БАҚЫЛАУ ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ

Бағдарламаның 2-ші аралық бақылауға арналған сұрақтары

Пәні: «ЖТД практикасындағы гериатрия»

Пән коды: ZhTDPG 6308

ББ атауы және шифры: «Жалпы дәрігерлік тәжірибе» 6B10112

Оқу сағаты/кредит көлемі: 120 сағ/4 кред

Оқу курсы: 6

Оқу семестрлері: 11,12

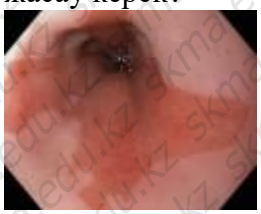
ШЫМКЕНТ 2025 ж.

Құрастырған асс. Жиен А.К.

Кафедра меңгерушісі
м.ғ.д., профессор Досыбаева Г.Н
«24» 08 2025 жаттама № 1

<question> 61 жастағы ер адам 3 апта бойы шаршау, диарея және іштегі ауырсыну туралы шағымданды. Ауырсыну тамақтан кейін күшейеді. Өткен аптаның ішінде күніне 4 рет сулы дәрет болған. Сондай-ақ, 6 күннен аузы мен қызыл иегіндегі ауру сезімі мазалайды. Левотироксин, метопролол, варфарин қабылдайды. 40 жыл бойы күніне 1 қорап темекі шегеді. Дене т 37, 9 ОС, PS 81/мин, АҚ 120/75 мм.с.б. Іштің оң жақ төменгі квадрантында пальпация кезінде жеңіл ауырсыну байқалады. ЖҚА: НВ 115 г/л, лейкоциттер - 11.8 х 109 \ л, тромбоциттер - 360. Колоноскопияда-казеозды емес гранулемалар және крипттің нейтрофильді қабынуы.
Қандай диагноз ең ықтимал?

<question> Ер адам 64 жаста. Жылдар бойы төс артындағы дискомфортқа және ауру сезіміне, қыжылға шағымданады. ФГДС жасағанда эпителидің метаплазия ошақтары анықталды (фото). Дамуы мүмкін асқынуды ерте анықтау үшін науқасқа қорытынды бақылауды қандай жиілікте жасау керек?



<question> Әйел 80 жаста. Соңғы алты айда дене салмағы 7 кг арықтаған,етке жиеркеніштік пайда болған. Анамнезінде - сазылмалы гастрит. Объективті: тері жабындысы бозғылт, пальпацияда іші жұмсақ. Қанда анемияның 2 сатысы анықталды, ЭТЖ 48 мм/сағ . Диагнозды нақтылау үшін қандай зерттеу жүргізу қажет?

<question> Науқаста бейспецификалық жаралы колит. 10 жылдан бері ауырады. Месалазинмен қолдаушы ем алады. Емдәм бойынша ұсыныстарды ұстанады, пробиотиктер қабылдайды, темекі шекпейді. Соңғы 2 жылда салыстырмалы ремиссия. Науқаста осы аурудың асқынуын ерте анықтау мақсатында қандай жоспарлы зерттеуді жүргізу керек?

<question> 62 жастағы ер адам 3 ай ішінде 3.6 кг салмақ жоғалту, шаршау жөнінде жүгінді. Оның әкесі тоқ ішек обырынан қайтыс болған. 35 жыл бойы күніне 1 қорап темекі шегіп, сыра ішкен. Өткен жылы-героин қолданған. Бойы 175 см, салмағы 71 кг, ДМИ=22.9 кг/м2. Склерасы сары, алақанның екі жақты қызаруы, кеуде мен арқадағы бірнеше телеангиоэктазия. Бауыры тығыз, түйін консистенциясы. ЖҚА: Hb 116 г / л, лейкоциттер - 9, 6х109\л, тромбоциттер - 223. Науқасты одан әрі бағалауда қандай нәтиже күтеміз?

<question> Әйел 80 жаста.Соңғы алты айда дене салмағы 7 кг кеміген, етке жиіркеніштік пайда болған. Анамнезінде созылмалы гастрит. Объективті: тері жабындысы бозғылт, пальпацияда іші жұмсақ. Қанда анемияның 2 дәрежесі анықталды, ЭТЖ 48 мм/сағ. Диагнозды нақтылау үшін жүргізілетін зерттеу:

<question> 74 жастағы әйел кісі әлсіздікке, ентігуге, эпигастрий аймағының жағымсыз сезімі мен тамақтан соң ауырлауына, сасық иісті кекіруге шағымданды. Об-ті: шамалы спленомегалия, тактиль сезімталдығының қол-аяқтарында төмендеуі. Анализдерінен: эр. 2,0 х

10^{12} /л, Нв 88 г/л, ТК 1,3; лейк. 3,2 х 10^9/л, тромб. 150 х 10^9/л, ретик. 0,2%, билирубин 42 ммоль/л (тікелей емес фракциясы 33 ммоль/л).
Диагнозын болжаңыз:

<question> 74 жастағы әйел кісі әлсіздікке, ентігуге, эпигастрий аймағының жағымсыз сезімі мен тамақтан соң ауырлауына, сасық иісті кекіруге шағымданды. Объективті: шамалы спленомегалия, тактиль сезімталдығының қол-аяқтарында төмендеуі. Жалпы қан анализі: эр. 2,0 х 10^{12} /л, Нв 88 г/л, ТК 1,3; лейк. 3,2 х 10^9/л, тромб. 150 х 10^9/л, ретик. 0,2%, билирубин 42 ммоль/л.
Қосымша тексерулерде болатын өзгерістердің барлығын таңдаңыз:
a) эндоскопияда – атрофиялық гастрит
b) миелограммада– мегалобласты қан түзілу
c) миелограммада–сүйек миының кеуіп қалуы
d) перифериялық қанда полисегментті нейтрофильдер
e) қан сары суында трансаминазалардың жоғарылауы

<question> 74 жастағы науқас әйел кісі әлсіздікке, ентігуге, эпигастрий аймағының жағымсыз сезімі мен тамақтан соң ауырлауына, сасық иісті кекіруге шағымданды. Объективті: шамалы спленомегалия, тактиль сезімталдығының қол-аяқтарында төмендеуі.Жалпы қан анализі: эр. 2,0 х 10^{12} /л, Нв 88 г/л, ТК 1,3; лейк. 3,2 х 10^9/л, тромб. 150 х 10^9/л, ретик. 0,2%, билирубин 42 ммоль/л.
Емге дәрмек таңдаңыз:
a) тардиферон
b) цианкобаламин
c) эритроцитарная масса
d) креон, панкрим
e) преднизолон

<question> Болжам диагнозын нақтаңыз: 65 жастағы ер кісі соңғы жыл барысында төс артының ауыруына, қатты тағамдарды жұтудың қиындауына (су ішіп басады) шағымданды, олардан басқа, кейде аузына тәуліктей бұрын жеген тағам қалдығы «қайтады». Дене салмағы қалыпты. Туыстары науқас аузынан жағымсыз иіс шығатынын айтты.

<question> 65 жастағы ер адамда мезгіл-мезгіл төс арты ауырады, ауырсыну тамақтан кейін және жатқан қалыпта күшейеді. Пациенттің айтуынша, ауырсыну жиі сол жақ жауырынға және қолға иррадиация береді. Нитроглицерин қабылдағанда жеңілдеу болмайды. ЭКГ зерттеуінде миокард ишемиясының белгілері анықталмаған. Клиникалық көрінісі стенокардияға ұқсайтын қандай ауруға тән?

<question> 63 жастағы науқасты ішінің кенет дамыған өткір ауырсынуы, артынша қосылған жиі құсу мазалайды. Үлкен дәретке отырмаған, желі шықпайды.Об-ті: жалпы жағдайы орта ауырлықта, мазасыз, дене қалыбын жиі алмастыруда. Дене қызуы қалыпты, пульсі 112 мин. Тілі ылғалды, іші кебіңкі (негізінен жоғарғы бөлігінде), пальпацияда жұмсақ, іш пердесінің тітіркенуі жоқ. Перистальтикалық шулары әлсіз. Жоғары тимпанит анықталды. Ректум арқылы тексергенде – патологиялық өзгерістер анықталмады. Дұрыс тұжырымды таңдаңыз:

<question> 63 жастағы науқасты ішінің кенет дамыған өткір ауырсынуы, артынша қосылған жиі құсу мазалайды. Үлкен дәретке отырмаған, желі шықпайды.Об-ті: жалпы жағдайы орта ауырлықта, мазасыз, дене қалыбын жиі алмастыруда. Дене қызуы қалыпты, пульсі 112 мин. Тілі ылғалды, іші кебіңкі (негізінен жоғарғы бөлігінде), пальпацияда жұмсақ, іш пердесінің тітіркенуі жоқ. Перистальтикалық шулары әлсіз. Жоғары тимпанит анықталды. Ректум арқылы тексергенде – патологиялық өзгерістер анықталмады. Дұрыс тактиканы таңдаңыз:

<question> Жетекші синдромдары мен кеңеске маман тағдаңыз. 62 жастағы зейнеткер, ер кісі, емханаға келесі шағымдармен келді: әл-дәрменінің, тәбетінің құруы, жүрегінің айнуы, тамақтан жиіркену, дене салмағын жоғалту. Бір жылдың ішінде 15 кг салмақ жоғалтқан. Об-ті: науқас өте жүдеу, тері жамылғылары құқыл. Бойы 172 см, дене салмағы 53 кг. Сол бұғана үстінде 2 см дейін үлкейген лимфалық түйін пальпацияланды. Пальпацияда ішінің эпигастрий аймағы ауырады, бұлшық еттің шамалы керілуі анықталды. Нв 100г/л, эр. $3,6x10^{12}$/л, ТК 0,84, лейк. $8,0x10^{9}$/л. ЭТЖ 42 мм/сағ.

<question> Болжам диагнозын анықтаңыз. 62 жастағы зейнеткер, ер кісі, емханаға келесі шағымдармен келді: әл-дәрменінің, тәбетінің құруы, жүрегінің айнуы, тамақтан жиіркену, дене салмағын жоғалту.Бір жылдың ішінде 15 кг салмақ жоғалтқан. Об-ті: науқас өте жүдеу, тері жамылғылары құқыл. Бойы 172 см, дене салмағы 53 кг. Сол бұғана үстінде 2 см дейін үлкейген лимфалық түйін пальпацияланды. Пальпацияда ішінің эпигастрий аймағы ауырады, бұлшық еттің шамалы керілуі анықталды. Нв 100г/л, эр. $3,6x10^{12}$/л, ТК 0,84, лейк. $8,0x10^{9}$/л. ЭТЖ 42 мм/сағ.

<question> Жетекші синдромдарын, кеңеске маман таңдаңыз. 63 жастағы ер кісі келесі шағымдармен келді: терісінің қышуы, сарғаюы, арқасына тарайтын, түнде күшейетін, эпигастрий аймағындағы ауырсыну, жүрек айнуы, тәбетінің төмендеуі, дене қызуының 38^{0}С дейін көтерілуі. Об-ті: дене салмағы кем, тері жамылғылары мен склерасы сары. ЖЖС 52 мин., АҚ 105/60 мм сын. бағ. Эпигастрий аймағында шамалы ауырсыну бар. Бауыры қабырға доғасынан 3 см шығыңқы, жұмсақ эластик консистенциялы, шеті доғал, беті тегіс. Ұлғайған өт қапшығы пальпацияланады, ауырсынуы жоқ (оң Курвуазье симптомы). ҚЖА: эр. $3,5x10^{12}$/л, гем. 80 г/л, түстік көрс. 0,7, лейк. $10,5x10^{9}$/л, ЭТЖ 38 мм/сағ. НЖА: түсі қара-қоңыр, билирубинге реакциясы оң.

