

№1 ішкі аурулар кафедрасы

1. Он екі елі ішектің ойық жарасының этиологиялық факторы болып саналады:
 - ❖ +H. pylori (HP);
 - ❖ В)Ішімдікті қолдану;
 - ❖ Ішек таяқшасы;
 - ❖ Темекі шегу;
 - ❖ Тұқымқуалаушылық фактор.

2. Эпигастриде ерте дамыған (тамақтан кейін 30-60 минуттан соң) және кеуде артындағы ауру сезімі ойық жарада кездеседі:
 - ❖ 12 елі ішектің пиязшығында
 - ❖ 12 елі ішектің бульбарлы бөлігінен кейін
 - ❖ Пилорикалық каналда
 - ❖ Асқазанның кардиальды бөлігінде+
 - ❖ Асқазанның субкардиальном бөлігінде +

3. Тамақтан 1,5-2 сағ кейінгі эпигастрий аймағындағы ұзақ ұстама тәрізді айқын ауру сезім, ұзақ қыжыл, эпигастрий аймағындағы толып тұрғандай және керіп тұрғандай ауырсыну сезімі тән:
 - ❖ асқазанның кардиальды және кардиальды бөлігіндегі жараға
 - ❖ асқазанның кіші және үлкен иініндегі жараға
 - ❖ пилорикалық каналдағы жараға +
 - ❖ 12 елі ішектің пиязшығындағы жараға
 - ❖ асқазанның антральды бөлігіндегі жараға

4. Тітіркенген ішек синдромын күдіктендіретін симптомды атаңыз:
 - ❖ Лихорадка
 - ❖ Тенезм
 - ❖ Диарея таңертең тамақтан кейін болатын, «таңертеңгі құйын синдромы»+
 - ❖ ішектік бұзылыстар ұйқыны бұзады
 - ❖ себепсіз арықтау

5. Тітіркенген ішек синдромы диагностикасында жасалады:
 - ❖ тік ішекті саусақпен қарау
 - ❖ Колоноскопия прицельді биопсиямен+
 - ❖ ЭФГДС
 - ❖ Дуоденальды зондтау
 - ❖ Асқазан шырышты қабатының биопсиясы

6. Созылмалы гастриттің В типінің еміндегі негізгі принциптер:
 - ❖ H2- рецепторларының блокаторларын тағайындау
 - ❖ + Helicobacterpylori эрадикациясы
 - ❖ ферментті препараттарды тағайындау
 - ❖ антацидтерді тағайындау
 - ❖ міндетті түрде екі антибиотик+

7. H.pylori асқазанның антральды бөлігінің шырышты қабатының эпителий жасушаларына не арқылы адгезияланады?
 - ❖ Кірпікшелер арқылы
 - ❖ Присоскалар арқылы

№1 ішкі аурулар кафедрасы

- ❖ Ақуыз-адгезиндер арқылы +
- ❖ Муциназа арқылы
- ❖ Ерекше жабысқақ ақуыз табиғатты заттар арқылы

8. Н.рулогі жиі асқазанның қайсы бөлігін зақымдайды:

- ❖ Пилорикалық+
- ❖ Кардиальды
- ❖ Фундальды
- ❖ Антральды+
- ❖ Асқазан денесін

9. «Гастрит» диагнозы келесі түсінік болып табылады:

- ❖ клиникалық+
- ❖ морфологиялық+
- ❖ биохимиялық
- ❖ иммунологиялық
- ❖ микробиологиялық.

10. НР-негативті ойық жара ауруымен науқасты емдеуге кіреді:

- ❖ қандай да бір препаратпен монотерапия
- ❖ тек қана 7-10-күндік эрадикациялық терапи
- ❖ бір антисекреторлық препарат
- ❖ бір препарат
- ❖ комплексті терапия+

11. Созылмалы панкреатиттің өршуіне жиі тән:

- ❖ тамақ қабылдаумен байланыссыз ауру сезімі
- ❖ тамақ қабылдаған соң басылатын ауру сезімі
- ❖ майлы тағамды қолданғанда пайда болатын ауру сезімі +
- ❖ жеңілдік әкелетін құсу
- ❖ жеңілдік әкелмейтін құсу +

12. Портальді гипертензия синдромы мыналардың дамуымен сипатталады:

- ❖ Гепатоспленомегалии+
- ❖ Асцита+
- ❖ тромбоцитопениялық генезді геморрагиялық синдром
- ❖ гипокоагуляциялық генезді геморрагиялық синдром
- ❖ Өңештің варикозды кеңейген венасынан қан кету +

13. Гепатоциттердің белок-түзілу функциясының жеткіліксіздігі кезінде лабораторлық көрсеткіш қандай?

- ❖ қанда альбумин, протромбин, фибриноген деңгейінің азаюы+
- ❖ қанда аминотрансфераза деңгейінің жоғарылауы
- ❖ глобулиндердің әртүрлі фракцияларының қанда көбеюі
- ❖ сілтілі фосфатаза белсенділігінің артуы
- ❖ қанда холестерин деңгейінің жоғарылауы

14. 56 жастағы әйел адам жүрек ауруына, жүрек соғуына, ауа жетпеу сезіміне шағымданады. Бұл шағымдар тамақ ішкен соң пайда болады және дефекациядан кейін басылады. Пальпацияда:

№1 ішкі аурулар кафедрасы

метеоризм, сол қабырға астында тимпанит. Рентгенограммада көкбауырлық бұрышта газдың жиналуы байқалады. Сіздің болжам диагнозыңыз?

- ❖ Тұрақты стенокардия
- ❖ Слзылмалы колит
- ❖ Тітіркендіргіш ішек синдромы+
- ❖ Ойық жара перфорациясы
- ❖ Инфаркт миокарды.

15. 35 жастағы науқас әйел іштің психоэмоциональды фактордан кейін пайда болатын ұстамалы ауру сезіміне, шырышпен сұйық нәжіске, жалпы әлсіздікке шағымданады. Пальпациялағанда тоқ ішегінде спазмдалған бөліктері анықталады. Колоноскопияда органикалық патологиялар жоқ. Тітіркенген ішек синдромында нәжістің қандай микроскопиялық белгілерін білесіз?

- ❖ Креаторея
- ❖ Амилорея
- ❖ Стеаторея
- ❖ Көп мөлшерде шырыш +
- ❖ Эритроциттер

16. Науқасты екі апта көлемінде эпигастри аймағында түнгі және аштық ауру сезімі мазалайды. Соңғы 2-3 күнде эпигастри аймағындағы ауру сезімі күшейді. Об-ті: тілі ақ жабындамен жабылған, эпигастри аймағындағы бұлшықеттің әлсіз құрысуы мен ауру сезімі, іштің желденуі анықталады. Щеткин-Блюмберг симптомы оң. Құрсақ қуысының шолу рентгенограммасында «Клойбер табақшалары». Қандай ауру туралы ойлайсыз?

- ❖ созылмалы панкреатиттің өршуі;
- ❖ созылмалы холециститтің өршуі;
- ❖ ұйқы безінің обыры;
- ❖ асқазынның ойық жара ауруы, ұйқы безініне пенетрациямен асқынуы;
- ❖ асқазынның ойық жара ауруы, перфорациямен асқынуы+.

