хирургиялық бөлімшеге жатқызылды. УДЗ-де: ұйқы безі басының ісінуі, Вирсунг каналының кеңеюі, эхо тығыздығының жоғарылауы, контурлардың біркелкі еместігі байқалады. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің келесі тактикаңыз:

A. Омепразол + Креон + Одестон

B. Гастроцепин + Мезим-Форте + Маалокс

C. Ранитидин + фесталь + баралгин

D. Фамотидин+панзинорм+но-шпа

E. Платифиллин + аллохол + ораза

19. Холедохолитиазбен ауыратын науқаста диагностикалық ЭРПХГ кезінде Вирсунг каналының қабырғасы зақымданған және өтті панкреатит дамыған. Объективті: іші кернелген, керілген, ішек перистальтикасы естілмейді. Қанда – амилаза және липаза деңгейі жоғарылаған. Клиникалық хаттамаға сәйкес ұйқы безінің секрециясын басатын препарат:

A. Фамотидин

B. Эзомепразол

C. Ранитидин

D. Атропин сульфаты

E. Октреотид

20. Науқас А., 42 жаста, сарғаюға, оң жақ қабырға астындағы ауру сезіміне, оссалгияға, миалгияға шағымданады. Объективті: бауыр қабырға доғасының астынан + 2,5 см шығынқы, көкбауыр 6х8 см. ЖҚА: нормохромды анемия, лейкопения, тромбоцитопения. ЛЕ жасушалары ++. ИФТ кезінде тегіс бұлшықетке қарсы антиденелер (SMA) және антиядролық антиденелер (ANA) анықталды. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің келесі дәрілік тактикаңыз:

A. Азатиоприн + преднизолон

B. Урсодезоксихолий қышқылы + холестирамин

C. Гептрал + Эссенциале-форте

D. Десферал + ЛИВ-52

E. D-пеницилламин + карсил

9 вариант

1. 45 жастағы науқаста қан қысымының 200/110 мм.сын.бағ дейін тұрақты жоғарылауы, бұлшықет әлсіздігі, құрысулар және зәр шығару жиі кездеседі. Бұл белгілер бір жыл бойы мазалайды. Компьютерлік томографияда сол жақ бүйрек үсті безінің ұлғаюы байқалды. Ең қолайлы кездесу:

A. Конкор

B. Physiotensa

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 71 беті

- C. фуросемид
- D. индапамид
- E. Верошпирон

2. 23 жастағы науқас клиникаға ес-түссіз түскен. Тері құрғақ, шектері қызарған. Дем шығарған ауада ацетонның өткір иісі сезіледі. Куссмаул тынысы. АҚ 130/90 мм с.б. Өнер. Пульс 102 рет. бір минутта. Қандағы қант 28,4 ммоль / л, зәрде 6%, ацетонға реакция күрт оң. Болжам диагнозы:

- A. Бүйрек комасы
- B. Уремиялық кома
- C. Гиперосмолярлы кома
- D. Кетоацидотикалық кома
- E. Гиперлактацидемиялық кома

3. Феохромоцитоман өндіріс ұлғаяды:

- A. Катехоламиндер
- B. Глюкокортикоидтар
- C. Минералокортикоидтар
- D. Өсу гормоны
- E. Кортикотропин

4. Суық тиген 18 жастағы балада ашқарақтық, полиурия, жалпы әлсіздік пайда болды. Қандағы қант деңгейі 16 ммоль / л, несеп 5%, зәрдегі ацетон оң. Науқаста қант диабетінің түрі:

- A. Инсулинге тәуелді емес қант диабеті (2 тип)
- B. Инсулинге тәуелді қант диабеті (1 тип)
- C. Инсулинге тәуелді қант диабеті (2 тип)
- D. 2 типті қант диабеті (MODY)
- E. Қайталама қант диабеті

5. Гиперосмолярлы комада БЦК толықтырыла бастайды:

- A. Гипертониялық шешім
- B. Нормотоникалық шешім
- C. Реополиглюкин
- D. Гипотоникалық шешім
- E. Көшірмесін толтырудың қажеті жоқ

6. Гиперлактацидемиялық команың симптомы:

- 1) Аузынан ацетонның иісі шығады, 2) Цианоз, 3) Құрғақ тері, 4) Куссмаулдың 4 тынысы, 5) Төмендеді сіңір рефлекстері.

- A. 1,2,3,4
- B. 1,3,4,5
- C. 1,2,4,5
- D. 2,3,4,5
- E. 1,2,3,5

7. Науқас В. 65 жаста, қант диабетімен ұзақ уақыт байқалды. Тәулігіне 3 рет 2 таблетка адебит қабылдады. Бір апта бұрын тұмаудан кейін жөтел пайда болды. Түскенге дейін ол құсып, жедел жәрдем бөліміне ес-түссіз күйде түскен. Тері құрғақ, бозғылт. Ацетонның иісі жоқ. Куссмаул тынысы. АҚ 50/30 мм с.б. Өнер. Жүрек соғысы-минутына 120 рет. Қандағы қант - 12 ммоль / л, зәрдегі қант - 6%, сүт қышқылының деңгейі - 2 ммоль / л. Сіздің диагнозыңыз қандай?

- A. 2 типті қант диабеті, кетоацидотикалық кома
- B. 2 типті қант диабеті, гиперосмолярлы кома
- C. уремиялық кома
- D. бауыр комасы
- E. 2 типті қант диабеті, лактоацидозды кома

8. 30 жастағы науқас 5 жаста 1 типті қант диабетімен ауырады. Гипотермиядан кейін бірнеше күн бұрын төмен температура, катаральды белгілер пайда болды, тәбеті төмендеп, науқас инсулин дозасын азайтты. Қарсаңында жүрек айну, екі рет құсу, әлсіздіктің жоғарылауы, ауыздың құрғауы және апатия пайда болды. Гликемия - 15 ммоль / л. Жедел жәрдеммен ауруханаға жеткізілді. Төменде көрсетілгендердің қайсысы алғашқы диагностикалық саты болып табылады?