<question> Болжам диагнозын таңдаңыз. 63 жастағы ер кісі келесі шағымдармен келді: терісінің қышуы, сарғаюы, арқасына тарайтын, түнде күшейетін, эпигастрий аймағындағы ауырсыну, жүрек айнуы, тәбетінің төмендеуі, дене қызуының 38^{0}С дейін көтерілуі. Об-ті: дене салмағы кем, тері жамылғылары мен склерасы сары. ЖЖС 52 минутына, АҚ 105/60 мм сын. бағ. Эпигастрий аймағында шамалы ауырсыну бар. Бауыры + 3 см шығыңқы, жұмсақ эластик консистенциялы, шеті доғал, беті тегіс. Ұлғайған өт қапшығы пальпацияланады, ауырсынуы жоқ (оң Курвуазье симптомы). ҚЖА: эр. $3,5x10^{12}$/л, гем. 80 г/л, түстік көрс. 0,7, лейк. $10,5x10^{9}$/л, ЭТЖ 38 мм/сағ. НЖА: түсі қара-қоңыр, билирубинге реакциясы оң.

<question> Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Белгілердің біреуі жуан ішек рагіне тән:

<question> Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Созылмалы панкреатиттік диареядағы нәжістің сипаты:

<question> 67 жастағы ер адам ВОП қабылдауында жиі және көп мөлшерлі, су бетінде қалқып тұратын, жылтыр майлы қабықшасы бар, сасық иісті нәжіске шағымданады. Анамнезінен: дене салмағының төмендеуін және майлы тағам қабылдағаннан кейін эпигастрий аймағындағы ауырсынуды байқаған. Ер адамда көп жылдық алкогольді шамадан тыс қолдану болған. Осы жағдайды түзету үшін қандай ем тағайындау қажет?

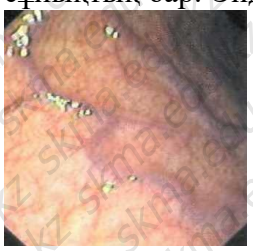
<question> Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. 66 жастағы әйел, терісінің қышуына, сарғаюға, оң қабырға астының ауыруына, жауырын аралықтары терісінің қараюына шағымданып келді. Пигменттік дақтар 7 жыл бұрын көріне бастаған. Соңғы 3-4 жылда терісі қышиды, дерматологтардаға ем нәтиже бермеген. Анализдерінен: гипербилирубинемия, тікелей фракция есебінен, СФ, ГГТП көрсеткіштері жоғары.

<question> Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Қалтқы стенозының нақты клиникалық белгісі саналады:

<question> Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Дерттердің біреуі табиғи, ұзақ ағымында жуан ішектің рагімен жиі асқынады:

<question> 65 жастағы әйелді ішінің төменгі жағының толғақ тәріздес ұстамалы ауырсынуы мазалайды, ауырсынуы сегізкөзіне тарайды, іші кебеді, газдың бөлінбеуі, соңғы 4 тәулікте үлкен дәреттің болмауы көңілін алаңдатады. Науқас соңғы көптеген жылдар барысында іш қатуынан зардап шегеді.Об-ті: іші кебіңкі, пальпацияда шамалы ауырады. Перкуссияда жоғары тимпанит, “судың шолпыл” симптомы естілді. Тік ішек арқылы тексергенде: тік ішектің ампуласы бос, сфинктер босаңсыған. Сифонды клизма қоюға талпыныс жасағанда – сұйықтық көлемі 350 мл жеткенде, кері құйылды. Болжам диагнозы.

<question> 65 жастағы науқасқа ФГДС жасалды:
Асқазанның кілегейі қуқыл, сұр реңкілі. Қатпарлары жұқарған, өлшемдері кеміген, бір жерлерде байқалмайды да. Кілегей асты қабаты жақсы көрінеді. Асқазан қуысында бұлыңғыр сұйықтық бар. Эндоскоптың тубусы тиген жерлер тез қанағыш. Сіздің тұжырымыңыз:



<question> 70 жастағы науқасқа ФГДС жасалды:
Асқазанның кілегейі жұқа, қуқыл- сұр реңкілі, кілегейасты тамырлары жақсы көрінеді, қатпарлары жойылған. Асқазанның түбінде кілегейінің бұрыс пішінді, шектері иректелген, анық емес, өлшемдері 6х7 см дефект анықталды, шеттерінде қабынулық жұмалақ жоқ. Ойықтың түбі бұдыр, кір-сұрғылт жабындысы бар, шеттері ригидті. Асқазан қабырғасының деформациясы анық, қатпарлары жойылған, перистиальтикасы баяу. Сіздің тұжырымыңыз бен тактикаңыз:



<question> Егде жастағы науқаста қарттық (старческая) асқазан ойық жарасы анықталған. Төменде берілген препараттардың қайсысы қарттық асқазан ойық жарасын емдеуде ең аз көрсетілген?

<question> NSAID (стероидты емес қабынуға қарсы препараттарды) ұзақ уақыт қолданғанда асқазан-ішек жолының зақымдануына ықпал ететін «агрессивті» факторларды көрсетіңіз:

<question> А. есімді 69 жастағы науқас иштің жоғарғы бөлігіндегі сол жақ қабырға астына иррадиация беретін қарқынды ауырсынуға, тәбеттің төмендеуіне, кекіруге, жүрек айнуға шағымданады. Осындай ауырсынулар жылына 1–2 рет қайталанады. Төрт жыл бұрын өт-тас ауруына байланысты ота жасалған. Алты айдан кейін осыған ұқсас ұстама пайда болып, орташа айқын сарғаюмен және зәр амилазасының жоғарылауымен бірге жүрген. Қайта лапаротомия кезінде өт жолдарында тас анықталмаған. Соңғы жылдары айқын іш қатулар мазалайды. Қарау кезінде: склераның субиктеричтігі. Алдыңғы құрсақ қабырғасында операциялық тыртықтар. Холедохопанкреатикалық аймақта және Мейо–Робсон нүктесінде ауырсыну анықталады. Қан талдауы: лейкоциттер – $6,7\times10^9$/л, ЭТЖ – 18 мм/сағ. Қай аурудың өршуі болуы мүмкін?

<question> 65 жастағы науқас 4 ай бұрын басталған дисфагияға, айқын арықтауға шағымданады. Соңғы уақытта тамақ пен сұйықтық қабылдағанда төс артындағы ауырсыну, жөтел, цианоз кенеттен пайда болған. Сіздің алдын ала диагнозыңыз қандай?

<question> 60 жастағы науқаста 4 ай бұрын басталған дисфагия, айқын арықтау байқалады. Соңғы кезде сұйықтық пен тағам қабылдағанда төс артындағы ауырсыну, жөтел, цианоз кенеттен пайда болған. Алдын ала диагноз «Өңеш рагы, эзофаготрахеалды жыланкөздің түзілуімен». Пациентке қандай бастапқы диагностикалық әдіс жүргізілуі қажет?

<question> 60 жастағы науқаста 4 ай бұрын басталған дисфагия, айқын арықтау байқалады. Соңғы кезде сұйықтық пен тағам қабылдағанда төс артында ауырсыну, жөтел, цианоз кенеттен пайда болған. Алдын ала диагноз: «Өңеш рагы, эзофаготрахеалды жыланкөздің түзілуімен». Емдеудің ең қолайлы әдісі қандай?

<question> 69 жастағы ер адам бір жыл бұрын тоталды гастрэктомия операциясын өткерген. Операциядан кейін оны қатты қинайтын күйдіргі (изжога) мазалайды. Бұл симптомдарды азайтуға қандай препарат көмектеседі?

<question> 65 жастағы ер адам тамақтан кейін 1–1,5 сағаттан соң пайда болатын күйдіргіге, қышқыл кекіруге, іш қатуға, тамақтан кейін эпигастрий аймағында болатын дискомфортқа шағымданады. Симптомдар тамақ қабылдағаннан кейін біраз уақытқа басылады.
Объективті: іш жұмсақ, эпигастрий аймағында ауырсынғыш.
Қан талдауы: эритроциттер – $4,3\times10^{12}$/л, гемоглобин – 145 г/л, лейкоциттер – $5,2\times10^9$/л, таяқша

ядролылар – 10%, сегментті ядролылар – 62%, лимфоциттер – 23%, моноциттер – 5%, ЭТЖ – 8 мм/сағ.
Клиникалық хаттамаға сәйкес төмендегі препараттардың қайсысы ең орынды болып табылады?

<question> 67 жастағы ер адамда қатты тері қышынуы пайда болған, соңғы 1,5 жылда 18 кг салмақ жоғалтқан.
Объективті: астеник. Тері және склералар сарғайған, көптеген қасылған іздер, қабақтарда ксантелазмалар байқалады. Аяқтар мен сирақтарда «пергамент тәрізді» тері. Бауыр өлшемдері: 12×10×10 см.
Қан талдауы: Hb – 94 г/л, эритроциттер – $2,6\times10^{12}$/л, лейкоциттер – $7,9\times10^{9}$/л, тромбоциттер – 139×10^{9}/л, ЭТЖ – 39 мм/сағ.
Биохимия: жалпы белок – 33 г/л, холестерин – 8,8 ммоль/л, креатинин – 152 мкмоль/л, жалпы билирубин – 181 мкмоль/л, тікелей – 160 мкмоль/л, АЛТ – 59 Е/л, АСТ – 48 Е/л, сілтілі фосфатаза – 722 Е/л.
Алдын ала диагноз қандай?

<question> Науқас К., 67 жаста, тамақтан кейін 25–30 минут өткен соң пайда болатын эпигастриялық ауыру, ауа шығару (көкеш), соңғы бір айда салмақ жоғалтуы (3 кг) туралы шағымданады. Анамнезінен: аурудың алғашқы белгілері үш жыл бұрын күзде пайда болған (эпигастрий аймағында ауыру тамақтан кейін 30–40 минуттан соң басталған, науқас өздігінен но-шпа мен альмагель қабылдаған, қысқа әсерімен), тексерілмеген, ауырудың маусымдық сипатқа ие екенін байқаған (көктем және күз). Қарау кезінде: тері жабындысы бозғылт, таза. Іш жұмсақ, эпигастрийде бұлшықеттердің орташа кернеуі, локалды ауырсыну. Бауыр, көкбауыр ұлғаймаған. Қан анализі: Hb – 118 г/л, эритроциттер – $4,0\times10^{12}$/л, түсті көрсеткіш – 0,85, СОЭ – 15 мм/сағ. ФГДС: өңеш өзгермеген, кардия толық жабылады. Асқазан ауа арқылы жақсы ашылады. Кішкентай қисықта 6×8 мм жара, шишықты, қабынған жиектері бар. Жараның тереңінде қан ұйығы бар. Он екі елі ішек луковицасы өзгермеген. Жиектерінен алынған биопсия жасалды. Гистологиялық зерттеу: атрофиялық гастрит, эпителийде ішек метаплазиясы, жара шеттерінде созылмалы қабыну белгілері бар. Helicobacter pylori аз мөлшерде анықталды. Ең ықтимал диагнозды атаңыз:

<question> Әйел, 68 жаста, асқазанның қатты күйіп-қышуы, кеудедегі кеуде сүйегінің жанындағы ауырсыну, асып-тасу кезінде пайда болу, ауыздағы ащылық, денені еңкейткенде күшеюі туралы шағымданады. Өткізілген тексерулер мен тағайындалған емнен кейін жағдайы жақсарды. Әйел 2 апта бойы омепразол, алюминий фосфаты, фамотидин қабылдады, бұл оның жағдайын айтарлықтай жақсартты. Бұл клиникалық көрініс қай ауруға тән?