17. Науқасты екі апта көлемінде эпигастри аймағында түнгі және аштық ауру сезімі мазалайды. Соңғы 2-3 күнде эпигастри аймағындағы ауру сезімі арқаға беріліп, тұрақты сипатқа ауысуы, метеоризм, ботқа тәрізді нәжіс, тәбетінің төмендеуі, арықтау байқалады. Об-ті: тілі ақ жабындамен жабылған, эпигастри аймағындағы бұлшықеттің әлсіз құрысуы мен ауру сезімі, іштің желденуі анықталады. Рентгенограммада 12-елі ішектің пиязшығының артқы қабырғасында терең жарасы анықталды, эндоскопиялық зерттеуде: пиязшықтың артқы қабырғасында жаралы дефект анықталды. Сіздің клиникалық диагнозыңыз?

- ❖ 12-елі ішектің ойық жара ауруы, жараның ұйқы безініне пенетрациямен асқынуы +
- ❖ 12-елі ішектің ойық жара ауруы, өршу сатысы, созылмалы панкреатиттің асқынуы
- ❖ ұйқы безінің обырының 12-елі ішектің қабырғасына
- ❖ Созылмалы антральды гастриттің асқынуы
- ❖ Миокард инфаркті.

18. Әйел кісі 35 жаста, 6 ай көлемінде іштің барлық аймағындағы ауру сезіміне, іштің желденуіне, диареяға, таңертеңгі «құйынды» нәжіскетен кейін ішектің толық босамау сезіміне, спсын күннің бірінші жартысында 2-3 рет ботқа тәрізді сирек шырыш аралас нәжіске шағымданады. Түнгі уақытта ауру сезімі мен стул болмайды. Об-ті: іштің тегіс емес желденуі, оң және сол жақ мықын аймағындағы ауру сезімі. Пальпацияда құрсақ қуысы мүшелерінің өзгерісі анықталған жоқ. Аталған зерттеу әдістерінің қайсысы диагнозды растау үшін жүргізу міндетті?

№1 ішкі аурулар кафедрасы

- ❖ Кеуде қуысын рентгенологиялық зерттеу
- ❖ ЭКГ
- ❖ Ректороманоскопия
- ❖ Ирригоскопия
- ❖ Колоноскопия биопсиямен+.

19. Әйел кісі 35 жаста, 6 ай көлемінде іштің барлық аймағындағы ауру сезіміне, іштің желденуіне, диареяға, таңертеңгі «құйынды» нәжіскетен кейін ішектің толық босамау сезіміне, спсын күннің бірінші жартысында 2-3 рет ботқа тәрізді сирек шырыш аралас нәжіске шағымданады. Түнгі уақытта ауру сезімі мен стул болмайды. Об-ті: іштің тегіс емес желденуі, оң және сол жақ мықын аймағындағы ауру сезімі. Пальпацияда құрсақ қуысы мүшелерінің өзгерісі анықталған жоқ. Колонофиброскопия: тек қана аздап шырыштың жиналуынан басқа тоқ ішектің шырышты қабатының ешқандай органикалық өзгерісі анықталған жоқ. Қандай емді тағайындау *патогенеді негізделген?*

- ❖ Атропин және оның қатары
- ❖ Пинавериум бромиді+
- ❖ Психотерапия+
- ❖ Эспумизан.

20. Ер адам 54 жаста, «кофе тәрізді» құсуға, жиі қара түсті сұйық нәжіске, әлсіздікке шағымданып госпитализацияланды. АҚҚ-90/60 мм с.б., пульс 98 уд/мин. Тік ішекті саусақпен тексергенде қара түсті нәжістің іздері анықталды. Аталғандардың ішінен болжам *диагнозды көрсет:*

- ❖ геморрой
- ❖ асқазынның ойық жара ауруы, қан кетумен асқынуы+
- ❖ асқазынның ойық жара ауруы, перфорациямен асқынуы
- ❖ гастроэзофагеальды рефлюксті ауру 3 сатысы
- ❖ асқазынның ойық жара ауруы, пенетрациямен асқынуы

21. Ер адам 42 жаста, қаб ылдау бөліміне белдемелі (орама тәрізді) ауру сезіміне, жүрек айнуға, жеңілдік әкелмейтін көп реттік құсуға шағымданып келді. Бір реттік іш өту болған. Кешкілік отырыстан кейін ауырған. Анамнезінде мұндай ауру сезімі үш жылдан бері периодты түрде мазалайды, көбіне ішімдік және майлы тағам қабылда. аннан кейін мазалайды. Осы уақытқа дейін ешқандай медициналық тексеруден өтпеген. Об-ті: тамақтануы төмендеген; температурасы 37,3⁰С; АҚ 120/ 70 мм с. б. ЖҚА: Нв 130 г/л; Л. 10,8.10⁹/л; ЭТЖ 20 мм/час. Зәрде амилаза 128 ед., жалпы билирубин 17,3 мкмоль/л. Болжам диагнозыңыз?

- ❖ Асқазанның жара ауруы
- ❖ Созылмалы панкреатиттің өршуі+
- ❖ Созылмалы холециститі өршуі
- ❖ Ұйқы безінің ісікті ауруы
- ❖ Сол жақтық пиелонефрит

22. Ер адам 48 жаста, терапевттік бөлімшеге эпигастрий аймағындағы сыздап ауру сезіміне, сол жақ қабырға астына берілуіне, жүрек айнуға және бірнеше рет жеңілдік әкелмейтін құсуға, көп мөлшердегі мазевидті нәжіске шағымданып келді. Анамнезінде: жоғарыда аталған симптомдар бұрын да байқалған, майлы тағам және алкоголь қолданумен байланысты болған. Объективті түрде: тәбеті төмендеген, сол жақта «френикус-симптомы», Мейо-Робсон, Кача, «бұрылу» симптомдары оң. Сәйкес келетін диагноз қандай?

- ❖ Өршу стадиясындағы созылмалы панкреатит+
- ❖ 12 елі ішектің жара ауруы, өршуі

№1 ішкі аурулар кафедрасы

- ❖ Асқазанның пилорикалық бөлігінің жара ауруы
- ❖ Аортаның құрсақтық бөлігінің аневризмасы
- ❖ Созылмалы жаралы емес колит

23. 32 жастағы ер адам алкоголь немесе татымды тағам қабылдағаннан кейін эпигастри аймағындағы ауру сезіміне, тамақтанғаннан кейін 30 минуттан соң пайда болатын, антацидтік препараттар қабылдағаннан кейін басылатын қыжылға шағымданады. 2 жыл көлемінде ауырады, ем қабылдамаған. Об-ті: тілі ақ жабындымен жабылған, терең пальпацияда эпигастри аймағында жайылған ауру сезімі анықталды.

ЭФГДС: асқазанның шырышты қабатының антральды бөлігі гиперемияланған және ісінген.

Шарашты жағындыда - хеликобактер пилори. Сіздің болжам диагнозыңыз?

- ❖ Созылмалы А типті гастрит
- ❖ + Созылмалы В типті антральды гастрит
- ❖ Созылмалы панкреатит
- ❖ Созылмалы дуоденит өршу сатысы
- ❖ Созылмалы эзофагит өршу сатысы

24. Мужчина 43 жастағы ер адам оң қабырға астындағы ауру сезімінен, әлсіздікке, құсуға, арықтауға, мұрыннан қан кетуге шағымданады. Екі жыл бұрын вирусты гепатитпен ауырған. Об-ті: жағдайы ауыр, температурасы 38,7°C, лимфаденопатия, тері және шырышты қабаты сарғайған, телеангиоэктазиялар, терісінде көгерулер және қасынған іздер. Гинекомастия. Бауыры қабырға доғасынан 7см төмен. ЖҚА: Нв 80г/л, ЭТЖ 56мм/сағ, билирубин 95 ммоль/л (тура 30 ммоль/л, тура емес 65 ммоль/л), АЛТ 2.78 ммоль/л, тимол сынамасы 11 единиц. Сіздің диагнозыңыз?