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 72 беті

- A. Гликемиялық профильді зерттеу
- B. Толық қан анализі
- C. Қандағы креатинин деңгейін анықтау
- D. Зәрдегі ацетонды анықтау
- E. Қандағы калий мен натрийдің мөлшерін анықтау

9.48 жастағы әйел әлсіздікке, буындардың ауруына, ішінің ұлғаюына, ауамен кекіруге, нәжісінің тұрақсыздығына шағымданады. Объективті: терісі құрғақ, гипер- және гипопигментация ошақтары бар, шырышты қабаттары бозарған, іші метеоризмге байланысты ұлғайған. УДЗ – гепатоспленомегалия, v.portae 1,5 см. Қанда – анемия, тромбоцитопения. ФЭГДС: өңештің төменгі үштен бір бөлігінің варикозды кеңеюі, 2 дәрежелі, «қызыл дақтар» симптомы. Анамнезінде 2 типті қант диабеті. Қан қысымы – 110/85 мм рт.ст. Ықтимал асқинулардың алдын алу үшін сізге тағайындау керек:

- A. карведилол
- B. нифедипин
- C. бисопролол
- D. нитроглицерин
- E. омепразол

10.53 жастағы ер адам, анамнезінде вирусты гепатит С нәтижесіндегі бауыр циррозы. Жедел респираторлық вирустық инфекциямен ауырғаннан кейін соңғы аптада әлсіздік күшейе бастады, күндіз ұйқышылдық, түнде ұйқысыздық түріндегі ұйқының бұзылуы және эйфория кезеңдерінің апатия кезеңдерімен ауысуы пайда болды. Түскен кезде науқастың жағдайы ауыр, сананың шатасуы, психомоторлы қозуы бар. Бауыр көлемі қабырға шетінде, несеп- қарайған. Тыныс алу – минутына 24, пульс – 100 рет/минутына, АҚ – 90/60 мм сын.бағ. Бұл асқинуды емдеудегі негізгі препарат:

- A. Лактулоза
- B. L-орнитин-L-аспартат
- C. адеметионин
- D. урсодезоксихолий қышқылы
- E. рифаксимин

11. Әйел 45 жаста. 2 ай бұрын ЖРВИ фонында пайда болған сарғаюға шағымданып келді. Сол кезде тексергенде конъюгацияланбаған билирубин деңгейінің жоғарылауы анықталды. Сарғаю эпизодтары тағы 2 рет қайталанды. Қарап тексергенде қатпарлардағы тері жабындылары қара түсті. Бір жыл бұрын ультрандыбыстық зерттеуде патология жоқ. Қазіргі уақытта УДЗ өт қабының ¼ бөлігін толтыратын тастарды көрсетеді. Қанда – эритроциттер $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 82 г/л, ЭТЖ 30 мм/сағ. Зәр анализінде нені анықтау ықтимал?

- A. протеинурия
- B. гликозурия
- C. цилиндрүрия
- D. гемосидеринурия
- E. эритроцитурия

12.62 жастағы ер адам оң жақ қабырға астындағы ауру сезіміне, сарғаюға, дене қызуының көтерілуіне, терісінің қышуына шағымданады. Объективті: тері жабындысы сарғайған, сызат іздері. Тілі ылғалды, сарғыш жабындымен қапталған. Ішті пальпациялағанда ауру сезімді, керілмеген, бауыр көлемінің ұлғаюы, шетінің дөңгеленгені анықталады, . Алдымен зерттеу керек:

- A. қышқыл фосфатаза, лактатдегидрогеназа
- B. мочеви́на, креатинин
- C. жалпы ақуыз, альбумин
- D. креатинфосфокиназа МБ, миоглобин
- E. жалпы билирубин, сілтілі фосфатаза

13. 65 жастағы ер адам ІІ типті қант диабетімен ауырады, ДСИ 36,0, алкогольдік сусындарды ішпейді. Қарау кезінде жағдайы орташа ауырлықта, бауыр + 0,5-1,0 см, көкбауыр + 1,0-1,5 см. Биохимиялық қан анализінде - АЛТ 45 ЕБ/л, АСТ 60 Е/л, сілтілі фосфатаза 240 ЕБ/л, жалпы билирубин 24,0 мкмоль/л, альбумин 30 г/л, ПТИ – 65%. ЭГДС бойынша – өңештің 1 дәрежелі варикозды кеңеюі. Бауыр эластографиясы – 10,5 кПа (F3), ICA: HBsAg, aHCV теріс. Ықтимал диагноз:

- A. вирусты гепатит В нәтижесіндегі бауыр циррозы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 73 беті

- B. этиологиясы белгісіз бауыр циррозы
- C. алкогольсіз стеатогепатит нәтижесіндегі бауыр циррозы
- D. алкогольсіз стеатогепатит
- E. этиологиясы белгісіз созылмалы гепатит

14. Ер адам Н., 54 жаста, бөлімшеге іштің жоғарғы бөлігіндегі мезгіл-мезгіл «белдеулі» ауру сезіміне, тамақтанғаннан кейін және шалқасынан жатқанда күшейетін, қайталанатын құсу, 3-ке дейін жиі сұйық нәжіс шағымдарымен түсті. Күніне 5 рет майлы жылтырлығы мен шырышты консистенциялы мол нәжістің шығуымен. Түскенге дейін 2 күн бұрын диетаның бұзылуына байланысты (майлы, қуырылған тағамдарды жеу) науқаста жоғарыда аталған шағымдар пайда болды. Қарап тексергенде: Бойы – 169 см, салмағы – 50 кг, БМИ – 17 кг/м². Тілі ылғалды, ақ жабынмен жабылған. Іші жұмсақ, Шоффар аймағында ауырсынады. Бауыр ұлғаймаған. Дәрілер тобы ремиссия кезінде осы патологияны емдеуде негізгі болып табылады:

- A. ұйқы безінің ферменттері
- B. пробиотиктер
- C. спазмолитиктер
- D. протонды сорғы ингибиторлары
- E. холеретиктер

15. Постпрандиальды дистресс синдромы мынаған тән:

- A. Кардия ахалазиясы
- B. Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы
- C. Панкреатит
- D. Функционалды диспепсия
- E. Өт тас ауруы

16. Клиникалық хаттамаға сәйкес гранулематозды гастрит келесі жағдайларда пайда болады:

- A. Уиппл ауруы
- B. Хеликобактер инфекциясы
- C. Иценко-Кушинг ауруы
- D. Ішек дисбактериозы
- E. Крон ауруы

17.1 типті аутоиммунды гепатитке тән:

- A. Бауыр-бүйрек микросомаларына антиденелер (ALKM-1)
- B. Бауырдың еритін антигеніне (SLA) антиденелер
- C. Тегіс бұлшықетке қарсы антиденелер (SMA)
- D. Бауыр-ұйқы безі антигеніне (LP) антиденелер
- E. Тропоизомеразаға антиденелер (Scl-70)

18. Ішектің патологиялық флора әсеріне төзімділігінің факторлары:

- A. Лактобактериялар
- B. Энтеробактериялар
- C. Протейлер
- D. Бифидобактериялар
- E. Клебсиеллалар

19. Клиникалық хаттамаға сәйкес өңеш ахалазиясын емдеу үшін таңдаулы препарат болып табылады:

- A. Верапамил
- B. Фентоламин
- C. Дилтиазем
- D. Домперидон
- E. Нитрат изосорбиті

20. 58 жастағы ер адам тамақ ішкеннен кейін 20-30 минуттан кейін пайда болатын, сол жақ жауырын астынан иррадиацияланатын семсертәрізді өсінді астындағы күйдіру сезіміне және қысымға шағымданады. Рентгенограммада асқазанның субкардиальды бөлігінің артқы қабырғасында «тауашалар» анықталады. Клиникалық хаттамаға сәйкес препаратты тағайындаған жөн:

- A. омепразол
- B. церукал
- C. эглонил

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 74 беті

- D. ретаболил
- E. мотилим

10 вариант

1. Л. деген 35 жастағы науқасты, 5 жыл бойы кеуде торшасының сол бөлігінің мен сол аяқ-қолында қолайсыз, тұйық ауырсыну сезімі мазалайды. Тері жабындыларындағы өзгерістер соңғы 3 жылда пайда болған. Объективті: денесінің сол жақ жартысы және сол аяқ-қолында қою-қоңыр түсті үлкен мөлшерлі, әртүрлі пішінді теріден көтеріңкі, беті тегіс және жылтыр, жіңішке көкшіл-қызыл сызықпен сау тері жабындыдан шектелетін ошақтар бар. Ішкі ағзалар жағынан өзгерістер жоқ. Сіздің болжам диагнозыңыз.

- A. Дерматомиозит
- B. Лимитирленген склеродермия
- C. Жүйелі қызыл жегі
- D. Псориаздық артропатия
- E. Жүйелі склеродермия

2. Бехтерев ауруының диагностикалық критерийі:

- A. Антиген HLA B 27
- B. Ревматоидты фактор 1:32
- C. LE-жасушалар
- D. Антинуклеарлы антиденелер
- E. Гиперурикемия

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

- A. Рейтер синдромы
- B. Ревматоидты артрит
- C. Рейтер ауруы
- D. Анкилоздаушы спондилоартрит
- E. Остеохондроз, түбіршекті синдром

4. И. деген 24 жастағы науқас, сол жақ тізе, сирақ буындарындағы қатты ауырсыну сезіміне, олардағы домбығу мен қозғалыстың шектелуіне, дене қызуының 38°C көтерілуіне, зәр шығарғандағы ауырсыну сезіміне шағымданады. Объективті: сол жақ тізе және сирақ буындары ісінген, сипағанда ыстық, қатты ауырсыну сезімді, сіңірі мен он табан сүйегі ауырады. Қанында: гемоглобин 130 г/л, эритроциттер 3,8 млн., лейкоциттер 10 мың, ЭТЖ-46 мм/сағ, СРБ (+++). Ревматоидты фактор латекс тест бойынша 1:10. Клиникалық хаттама бойынша емге қажет препарат:

- A. Қабынуға қарсы стероидты емес препарат
- B. Цитостатик
- C. Алтын препараты
- D. Макролидтер тобынан антибиотик
- E. Хинолинді

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

- A. Жедел ревматикалық қызба
- B. Ревматоидты артрит
- C. Септикалық артрит
- D. Подагра
- E. Реактивті артрит

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 75 беті

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

- A. Эритроциттердің тұну жылдамдығының жоғарлауы
- B. Қоспиральды ДНК антиденелерінің жоғарлауы
- C. Ревматоидты фактордың жоғары титрі
- D. Креатинфосфокиназаның жоғарлауы
- E. Лейкоцитоз лейкоформуланьың солға қарай ығысумен

7. 32 жастағы әйел сырқаттанғанына 2 ай болған: дене температурасының 390С дейін жоғарлауы, қалтырау, аздаған физикалық жүктемедегі енгізу, басының ауырсынуы мазалайды. Өздігінен сульфаниламид және қызуын түсіретін препараттарды қолданған. Объективті: температурасы 380С, тері жамылғысы бозғылт, бетінде және алақанында бірең-сараң петихиалар бар, пульс 100 рет минутына, АҚҚ 140/20 мм сын.б.б., жүрек тондары тұйықталған, төстің сол жақ қыры бойынан диастолалық шу естіледі, гепатоспленомегалия. Сіздің диагнозыңыз:

- A. Жұқпалы эндокардит және аортальды жетіспеушілігі
- B. Жіті ревматикалық қызба, митральды стеноз
- C. Жіті ревматикалық қызба, аортальды жетіспеушілігі
- D. Жүрекше аралық перденің ақауы аясында жіті ревматикалық қызба
- E. Жұқпалы эндокардит, митральды стеноз

8. 22 жастағы науқас, спортшы, дене температурасының 390С дейін жоғарлауы, қалтырау, аздаған физикалық жүктемедегі енгізу, төбетінің жоқ болуы шағымдарымен стационарға жатқызылды. Ауырғанына 1 ай болды. Қарап тексергенде: тері жамылғылары сарғыш, бозғылт, аяқтарында петехиальды бөртпелер. Өкпесінде төменгі бөліктерінде шамалы ылғалды сырылдар бар. Жүрек тондары тұйықталған, Боткин нүктесінде систолалық шу. ЖСЖ 106 рет минутына, АҚҚ 120/40 мм сын.б.б. Бауыры қабырға доғасынан 5 см төмен, пальпацияда ауырсынады. Аяқтарында ісінулер. Келесі ауруды ойлауға болады:

- A. Миокардитті
- B. Пневмонияны
- C. Бауыр циррозын
- D. Ревматикалық кардитті
- E. Жұқпалы эндокардитті