<question> 67 жастағы науқас жалпы тәжірибелік дәрігер қабылдауында алдымен қатты тағамды, кейін сұйықтықты жұту кезінде біртіндеп қиындауын, соңғы бірнеше айда салмақтың едәуір төмендеуін, кеуденің артындағы кезеңдік ауыруларды, тамақтану кезінде жөтел және еріндердің көгеру эпизодтарын айтып шағымданады. Объективті: тері жабындары мен көрінетін шырышты қабаттары бозғылт. Пульс 92 соққы/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Іш жұмсақ, пальпация кезінде ауырсынусыз, бауыр мен көкбауыр ұлғаймаған. Алдын ала диагноз:

<question> 65 жастағы ер адам соңғы 3 ай бойы қатты тағамды жұтуда қиындықты байқайды, соңғы айда тек жартылай сұйық тағамды қабылдай алады, салмағы 6 кг азайды. Өңештің

рентгенологиялық зерттеуінде оның ортаңғы бөлігінде 6 см ұзындықта толтыру дефектісінен туындаған тарылуы анықталды. Диагнозды нақтылау үшін ең алдымен қандай зерттеу қажет?

<question> Жалпы тәжірибелік дәрігер қабылдауында 76 жастағы ер адам қатты және сұйық тағамды жұтқан кездегі қиындықтардың үдей түсуіне, қорытыла қоймаған тағамды құсуға, ауа шығаратын тұрақты қайтару мен езулерге шағымданады. Қарау кезінде салмақтың азаюы, тері жабындарының бозғылттығы, дауыстың қатаюы, сол жақтағы кілегей мен мойын лимфа түйіндерінің ұлғаюы байқалады. Ауруы бір жыл бойы созылып келеді. ЭФГДС кезінде: өңештің ортаңғы бөлігінде шеңберлі тарылу, қабырғалары қатты, тарылған жерде – қанаққан ойықтар. Диагнозыңыз:

<question> 67 жастағы әйел, оң жақ қабырға астында ұстама тәрізді ауырсыну және құсуға шағымдана отырып жеткізілді. Бұрын УДЗ кезінде өт қабында тастар анықталған. Қарау кезінде іш қатты, оң қабырға асты аймағында ауырсыну бар. Кера симптомы оң. Осы жағдайда ең ықтимал алдын ала диагноз:

<question> 70 жастағы ер адам ВОП қабылдауына нәжіс актісінен кейін қан кету (ағын тәрізді), кейде анальды каналда қышу сезімі туралы шағымданды. Анамнез бойынша: 2 жыл бойы ауырады, тұрақты түрде шам қолданады. Пер ректум қарағанда: 11 сағат позициясында 1,5х2,0 см көлемінде жұмсақ-эластикалық консистенциядағы, жанасқанда ауырады, ішек жарысына аз ғана шығып тұрған түзіліс анықталды. Осы жағдайда Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<question> Пациент П., 68 жаста, клиникаға дене қызуы 38°С дейін көтерілетін, оң жақ подвздошной аймақта тартқыш ауырсыну, бір рет құсу, қан қоспасымен 10-15 рет диарея туралы шағымдармен келді. Анамнез бойынша: бірнеше рет амбулаторлық ем алған. Қанда: лейкоцитоз 11,2х10^{12}, таяқша нейтрофилдер 26%, СОЭ – 22 мм/сағ, эозинофилдер – 0. Осы пациентте ең ықтимал алдын ала диагноз:

<question> Қартаюшы адамда жоғары физикалық белсенділіктің әсерінен түрлі органдар мен жүйелердің функциясында болатын өзгерістер, организмнің ерте қартаю процесіне кедергі жасайды:

<question> Ересектердегі нефротикалық синдромның ең көп таралған түрі:

<question> 67 жастағы ер адам ВОП қабылдауына бел аймағындағы ауырсыну, зәр шығару жиіленуі, тоңу туралы шағымдарымен келді. Анамнез: жиі ЖРВИ-мен ауыратыны белгілі. Шамамен 2 жыл бойы төменгі іштің бәсең ауырсынуын кейде субфебрильді температурамен сезеді; кейде зәр шығару ауырсынумен жүреді. Қарағанда: дене қызуы 37,8°С. Шеткері ісіктер жоқ. Өкпеде тыныс везикулярлы, қақырық жоқ. ҚДД – 19 рет/мин. Жүрек үндері айқын, ырғақты. Пульс – 78 рет/мин. АД – 110/70 мм с.б. Ішек жұмсақ, барлық бөлімдерде пальпация кезінде ауырсыну жоқ. Бауыр мен көкбауыр ұлғаймаған. Сілкілеу симптомы сол жағында оң. Зәр шығару – күніне 8 рет, түнде 3 рет, ауырсынумен. Осы науқасты жүргізуде келесі қадам қандай?

<question> 64 жастағы науқаста созылмалы панкреатит кезінде күшті ауырсыну синдромы байқалады. Осы ауруда ауырсынуды жеңілдету үшін келесі препараттардың қайсысы ұсынылмайды?

<question> Созылмалы панкреатиттің өршуін диагностикалаудағы ең құнды зертханалық көрсеткіш:

<question> Қарт науқас ВОП қабылдауында бел аймағында ауырсыну, зәр шығарудың жиілеуі және кейде ісіктер туралы шағымданады. Лабораториялық зерттеулерде лейкоцитурия, бактерийурия және цилиндрурия анықталды. Төмендегілердің қайсысы қарт және егде жаста жиірек кездеседі?

<question> Созылмалы гломерулонефриттің терминаль сатысына тән протеинурия:

<question> Егде және қарт жаста бүйректің жедел жетіспеушілігінің себептеріне жатпайды:

<question> Бүйрек зақымдалуының жоғарғы қатер топтарына жататын науқастар:

<question> Келесі дәрілік препараттар бүйрек зақымдалуының жоғарғы қатерін тудырады.

<question> Ең нефротоксиндік антибиотиктерге жататын топтар:

<question> Нефроздық синдромның клиникалы-лабораториялық симптомдарына жатпайды:

<question> Төмендегілердің қайсысы нефротикалық синдромның клиникалық-лабораториялық белгілеріне жатпайды?

<question> Егде және қарт жастағы адамдарда созылмалы гломерулонефриттің гипертониялық түрінде САГ бақылауға тағайындалатын дәрмектік топ:

<question> Егде және қарт жастағы адамдардағы бүйректің созылмалы ауруы дамығанда АҚ бақылау мақсатында қолданылады:

<question> Қарт науқастарға, артериялық гипертензия мен қант диабеті бір уақытта кездескенде, келесі препараттардың қайсысын қабылдауға ұсынылады?

<question> 75 жастағы ер адам симфиз үстіндегі қатты және кернеуші ауру сезіміне, әлсіздікке, тәулік бойы сирек зәр шығаруына шағымданады. Анамнезінде: 1 сатылы артериялық гипертензия, 2 типті қант диабеті, қуық безінің қатерсіз гиперплазиясымен диспансерлік есепте тұрады. Үнемі емделеді. Объективті: тері жамылғысы бозғылт, ылғалды. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты, пульс минутына 100 соққы, артериялық қысым 160/90 мм рт. Перкуторлы қуық үстінен 10 см-ге жоғарыанықталады.
Қандай іс-шара болып табылады бірінші кезектегі қажет.

<question> 69 жастағы ер адам. АГ есепте тұрады. АҚ бисопрололдың 10 мг/тәу. бақыланады.АҚ ең жоары деңгейі 180/105 мм сын бағ. НЖА тұрақты протеинурия (0,066-0,132) анықталды; қан креатинині қалыпты; ШФЖ/СКФ 115 мл/мин. Науқастың диагнозына өзгеріс енгізіңіз: АГ 3 дәр., қауіп тобы 3 (жасы, жынысы, СҚГ, МАУ).

<question> 64 жастағы, инсулинге тәуелді қант диабеті бар ер адам, жөтелден, шығуы қиын, тұтқыр, желе тәрізді қақырық бөлінуден шағымданады. Объективті: айқын интоксикация,

ентігу, өкпеде аз мөлшерде хрипы. Рентгенологиялық зерттеуде сол өкпенің жоғарғы бөлігінде гомогенді массивті инфильтрация, деструкциялық ошақтармен анықталды. Қан анализі: лейкоциттер – 5,4 тыс, СОЭ – 35 мм/сағ. Қай препарат осы науқасты емдеуде тиімдірек?

<question> Ер кісі 64 жаста, 5 жылдай уақыт АҚҚ 150-160/90-95 мм.с.б дейін жоғарлайды. Қант диабеті 2 типті, диабетон қабылдайды. Объективті: сол жақ шекарасы сол жақ бұғана ортаңғы сызығымен. Өкпесінде везикулярлы тыныс. Жүрек тондары наық,ритімді. ЖСЖ- 80 рет мин. АҚҚ- 160/94 мм.с.б. Сарысудағы холестерин -6,0 ммоль /л, сарысудағы креатинин - 75 мкм/л, қандағы қант -5,4 ммоль/л. МАУ-100мг тәулігіне. Антигипертензияқ дәрмекті таңдаңыз.

<question> 70 жастағы ер адам соңғы 6 ай ішінде аяқ-қолдың ауырсынуына және құрысуына байланысты жүгінді. Симптомдар 500 м артық жүргенде күшейіп, тыныштықта өтеді. Анамнезінде 2 типті қантдиабеті. 50 жыл бойы күніне 1 қорап темекі шегеді. Алкоголь ішпейді. Метформин мен аспирин қабылдайды. Балтыр аймағындағы дене температурасының төмендеуі анықталды.
Бұл науқасты жүгізу тиімді тактикасын таңдаңыз.

<question> Скрининг кезінде 63 жастағы ер адамда шөлдеу, аузының құрғауы шағымдары анықталды. Қарап тексергенде:бойы 176 см, салмағы 84 кг. ДМИ 27,1. Қанда: глюкоза ашқарынға 6,7 ммоль/л. Келесі кезеңде қандай зерттеу жүргізілуі керек ?

<question> 72 жастағы әйел, анамнезінде миокард инфарктісі, қант диабеті. Талдауда: холестерин - 5,97 ммоль/л, ТТЛП - 4,53 ммоль/л, ТЖЛП - 0,98 ммоль/л, триглицеридтер - 2,24 ммоль/л, атерогенділік коэффициенті - 5,09. 10 жылдық SCORE көрсеткіші ≥10% есептелген. Дәрігер аторвастатинді тағайындады. ҚР ДСМ 03.10.2019 ж. "артериялық гипертензия" хаттамасына сәйкес ТТЛП (УД – I В) деңгейін қай нысаналы деңгейге дейін төмендету қажет?

<question> Әйел 65 жаста, үнемі шөлдеуге, аузының құрғауына, жалпы әлсіздікке шағымданып келді. Анамнезінен: 2 жыл бұрын жедел панкреатитке байланыста ота жасалған. Қарап тексергенде іші жұмсақ. ауру сезімінсіз. Құрсақ қуысының УДЗ көкбауыр өлшемі қалыпты, патологиялық түзіліс жоқ. Жедел панкреатиттің асқынуын анықтауға қандай лабораторлық зерттеу мүмкіндік береді?