- ❖ Бауыр циррозы +
- ❖ Созылмалы гепатит әлсіз белсенділікпен
- ❖ Созылмалы гепатит айқын белсенділікпен
- ❖ Реактивті гепатит
- ❖ Липоидты гепатит

25. Науқас 45 жаста қарқынды оң жақ қабырға асты ауру сезіміне оң иыққа иррадиацияланатын, аузындағы ащы дәм, өтпен құсу, дене температурасы 38,5С дейін көтерілді. Ауру майлы тағам жегенмен байланысты. Анамнезінде 5 жыл бойы оң қабырға астында ұстама тәрізді ауру сезімі байқалады. Об-ті: тілі әлсіз қоңыр жабынмен жабылған. Пальпацияда өт қабығы проекциясы аймағында ауру сезімі анықталған, бауыры үлкеймеген. ЖҚА: СОЭ 24мм\сағ, лейкоциттер $12,0 \times 10^9$ /л. Сіздің болжам диагнозыңыз:

- ❖ Созылмалы тассыз холецистит+
- ❖ Өт тас ауруы
- ❖ 12-ішектің ойық жара ауруы
- ❖ Созылмалы панкреатит
- ❖ өт жолдарының дискинезиясы

26. Науқас 45 жаста қарқынды оң жақ қабырға асты ауру сезіміне оң иыққа иррадиацияланатын, аузындағы ащы дәм, өтпен құсу, дене температурасы 38,5С дейін көтерілді. Ауру майлы тағам жегенмен байланысты. Анамнезінде 5 жыл бойы оң қабырға астында ұстама тәрізді ауру сезімі байқалады. Об-ті: тілі әлсіз қоңыр жабынмен жабылған. Пальпацияда өт қабығы проекциясы аймағында ауру сезімі анықталған, бауыры үлкеймеген. ЖҚА: СОЭ 24мм\сағ, лейкоциттер $12,0 \times 10^9$ /л. Қандай зерттеу жүргізу әдісін жүргізу керек?

- ❖ Холецистография+
- ❖ ЭФГДС

№1 ішкі аурулар кафедрасы

- ❖ Дуоденальды зондтау+
- ❖ Асқазан сөлінің құрамының қышқылдығын анықтау
- ❖ Лапароскопия

27. Әйел адам 35 жаста, клиникаға мына шағымдармен түсті эпигастрий және сол жақ қабырға астында ауру сезімі, сыздап, тамақ ішумен байланысты емес, орамалы түрде, сілекейдің көп бөлінуі, жүрек айну, 1 айда 5 кг арықтаған. 2 жылдан бері ауырады, сол кезде майлы тамақтан кейін аяқ астынан бүкіл іш аймақта жедел ауыру сезімі мазалаған, жеңілдік әкелмейтін құсу болған, дене температурасы 38,5°C көтерілген.

Анамнезінен белгілі болғаны - науқас бірнеше жылдан бері созылмалы холециститпен ауыратыны, өршуі сирек болады. Хирургиялық бөлімге жедел панкреатит диагнозы бойынша түсті. Тексергенде: лейкоциттер - $11 \times 10^9/\text{л}$, ЭТЖ—48 мм/сағ, амилаза қанда—340 бірлік, диастаза зәрде—1220 бірлік. Диагнозды нақтылау үшін қандай қосымша зерттеулер керек?

- ❖ Құрсак қуысының КТ +
- ❖ Құрсак қуысының ауқымды рентгеноскопиясы
- ❖ бауырдың биопсиясы
- ❖ ФГДС
- ❖ Лапароскопия.

28. Ер адам, 38 жаста, клиникаға мынадай шағымдармен келді, оң және сол қабырға астында ауру сезімі, ауыз құрғауы, шөлдеу, лоқсу, құсу. 3 жылдан бері ауырады, жағдайының нашарлауы 2 аптадан бері, майлы тағам ішкеннен кейін, алкоголь қабылдағаннан кейін Об-ті: тілі қоңыр тұтықпен жабылған. Пальпацияда оң және сол қабырға астында ауыру сезімі бар, Шоффар зонасында білінеді. Бауыры үлкеймеген.

ЖҚА: лейкоциттер- $16 \times 10^9/\text{л}$, ЭТЖ 38 мм/сағ. лейкоцитоз, ЭТЖ жылдамдауы. Қандай қосымша зерттеулер қажет?

- ❖ қанда амилазаны, зәрде диастазаны анықтау +
- ❖ Фиброгастроуденоскопия
- ❖ Холецистография
- ❖ Іш қуысының ауқымды рентгеноскопиясы
- ❖ ЭКГ.

29. Ер адам 40 жаста, клиникаға мынадай шағымдармен келді, майлы тағам қабылдағаннан кейін пайда болған орама тәрізді ауыру сезімі, жүрек айну, құсу, тәбеттің төмендеуі, шөлдеу. 3 жылдан бері ауырады, оқтын-оқтын спазмолитиктер ішіп жүрген. Диета ұстамайды. Осы жағдайының нашарлауы 2 аптадан бері, алкогольді көп қолданғаннан бері, ауыру сезімі күшейе түсті.

Об-ті: жағдайы орташа ауырлықта, астеникалық типті, тері жабындылары бозғылт. Жүрек тондары тұйықталған, ритм дұрыс, АҚҚ 90/70 мм.с.б. Тілі қоңыр тұтықпен жабылған. Пальпацияда эпигастрий және сол қабырға астында ауыру сезімі бар. Мейо-Робсон симптомы оң. Бауыры үлкеймеген, үлкен дәреті запорға бейім. ЖҚА: ЭТЖ- 34 мм/сағ, лейкоциттер $10,0 \times 10^9/\text{л}$. Копрологиялық зерттеу: нәжіс массасы 400 г асады, көп мөлшерде нейтральды май тамшылары бар, бұлшықет талшықтары бар. Қандай зерттеу жүргізу керек?

- ❖ Фиброгастроуденоскопия
- ❖ Холецистография+
- ❖ Іш қуысының ауқымды рентгеноскопиясы
- ❖ ЭКГ
- ❖ Эндоскопиялық ретроградты холангиопанкреатография+

30. Ұйқы безі патологиясын анықтауда маңызды диагностикалық әдіс болып табылады:

№1 ішкі аурулар кафедрасы

- ❖ Компьютерлік томография+
- ❖ Рентгенологиялық әдіс
- ❖ Ультрадыбыстық әдіс
- ❖ Холецистография
- ❖ Дуоденальды зонттау

31. Созылмалы панкреатиттің клиникалық белгісі болып табылады:

- ❖ сарғаю
- ❖ қант диабетінің дамуы
- ❖ сыртқы секреция қызметінің төмендеуі+
- ❖ аминотрансфера белсенділігінің артуы
- ❖ Гепатомегалия

32. Созылмалы панкреатит ауруының жиі салдары болып табылады:

- ❖ ұйқы безінің экзокринді қызметінің жетіспеушілігі+
- ❖ қант диабетінің 1 типі
- ❖ перитонит
- ❖ ұйқы безінің қатерлі ісігі
- ❖ асцит

33. Созылмалы панкреатит ауруының ремиссия кезеңінде негізгі зертханалық көрсеткіш болып табылады:

- ❖ дуоденальды сұйықтықта ферменттер деңгейінің төмендеуі
- ❖ креаторея
- ❖ стеаторея
- ❖ қалыпты копрограмма+
- ❖ Оң Грегерсен реакциясы
- ❖