9. 45 жастағы Г. деген науқас, ЖСРА, қосарланған митральды ақауы бойынша митральды қақпашасының протездеуден кейін, варфарин 2,5 мг күніне 2 таблеткадан қабылдайды. Клиникалық хаттама бойынша дәрінің мөлшері келесі зертханалық көрсеткішке қарай реттеледі:

- A. АЧТВ
- B. Протромбиндік индекс
- C. Фибриноген
- D. МНО
- E. Қан ұю уақытты

10. Ревматикалық жүрек ауруымен ауыратын 52 жастағы науқас, сол жақ қарыншаның жеткіліксіздігі клиникасы бар. Қарап тексергенде анықталды: Боткин нүктесінде систолалық және диастолалық шу, оң жақта екінші қабырға аралығы. Ірі тембрдің систолалық шуын мойын шұңқыры мен ұйқы артериясына жібереді, пальпацияны төс сүйегінің оң жағындағы екінші қабырға аралықта систолалық тремор анықтайды. І және ІІ тондар әлсіреді. Ілеспе ақау диагнозы қойылған. Қолқа клапанының жеткіліксіздігінің симптомы:

- A. Систолалық шу
- B. Оң жақтағы екінші қабырға аралықта систолалық діріл
- C. ІІ тонның әлсіреуі
- D. Диастолалық шу
- E. І және ІІ тондардың әлсіреуі

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 76 беті

11. 15 жастағы пациентті клиникалық тексеру кезінде апикальды импульстің солға ығысуы анықталды, жүректің салыстырмалы күңгірттік шекаралары солға және жоғарыға ығысқан, жүрек белдігі тегістелген. Аускультацияда - ұшында I тон әлсіреген, сонымен қатар систолалық шу, өкпе артериясының үстінде II тонның акценті бар. Рентгенограммада - сол жақ жүректің ұлғаюы. Сіздің диагнозыңыз:

- A. Митральды қақпақшаның жеткіліксіздігі
- B. Сол жақ атриовентрикулярлық тесіктің тарылуы
- C. Қолқа саңылауының жеткіліксіздігі
- D. Қолқа стенозы
- E. Трикуспидті қақпақшаның жеткіліксіздігі

12. 28 жастағы әйелде қолдың ұсақ буындары қозғалуы шектеулі, ауырады. Клиникалық хаттамаға сәйкес, ревматоидты артрит пен SLE арасындағы дифференциалды диагнозды жүргізу кезінде индикатор, зерттеу диагноз қою үшін шешуші болады:

- A. ADCP анықтау (циклдік цитрулинді пептидке антиденелер және қол буындарының рентгенографиясы)
- B. Жалпы қан анализі және қол буындарының рентгенографиясы
- C. Қол буындарының магниттік-резонанстық бейнесі
- D. РФ және қол буындарының ультрадыбыстық зерттеуі
- E. Қан IgG, M, A және CRP

13. Метаболикалық өзгерістердің қайсысы гиперосмолярлы комада болады:

- A. Гиперкалиемиа
- B. Гипергликемиа
- C. Гиперкальциемиа
- D. Глюкозурия
- E. Гипонатриемиа

14. 16 жасар қыз 4 жылдан бері қант диабетімен ауырады және инсулин терапиясын алады. Дене шынықтыру сабағында ол есінен танып, қысқа мерзімді құрысулар болған. Тері ылғалды. Төмендегі диагноздардың қайсысы ЕҢ ықтимал?

- A. Гиперосмолярлы кома
- B. Лактоацидотикалық кома
- C. Кетоацидоздық кома
- D. Гипогликемиялық кома
- E. Жедел өкпе жүрек жеткіліксіздігі

15. 62 жастағы әйелді жедел жәрдем көлігі ес-түссіз алып келген. Туыстарының айтуынша, ол қант диабетімен ауырады. Соңғы 5 күнде құсу, нәжісі қайталанған, құрысулар байқалды. Әйел сыртқы ынталандыруларға жауап бермейді. Оқушылар кеңейген. Көз алмалары жұмсақ. Тері құрғақ, тургор азаяды. ВН-24 / мин., АҚ - 50/30 мм с.б. Өнер. HR-120 / мин. Қандағы қант - 58 ммоль / л. Сарысудың осмолярлығы > 350 ммоль / л. Зәрдегі ацетон теріс. Төмендегілердің қайсысы мүмкін емес?

- A. Бауыр
- B. Кетоацидотикалық
- C. Гипогликемиялық
- D. Лактоацидотикалық
- E. Гиперосмолярлы

16. 1 типті қант диабетімен ауыратын науқастың шөлдеуі жоғарылаған, полиурия, жағдайы тез нашарлады, қандағы қант 19,6 ммоль / л, зәрдегі ацетон, аузынан ацетон иісі шығады. Болжам диагнозы:

- A. Кетоацидотикалық кома
- B. Гиперосмолярлы кома
- C. Гипогликемиялық кома
- D. Гиперлактацидемия
- E. Уремиялық кома

17. 60 жасар ер адам трофикалық жараны емдеуден нәтижесіз өтті. Манинилді бір жыл ішінде алады. Тері құрғақ, ісіну жоқ. АҚ - 135/80 мм с.б. Жүрек соғысы - минутына 82. Статустық локалис: оң аяғы гиперемияланған, орташа ісінген, артқы жағында өлшемі 4,5 x 6,1 см болатын дұрыс емес пішінді жара

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 77 беті

бар. Оң аяқтағы перифериялық тамырлардың пульсациясы әлсіреген. Қандағы қант - 15 ммоль / л, күнделікті глюкозурия - 29 г / л. Қандай тактика ең қолайлы?

- A. Бигуанидтерге ауысу
- B. Инсулинге ауысу
- C. Сульфонилмочевиналардың дозасының жоғарылауы
- D. Қатаң диета және рационалды жаттығулар
- E. Секретуагтарды бигуанидтермен кешенді қолдану

18. Гипогликемиялық кома түске бөлу 1 типті қант диабеті ауыратын науқасқа 40% глюкоза кктамыр ішіне кіреді, бл гликемия 12,3 ммоль / л дейміз. Сана қалпына келтірілмеген. Дүрігер қандай урекеттерді жасау керек?