<question> Ер адам 62 жаста, анамнезінде инсульт, қант диабеті бар. SCORE шкаласы бойынша 10 жылдық риск - ≥10%. Антигипертензиялықі терапияны қабылдайды. Ауруды басқару бағдарламасына қатысады. «Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету ережелері мен алғашқы медициналық-санитарлық көмек ұйымдарына қосылу ережелеріне» сәйкес осы науқасқа БМСК дәрігерлік тексеруден өту жиілігі қандай?

<question> Әйел 65 жаста, үнемі шөлдеуге, аузының құрғауына, жалпы әлсіздікке шағымданып келді. Анамнезінен: 2 жыл бұрын жедел панкреатитке байланыста ота жасалған. Об-ті: іші жұмсақ, ауырсыну сезімінсіз. Құрсақ қуысының УДЗ көкбауыр өлшемі қалыпты, патологиялық түзіліс жоқ. Жедел панкреатиттің асқынуын анықтауға келесі лабораториялық зерттеу мүмкіндік береді.

<question> 65 жастағы ер адам шөлдеу, жиі зәр шығару, әлсіздік, салмақ жоғалту туралы шағымданады. 3 жыл бұрын медициналық тексеру кезінде қандағы қант – 7,5 ммоль/л

анықталған. Назначено: метформин 500 мг және диета. Бойы 176 см, салмағы 72 кг. Гликемиялық профиль: аш қарынға – 12,4 ммоль/л, күн ішінде – 18 ммоль/л дейін. Қант диабетінің компенсациясын анықтау үшін қандай көрсеткіш ақпаратты болады?

<question> 50 жастағы ер адам артық салмақ, жалпы әлсіздікке шағымданады. Қарағанда: артық тамақтану, ДМИ (ИМТ) 32 кг/м². Зерттеу кезінде: гликемия – 10 ммоль/л, гликирленген гемоглобин – 8,4%. Патогенетикалық терапияның мақсаты қандай?

<question> 68 жаста науқас салмағының жоғарылауын, терлегіштіктің азаюын, бет терісінің домбығуына шағымданды. Эндемиялық аймақта тұрады. Об-ті: бойы 158 см, салмағы 89 кг. Терісінде көк жолақтар жоқ, айқын гиперкератоз. Беті домбыққан, көздері ісінген. ЖЖС56 мин. АҚ 150/90 мм сын. бағ. Қанда глюкоза 3,3 ммоль/л. Клиникалық жағдайды болжаңыз, тиімді емді таңдаңыз:

<question> 64 жастағы дене салмағы артық әйел, 2 типті қантты диабетке байланысты сиофорды 500 мг/тәу. қабылдайды; 1200 ккал/тәу. калориялық емдәм ұстанады. Оң қабырға астының ауырсынуы мазалайды. Ашқарында гликемиясы 9,0-9,5 ммоль/л. АҚ 140/80 мм сын. бағ. Бауыры қабырға доғасынан 3-4 см шығыңқы. Дәрігердің тактикасын анықтаңыз.

<question> Емханаға 70 жастағы қантты диабетпен ауыратын әйел жеткізілді. Екі тәулік бойына құсу мен шөл, титықтаған, тері мен кілегейлі қабаттары құрғақ, баяу, тежеліп сөйлейді, кейбір бұлшық еттерінің тартылуы көрінеді. Бауыры ұлғаймаған. Гликемия 35 ммоль/л, несепте ацетон жоқ. Іші «тыныш». ЭКГ: синустық тахикардия, коронарлық бұзылыстар жоқ. Клиниканың бұлай басталуы келесі комаға тән:

<question> 65 жастағы ер кісіде 2 типті қантты диабет, ЖИА, АГ бар. Тәулігіне 1000 мг метформин, 2 рет 2 мг глимепирид қабылдайды. Соңғы айларда аяқ бастарының ісінуі мен бұлшық еттерінің ауыруы пайда болды, жалпы жағдайы ауырлады. Жағдайының ауырлау себебін келесі анализ анықтап береді:

<question> 68 жастағы, 8 жылдан бері қантты диабетпен дертті, антигипергликемиялық дәрмектер қабылдайтын, ер кісіде, туыстарының айтуынан соңғы 7 күнде полиурия, полидипсия, әлсіздік, ұйқышылдық біртіндеп дамыған. Об-ті: санасы жоқ, беткей арефлексия, жиілеген тыныс (ацетон иісі жоқ). Терісі құрғақ, көз алмаларының тоеусы төмен. Өкпесінді везикулалық тыныс, сырылдар жоқ. АҚ 90/70 мм сын. бағ. Іші жұмсақ, ауырмайды. Қан анализінен: гипергликемия 55ммоль/л; плазманың осмостығы 380мосм/л (N 320 жоғары емес). НЖА: глюкозурия, ацетон жоқ. Сіздің тұжырымыңыз:

<question> 68 жастағы ер кісіде гипергликемия анықталды. Об-ті тексергенде: бет әлпеті өзгерген – мұрыны, құлақтары, төменгі жақ сүйектері мен қол және аяқ бастары ұлғайған. Бас ми сауытының рентгендік суреттерінде: бас сүйегінің күмбезі, қарақұсының төмпектері қалыңдап, түрік ершігі кеңіген. Соматотропты гормон продукциясының жоғарылауы нақталды. Болжам диагнозыңыз:

<question> 65 жастағы, дене салмағы артық әйелде аш қарынға гликемия деңгейінің артқандығы нақталды: 6,9 и 7,2 ммоль/л. Келтірілгендерден ең мүмкін диагнозын болжаңыз:

<question> Жалпы дәрігерлік практика дәрігері, 69 жастағы бойы 160 см, ал дене салмағы 84 кг әйелде ашқарынға тапсырған анализінен глюкозаның 6,9 ммоль/л деңгейін анықтады. Осы жағдайдағы дәрігерлік тактика:

<question> 65 жастағы дене салмағы қалыпты ер кісі ЖДП дәрігерінде қантты диабеттің 2 типінен медикаменттік емес шаралармен ем алады. Емдәмді салауаттандыру нәтиже бермеді, гликемиясы тәулігіне 10 до 15 ммоль/л., несебінде өзгерістер жоқ. Төмендегі келтірілген дәрмектерден нәтижелісін таңдаңыз:

<question> 2 типті қантты диабеттің компенсациялану критерийлеріне жатады:

<question> 65 жастағы ер кісінің бойы 160 см, салмағы 105 кг. Шағымдары жоқ. Ашқарындағы глюкоза деңгейі 6,2 ммоль/л. Науқасты жүргізу тактикасын таңдаңыз:

<question> 64 жастағы әйелде 2 типті қантты диабет 10 жыл көлемінде бар. Соңғы 2 жылда АҚ 150/90 мм сын. бағ. Тексергенде: НЖА патология жоқ, МАУ екі рет анықталған. Антигипертензиялық дәрмекті таңдаңыз:

<question> 69 жастағы ер кісі 20 жылдан бері қантты диабетпен дертті. Макро-, микроангиопатиялық асқынулары, сонымен қатар, нейропатиясы бар. Диабеттік нейропатияның ауырсынулық түріне тән емес белгіні таңңдаңыз.

<question> 64 жастағы пациентте 2 типті қантты диабет экссудатты фазадағы нейропатиялық жарамен асқынған. Осы жараның жергілікті емінде қолданады –

<question> 64 жастағы, дене салмағы артық ер кісіде екі рет гликемияның ашқарындағы 8,9 және 10,9 ммоль/л дейін жоғарылауы анықталды. Емхананың эндокринологі қантты диабеттің 2 типін тұжырымдады. Диабеттің бұл типінің патогенездік емінің мақсаты:

<question> 80 жастағы науқас. Стационарға түскен кездегі шағымдары: әлсіздік, тершеңдік, жүргенде ентігу. 2 айдан бері жоғары қызба, әлсіздік мазалады, антибиотиктер мен сульфаниламидтер (бисептол) қабылдады. Объективті: жағдайы ауыр, ентігу, тері жабындысы айқын. Перифериялық лимфатүйіндері үлкейген. Өкпесінде әлсіз тыныс. Жүрек тондары тұйықталған, тахикардия, пульсі 112 рет минутына. Бауыры қабырға доғасымен, ауырмайды. Зерттегенде ЖҚА-де: эрит-3,1:10/л, гемоглобин-90 г/л, ТК-0,9, лейкоцит-22,1:10/л, т/я-0,5%, с-5%, лимф. 80%. ЭТЖ - 18 мм/сағ. Сіздің диагнозыңыз?

<question> 68 жастағы науқас. Бірнеше жылдар бойы тұрақты терінің қышуымен дерматологта бақыланды. Соңғы жылдары АҚҚ 200/100 мм.с.б. жоғарылағанын, терісінің күрең-көкшіл түсті болғанын, сүйектеріндегі ауыру сезімін байқады. 16 жасынан бастап темекі шегеді, таңертең аздаған қақырықпен жөтел мазалайды. Объективті: өкпесінде қатаң тыныс, бірен-саран сырылдар. Жүрек тондары тұйықталған, ӨА үстінде II тон акценті. Бауыры қабырға доғасынан 2 см төмендеген, көкбауыр 9 см төмен. Зерттегенде ЖҚА: эрит - 9,5:10/л, гемоглобин - 200 г/л, лейкоцит - 12,8Х10/л, э-6%, т/я- 7%, с- 45%, л- 14%, м- 10%, тромбоцит - 364,4Х10/л, ЭТЖ- 1 мм/сағ, гематокрит -75%. Сіздің диагнозыңыз?

<question> 72 жастағы науқас стационарға түскенде әлсіздікке, тершеңдікке, субфебрильді температураға шағымданып түсті. Соңғы жылдары салқын тиіп ауыру жиі мазалады, бір жыл бұрын пневмониямен асқынған ауыр вирусты тұмаумен ауырды, соңғы 6 айда арықтады, ішінде ауырлау сезімі пайда болды, әлсіздік үдеді. Объективті: арық, тері жабындысы бозғылт сарғаюмен. Бұршақ көлемді мойын лимфатүйіндері анықталады, ауырмайды, қозғалмалы. Тыныс алу және жүрек-қантамыр жүйелері бойынша патология жоқ. Бауыры қабырға доғасынан 1,5 см төмен, пальпацияда сезімтал, көкбауыр сол қабырға доғасынан 10 см төмен, тығыз, ауырмайды. ЖҚА: эрит - 2,3Х10/л, гемоглобин - 74 г/л, ретикулоцит - 18%, лейкоцит - 15Х10/л, э-1%, л- 80%, м -1%, тромбоцит - 100Х10/л, Этж 48 мм/сағ. Билирубиннің тура емес фракциясы жоғарылаған. Сіздің болжама диагнозыңыз?

<question> 65 жастағы салмағы артық әйел тәбетінің жақсы болуына қарамастан салмағының азаюына, жыныс органдарында қышынуға, түнде зәрге жиі шығуына шағымданады. Сіздің диагнозыңыз.

<question> 65 жастағы семіз әйел науқас жақсы аппетитіне қарамастан салмақ жоғалту, жыныс органдарында қышу, түнде жиі зәр шығару туралы шағымданады. Қай әдіс арқылы диагнозды растай алмаймыз?

<question> 74 жастағы науқас, жалғыз тұрады. Ентігу және әлсіздікпен қаралды. Объективті: тері жабындысы мен көзінің шырышты қабаты бозғылт-сарғыш түстес, беті, аяқтары ісінген. Перифериялық нейропатия белгілері (ишиалгия, парестезиялар). Тілі таза, ашық қызыл түсті. Тахикардия, 110 мин. Жүрек тондары анық, барлық нүктелерде жұмсақ систолалық шу. Сіздің диагнозыңыз.