34. 12-елі ішек ойық жарасының ұйқы безіне өтуінде (пенетрация) қанда жоғарлайды:

- ❖ глюкозаның деңгейі
- ❖ липазаның активтілігі
- ❖ амилазаның активтілігі+
- ❖ сілтілі фосфатазаның активтілігі
- ❖ қан сарысуында АЛТ, АСТ жоғарлауы

35. Панкреатит кезінде ауру сезімінің сипаттамасы:

- ❖ локализациясы анықталмайды
- ❖ орамалы ауру сезімі, арқаға жатқанда күшейеді+
- ❖ жиі іштің жоғарғы бөлігінде орналасады
- ❖ жиі оң жақ қабырға астында орналасады
- ❖ тағаммен байланысты емес

36. Сол жақ қабырға-омыртқа бұрышында ауыру сезімі тән симптом :

- ❖ +Мейо-Робсон
- ❖ Воскресенский
- ❖ Мендел
- ❖ Грея-Тернер
- ❖ Образцов

37. Созылмалы панкреатит науқастарында метеоризм дамуы байланысты:

№1 ішкі аурулар кафедрасы

- ❖ Ұйқы безінің ферменттерінің экзокриндік жетіспеушілігінен +
- ❖ Панкреатикалық гормондардың дефициті
- ❖ Өттің іркілуімен
- ❖ Жиі тоқтаусыз құсумен
- ❖ 12-елі ішекті ісінген ұйқы безінің басының қысуынан

38. Созылмалы панкреатитте ұйқы безінің инкреторлы жетіспеушілік белгілері:

- ❖ Көмірсуға толеранттылықтың бұзылуы +
- ❖ Сарғаю
- ❖ Қант диабетінің дамуы+
- ❖ Бауырдың ұлғаюы
- ❖ Креаторея, стеаторея.

39. Науқас 15 жылдан бері созылмалы панкреатитпен ауырады. Ұйқы безінің кальцинозын анықтаудың қарапайым әдісін көрсетіңіз :

- ❖ Іш қуысының ауқымды рентгеноскопиясы+
- ❖ Лапаротомия
- ❖ Лапароскопия
- ❖ Ирригоскопия
- ❖ Холангиография.

40. Қандай лабораторлық және клиникалық белгілер ұйқы безінің сыртқы секреция функциясының жеткіліксіздігіне тән:

- ❖ Дене салмағының төмендеуі, креаторея, стеаторея
- ❖ Тері жабындысының құрғауы
- ❖ Гипергликемия
- ❖ Іштің алдыңғы қабырғасының веналарының кеңеюі
- ❖ Бүйрек -бауыр жеткіліксіздігі

41. Бауырлық циррозында энцефалопатия даму себебі:

- ❖ Портальды гипертензии, гипоальбуминемия
- ❖ Тойып тамақтану
- ❖ +бас миына аммиактың әсері
- ❖ көп мөлшерде тұзды қолдану
- ❖ тәбеттің болмауы.

42. Бауырлық циррозында сүйек жүйесінде қандай бұзылыстар анықталады?

- ❖ +Дюпюитрен контрактурасы
- ❖ сынықтар
- ❖ сіңірлік аппараттың созылуы
- ❖ шығулар
- ❖ сүйек ісігі.

43. Бауырлық циррозында тырнақтарда қандай өзгерістер анықталады?

- ❖ Паранихий
- ❖ В)+ «сағат шынысы»түріндегі тырнақ
- ❖ тырнақ пластинкаларының түсуі
- ❖ тырнақ өзгермеген

№1 ішкі аурулар кафедрасы

- ❖ саңырауқұлақтық зақымданулар.

44. Бауырлық циррозында сүйек жүйесінде қандай бұзылыстар анықталады?

- ❖ +саусақ фалангысының «барабан таяқшасы» түрінде болуы
- ❖ сынықтар
- ❖ сіңірлік аппараттың созылуы
- ❖ шығулар
- ❖ сүйек ісігі.

45. Науқаста асқазан ішек жолдарынан қан кету белгілері бар. Қандай зерттеу жүргізу керек?

- ❖ + Эзофагогастродуоденоскопия
- ❖ Эзофагоскопия
- ❖ Гастродуоденоскопия
- ❖ ЭКГ
- ❖ Колоноскопия.

46. Бауыр циррозы кезінде бауырлық кома дамығанда бауыр қызметінің жедел нашарлауының себебі болып табылады:

- ❖ өңештің варикозды кеңейген венасынан қан кету
- ❖ бауыр инфаркты
- ❖ екіншілік гиперальдостеронизмнің дамуы
- ❖ екіншілік мальабсорбация синдромының қабаттасуы
- ❖ гиперспленизм белгілерінің қабаттасуы

47. Мезенхимальды-қабыну синдромында қандағы жоғарлайды:

- ❖ Гамма-глобулиндер+
- ❖ Холестерин
- ❖ Сілтілі фосфатазаның белсенділігі
- ❖ Билирубин
- ❖ Альбумин

48. Холестатикалық синдромның клиникалық белгілеріне жатады:

- ❖ Терінің қышуы+
- ❖ Көз көрудің төмендеуі
- ❖ Перифериялық лимфотүйіндердің үлкеюі
- ❖ Тілдегі бүртіктердің тегістелуі
- ❖ Іштің өтуі

49. Созылмалы активті гепатит бауыр циррозына айналғанда байқалады:

- ❖ Өңеш венасының варикозды кеңеюі +
- ❖ Перифериялық лимфотүйіндердің үлкеюі
- ❖ Сарғаю
- ❖ Терінің гиперемиясы
- ❖ Бауырдың ұлғаюы

50. Бауыр циррозы кезінде ауыру синдромының себебі:

- ❖ Бауырдың үлкеюі +
- ❖ Гепатоциттерде қан айналысының бұзылысы
- ❖ Бауыр капсуласының керілуі+

№1 ішкі аурулар кафедрасы

- ❖ Тыртықтың пайда болуы
- ❖ Паренхимасының ишемиялық некрозы

51. Портальді гипертензияға тән белгі:

- ❖ Асцит+
- ❖ Беттің ісінуі
- ❖ Гидроторакс
- ❖ Гидроперикардиум
- ❖ Аяқтағы ісіну

52. Бауыр циррозы кезінде басқа органдарда байқалады:

- ❖ Көк бауырдың үлкеюі +
- ❖ Мидағы қан айналымның бұзылуы
- ❖ Гастропатия және гепатогенді асқазан лйық жарасы+
- ❖ Сол қарыншаның гипертрофия
- ❖ Нефросклероз.

53. Бауыр циррозының ең жиі өлімге әкелетін асқынуы:

- ❖ Өңештің варикозды кеңейген веналардан қан кету +
- ❖ Бауырлық кома
- ❖ Сарғаю
- ❖ Асцит
- ❖ Ісіну

54. Бауыр циррозы кезінде геморрагиялық синдромның негізгі даму механизмі:

- ❖ бауырдағы қан ұю факторының бұзылысы: протромбин және фибриноген+
- ❖ қан анализінде тромбоциттер санының азаюы
- ❖ иммундық кешенмен қантамыр қабырғасының зақымдалуы
- ❖ тромбоциттің өзгермеген антигендеріне аутоантидененің түзілуі
- ❖ эритропоэтиннің түзілуінің төмендеуі

55 . Портальды гипертензия синдромын дәлелдеуде негізінен қандай зерттеу мәліметті?