- A. 40% глюкозандар айтадан ағылшындар
- B. 5% глюкоза тамшылап англисизин
- C. Инсулин IV инфузиясың бастаңыз
- D. Бел пункцияның жасақызы
- E. Церебральды ісінуге қарсы іс-имыл такайындагыз

19. 48 жастағы науқас дене салмағымен, 5 жыл бұрын тексерілген 2 типті қант диабетімен, метформин 1500 мг және глибенкламидті 5 мг тәулігіне 2 рет алады. Соңғы бір жыл ішінде ол 4 келі салмақ тастады. Емдеуді түзету дегеніміз не?

- A. Глибенкламидтің дозасын тәулігіне максимум 15 мг дейін арттырыңыз
- B. Метформин дозасын 3000мг дейін арттырыңыз
- C. Инсулин терапиясына көшу
- D. Пиоглитазон қосыңыз
- E. Екі препараттың да дозасын арттыру

20. 17 жастағы науқас дене салмағының жоғарылауын, жыл ішінде етеккір циклінің бұзылуын атап өтеді. Санның, іштің, сүт бездерінің, күлгін стриялардың терісінде. АҚ - 140/90 мм с.б. Өнер. Глюкозаға төзімділік сынағы: аш қарынға - 4,5 ммоль / л; Глюкоза жүктелгеннен кейін 2 сағаттан кейін - 8,6 ммоль / л. КТ: екі бүйрек үсті безінің гиперплазиясы. Қандағы кортизол деңгейі 8 сағатта -1060 нг / л (норма 260-720 нг / л), 14 сағатта -1250 нг / л. Мүмкін диагноз:

- A. Иценко-Кушинг ауруы
- B. Мидың семіздігі
- C. Гипоталамикалық синдром
- D. Штайн-Левенталь синдромы
- E. Экзогендік-конституциялық семіздік

11 вариант

1. Қатерлі ісікпен қатар жиі кездеседі.

- A. Жүйелі қызыл жегі
- B. Дерматомиозит
- C. Склеродермия
- D. Түйінді полиартериит
- E. Бехчет синдромы

2. Жүректің созылмалы ревматикалық ауруымен сырқаттанатын 35 жастағы әйел адам, жүректің декомпенсация көріністерімен ауруханаға түсті. Жүректің аускультациясы кезінде «бөдене» (перепел) ырғағы, өкпе артериясында II үннің акценті, протодиастолиялық шу естіледі. ЭХОКГ-да: сол жак атриовентрикулярлы саңылаудың аумағы 1,2 см². Клиникалық хаттама бойынша жүрек жеткіліксіздігінің үдеуін жою үшін науқасты әрі қарай жүргізу тактикасы.

- A. Митральды комиссуротомия
- B. Үздіксіз антибактериальды терапия
- C. Глюкокортикостероидтармен үздіксіз терапия
- D. Ангиотензинге айналдырушы фермент ингибиторларымен үздіксіз терапия
- E. Жүрек гликозидтерімен үздіксіз терапия

3. Ревматоидты артрит диагнозды жоққа шығаратын буындардың зақымдануы.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 78 беті

- A. Білезік буындары
 - B. Тізе
 - C. Алақанфаланг
 - D. Проксимальды фалангаралық
 - E. Алақанның шеткі фалангаралық
4. 30 жастағы науқас 4 жыл бойы ревматоидты артритпен ауырады. Соңғы 6 ай ішінде лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия байқалады. Қанында: гемоглобин 85 г/л, лейкоциттер 3×10^9 /л, ЭТЖ 34 мм/сағ., Ваалер-Розе реакциясы 1:128. Науқастың диагнозы.
- A. Созылмалы белсенді гепатит жүйелік белгілерімен
 - B. Фелти синдромы
 - C. Жүйелі қызыл жегі
 - D. Остеоартроз
 - E. Стилл синдромы
5. Науқас 42 жаста, ревматоидты артритпен ауырады, стероидты емес қабынуға қарсы препараттар қабылдайды. Ангинадан кейін субфебрилитет пайда болып, буын синдромы күшейді. СОЭ 50 мм/сағ, СРБ ++, Ваалер Розе реакциясы 1:40. Клиникалық хаттама бойынша ұсынатын емдеу амалыңыз.
- A. Стероидты емес қабынуға қарсы препараттарды үлкен дозамен жалғастыру
 - B. Антибактериальді терапия тағайындау
 - C. Глюкокортикостероидтар, базисті препараттарды таңдау
 - D. Емдеуге физиотерапевтикалық процедураларды қосу
 - E. Пульс терапияны жүргізу
6. И. деген 14 жастағы науқас, тізе, сирак-аяқ ұшы, кәріжілік-білезік буындарындағы ауыру сезіміне, дене қызуының 39°C дейін жоғарылауына, жүрек қағуына, денесінде бөртпелердің пайда болуына шағымданады. Екі апта бұрын баспамен ауырған. Об-ті: іштің алдыңғы бетінде – сақина тәрізді эритема. Буындардың пішіні бұзылған, қолмен ұстағанда ыстық, қозғалтқанда қатты ауырады. Жүрек шекаралары ұлғайған, тондары естілмейді, брадикардия. Жүрек соғу жиілігі минутына - 52 рет. Қанда: эритроциттер 4,2 млн., гемоглобин 140 г/л, лейкоциттер 15 мың. ЭТЖ-40 мм/сағ. Клиникалық хаттама бойынша қажетті емдеу бағдарламаны таңдаңыз:
- A. Амоксициллин + диклофенак
 - B. Амоксициллин + диклофенак + дигоксин
 - C. Амоксициллин + диклофенак + преднизолон+ плаквенил
 - D. Амоксициллин + диклофенак + преднизолон + милдронат
 - E. Амоксициллин + диклофенак + преднизолон + ААФ тежегіштері
7. Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарда Фелти синдромына тән белгі:
- A. Лимфаденопатия
 - B. Перикардит
 - C. Гепатомегалия
 - D. Плеврит
 - E. Спленомегалия
8. И. деген 18 жастағы науқас, тізе, сирак-аяқ ұшы, кәріжілік-білезік буындарындағы ауырсыну сезіміне, дене қызуының 39°C дейін жоғарылауына, жүрек қағуына, денесінде бөртпелердің пайда болуына шағымданады. Екі апта бұрын баспамен ауырған. Об-ті: іштің алдыңғы бетінде – сақина тәрізді эритема. Буындардың пішіні бұзылған, қолмен ұстағанда ыстық, қозғалтқанда қатты ауырады. Жүрек шекаралары ұлғайған, тондары естілмейді, брадикардия. Жүрек соғу жиілігі минутына - 52 рет. Қанда: эритроциттер 4,2 млн., гемоглобин 140 г/л, лейкоциттер 15 мың. ЭТЖ-40 мм/сағ. Клиникалық хаттама бойынша преднизолонның мөлшері.
- A. 30 мг
 - B. 120 мг
 - C. 100мг
 - D. 80 мг
 - E. 10 мг
9. Ревматоидты артрит диагнозын нақтылауға маңызды зертханалық маркер:
- A. Ревматоидты фактор