<question> 69 жастағы ер адам тәбеті жақсы болғанмен "себепсіз" салмағының жоғалтуына, кейде дене қызуының 38-38,5С жоғарылауына, физикалық күш түскенде шаршағыштыққа шағымданады. Бұрын ауырмаған. Объективті қарағанда сыртқы пішіні жас көрінеді, тахикардия, мерцательді аритмияның пароксизмі жазылған. Бірінші орындағы параклиникалық зерттеу қандай?

<question> Қант диабетінің 2 типімен (инсулинге мұқтаж кезеңі) ауыратын егде жастағы әйел кетоацидоздық комамен реанимация бөлімшесінде жатыр. Объективті: есі жоқ, жарыққа көзінің жанарының реакциясы сақталған, гиперрефлексия. Терісі құрғақ, тургор төмендеген. ТЖ- 26 мин. Ацетон иісі. Гликемия 22 ммоль/л, рН-7,1, калий 3,3 ммоль/л. Аталған емнің қайсысын қолдануға болады?

<question> Жақында тұмаумен ауырған және кетоацидоздық комамен стационарға түскен науқасқа шұғыл шаралар жүргізілді.Бірақ, лабораториялық көрсеткіштерінің жақсаруына (гликемия 7,8 ммоль/л, түскен кезде 26,6 ммоль/л, рН 7,52, түскен кезде - 2,7 мэкв/л) қарамастан, науқас терең кома жағдайында. Команың себебін анықтаңыз.

<question> 69 жастағы әйелге 10 жыл бұрын тиреоидэктомия жасалған. Эутирокс 50 мкг/тәу.қабылдайды. Соңғы жылы жағдайы нашарлады. Жүрек тұсында жүрген кезде ауыру сезімі, ентігу пайда болды. Салмағын қосты. Шашының түсуі күшейді, терісі құрғақ, кешке қарай аяғында ісінулер бар. Объективті: бойы 171 см, салмағы 98 кг. Терісі құрғақ, салқын.Беті ісінген, балауыз тәрізді, ксантоматоз байқалады, ерні көгерген. Қол басында, жіліншігінде,

табанында ісінулер. Ісінулер тығыз. Шаштары құрғақ, сынғыш.Алақандары сарғыш. Пульсі 56 мин, ырғақты. Жүрек тондары әлсіреген, әлсіз везикулярлы тыныс. Бауыры қабырға доғасынан 3 см төмен, сезімтал. АҚ 150/70 ммсын.бағ. Қандағы холестерин 8,3 ммоль/л (қалыпты 3,9-5,2). FT4-9,0 нмоль\мл (10,5-22), ТТГ-8.0 ХБ\мл (0,2-2,9).ЭКГ: барлық тісшелерінің вольтажы төмендеген. Болжам диагноз қойыңыз.

<question> 69 жастағы әйелге 10 жыл бұрын тиреоидэктомия жасалған. Эутирокс 50 мкг/тәу. қабылдайды. Соңғы жылы жағдайы нашарлады. Жүрек тұсында жүрген кезде ауыру сезімі, ентігу пайда болды. Салмағын қосты. Шашының түсуі күшейді, терісі құрғақ, кешке қарай аяғында ісінулер бар. Объективті: бойы 171 см, салмағы 98 кг. Терісі құрғақ, салқын. Беті ісінген, балауыз тәрізді, ксантоматоз байқалады, ерні көгерген. Қол басында, жіліншігінде, табанында ісінулер. Ісінулер тығыз. Шаштары құрғақ, сынғыш. Алақандары сарғыш. Пульсі 56 мин, ырғақты. Жүрек тондары әлсіреген, әлсіз везикулярлы тыныс. Бауыры қабырға доғасынан 3 см төмен, сезімтал. АҚ 150/70 мм сын. бағ. Қандағы холестерин 8,3 ммоль/л (қалыпты 3,9-5,2). FT4-9,0 нмоль\мл (10,5-22), ТТГ-8.0 ХБ\мл (0,2-2,9).ЭКГ: барлық тісшелерінің вольтажы төмендеген. Емін түзеңіз.

<question> Егде жастағы қант диабетінің негізгі себептері болып табылады:

<question> Гипогликемиялық комадан шығару шаралары ... басталады:

<question> Қант диабетінің компенсациясын бағалаудағы нәтижелікөрсеткішті таңдаңыз:

<question> Қант диабетінің барлық клиникалық түрін емдеуде міндетті түрде қолданылады –

<question> Қант диабетімен науқастарда бүйрек зақымдалғанда қолданылатын қант түсіретін пероральды дәрмек:

<question> Кетоацидоздың кетоацидоздық комаға жалғасуына үлес қоспайды:

<question> Екіншілік гипотиреоздың дамуына әкелетін фактор:

<question> Егде жастағы адамдарда диффузды токсиндік жемсаудың клиникалық көріністеріне тән емес:

<question> Гипотиреоздық команың еміне қатысы жоқ:

<question> Мегалобластық қантүзілу егде кісілерде келесі фактормен байланысты болуы мүмкін:

<question> Жедел лейкоз диагнозын қою үшін және түрін анықтау үшін келесі параклиникалық зерттеулер қажет емес:

<question> Жедел лейкоздың келесі түрінің ем нәтижесі жақсы:

<question> Қарт науқас ЖТД қабылдауында шаршау, әлсіздік, тері бозаруы және есте сақтау қабілетінің бұзылуы туралы шағымданады. Зертханалық анықтауда макроцитарлы анемия анықталды. Қартаң және егде жастағы адамдар көбінесе қай анемия түрінен зардап шегеді?

<question> Анемия диагнозында келесі параклиникалық зерттеулер әдісі қажет емес:

<question> Гематомалық типті қанағыштық тән:

<question> Васкулярлы-пурпуралы қанау типі тән:

<question> Тура емес антикоагулянттардытағайындауға дейін және емдегенде гемостаздың ... көрсеткішін тексеру қажет:

<question> 65 жастағы науқас әйелдің анамнезінде АГ, ЖИА, аорталық-коронарлық шунттау, қантты диабет. Ем қабылдауда.. Анализдерінде: глюкоза 153.7 mg/dL, мочевина - 53,62 mg/dL, креатинин 1,08 mg/dL, несеп қышқылы - 314,2 μmol/L, жалпы билирубині 0,4 mg/dL, тікелей билирубині - 0,06 mg/dL, ALT 19,82 U/L, AST 19,18 U/L, С-реак. белок 0,17 mg/dL, жалпы холестерині - 5,91 mmol/L, жоғары тығыздықтағы липопротеиндері - 1,07, төмен тығыздықтағы липопротеиндері - 4,28, үшглицеридьері - 2,85 mg/dL. Дәрігер
Аторвастатин тағайындады. Статиндерді қабылдағанда ұсынылатын бауыр қызметінің көрсеткіштерін көрсетіңіз:

<question> 67 жастағы әйел іштің ауыруына, салмағының төмендеуіне, оң жақ қабырға астындағы пальпацияланатын түзіліске және жалпы жағдайының түсініксіз нашарлауына шағымданды. Бауырдан іштің үйкеліс шуы естіледі. Диспансерлік есепте тұрады. Аталған көрсеткіштердің қайсысы гепатоцеллюлярлық карцинома скринингтік тест ретінде пайдалануға болады?

<question> Ер кісі 66 жаста, үйде қарау кезінде сөйлеудің қиындауына, оң жақ аяқ қолдарындағы әлсіздікке шағымданады. Анамнезінде: таңертең ұйқысынан тұрғаннан кейін жағардағы шағымдар анықталып, жедел ауырған. Екі бұрын бұл симптомдар пайда болып,өздігінен жойылған. АҚҚ=110/70 мм.с.б., ЖСЖ=110 мин. Қарап тексергенде: есі анық, ориентациясы бұзылмаған, қарашық OD=OS, екі жақтанда көз алмасының қырларының жетпеуі (2 мм.). Тілі оңға ығысады, сіңірлік рефлекс D>S, оң жақта Бабинский рефлексі,оң жақ аяқ-қолда бұлшықет күші 3 балл, менингиаль белгілері жоқ. Науқасты емдеуде керек тактика.

<question> 72 жасар еркек саябақта отырғышта табылған. Есін жоғалтпаған. Жедел жәрдем дәрігері қарап тексергенде оң қолындағы қозғалыстың бұзылысы мен сөйлеудің қиындауы – кенеттен басының айналғандығы болғанын түсінуге болатын бөлек сөздер айтқаны анықталды. Құспаған. Қабылдау бөліміне жеткізілді. Қарап тексергенде: есі сақталған, әлсіз, апатиялы. Сөйлеспейді. Қарап тексергенге наразылық кейпімен қарайды. Пульсі аритмиялы, 104 рет минутына, жүрек тондары тұйық, АҚҚ 150/100 мм сын.бағ. Ауызының оң бұрышы төмендеген. Оң қолы қозғалмайды. Оң табаны сыртқа қараған. Сіңірлік рефлекстер оң жағында сол жағына қарағанда жоғары. Оң жақта Бабинский рефлексі оң. Келесі диагностикалық кезеңде қандай зерттеу жүргізілуі тиіс?

<question> 67 жастағы ер адам. Сол жақтағы тізе буындарының ауыруы мен ісінуіне, басқа да ірі буындардағы ауыспалы сипаттағы ауыру сезіміне, бұлшықеттегі ауыруға, бас ауыруына, салмағының 5 кг-ға төмендеуіне, кешкі уақыттарда дене температурасының 37,5°-ға дейін көтерілуіне шағымданады. Кей кездерде дене температурасы бірнеше күн бойына 38,5°-ға дейін көтеріледі. Бұл симптомдардың барлығы 6 ай бұрынғы салқын тиюден кейін пайда болған. Анамнезінде – қолдан сатып алынған сүт өнімдерін көп пайдаланған. Объективті: алақан мен табанның гипергидрозы, тізе буындарының симметриялы емес ісіну, локалды температура, положительный симптом баллотирования наколенника. Қанның жалпы анализі: Эр – 3,2, Нб – 110 г/л, Л- 4,9 х109/л, Нф – 68%, Лф – 38%, СОЭ 29 мм/ч. РФ – 22 МЕ/мл, СРБ - +++. РХ – теріс; РА – теріс. Қандай зерттеу диагнозды нақты анықтауға көмектеседі?

<question> Ер кісі 64 жаста, денесінің оң жақ бүйір беткейінде түзілімнің пайда болуына шағымданады. Анамнезінде түзілімнің 4 ай бұрын байқаған. Дәрігер қарап тексергенде жұмсақ-эластикалық консистенциялы,қозғалмалы,өлшемі 2,5х3,0 см, тері асты шелінің деңгейінде анық шекарасмен түзілім анықтады.Осы жағдайда сіздің ары қарайғы тактикаңыз?

<question> 48 жастағы науқас, АД 170/100 мм рт.ст. дейін көтерілуіне шағымданады. Анамнезінде 20 жылдан бері бронхиалды астма тіркелген, преднизолон қабылдайды. Қарағанда: ай тәрізді бет, дене майлары көбіне корпусқа шоғырланған, іш қабырғасындағы стриялар, бұлшықеттердің атрофиясы, остеопороз белгілері. Жоғары қан қысымының ықтимал себебі қайсысы?