- ❖ Бауырды фибросканирлеу+
- ❖ Бауырды УДЗ
- ❖ Өңешті және асқазанды эндоскопиялық зерттеу+
- ❖ Бауырды сканирлеу
- ❖ Бауырдың компьютерлік томографиясы

56. Созылмалы гепатитпен ауратын науқаста портальды гипертензия синдромы дамыды. Ең негізгі себебі?

- ❖ Интеркуррентті инфекция
- ❖ Циррозға айналу+
- ❖ Онкопроцесске айналу
- ❖ Екіншілік панкреатиттің дамуы
- ❖ Мальабсорбция синдромының дамуы

57. Гепатоциттердің белок-түзілу функциясының жеткіліксіздігі кезінде лабораторлық көрсеткіш қандай?

- ❖ қанда альбумин, протромбин, фибриноген деңгейінің азаюы+

№1 ішкі аурулар кафедрасы

- ❖ қанда аминотрансфераза деңгейінің жоғарылауы
- ❖ глобулиндердің әртүрлі фракцияларының қанда көбеюі
- ❖ сілтілі фосфатаза белсенділігінің артуы
- ❖ қанда холестерин деңгейінің жоғарылауы

58. Бауырлық комаға қауіптілігінде емдәмде шектеу керек:

- ❖ Қөмірсуларды
- ❖ Ақуыздарды+
- ❖ Майды
- ❖ Сұйықтықты
- ❖ Минеральды тұздард

59. Гепато- және спленомегалияда, қан құсуда қандай жағдайларға күдіктенуге болады:

- ❖ 12-елі ішек жараснан қан кету
- ❖ бауыр циррозында өңеш венасынан қан кету+
- ❖ мезентериальды артериялардың тромбозы
- ❖ спецификалық емес жаралы колит
- ❖ асқазан жараснан қан кету.

60. Бауыр циррозымен науқаста гинекомастия мен гипертрихоздың пайда болуы байланысты:

- ❖ жыныс гормондарының түзілуінің жоғарлауы
- ❖ бауырдағы жыныс гормондарының катаболизм үрдісінің бұзылуы+
- ❖ порталды гипертензия синдромының дамуы
- ❖ гиперспленизм синдромының дамуы
- ❖ бауырдағы белок синтездеу үрдісінің бұзылуы

61 . Одди сфинктерінің және өзектерінің, өт қапшығының жиырылуының, тонусының бұзылыстары байқалады:

- ❖ Созылмалы холециститте
- ❖ Созылмалы гастритте
- ❖ Созылмалы пиелонефритте
- ❖ Өт жолдарының дискинезиясында +
- ❖ Диафрагманың өңеш тесігінің жарығында

62. Созылмалы гастрит диагнозын дәлелдейтін негізгі зерттеу әдісі:

- ❖ Асқазан сөлінің сараптамасы+
- ❖ Асқазанның рентгеноскопиясы
- ❖ Фибросканирлеу
- ❖ Асқазанның шырышты қабатын морфологиялық зерттеу
- ❖ Гастроскопия, асқазанның шырышты қабатын морфологиялық зерттеу +

63. Созылмалы атрофиялық гастриттің медикаментозды еміне қосады:

- ❖ пептидаза ингибиторы
- ❖ тропин
- ❖ протон помпасының ингибиторы
- ❖ орынбасушы ферментті терапия+
- ❖ глюкокортикостероидтар

№1 ішкі аурулар кафедрасы

64. Асқазанның ойық жара ауруымен ұзақ ауратын науқас әлсіздікке, тәбетінің болмауына, үнемі эпигастр и аймағындағы ауру сезіміне, арықтауға шағымданып келді. Бұл жағдайда асқазанның ойық жара ауруының қандай асқынуы туралы ойлау керек?

- ❖ Асқазанның шығаберіс бөлігінің стенозы
- ❖ Ойық жара малигнизациясы+
- ❖ Ойық жара ауруының пенетрациясы
- ❖ Ойық жарадан аздап қан кету
- ❖ Ойық жара ауруының перфорациясы

65. 12-елі ішектің пиязшығының жара ауруымен ұзақ ауратын науқас соңғы уақытта клиникалық көріністерінің өзгеруіне: тамтанғаннан кейінгі ауырлық сезімінің, жүрек айнуының, күннің екінші жартысында көп мөлшерде тамақпен құсудың, ауыздан жағымсыз иістің пайда болуына, дене салмағының төмендеуіне шағымданады. Ойық жара ауруының қандай асқынуы туралы ойлау керек?

- ❖ пилородуоденалды зонаның органикалық стенозы +
- ❖ функциональды стеноз
- ❖ ойық жара малигнизациясы
- ❖ ойық жара ауруының пенетрациясы
- ❖ ойық жара ауруының перфорациясы

66. Медикаментозды жара ауруын қандай дәрілік препарат тударды?

- ❖ Кортикостероидтар+
- ❖ В тобының иитаминдері
- ❖ Ангиопротекторлар
- ❖ СЕКҚП (НПВП)+
- ❖ Ферменттер.

67. «Гастрит» диагнозы келесі түсінік болып табылады:

- ❖ клиникалық;
- ❖ морфологиялық;
- ❖ + клинико-морфологиялық;
- ❖ иммунологиялық;
- ❖ микробиологиялық.

68. Н.рулогі жиі асқазанның қайсы бөлігін зақымдайды:

- ❖ Антральды бөлігінің шарышты қабатының астын+
- ❖ Асқазан денесін
- ❖ Кардиальды бөлігі мен он екі елі ішекті
- ❖ Пилорикалық бөлігін +
- ❖ 12- елі ішекті +.

69. Шенлейн – Генох ауруында диагностикалық триада:

- ❖ пурпура, нефрит, кардит
- ❖ нефрит, миокардинфаркты, Рейносиндром
- ❖ пурпура, пневмонит, нефрит
- ❖ +пурпура, артралгии, абдоминальды синдром
- ❖ абдоминалды синдром, нефрит, кардит

70. Геморрагиялық васкулиттің геморрагиялық синдромының дамуына қандай себеп жатыр?

№1 ішкі аурулар кафедрасы

- ❖ тромбоцитопения
- ❖ қан тамыр қабырғасының зақымдануы+
- ❖ плазминоген құрамының ұлғаюы
- ❖ снижение содержания белков протромбинді комплексті белок құрамының төмендеуі
- ❖ фибриноген мөлшерінің жоғарлауы

71. Геморрагиялық васкулиттің базисті терапияның құрамына не кіреді ?

- ❖ преднизолон 1-2 мг\кг тәу
- ❖ антигемофильды плазма
- ❖ гепарин 300-400 ЕД/кг через 4 сағ б/і немесе т/і+
- ❖ криопреципитат
- ❖ цитостатики.

72. 35 жасар әйел, соңғы 5 жылда мұрнынан қан кету, теріде көгерулер оңай пайда болуына шағымданады, жағдайы қанағаттанарлық, дәрігерге қаралмаған. Екі апта бұрын көп көлемде қан кетуден кейін әлсіздік, бас айналу байқалды. Бозғылт, кеуде және аяғының терісінде петехиялық геморрагиялық бөртпелер мен аздаған жаылмалы экхимоздар. Бауыр мен көкбауыр ұлғаймаған. Қан анализінде: Нв-94 г/л, эритроциттер- $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, ТК-0,64, лейкоциттер- $6,2 \cdot 10^9$ /л, таяқша/я-3, сегмент/я-67, эозинофилдер-2, лимфоциттер-23, моноциттер-5, тромбоциттер- $15,0 \cdot 10^9$ /л, Дюке бойынша қан кету уақыты - 22 мин. Емдеу тактикасы?