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 79 беті

- B. Нейтрофильді лейкоцитоз
 - C. Анемия
 - D. Циклді цитруллинді пептидке антиденелер
 - E. Тромбоцитопения
10. 52 жастағы әйел, физикалық жүктеме кезінде аздаған ентігу, басының ауыруы, әлсіздік 2 апта ішінде пайда болғанын байқайды. Анамнезінен: 10 жыл көлемінде ревматоидты артритпен ауырады. Метотрексатты тұрақты қабылдайды. Рентгенде: өкпе түбірінің кеңеюі, өкпе суретінің күшеюі, өкпе құрылымының ұяшықталуы. Спирограммада: форсирленген тыныс шығару көлемінің төмендеуі. Науқаста дамыған асқыну:
- A. Өкпелік фиброз
 - B. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы
 - C. Пневмония
 - D. Пневмонит
 - E. Созылмалы бронхит
11. К. деген 50 жастағы науқас жүргенде күшейетін тізе буындардың (көбірек оң жақтағы) үнемі ауырсыну сезіміне, жарты сағатқа созылатын таңертеңгілік құрысуға шағымданады. Объективті: тізе буындарының пішіні өзгерген, периартикулярлы тіннің тығыздануы, оң тізесендегі гипертермия, сықырлау байқалады,, буындардағы қозғалыс көлемі сақталған. Дистальды саусақ аралық буындарда тығыз түйіндер мен саусақтардың шықпалары анықталды. Жалпы қан анализінде: эритроциттер 4,2 млн., лейкоциттер 5,6 мың., ЭТЖ 15мм/сағ. СРБ – теріс, Ваалер-Розе реакциясы 1:8. Сіздің диагнозыңыз.
- A. Ревматоидты артрит
 - B. Псориаздық артрит
 - C. Остеоартроз реактивті синовитпен
 - D. Реактивті артрит
 - E. Подагралық артрит
12. К. деген 50 жастағы науқас, жүргенде күшейетін оң жақ тізе буынындағы үнемі ауыру сезіміне, жарты сағатқа созылатын таңертеңгілік құрысуға шағымданады. Соңғы екі жыл бойы ұзақ жүргенде буындарының аздап ауырсынуы мазалайды. Объективті: тізе буындарының пішіні бұзылған, буын айналасындағы тін тығызданған, оң тізесінде гипертермия, тексерушінің қол астында сықырлау, буындардағы қозғалыс көлемі сақталған. Жалпы қан анализінде: эритроциттер 4,2 млн., лейкоциттер 5,6 мың. ЭТЖ 15мм/сағ. СРБ – теріс, Ваалер-Розе реакциясы - 1:8. Клиникалық хаттама бойынша диагнозды нақтылау үшін негізгі зерттеу әдісі.
- A. Буындардың рентгенографиясы
 - B. Ревматоидты факторды анықтау
 - C. Буындардың МР томографиясы
 - D. Синовияльді сұйықтықтың анализі
 - E. Зәр қышқылының деңгейін зерттеу
13. Ревматоидты артрит кезінде сілекей және жас бездерінің зақымдалуы тән синдром.
- A. Шегрен
 - B. Каплан
 - C. Фелти
 - D. Рейтер
 - E. Псевдосептикалық
14. Ревматоидты артрит кезінде өкпенің зақымдалуымен сипатталатын синдром.
- A. Фелти
 - B. Шегрен
 - C. Рейтер
 - D. Псевдосептикалық
 - E. Каплан
15. А. деген 30 жастағы науқас, қол басы буындарының ауырсынуы мен ісінуі, таңертеңгілік буындардағы қимылдың ауырлауына шағымданады. Объективті: II-IV қол саусақтарының проксимальді фаланга аралық буындарында симметриялы дефигурация. Осы буындарда ауырсыну сезімі мен экссудативті

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 80 беті

құбылысқа байланысты, әсіресе жазуы (разгибание) шектелген. Қанында: эритроциттер 4 млн., гемоглобин 128 г/л, лейкоциттер 10 мың, ЭТЖ 41 мм/сағ, СРБ - оң. Диагнозды анықтауға қажет зерттеу.

- A. АЦЩП мөлшерін анықтау
- B. Райт және Хедделсон реакциясы
- C. H LA B-27 анықтау
- D. Стрептококкқа қарсы антиденелер титрін анықтау
- E. Мурексидті сынама

16. Темір дәнекерлеуші болып жұмыс істейтін К. деген 19 жастағы науқаста, дене қызуы 39°C дейін жоғарылап, тамағының ауырсынуы, жөтел, бетінің қызаруы пайда болған. Жоғарыдағы шағымдарды темір дәнекерлеу кезіндегі күйікпен байланыстырады. Өздігінен ампициллин, парацетамол қабылдаған. Осы симптомдардың өршуіне байланысты ауруханаға жатқызылған. Объективті: бетінің гиперемиясы және ісінуі. Кеудесінде, арқасында эритематозды-папулезды бөртпелер. Лимфаденопатия. АҚҚ 150/90 мм.с.б.б., ЖСЖ минутына 110 рет. Гепатомегалия. Қанда: эритроциттер 3,2 млн., Нв 100 г/л, лейкоциттер 3 мың, ЭТЖ 40 мм/сағ. ЖЗА: белок 0,9 г/л, эритроциттер 1-8 көру аланында. Сіздің болжам диагнозыңыз.