<question> 60 жастағы науқас, алақан буындарында ауырсыну, буындардың деформациясы, таңертеңгілік қозғалыстардың шектеулігі, әлсіздікке шағымданады. Анамнезінде: ауру 15 жылдан бері, лакунарлы ангинадан кейін басталған. Қарағанда: алақан буындары деформацияланған, пальпацияда орташа ауырсыну, улнарлы девиация. Бұлшықет күші 3-4 балл. Рентгенографияда: білезік буынын қоса алғандағы алақан рентгенінде, буын айналасындағы остеопороз, буын саңылауының тарылуы. Қан талдауында: СОЭ 43 мм/сағ, лейкоциттер 9,0 х10⁹/л, несеп қышқылы 240 мкмоль/л, СРБ 3 мг/л, антистрептолизин «О» 70 МЕ/л, ревматоидтық фактор (РФ) 90 ЕД/л, АЦЦП – 859 Ед/мл. Ықтимал диагноз:

<question> Ер адам 64 жаста, глаукоманы анықтауға скрининг жүргізу кезінде жанасусыз әдіспен көз ішілік қысымның келесі көрсеткіштері анықталды: оң көз - 25 мм сын.бағ, сол көз - 18 мм сын.бағ.Ары қарайғы тактикаңыз қандай?

<question> Ер кісі 72 жаста. Бірнеше күн бойы іш қату мазалайды. Соңғы 3 айда 5 кг арықтаған. Қанда - панцитопения және ЭТЖ 65 мм/сағ.Диагнозды нақтылау үшін қажетті зерттеу және маман кеңесі

<question> 64 жастағы науқас К., жоғары іш бөлігінде тамақ қабылдағаннан 25–30 минуттан кейін ауырсыну, ауамен шыққан кекіру, соңғы айда 3 кг салмақ жоғалтуға шағымданады. Анамнезінен: өзі «но-шпу» қабылдаған, қысқа уақыттық әсері болған, тексерілмеген. Қарағанда: тері бледная, таза. Іш жұмсақ, эпигастриялық аймақта локальды ауырсыну. Бауыр мен көкбауыр ұлғаймаған. ФГДС: өңеш өзгермеген, кардия толық жабылады. Шағын қисықта 6х8 мм көлемінде шишінді, қабынған шеттері бар ойық жара. Жара терендігінде қан ұйығы бар. 12 елі ішектің луковицасы өзгермеген. Helicobacter pylori анализі +++. Бірінші қатардағы үшкомпоненттік терапия схемасына кіретін дәрілерді атаңыз:

<question> 63 жастағы әйел ентігуге, дене қызуының 38.0º дейін жоғарылауына, әлсіздікке, тершеңдікке шағымданып түсті. 2 күн бұрын ЖРВИ фонында ауырған. Объективті: терісі ылғалды,бозғылт, тырнақтары барабан таяқшасы тәрізді.АҚҚ 130/90 мм сын. бағ., ЖЖС – 115 мин, ТЖ – 18 мин. Әлсіз тыныс фонында сол жақтың төменгі бөлігінде ылғалды майды көпіршікті сырылдар естіледі. Пульсоксиметрия – 88%. Рентгенограммада: қабырғалары горизонталь орналасқан, қабырға аралықтары кеңіген, өкпе түбірі кеңейген, фиброзды және қантамырлық компоненттердің есебінен өкпе суреті күшейген, сол өкпенің төменгі бөлігінде инфильтратты қосылған көлеңкелер бар. Қандай тактика БАРЫНША тиімді?

<question> Жалпы практика дәрігеріне 62 жастағы әйел пациентке бас ауруы, тітіркенгіштік, шөлдеу сезімі бойынша келді. Анамнезінде — бедеулік. Объективті: дене массасының индексі 30, гипертрихоз, іш пен арқада стриялар, АД 164/98 мм сынап бағанасы. Қосымша зерттеулер бойынша битемпоральды гемианопсия, плазмадағы глюкоза 7,8 ммоль/л анықталды. Бұл симптомдардың жиынтығы қандай ауруға бірінші кезекте ой салуы мүмкін?

<question> 68 жастағы ер адам дәрігерге сол аяғындағы ауырсынатын бөртпеге байланысты барған. Соңғы 2 жылда ол мезгіл-мезгіл суықта саусақтарының түсі ақтан көкке және қызылға өзгеретін, кейін жоғалып кететін эпизодтар пайда болған. 20 жыл бойы күніне 2 қорап темекі шегеді. АҚҚ - 115/78 мм с.б.б. Қарап тексергенде, сол аяқтың бүйір бетінде бірнеше қара күлгін түйіндер қоршаған эритема бар. Оң саусақтың ұшында құрғақ жаралар бар. Болжам диагнозы, бейінді маман кеңесі:

<question> Қабылдауға 72 жастағы науқасты туысы ертіп келген. Оның айтуы бойынша науқастың есте сақтауы нашарлап барады, әсіресе жаңа хабарды сақтауда. Науқастың күнделікті өмір сүруіне есте сақтауының бұзылуы айтарлықтай кедергі жасайды. Жақсы білетін немесе айқын танитын зат қана сақталады. Жаңа хабарлар кездейсоқ немесе аз уақытқа ғана есінде сақталады. Науқас негізгі мәлметтерді есіне түсіре алмау жағдайында, яғни қайда тұратынын,казір ғана не істегенін немесе туысының атының кім екенін. Объективті жағдайы қанағаттанарлық. АҚҚ 150\100 ммсын .бағ. пульс 80 рет мин. Жүрек тондары тұйықталған, ритмі дұрыс.Аяқтары ісіңкі. Сіздің болжам диагнозыңыз, маман кеңесі?

<question> Науқас 74 жаста,пневманияға байланысты антибактериальды терапия алды. Динамикада жағдайы жақсармады, әлсіздік, кеудедегі ауру сезімі өрістеп, арықтап кетті. Контрольдік компьютерлі томографияда - анық емес шекарасымен, айқын тығыздықта,ошақ көлемі бүрнеше мөлшерге ұлғайған. Қақырықты зерттеуде қандай қорытынды БАРЫНША анықталуы мүмкін?



<question> 45 жастағы ер адам жалпы практика дәрігеріне жиі үлкен көлемде сұйық нәжіс, күшті әлсіздік, шөлдеу сезімі бойынша келді. Таңертең өзін нашар сезінеді. Кеше кешке жұмысынан ерте шыққан, себебі күшті әлсіздік болды. Сондай-ақ, тұзды тағамға қатты

құштарлық мазалайды. Қарағанда сөйлеу баяу, терісі құрғақ, АД 90/50 мм сын.бағ. Терісі бозғылт, бірақ қатпарларда жарқын күнге күйгендей әсер береді. Анамнезінде өкпе туберкулезі, бірнеше жыл тубдиспансерде есепте болған, ауру формасын білмейді. Алдын ала диагноз:

<question> 64 жастағы әйелге щитовид безінің субтотальды резекциясынан кейін аяқ-қолда қақсап тұру, Хвостека симптомы, Труссо симптомы пайда болды. Бұл науқаста қандай асқыну дамыды?

<question> 65 жастағы әйел науқас ірі буындарда, әсіресе тізелерде, бұлшықеттерде ауырсыну, әлсіздікке шағымданады. Бір ай бойы жүрек аймағында ауырсыну, екпулер, екі айдан астам — оң жақ бет жартысында ұйысу, қышу, бұл бір апта ішінде жоғалды. Анамнезінде жиі ангиналар болған. 10 жыл бойы ауылда демалады, шикі сүт ішеді, орманда жүреді. 3 ай бұрын кене шағып кеткен. Медицина пунктіне барған, екі апта бойы «кене шағуына аллергиялық реакция» диагнозымен емделген. Қарағанда буындар өзгермеген, жүрек дауыстары бәсең, тахикардия. Болжам диагноз:

<question> 62 жастағы Н. науқас қол буындарында созылмалы ауырсыну, деформация, таңертеңгі қозғалыс шектеулігі, әлсіздікке шағымданады. Анамнез бойынша 15 жыл бойы ауырады, лакунарлы ангинадан кейін. Қарағанда қол буындары деформирленген, пальпацияда орташа ауырсыну. Ульнарлы девиация. Бұлшықет күші 3-4 балл. Қолдың рентгенінде білезік буыны қамтылған, буын қуысы тарылған, околосуставтық остеопороз. Қан анализінде: СОЭ 43 мм/сағ, лейкоциттер 9,0 х10^9/л, сарысудағы зәр қышқылы 240 мкмоль/л, СРБ 3 мг/л, антистрептолизин "О" 70 МЕ/л, ревматоидтық фактор (РФ) - 90 ЕД/л, АЦЦП – 859 Ед/мл. Науқасты емдеуде «алтын стандарт» болып табылатын препарат:

<question> 68 жастағы науқас әлсіздік, тершеңдік, дене салмағын 2 жылда 10 кг жоғалтқанына шағымданып келді. Бауыры мен көкбауыры ұлғайған, лимфа түйіндерінің барлығы ұлғайған. Қан анализінде: Нв 85 г/л, эр.3,0 х 10^{12}/л, лейк. 135,0 х 10^9/л, т/я 3%, лимф. 96 %, мон. 1%, ЭТЖ 28 мм/сағ. Жалпы билирубин 45 мкмоль/л, тікелей 11мкмоль/л. Сары су темірі 28 ммоль/л, Кумбс сынамасы оң.
Осы берілген мәліметтердің ішінен диагнозды болжауға мүмкіндік беретін анализді таңдаңыз:

<question> 68 жастағы науқас әлсіздік, тершеңдік, дене салмағын 2 жылда 10 кг жоғалтқанына шағымданып келді. Бауыры мен көкбауыры ұлғайған, лима түйіндерінің барлығы ұлғайған. Қан анализінде: Нв 85 г/л, эр.3,0 х 10^{12}/л, лейк. 135,0 х 10^9/л, т/я 3%, лимф. 96 %, мон. 1%, ЭТЖ 28 мм/сағ. Жалпы билирубин 45 мкмоль/л, тікелей 11мкмоль/л. Сары су темірі 28 ммоль/л, Кумбс сынамасы оң.
Анемия себебін және кеңеске жіберетін бейінді маманды анықтаңыз:

<question> 68 жастағы науқас әлсіздік, тершеңдік, дене салмағын 2 жылда 10 кг жоғалтқанына шағымданып келді. Бауыры мен көкбауыры ұлғайған, лимфа түйіндерінің барлығы ұлғайған. Қан анализінде: Нв 85 г/л, эр.3,0 х 10^{12}/л, лейк. 135,0 х 10^9/л, т/я 3%, лимф. 96 %, мон. 1%, ЭТЖ 28 мм/сағ. Жалпы билирубин 45 мкмоль/л, тікелей 11мкмоль/л. Сары су темірі 28 ммоль/л, Кумбс сынамасы оң. Болжам диагнозын, кеңеске жіберетін маманды анықтаңыз:

<question> 65 жастағы ер кісі клиникаға иық сүйегінің сынуымен түсті. ЭТЖ 63 мм/сағ. Гиперпротеинемия М-градиентпен, миелограммада – плазмалық инфильтрация 38%. Болжам диагнозы, маманға кеңеске жіберіңіз:

<question> Дұрыс тұжырымды және кеңеске маманды таңдаңыз, қан анализінің мына өзгерістері: эр. 1,8 х 10_{12}/л , Нв 36 г/л, ЦП 0,9; лейк. 1,6х10^9/л, тромб. 5,0х10^9 /л ... тән:

<question> Плеторалық синдромға тән дұрыс тұжырымдарды және кеңеске маман таңдаңыз,:

<question> Аплазиялық анемияның диагноздық критерийлерін белгілеңіз:
a) панцитоз
b) панцитопения
c) сүйек миының кебуі
d) қан түзілуінің мегалобласты типі
e)геморрагиялық синдром

<question> Дұрыс тактиканы таңдаңыз. 62 жастағы зейнеткер, ер кісі, емханаға келесі шағымдармен келді: әл-дәрменінің, тәбетінің құруы, жүрегінің айнуы, тамақтан жиіркену, дене салмағын жоғалту. Бір жылдың ішінде 15 кг салмақ жоғалтқан. Об-ті: науқас өте жүдеу, тері жамылғылары құқыл. Бойы 172 см, дене салмағы 53 кг. Сол бұғана үстінде 2 см дейін үлкейген лимфалық түйін пальпацияланды. Пальпацияда ішінің эпигастрий аймағы ауырады, бұлшық еттің шамалы керілуі анықталды. Нв 100г/л, эр. 3,6х10^{12}/л, ТК 0,84, лейк. 8,0х10^9/л. ЭТЖ 42 мм/сағ.