- ❖ преднизолон+
- ❖ гемотрансфузия
- ❖ викасол
- ❖ криопреципитат
- ❖ цитостатик+

73. Жасөспірім 18 жаста, жағдайы өте ауыр, дене температурасы 38 С, бозарған, жүдеген, аяқтарын ішіне жинаған қалыпта бір жақ жанымен жатыр. Тізе және тобық буындарының жазу бетінде (разгибательных) қосылып кеткен геморрагиялық бөретпелер, тізе және тобық буындарының көлемінің ұлғайғандығы, қимылы шектелгендігі және ондағы ауру сезімінің бар болуы анықталады. Іште жедел толғақ тәрізді ауру сезімі әрбір 3-5 минут сайын пайда балады, ауру ұстамасы кезінде науқас айқайлайды. Тілі құрғақ, жабындымен жабылған, іші тартылған, күшті ауру сезімі анықталады және іштің тітіркену симптомы (раздражения брюшины) оң. Үлкен дәреті қан араласқан, тіпті нәжістік массасыз, күніне 30 рет, қайталамалы кофе түстес (кофейной гуши) құсу анықталады. ЖҚА: Нв 80 г/л, Л. 27.10 9/л, п. 17%, ЭТЖ- 54 мм/час. ЖЗА: тығыздығы 1015, белок-0,9 г/л, эр. 50-60 в п. зр., креатинин-0.105 ммоль/л. Диагнозды дәлелдеу үшін қандай зерттеу жүргізу керек?

- ❖ **Уровень ЦИК+**
- ❖ Тері биопсиясы+
- ❖ Қандағы тромбоциттер
- ❖ Қан ұю уақытын
- ❖ Нәжісті жасырын қанға зерттеу

№1 ішкі аурулар кафедрасы

74. А гемофилиясы кезінде геморрагиялық синдромды жоюға қолданады:

- ❖ криопреципитат+
- ❖ альбумин
- ❖ нативті плазма
- ❖ викасол
- ❖ құрғақ плазма.

75. 46 жастағы әйел адам мұрыннан, қызыл иектен, жатырдае қан кетуге, еңтігуге, әлсіздікке шағымданады. Об-ті: тері қабаты бозарған, санның, іштің алдыңғы беткейінің терісілде қпн құйылулар, мұрнына тампон қойылған. Жүрек ұшында систолалық шу, ЖСЖ – 98 1 мин, АҚҚ – 100/70 мм рт сб. Бауыр мен көкбауыр ұлғаймаған. қанда: эр. $2,8 \cdot 10^{12}/л$, Нв 76 г/л, ТК 0,81, л. 9,2.109/л, тромб. $32 \cdot 10^9/л$, ЭТЖ 22 мм/сағ. Қанағу ұзақтығы 18 мин. Бұл жағдайда қандай диагноз қоюға болады?

- ❖ идиопатиялық аутоиммунды тромбоцитопениялық пурпура+
- ❖ Виллебранд ауруы
- ❖ гемофилия
- ❖ геморрагиялық васкулит
- ❖ Верльгофа ауруы+.

76. Гемофилия А-ға келесі қан ұю факторларының жоқ болуы тән:

- ❖ VII
- ❖ VIII+
- ❖ IX
- ❖ XI
- ❖ X

77. Гемофилия В-ға келесі қан ұю факторларының жоқ болуы тән:

- ❖ VII
- ❖ VIII
- ❖ IX+
- ❖ XI
- ❖ X

78. Гемофилия С-ға келесі қан ұю факторларының жоқ болуы тән:

- ❖ VII
- ❖ VIII
- ❖ IX
- ❖ XI+
- ❖ X

79. Тұқым қуалайтын микросфероцитозында қандай клиникалық көріністер байқалады?

- ❖ Тахикардия
- ❖ Артериальды қан қысыаның жоғарылауы
- ❖ Сколиоз
- ❖ Анасарка
- ❖ Бас сүйегінің деформациясы (башенный череп)+

№1 ішкі аурулар кафедрасы

80. Апластикалық анемияға қай гемолитикалық белгі тән?

- ❖ гипохромия
- ❖ пойкилоцитоз
- ❖ макроцитоз
- ❖ панцитопения+
- ❖ гиперхромия

81. Анемияның қай түрінде көкбауыр ұлғаймайды?

- ❖ Апластикалық+
- ❖ Талассемия
- ❖ Гемолитикалық
- ❖ В12 – тапшылықты
- ❖ Гипопластической+

82. 55 жастағы әйел. Шағымы әлсіздік, жүректің қатты соғуы, 1 жылдан бері ауырады, бірақ қаралмаған және емделмеген. Созылмалы геморрой мазалайды, қарап тексергенде жағдайы орташа ауырлықты, терісі және шырышты қабаттары бозарған. Жүрек шекарасы қалыпты, жүрек тондары бәсең, тахикардия. Пульсі 106 минутына. ЖҚА: эр-2,1*10¹²/л, Нв – 44г/л, ТК – 0,6, Лейкоциттер-4,4*10⁹/л, ЭТЖ-26 мм/сағ.Бауыры үлкеймеген. Осы көрсеткіштер қандай диагнозға тән?

- ❖ В12-дефицитті анемия
- ❖ темір тапшылықты анемия +
- ❖ апластикалық анемия
- ❖ аутоиммунды гемолитикалық анемия
- ❖ микросфероцитоз.

83. 21 жастағы әйел әлсіздікке, жүрек қағысына, тез шаршағыштыққа, жүрек айнуына айнуына, ішінің ауруына, іш өтуіне тіл ұшының ашуына, дене салмағының төмендеуіне шағымданады.Айтылған шағымдар бойынша емделмеген. Бір жыл көлемінде ауырады. Глистті инвазия бойынша екі жыл бұрын ем қабылдаған. Бірақ нәтижесін алмаған.

Қарап тексергенде: орта деңгейлі жағдайда, дене температурасы 38 градус, терісі бозғылт-лимон тәрізді, жүрек шекарасы қалыпты, тондары әлсіз, тахикардия, пульс 108 рет.АҚ 80/40 мм , тілі таза, ашық қызыл түсті, тегіс, бүрлері тегістелген. Бауыры үлкеймеген. ЖҚА: эр-3.5, Нв-98г/л, ТК- 1,5, лейко-3.4*10⁹, ЭТЖ- 23мм/сағ, Сүйек миы пунктатының көрінісі: мегалобласты- 78%. Жүргізілген лабораторлы көрсеткіштің қайсысы нақты диагнозды дәлелдейді?

- ❖ Түсті көрсеткіштің жоғарлауы +
- ❖ Гемоглобиннің төмендеуі
- ❖ Пунктатта мегалобласттар **(78%)** +
- ❖ Эритроциттердің төмендеуі
- ❖ лейкопения.

№1 ішкі аурулар кафедрасы

84. 61 жастағы әйел адам жедел әлсіздікке, салмағының төмендеуіне, дәм сезуінің бұрмалануына (еттен бас тарту), эпигастри аймағындағы ауру сезіміне шағымданады. Науқас өзін жарты жылдан бері науқас деп санайды, амбулаторлы витаминдермен емделген.

Об-ті: жедел тәбетінің төмендеуі, тері және шарашты қабатының бозаруы. Көкірегінде ұрғылау кезінде әлсіз ауру сезімі бар. Эпигастральды аймақта тығыз, ауру сезімсіз, тауық жұмыртқасы көлемінде ісік пальпацияланады.