- A. Дәрілік ауру
- B. Аллергиялық дерматит
- C. Жүйелі қызыл жегі
- D. Жедел тонзиллит
- E. Агранулоцитоз

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

- A. Жүйелі қызыл жегіге
- B. Ревматоидты артритке
- C. Крон ауруына
- D. Түйінді полиартериитке
- E. Созылмалы гломерулонефритке

18. Т. деген, 26 жастағы науқас, дене қызуының 40°C дейін көтерілуі, енгігу, жөтел, қолдың ұсақ буындарындағы ауырсыну сезіміне шағымданады. Анамнезінен бір ай бұрын бала көтеріп, өздігінен түсік тастаған. Қарап тексергенде: жүдеу, лимфаденопатия, беті және мұрын қырының эритемасы, қолмен аяқта - «торлы ливедо». Ішкі ағзалардағы өзгерістер- полисерозит (плеврит, перикардит), кардит, нефрит. Қанда: эритроциттер 2,4 млн. гемоглобин 70 г/л, лейкоциттер 2,2 мың. ЭТЖ-70 мм/сағ. ЖЗА: нәруыз 5,2 г/т, эритроциттер 20-30 к/а, коэспиральды ДНК антиденелері- оң мәнді. Клиникалық хаттама бойынша диагнозды дәлелдеу үшін қосымша зерттеу әдісі .

- A. Ревматоидты факторды анықтау
- B. Стрептококкқа қарсы антиденелер титрін анықтау
- C. Қанды бактериологиялық себіндіге зерттеу
- D. Кардиолипінге антиденелерлі анықтау
- E. Урогениталды инфекцияға иммуноферменттік зерттеу

19. Т. деген 16 жастағы науқас, дене қызуының 40°C көтерілуі, енгігу, жөтел, ісінуге шағымданады. Объективті: тамақтануы төмен, лимфаденопатия, ұрты мен мұрын қырының эритемасы, полисерозит белгілері (плеврит, перикардит, перивисцерит), кардит, нефрит. Қанында эритроциттер 2,4 млн, гемоглобин 70 г/л, лейкоциттер 2,2 мың, ЭТЖ-70 мм/сағ. ЖЗА: белок 5,2 г/с, эритроциттер 20-30 к/а; Le-жасушалар-5:1000. Клиникалық хаттама бойынша пульс-терапия кезіндегі преднизолонның мөлшері.

- A. 1000 мг
- B. 60 мг
- C. 100 мг
- D. 150 мг
- E. 500 мг

20. Клиникалық хаттама бойынша жүйелі қызыл жегіде цитостатиктерді тағайындауға көрсеткіш:

- A. Люпус-кардит
- B. Люпус-артрит
- C. Полисерозит

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология «Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		51/11-2025 84 беттің 81 беті

- D. Люпус-нефрит
- E. Цитопения

12 вариант

1. Ревматоидты артритпен ауыратын науқас дене қызуының жоғарлауы, висцериттер және васкулиттер жок, тізе буындарында сұйықтық бар. ЭТЖ 35 мм/с; ауру ұзақтығы 6 ай, бұрын емделмеген болса емдеу әдісі:

- A. Тек стероидты емес қабынуға қарсы препараттар
- B. Тек алтын препараттары
- C. D-пеницилламинмен бірге стероидты емес қабынуға қарсы препараттар
- D. Цитостатиктермен бірге стероидты емес қабынуға қарсы препараттар
- E. Кеналогты буын ішіне енгізумен бірге стероидты емес қабынуға қарсы препараттар

2. Ревматоидты артритке тән:

- A. LE – клеткаларының болуы
- B. Антистрептолизин – О жоғары титрі
- C. Моноклональді белоктың болуы
- D. Қан сарысуында зәр қышқылының жоғары деңгейі
- E. Оң латекс – тест және Ваалер – Розе реакциясы

3. 45 жастағы ер адам дәрігерге келесі шағымдармен қаралды: дене қызуының жоғарлауы, миалгия, полиартралгия, құлақ қалқанының қызарып, үлкеюі, есту қабілетінің төмендеуі, мұрынның ісініп, ауырсынуы, дауысының қарлығуы, еңтігу. Ауырғанына 1 апта болды. Сіздің болжам диагнозыңыз.

- A. Қайталамалы полихондрит
- B. Шарп синдромы
- C. Шегрен ауруы
- D. Ревматикалық полимиалгия
- E. Дерматомиозит

4. Құлақ маңы безі аумағындағы түйінің пайда болуына; соңғы 5-6 апта ішінде ауызының құрғауы, көзінде бөгде дененің болуы сезімі, жарықтан қорқу, көзінде жастың болмауы; субфебрилитет, кезеңді полиартралгия шағымдары бар 48 жастағы әйел адамның болжамды диагнозы.

- A. Шарп синдромы
- B. Шегрен ауруы
- C. Фелти синдромы
- D. Уиппл ауруы
- E. Такаясу ауруы

5. 40 жастағы науқас қолдарының ұсақ буындарының ауырсынуына және ісінуіне шағымданады. ЭТЖ 30 мм/сағ, зәр қышқылы 0,56 ммоль/л. Сіздің диагнозыңыз.

- A. Екіншілік остеоартроз
- B. Создық олигоартрит
- C. Подагралық полиартрит
- D. Рейтер ауруы
- E. Туберкулезді артрит

6. Қан анализінде анықталатын антифосфолипидті синдромға тән өзгерістер:

- A. Эритроцитоз, тромбоцитоз, кейде гемолитикалық анемия, ЭТЖ жоғарлауы
- B. Темір тапшылық анемия, тұрақты лейкоцитоз, тромбоцитоз
- C. Эритроциттердің тұну жылдамдығының жоғарлауы, лейкоцитоз
- D. Гипорегенераторлы анемия, лейкопения, тромбоцитопения
- E. ЭТЖ жоғарлауы, шамалы тромбоцитопения, кейде гемолитикалық анемия, лейкоцитоз

7. Ревматоидты түйіндер орналасады:

- A. периартикулярлы тіндерде
- B. теріде
- C. сіңірлерде
- D. ішкі мүшелерде
- E. сүйектерде

8. Артритпен қатар көкбауырдың ұлғаюы және шеткері лимфа түйіндердің ұлғаюы тән.