<question> Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. 67 жастағы ер кісінің шағымдары: оң және сол қабырға астының ауыруы, дене қызуының субфебриль сандарға жоғарылауы, мұрнының жиі қанауы, 3-4 айда 9 кг салмақ тастауы. Өзін 2 жыл көлемінде дертті санайды: тері түсі қоңырая бастаған. Об-ті: тері жамылғысы қола түсті, склерасы сары, алақан сызықтарында күңгірт пигментация, төсінде, арқасында, иықтарында “тамырлық жұлдызшалар”. Іші бос сұйықтық есебінен ұлғайған, бауыры талағы үлкейген.

<question> Диагнозына қатысты дұрыс тұжырымды және кеңеске маман таңдаңыз: 64 жастағы, жаралық анамнезі қысқа және жарасы ұзақ уақыт тыртықталмай жүрген ер кісі, келесі шағымдармен қаралды: әлсіздік, жүрек айнуы, тәбетінің жоғалуы, эпигастрий аймағының тұрақты ауыруы, салмақ жоғалту.

<question> Дұрыс тұжырымдарды таңдаңыз. Пациент диареяға, ішінің бар аймағының ұстамалы ауыруына, бірден ыстықтау сезіміне, бетінің гиперемиясына, тұншығу ұстамалары мен жүрек қағуына шағымданды.

<question> Болжам диагнозын, кеңеске маман таңдаңыз. 74 жастағы әйелді ішінің төменгі жағының толғақ тәріздес ұстамалы ауырсынуы мазалайды, ауырсынуы сегізкөзіне тарайды, іші кебеді, газдың бөлінбеуі, соңғы 4 тәулікте үлкен дәреттің болмауы көңілін алаңдатады. Науқас соңғы көптеген жылдар барысында іш қатуынан зардап шегеді. Об-ті: іші кебіңкі, пальпацияда шамалы ауырады. Перкуссияда жоғары тимпанит, “судың шолпыл” симптомы естілді. Тік ішек арқылы тексергенде: тік ішектің ампуласы бос, сфинктер босаңсыған. Сифонды клизма қоюға талпыныс жасағанда – сұйықтық көлемі 350 мл жеткенде, кері құйылды.

<question> Науқас ер адам, 62 жаста, соңғы бір жыл бойы тізе буындарында ауырсыну сезімі бар. Ауырсыну қозғалыс кезінде күшейеді, демалыс кезінде азаяды. Локальды статус: қызаруы, ісінуі және жергілікті температураның жоғарылауы байқалмайды. Крепитация, ауырсыну және белсенді/пассив қозғалыстың шектелуі анықталады. Рентгенде: буын қуысының тең емес тарылуы, остеофиттер және субхондральды кисталар. Бұл ауруды емдеуде базалық препарат қайсысы?

<question> Науқас әйел, 64 жаста, қант диабетімен ауырады. Сол қолында ауырсыну, суық сезім, «құмырсқалар жүруі», әсіресе түнде күшейеді. Сынып көру кезінде: сол қолдың бұлшықеті әлсіз, алақанды және саусақтарды соза алмайды, бас саусақты ауыстыра алмайды. Үлкен және көрсеткіш саусақтар аймағында гипестезия. Қай нерв зақымдалған болуы ықтимал?

<question> Науқас 60 жаста, қалқанша безі ауруымен ВОП қабылдауында. Пациенттің шағымдары: ашушаңдық, ыстыққа төзбеушілік, салмақ азаю, жүрек қағуы, тершеңдік. Жүрек ырғақтары бұзылған. Көз симптомдары жоқ. Пальпацияда қалқанша безінде шекаралары анық, айнала тіндерге жабыспаған, жұтқанда қозғалады. Дальнейшая тексеру тактикасы диагнозды растау үшін қандай?

<question> Науқас ер адам, 60 жаста, шынтақ буындарда ауырсынуға шағымданады. Объективті: қызару, ісіну, қозғалыс шектелуі, бұршақ көлемінде тығыз түйіндер байқалады. Жүрек үндері әлсіреді. Жүрек соғу жиілігі – 100 рет/мин. Қанда: эритроциттер – 4,2 млн., гемоглобин – 150 г/л, лейкоциттер – 10 мың, СОЭ – 2 мм/сағ. Зәр анализі: тығыздығы – 1020, лейкоциттер – 4-5 п/көр., эритроциттер – 6-8 п/көр., цилиндрлер (+++). Буындардың рентген суреттерінде не көрінуі мүмкін?

<question> Науқас, 68 жаста, оң аяқтың бірінші саусағы кенет қызарып, ісінді. Жарақат жоқ. Диагнозды тез анықтауға не көмектеседі?

<question> Науқас С., 66 жаста, локт буындарында ауырсыну туралы шағымданады. Объективті: локт буындарында қызару, ісіну, қозғалыс шектелген, бұршақ мөлшеріндегі қатты түйіндер. Жүрек үндері әлсіреді. Жүрек соғысы – 100 рет/мин. Қанында: эритроциттер – 4,2 млн., гемоглобин – 150 г/л, лейкоциттер – 10 мың, ЭТЖ – 2 мм/сағ. Зәр анализінде: тығыздығы – 1020, лейкоциттер – 4-5 п/көр., эритроциттер – 6-8 п/көр., цилиндрлер (+++). Диагноз қою үшін ақпараттық зерттеу:

<question> Науқас Н., 65 жаста, қол буындарында аздап ауыратын ауырсынулар, буындардың деформациясы, таңертеңгі қозғалыс шектелуі, әлсіздік туралы шағымданады. Ауру тарихынан: өзін 15 жылдан бері науқас деп есептейді, лакунарлы ангинадан кейін. Қарағанда: қол буындары деформацияланған, пальпация кезінде орташа ауырсыну байқалады. Ульнарлық девиация. Бұлшықет күші – 3-4 балл. Қол рентгенографиясында шынтақ буыны да қамтылған, буын маңындағы остеопороз, буын қуысының тарылуы. Қан анализінде: ЭТЖ – 43 мм/сағ, лейкоциттер – 9,0 х10^9/л, плазмада зәр қышқылы – 240 мкмоль/л, СРБ – 3 мг/л, антистрептолизин "О" – 70 МЕ/л. Сіздің алдын ала диагнозыңыз?

<question> Науқас Н., 60 жаста, қолдарының буындарында аздап ауыратын ауырсыну, буындардың деформациясы, таңертеңгі қозғалыстың шектелуі, әлсіздік туралы шағымданады. Ауру тарихынан: өзін 15 жылдан бері науқас деп есептейді, лакунарлы ангинадан кейін. Қарағанда: қол буындары деформацияланған, пальпация кезінде орташа ауырсыну байқалады. Ульнарлық девиация. Бұлшықет күші – 3-4 балл. Қол рентгенографиясында шынтақ буыны да қамтылған, буын маңындағы остеопороз, буын қуысының тарылуы. Қан анализінде: ЭТЖ – 43 мм/сағ, лейкоциттер – 9,0 х10^9/л, плазмада зәр қышқылы – 240 мкмоль/л, СРБ – 3 мг/л, антистрептолизин "О" – 70 МЕ/л. Алдын ала диагноз – «Ревматоидтық артрит». Ревматоидтық артритті анықтау үшін қандай қосымша лабораториялық зерттеулер жүргізуге болады?

<question> Науқас Н., 67 жаста, қолдарының буындарында аздап ауыратын ауырсыну, буындардың деформациясы, таңертеңгі қозғалыстың шектелуі, әлсіздік туралы шағымданады. Ауру тарихынан: өзін 15 жылдан бері науқас деп есептейді, лакунарлы ангинадан кейін. Қарағанда: қол буындары деформацияланған, пальпация кезінде орташа ауырсыну байқалады. Ульнарлық девиация. Бұлшықет күші – 3-4 балл. Қол рентгенографиясында шынтақ буыны да қамтылған, буын маңындағы остеопороз, буын қуысының тарылуы. Қан анализінде: ЭТЖ – 43 мм/сағ, лейкоциттер – 9,0 х10^9/л, плазмада зәр қышқылы – 240 мкмоль/л, СРБ – 3 мг/л, антистрептолизин "О" – 70 МЕ/л, ревматоидтық фактор (РФ) – 90 ЕД/л, АЦЦП – 859 ЕД/мл дейін. Диагноз қойылды: «Ревматоидтық артрит». Бұл науқасты емдеуде «алтын стандарт» препарат қайсы?

<question> 72 жастағы әйелде соңғы 6 ай бойы шаршау, бұлшықет қаттылығы, бұлшықет және буын аурулары, арқа ауыруы (нақты локализациясыз), парестезиялар, тынығуды қамтамасыз етпейтін ұйқы

туралы шағымдар пайда болған. Объективті қарағанда: 12 бақылау нүктесін пальпациялағанда ауырсыну бар, бірақ ауыру сәулеленбейді: затылқыш, мойын арты, трапеция бұлшықеттері, екінші қабырға, надосталық, жамбастың бұлшықеттері. Буындарда остеоартроз белгілері бар, қозғалыстың толық көлемі сақталған, қабыну белгілері жоқ. Қан жалпы анализі – қалыпты. СРБ – теріс. Сіздің алдын ала диагнозыңыз?

<question> 72 жастағы әйелге соңғы 6 ай бойы шаршау, бұлшықет қаттылығы, бұлшықет және буын аурулары, арқа ауыруы (нақты локализациясыз), парестезия, ұйқының тыныгуды қамтамасыз етпеуі туралы шағымдар болған. Алдын ала диагноз – «Фибромиалгия». Науқасқа НПВС дәрілері тағайындалған. Үш күннен кейін науқас ВОП дәрігеріне қайта келген. Емдеу әсер бермеген. Объективті: 12 бақылау нүктесін пальпациялағанда ауырсыну бар, бірақ ауыру сәулеленбейді: затылқыш, мойын арты, трапеция бұлшықеттері, екінші қабырға, надосталық, жамбастың бұлшықеттері. Буындарда остеоартроз белгілері бар, қозғалыстың толық көлемі сақталған, қабыну белгілері жоқ. Қан жалпы анализі қалыпты. СРБ теріс. Сіздің ем тактикаңыз?