Ренгенологиялық зерттеуде асқазанның антральды бөлігінде ісік анықталды. ЖҚА: Нв 85 г/л, эр. 1,7, $10^{12}/л$, ТК 1,3, Л 5, $10^9/л$, э. 1%, п. 8%, с. 60%, л. 23%, тромбоцит $180.1 \cdot 10^9/л$, нормобласт 3:100, ретикулоцит 0,2%, жағындыда макроанизоцитоз, бірін-саран мегалобласттар, ЭТЖ 69 мм/сағ. Қандай ауру туралы ойлауға болады?

- ❖ мегалобласты анемия+
- ❖ темір тапшылықты анемия
- ❖ апластикалық анемия
- ❖ созылмалы лимфолейкоз
- ❖ В12 тапшылықты анемия +.

85. Сүйек миындағы қандай көрініс жедел лейкоз диагнозын қоюға негіз болып табылады:

- ❖ 30% немесе оданда жоғары бласты жасушалар+
- ❖ Мегалоциттер, мегалобласттар
- ❖ Майлармен инфильтрациялануы
- ❖ Нормобластар деңгейінің жоғарлауы
- ❖ Эритропоэтикалық тіннің гиперплазиясы

95. Жедел лейкозға күмәнденғанда міндетті зерттеу әдісі болып табылады:

- ❖ көкбауыр биопсиясы
- ❖ бауыр биопсиясы
- ❖ лимфа түйіндерінің биопсиясы
- ❖ жұлын пункциясы
- ❖ стерильды пункция+

86. Жедел лейкоз кезіндегі шеткі қандағы лейкокемиялық ойыққа не тән:

- ❖ Гранулоциттердің жас және жетілген формаларының болуы
- ❖ Эозинофильдік – базофильдік ассоция
- ❖ Гранулоциттердің тек жас түрлерінің болуы+
- ❖ Гранулоциттердің ауыспалы түрлерінің болуы
- ❖ Гранулоциттердің ауыспалы түрлерінің және жетілген түрлерінің болуы

87 Лейкоз кезіндегі қызба синдромына не тән:

- ❖ Толқын тәрізді сипатқа ие
- ❖ Инфекциялық асқынуларда туындайды
- ❖ Антибиотиктерді тағайындаудан кейін жойылмайды+
- ❖ Химиотерапияны тағайындағаннан кейін жойылады +
- ❖ Нейролейкемиямен байланысты

№1 ішкі аурулар кафедрасы

88. 27 жастағы ер кісі терісінде және шырышты қабатында көптеген петехиялы қан құйылуларға шағымданды. Қан анализінде: Нв 100 г/л, эр – $3 \cdot 10^{12}$ /л, ТК-1.0, лейкоц.- $41 \cdot 10^9$ /л, миелобласттар 5%, лимф 15%, тромбоц. $55 \cdot 10^9$ /л., ЭТЖ - 46 мм/сағ.

Перифериялық қандағы қандай өзгерістер диагнозды негіздейді?

- ❖ лейкемиялық апан+
- ❖ ЭТЖ жоғарлауы
- ❖ гемоглобиннің төмендеуі
- ❖ тромбоциттер мөлшерінің төмендеуі
- ❖ гиперлейкоцитоз.

89. 25 жастағы ер адам жұтынғанда тамағының ауыруына, қызыл иектің қанталауына, әлсіздікке, тершеңдікке, дене температурасының 37.7С – ге дейін көтерілуге шағымданды. 2 апта бойына ауырады. Қарап тексергенде бозғылт түсті, аздап ұлғайған лимфа түйіні аздап ұлғайған алдыңғы және артқы лимфа түйіндері пальпацияланады. Таңдайы гиперемияленген, бадамшалардың жаралы – некротикалық жабындылары байқалады, қызыл иектің босауы. Ішкі ағзалар жағынан патологиялар байқалмайды. Қан анализінде: Нв - 70 г/л, лейкоц.- $10 \cdot 10^9$ /л, бласты жасушалар - 76%, ЭТЖ - 27 мм/сағ. Қандай ем тағайындайсыз?

- ❖ преднизолон
- ❖ полихимиотерапия+
- ❖ монокимиотерапия
- ❖ ем қолданбау
- ❖ психотерапию.

90. СМЛ бласты криз кезіндегі емі:

- ❖ миелосан
- ❖ гидреа
- ❖ «7+3»+
- ❖ 6 - меркаптопурин
- ❖ миелобромол

91. 62 жастағы ер адам еңтігуге, әлсіздікке, шаршағыштыққа шағымданады. Об-ті: бозарған, склерасы сарғайған, лимфа түйіндері ұлғайған, жұмсақ, жабыспаған, ауру сезімсіз.

Пальпируется бауыры және көкбауыры ұлғайған. Қанда: эр. $2.7 \cdot 10^{12}$ /л, НВ 87 г/л, л. $67 \cdot 10^9$ /л, жағындыда Боткин - Гумбрехт «көлеңкесі». Сіздің диагнозыңыз?

- ❖ созылмалы миелоидты лейкоз
- ❖ бауыр циррозы
- ❖ лимфогрануломатоз
- ❖ созылмалы лимфолейкоз+
- ❖ туберкулез.

92. СМЛ ауруларында қандай хромосома анықталады?

- ❖ филадельфиялық+
- ❖ ағылшындық
- ❖ француздық

№1 ішкі аурулар кафедрасы

- ❖ амстердамдық
- ❖ қазақстандық

93. СЛЛ диагнозы критері:

- ❖ Жоллы денешігі
- ❖ Кебот сақинасы
- ❖ панцитопения
- ❖ Боткин – Гумбрехт «көлеңкесі»+
- ❖ нейтрофильді лейкоцитоз лейкоцитарлы формуланың солға жылжуы

94. 53 жастағы ер адам жүрек аймағындағы ауыру сезіміне, бас ауруына, ванна қабылдағаннан кейінгі тері қышуына шағымданға. Объективті :тері гиперемияланған, «көжек көзі» симптомы. Жүрек тондары бәсеңдеген, АҚ - 180/100 мм, с.б.б.көкбауыр қабырға астынан 3 см шығып тұр. Қан анализінде: Нв - 201 г/л, эр.- $6.9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц.- $11,9 \cdot 10^9$ /л, тромб.- $600 \cdot 10^9$ /л, ЭТЖ - 1 мм/сағ. Миелограммада: сүйек кемігіндегі үш өсінділік гиперплазия. Қандай диагностикалық нәтижелер диагнозды дәлелдейді?

- ❖ сазылмалы лимфолейкоз
- ❖ полицитемия+
- ❖ острый лейкоз
- ❖ эритремия+
- ❖ гипохромная анемия

95. 53 жастағы ер адам жүрек аймағындағы ауыру сезіміне, бас ауруына, ванна қабылдағаннан кейінгі тері қышуына шағымданға. Объективті :тері гиперемияланған, «көжек көзі» симптомы. Жүрек тондары бәсеңдеген, АҚ - 180/100 мм, с.б.б.көкбауыр қабырға астынан 3 см шығып тұр. Қан анализінде: Нв - 201 г/л, эр.- $6.9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц.- $11,9 \cdot 10^9$ /л, тромб.- $600 \cdot 10^9$ /л, ЭТЖ - 1 мм/сағ. Миелограммада: сүйек кемігіндегі үш өсінділік гиперплазия. Қандай ем қолданады?