- A. Шегрен синдромына
 - B. Бехтерев ауруына
 - C. Псориаздық артритке
 - D. Фелти синдромына
 - E. Рейтер ауруына
9. Кеуде торының тыныс алу экскурсиясының ерте шектелуі кездеседі.
- A. Омыртқа жотасының кеуде бөлігінің остеохондрозында
 - B. Бехтерев ауруында
 - C. Түйінді полиартериитте
 - D. Жүйелі склеродермияда
 - E. Ревматоидты артритте
10. Клиникада Ерте сакроилеит тән:
- A. Ревматоидты артритке
 - B. Подаграға
 - C. Бруцеллезге
 - D. Бехтерев ауруына
 - E. Ревматизмге
11. Қан сарысуында креатинфосфокиназа белсенділігінің жоғарлауы кездеседі.
- A. Дерматомиозитте
 - B. Ревматоидты артритте
 - C. Жүйелі склеродермияда
 - D. Түйінді полиартериитте
 - E. Жүйелі қызыл жегіде
12. Гудпасчер синдромы диагнозында қайсысын анықтау маңызды:
- A. Лейкоцитоз және эритроциттердің тұну жылдамдығының жоғарлауы
 - B. Жедел фазалық белоктарды
 - C. Теміртапшылық анемияны
 - D. Қанда креатининнің жоғарлауы
 - E. Бүйрек базальді мембранасына айналымдық антиденелердің анықталуы
13. Созылмалы ірінді ринит, отит, артрит, артромиалгиялар, терінің геморрагиялық васкулиті, өкпедегі инфильтраттар және олардың ыдырауы тән.
- A. Вегенер гранулематозына
 - B. Түйінді полиартериитке
 - C. Такаясу ауруына
 - D. Гудпасчер синдромына
 - E. Склеродермияға
14. Бейспецификалық аортоартериитте зақымдалады:
- A. Орта калибрлі артериялар
 - B. Веналар
 - C. Ірі артериялар
 - D. Ұсақ калибрлі артериялар
 - E. Капиллярлар
15. Склеродермияда ең жиі зақымдалатын асқазан – ішек жолының бөлігі:
- A. Асқазан
 - B. Ұлтабар
 - C. Ащы ішек
 - D. Өңеш
 - E. Тоқ ішек
16. Геберден түйіндері бұл:
- A. Соңғы фалангалардың эпифиздерінің шеттік сүйектік өсінділері
 - B. Буынның сүйектік негізіне, шеміршектер мен сіңірлерге зәр қышқылы кристаллдарының шөгуі
 - C. Құрамында липиді бар гистиоциттермен және алып клеткалармен дерманың, синовий қабықшасының инфильтрациясы

- D. Тері асты клетчаткасының ошақты некрозы және созылмалы қабынуы
E. Тері асты клетчаткасында, бұлшық еттерде кальций тұздарының шөгуі
17. Клиникалық хаттама бойынша Подаграның жедел ұстамасында қолданылатын препарат:
- A. Бутадион
B. Циклофосфамид
C. Бенетазон
D. Аллопуринол
E. Индометацин
18. Клиникалық хаттама бойынша дерматополимиозиттің тиімді емі:
- A. Кортикостероидтар
B. Стероидты емес қабынуға қарсы препараттар
C. Аминохинолиндер
D. Цитостатиктер
E. Кең спектрлі антибиотиктер
19. Келесі препаратты ұзақ уақыт қабылдағанда терінің эритематозды зақымдануы пайда болады.
- A. Кризанол
B. Эндоксан
C. Плаквенил
D. Индометацин
E. Купренил
20. Саусақтардың шеткі фалангтарының остеолизі жиі кездеседі.
- A. Склеродермияда
B. Ревматоидты артритте
C. Анкилоздаушы спондилоартритте
D. Остеоартрозда
E. Дерматомиозитте

Дұрыс варианттар эталоны

1 аралық бақылау Дұрыс жауаптар эталоны

№	ВАРИАНТТАР											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	C	E	C	C	B	B	C	C	B	C	C	C
2	C	D	B	A	C	C	B	B	C	B	B	B
3	D	B	C	C	E	A	D	E	D	A	C	D
4	B	D	E	D	A	D	C	A	A	C	A	A
5	D	C	B	B	C	E	A	C	E	E	D	E
6	B	B	D	D	B	B	E	D	B	C	B	C
7	D	B	A	B	D	E	B	C	D	D	D	B
8	B	D	C	E	C	B	D	D	A	C	C	D
9	C	C	D	A	A	D	C	A	C	C	B	B
10	D	A	B	D	E	C	E	D	E	B	E	E
11	A	E	A	C	C	B	A	C	C	D	C	A
12	B	D	C	E	E	D	C	B	D	A	B	D
13	E	C	E	A	B	A	B	D	B	E	D	B
14	B	B	B	C	C	B	D	A	D	B	C	C
15	C	C	D	B	C	D	B	C	B	D	E	E
16	A	D	A	D	B	C	D	B	D	C	A	C
17	D	E	C	A	C	E	C	E	C	A	C	B
18	B	A	B	B	E	A	B	D	E	D	D	D
19	D	C	D	D	A	C	E	B	A	C	C	E
20	A	B	C	E	C	B	D	D	B	B	B	C

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Терапия және кардиология		51/11-2025
«Ішкі аурулар - 2» пәні бойынша аралық бақылау сұрақтары		84 беттің 84 беті

2 аралық бақылау
Дұрыс жауаптар эталоны

№2РК	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	D	C	C	A	C	D	D	A	E	B	B	D
2	D	B	D	D	D	B	B	A	D	A	A	E
3	E	D	D	D	D	A	A	C	A	D	E	A
4	C	C	A	B	D	E	A	D	B	D	B	B
5	A	A	B	E	E	D	E	B	D	E	C	C
6	B	B	E	D	D	C	C	D	D	D	D	E
7	A	C	B	B	D	A	B	D	E	A	E	A
8	C	D	C	E	B	B	A	E	D	E	A	D
9	E	D	E	C	A	E	B	D	A	D	D	B
10	D	E	B	D	A	A	E	B	B	D	A	D
11	D	E	C	C	C	A	C	A	D	A	C	A
12	A	B	E	D	E	E	C	E	E	A	A	E
13	D	A	A	B	C	E	A	B	C	B	A	A
14	B	A	A	A	D	E	E	A	A	D	E	C
15	D	E	C	A	B	B	E	C	D	E	A	D
16	E	D	C	D	C	C	B	E	E	A	C	A
17	E	A	A	D	E	D	D	C	C	B	A	E
18	C	A	D	B	A	A	A	A	D	E	D	A
19	B	C	B	D	D	D	E	E	E	C	A	E
20	D	A	D	A	A	A	E	A	A	A	D	A