<question> 65 жастағы зейнеткер әйел клиникаға жүру және сөйлеу қиындығы туралы шағымдармен түсті. Науқас бес жыл бұрын оң қолында треморды байқаған. Уақыт өте келе жағдайы нашарлаған: екі қолы мен басы дірілдей бастады, қозғалыстардың қаттылығы мен баяулауы қосылды. Объективті: сөйлеу монотонды, тыныштықтағы тремор, дене сәл иілген, амимия, брадилалия, бұлшықет ригидтігі, тонус пластикалық типпен жоғарылаған, гипокинезия. Сіздің диагнозыңыз:

<question> 65 жастағы зейнеткер әйел клиникаға жүру және сөйлеу қиындығы туралы шағымдармен түсті. Науқас бес жыл бұрын оң қолында треморды байқаған. Уақыт өте келе жағдайы нашарлаған: екі қолы мен басы дірілдей бастады, қозғалыстардың қаттылығы мен баяулауы қосылды. Объективті: сөйлеу монотонды, тыныштықтағы тремор, дене сәл иілген, амимия, брадилалия, бұлшықет ригидтігі, тонус пластикалық типпен жоғарылаған, гипокинезия. Диагноз: «Паркинсон ауруы». Қанның қай көрсеткішін динамикалық бақылау бірінші кезекте жүргізілуі керек?

<question> 65 жастағы семіз әйел жақсы тәбетке қарамастан салмақ жоғалту, жыныс мүшелерінің қышуы, түнде жиі зәр шығаруға шағымданады. Науқаста қандай бүйрек ауруы дамуы мүмкін?

<question> 65 жастағы науқас күш түскенде ентігуге, артралгияға, қызбаға және аяқтарындағы түйінді эритемаға шағымданды. Объективті: гепато-спленомегалия, жайылған лимфоаденопатия, көздің қасаң қабығының бұлыңғырлауы. Кеуде клеткасының рентгенографиясында өкпе түбірінің екі жақты аденопатиясы. Сіздің диагнозыңыз.

<question> 65 жастағы науқас күш түскенде ентігуге, артралгияға, қызбаға және аяқтарындағы түйінді эритемаға шағымданды. Объективті: гепато-спленомегалия, жайылған лимфоаденопатия, көздің қасаң қабығының бұлыңғырлауы. Кеуде клеткасының рентгенографиясында өкпе түбірінің екі жақты аденопатиясы.Науқастағы көздің зақымдалуы ...көрінісі:

<question> 65 жастағы науқас күш түскенде ентігуге, артралгияға, қызбаға және аяқтарындағы түйінді эритемаға шағымданды. Объективті: гепато-спленомегалия, жайылған лимфоаденопатия, көздің қасаң қабығының бұлыңғырлауы. Кеуде клеткасының рентгенографиясында өкпе түбірінің екі жақты аденопатиясы.Оптимальды еміне жатады:

<question> 78 жастағы науқас әйел мойнында, иығында, жамбас белдеуінде ауыру сезіміне және құрысуға, бұлшық еттік әлсіздікке, субфебриль температураға шағымданды. 2-3 ай бойы ауырады. Объективті: пальпацияда мойын, иық тұсында, жамбас белдеуінде ауыру сезімі және қозғалысының айқын шектелуі. ЖҚА: ЭТЖ 70 мм/сағ. Науқастың сөзіне қарағанда преднизолонның 1 немесе 2

таблеткісі жағдайын жақсартады. Рентгенде сүйек-буын жүйесінде патология жоқ. Науқаста қандай диагноз?

<question> 78 жастағы науқас әйел мойнында, иығында, жамбас белдеуінде ауыру сезіміне және құрысуға, бұлшық еттік әлсіздікке, субфебриль температураға шағымданды. 6 ай бойы ауырады. Объективті: пальпацияда мойын, иық тұсында, жамбас белдеуінде ауыру сезімі және қозғалысының айқын шектелуі. ЖҚА: ЭТЖ 70 мм/сағ. және креатининфосфокиназаның жеті рет жоғарылауы. Науқастың сөзіне қарағанда преднизолонның 1 немесе 2 таблеткісі жағдайын жақсартады. Рентгенде сүйек-буын жүйесінде патология жоқ. Сіздің тактикаңыз

<question> 68 жастағы науқас әйел клиникаға иығында, жамбас белдеуінде айқын бұлшықеттік әлсіздікке, қолдың буындарындағы ауыру сезіміне шағымданып келді. Объективті: қызғылт-көкшіл эритемамен периорбиталь ісіну, афония, иық және жамбас белдеуінің бұлшық етттері ісінген, қамыр консистенциялы. Буындарының сыртқы пішіні өзгермеген. КТ-да жұтқыншақта ісік анықталды. КФК 14 МЕ/мл жоғарылаған. Науқастың диагнозы.

<question> 65 жастағы әйел қол саусақтарының дисталь фалангааралық буындарының қызаруы, ісінуіне шағымданды. Басқа буын жағынан шағымдар жоқ. Диагноз?

<question> 65 жастағы әйел қол басы саусақтарының дисталь фалангааралық буындарында ауыратын түйіндердің біртіндеп пайда болғанына шағымданды. Басқа буын жағынан шағымдар жоқ. Диагноз:

<question> 65 жастағы әйел қол басы саусақтарының проксималь фалангааралық буындарында ауыратын түйіндердің біртіндеп пайда болғанына шағымданды. Басқа буын жағынан шағымдар жоқ. Тұжырым:

<question> 68 жастағы әйел науқас тікелей бауыр асты аймағында уақытша жайылған ауырсынуға, майлы тағам қабылдағаннан кейін күшейетін ауырсынуға, жүрек айнуға, ащы ерінуге, метеоризмге және тәбетінің төмендеуіне шағымданады. Анамнезінде: науқас өзін бір жыл бойы ауырған деп есептейді, алкоголь ішпейді, темекі шекпейді. Объективті: тері және көрінетін шырышты қабаттар қалыпты түсте. Іш пальпациясында жұмсақ, оң жақ бауыр асты аймағында аздап ауырсыну бар, Мерфи симптомы теріс. Бауыр мен көкбауыр ұлғаймаған. Қан анализі: эритроциттер – $4{,}3x10^{12}$/л, гемоглобин – 110 г/л, лейкоциттер – $5{,}2x10^{9}$/л, таяқшалы нейтрофилдер – 5 %, сегментоядерлі – 48 %, лимфоциттер – 23 %, моноциттер – 5 %, СОЭ – 5 мм/сағ. АЛТ – 32 Е/л, АСТ – 28 Е/л. Диагноз қою үшін қандай қосымша зерттеу әдістері қажет?

<question> 68 жастағы әйел науқас тікелей оң жақ қабырғаасты аймағында уақытша, доғал ауырсынуға, майлы тағамнан кейін күшейетін ауырсынуға, жүрек айнуға, ащы ерінуге, метеоризмге және тәбетінің төмендеуіне шағымданады. Анамнезінде: науқас өзін бір жыл бойы ауырған деп есептейді, алкоголь ішпейді, темекі шекпейді. Объективті: тері және көрінетін шырышты қабаттар қалыпты түсте. Іш пальпациясында жұмсақ, оң жақ бауыр асты аймағында аздап ауырсыну бар, Мерфи симптомы теріс. Бауыр мен көкбауыр ұлғаймаған. Қан анализі: эритроциттер – $4{,}3x10^{12}$/л, гемоглобин – 110 г/л, лейкоциттер – $5{,}2x10^{9}$/л, таяқшалы нейтрофилдер – 5 %, сегментоядерлі – 48 %, лимфоциттер – 23 %, моноциттер – 5 %, СОЭ – 5 мм/сағ. АЛТ – 32 Е/л, АСТ – 28 Е/л. Қосымша УДЗ нәтижесі: өт қабырғасының қалыңдығы 5 мм, құрылымы біркелкі, тастар жоқ, аз мөлшерде тұнба бар, өт жолдары кеңейген емес. Диагноз:

<question> Антикоагулянттарды жанама әрекетті (дикумариндер, пелентайн, финилин және т.б.) тағайындағанға дейін және емдеу барысында гемостаздың қандай көрсеткіштерін бақылау қажет?

<question> Инфекциямен байланысты асқазан жарасын емдеуде төменде көрсетілген дәрілердің қайсысы тиімдірек?

<question> 65 жастағы әйел, қолдың дистальді саусақаралық буындарында қызару, ісіну және қозғалыс шектеулері туралы шағымданады. Буындардың функциясына қатысты басқа шағымдары жоқ. Бұл жағдайда ықтимал диагноз:

<question> 68 жастағы ер адам, диагнозы: Жедел панкреатит. Анамнезінен: 12 елі ішектің жарасы ауруымен шамамен 10 жыл бойы ауырады. Соңғы уақытта жиі эпигастрий аймағында белсенді ауырсыну, кейде арқасына берілетін, кейде белдік тәрізді сипаттағы ауырсыну байқалады. Бұл науқаста қандай асқыну дамыған?

<question> 62 жастағы әйел пациент ЖТД қабылдауында тамақтың өңеш арқылы өтуі қиындауы, қатты қышу сезімі, қышқыл итісуі (отрыжка) туралы шағымданды. Эндоскопиялық тексеру кезінде рефлюкс-эзофагит анықталды – қосылып кетпейтін эрозиялар, өңештің бүкіл айналмалы бетін қамтымайды. Науқаста рефлюкс-эзофагиттің қандай дәрежесі бар?

<question> Қартаюшы ер адам ЖТД қабылдауында ауыз қуысы мен ішектің әртүрлілігі – кейде іш қату, кейде диарея, іш аурулары, дефекациядан кейін азайуы туралы шағымданды. Науқаста органикалық патология анықталған жоқ. Синдром раздраженного ішектің дамуына не себеп болады?

<question> Ер адам, 70 жаста, ЖТД қабылдауында жалпы әлсіздік, тез шаршау, бас айналу, тәбеттің төмендеуі туралы шағымданады. Анамнез бойынша: бірнеше ай бойы өзін науқас санайды. Алкогольді сирек қолданады, бұрынғы темекі шегуші (10 жыл бұрын тастаған). 12 елі ішектің ойық жарасы бойынша есепте тұрады. Объективті: тері жабындары мен көрінетін шырышты қабықтары сәл бозарған, таза. АД – 135/85 мм.рт.ст., пульс – 88 соққы/мин. Қарын жұмсақ, пальпацияда ауырсынбайды. Бауыр мен көкбауыр ұлғаймаған. Лабораториялық мәліметтер: гемоглобин – 95 г/л, эритроциттер – 3,2 $\times 10^{12}$/л, гематокрит – 28%, лейкоциттер – 7,8$\times 10^{9}$/л, тромбоциттер – 250$\times 10^{9}$/л, жалпы билирубин – 19 мкмоль/л, сывороткадағы темір – 6 мкмоль/л, ферритин – 8 нг/мл, жалпы темірді байлау қабілеті (ЖССЖ) – 75 мкмоль/л.

<question> 65 жастағы науқас оң жамбастың терең көгеруі пайда болуына шағымданды, ол мебельге жеңіл соққан соң 24 сағат ішінде пайда болған. Соңғы екі айда қолдар мен денеде түсіндірілмейтін терең гематомалар байқалған. Бұрын мұрыннан қан кету, тіс етінің қан кетуі немесе петехиялар болған жоқ. Пурпура эпизодтары немесе терідегі бөртпелер тіркелмеген. Анамнезінде созылмалы аурулар: артериалды гипертензия, 2 типті қант диабеті. Антикоагулянттар мен антиагреганттар қолданбайды. Қарау кезінде: жамбастың терең жұмсақ тіндерінде үлкен гематома, пальпацияда тығыз, ауырсынғыш, буындар зақымдалмаған (гемартроз жоқ), терідегі петехиялар жоқ. Лабораториялық мәліметтер: тромбоциттер – 250$\times 10^{9}$/л, протромбин уақыты – 12 секунд, АЧТВ – 68 секунд. Бұл қан кету түрі тән:

<question> Қандай жағдайларда темір препараттарын парентеральді түрде енгізу дұрыс болады?