- А) «7+3»
- В) гипотензті препараттар
- С) миелосан
- Д) викасол
- Е) гидреа+

96. 45 жасар ер кісі клиникаға ентигу, әлсіздік, жөтел шағымдарымен түсті. Ауру баяу дамыды. Әлсіздік пайда болды. Тексеру нәтижесі: бозғылт, лимфа түйіндерінің ұлғайғаны байқалады, жұмсақ, тіндермен және бір бірімен жабыспаған, ауру сезімінсіз. Өкпеде бронхиттер болуы. Жүрек өзгеріссіз. Іш ұлғайған. Пальпацияда бауыр, көкбауыр ұлғайған. Қан анализінде: Эр - $2.7 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциттер - $67 \cdot 10^9$ /л.

Жағындыда Боткин – Гумбрехт көлеңкесі. Қандай өзгерістер анықталады?

- ❖ абсолютты гиперлимфоцитоз+
- ❖ гиперлейкоцитоз, промиелоциттерге дейін жылжыған
- ❖ бласттар

№1 ішкі аурулар кафедрасы

- ❖ лейкемиялық үңгір
- ❖ базофилдердің жоғарлауы

97. Созылмалы миелолейкоздың маркері болып табылады?

- ❖ Березовский-Штернберг клеткасы
- ❖ Ходжкин клеткасы
- ❖ ісік клеткасында филадельфий хромосомасының болуы+
- ❖ микросфероциты
- ❖ мегалобласты

98. Қандай препарат созылмалы миелолейкозда таңдаулы препарат болып табылады ?

- ❖ + гливек
- ❖ имифос
- ❖ метотрексат
- ❖ 6-меркаптопурин
- ❖ циклофосфан

99. Қандай ауруда лейкоформулада базофильді-эозинофильді ассоциация анықталады?

- ❖ созылмалы лимфолейкоз
- ❖ + созылмалы миелолейкоз
- ❖ жедел лимфобласты лейкоз
- ❖ лимфогранулематоз
- ❖ эритремия

58. Боткин-Гумпрехт көлнңкелері деген не?

- ❖ Жағынды дайындалғанда жаншылған жетілмеген лимфоциттер +
- ❖ Гиганттық ядеросыз эритроциттер
- ❖ Нысана тәріздес эритроциттер
- ❖ Микросфероциттер
- ❖ Гликопротеидтер құрамы төмендеген тромбоциттер

101. 43 жастағы ер адам клиникаға «себебі белгісіз анемия» диагнозымен түсті. Соңғы 2 аптада әлсіздік, енгігу, шаршағыштық мазалайды динамикада шағымдары өрши түсті. Қан анализінде: Эр. $2,3 \cdot 10^{12}/л$, Нв 67,5 г/л, ТК 0,88, лейкоцит $27,8 \cdot 10^9/л$, бласт 56%, п/я – 1%, с/я – 26%, лимфоцит – 13%, моноцит – 4%, ЭТЖ 60 мм/сағ. Сіздің емдеу тактикаңыз?

- ❖ + протокол бойынша полихимиотерапия
- ❖ тек бақылау
- ❖ темір препараттары
- ❖ спленэктомия
- ❖ колониестимулдеуші факторлар (нейпоген, лейкомакс)

102. 55 жастағы әйел, радиоизотопты лаборатория лаборанты клиникаға түсті. Ауру жедел жоғары қызбамен, жаралы-некротикалық ангинамен, үдемелі әлсіздікпен басталған. Қан анализінде: Эр. $2,5 \cdot 10^{12}/л$, Нв 68 г/л, ТК 0,82, л. $42,0 \cdot 10^9/л$, бласт 76%, п/я – 1%, с/я – 10%, лимфоцит – 13%, ЭТЖ 60 мм/сағ. Сіздің диагнозыңыз?

- ❖ тонзилгенді сепсис
- ❖ дәрілік агранулоцитоз
- ❖ созылмалы лимфолейкоз
- ❖ + жедел лейкоз

№1 ішкі аурулар кафедрасы

- ❖ апластикалық анемия

103. Темір тапшылықты анемияның гем синтезінің бұзылуымен байланысты анемиямен негізгі дифференциальды-диагностикалық белгісі болып табылады:

- ❖ науқастың жасы
- ❖ айқын анемия
- ❖ лейкоцитоз
- ❖ қан сарысуындағы темірдің мөлшері+
- ❖ анизоцитоз.

104. Қандай ауруға бласты криз тән?

- ❖ созылмалы миелолейкоза+
- ❖ эритреми
- ❖ созылмалы лимфолейкоза
- ❖ миеломды ауру
- ❖ апластикалық анемия.

105. Мегалобласты анемиямен ер адамда В12 витамин терапиясына 6-шы күн. Қан анализінде ретикулоциттер жоқ. Бұл жағдайда:

- ❖ В12 витаминеің дозасын ұлғайту керек
- ❖ гемотрансфузия жүргізу керек
- ❖ фоли қышқылын тағайындау керек +
- ❖ темір препараттарын тағайындау керек
- ❖ ешнәрсе қолданудың қажеті жоқ.

106. 53 жастағы әйел дәрігерге сол қабырға астындағы ауырлық сезіміне шағымданып келді. Об-ті: гиперспленомегалия. Қан анализі: Эр $3,1 \cdot 10^{12}/л$, Нв 104 г/л, Л. 126.109 /л, промиелоцит – 3 %, миелоцит – 5 %, жас (юные) – 9 %, п/я – 17 %, с/я – 48 %, эоз. – 7 %, баз. – 3 %, лимф. – 8 %, тромбоцит – $580 \cdot 10^9/л$, ЭТЖ – 24 мм/сағ. Сүйек мыйында қандай өзгеріс анықталады:

- ❖ сүйек мыйынаң бос болуы
- ❖ үш ксінділі гиперплазия
- ❖ 30 % жоғары бластоз
- ❖ плазмоклеткалы инфильтрация
- ❖ миелоидты қатардағы клеткалар есебінен сүйек мыйының бай болуы +

107. 53 жастағы әйел дәрігерге сол қабырға астындағы ауырлық сезіміне шағымданып келді. Об-ті: гиперспленомегалия. Қан анализі: Эр $3,1 \cdot 10^{12}/л$, Нв 104 г/л, Л. 126.109 /л, промиелоцит – 3 %, миелоцит – 5 %, жас (юные) – 9 %, п/я – 17 %, с/я – 48 %, эоз. – 7 %, баз. – 3 %, лимф. – 8 %, тромбоцит – $580 \cdot 10^9/л$, ЭТЖ – 24 мм/сағ. Қандай қосымша зерттеу әдісі диагнозды қоюға көмектеседі?

- ❖ ақуыз фракциясына электрофорез
- ❖ құрсақ қуысының УДЗ
- ❖ цитогенетикалық зерттеу+
- ❖ лмифа түйіндерінең биопсиясы
- ❖ коагулограмма.

108. 16 жасар жасөспірім лимфоаденопатиямен, айқын әлсіздікпен түсті. ЖҚА.: Эр. $2,5 \cdot 10^{12} /л$; Нв 79 г/л, ТК 0,8; л $6,1 \cdot 10^9/л$, лейкограммада бласттар 85 %, лимфоцит – 10 %, с/я – 5%, тромбоцит – $100 \cdot 10^9/л$. Қандай зерттеу әдістері диагнозды дәлелдейді?

№1 ішкі аурулар кафедрасы

- ❖ стерильды пункция+
- ❖ ЖҚА
- ❖ цитохимиялық зерттеу
- ❖ иммунофенотиптеу
- ❖ Ph-хромосомасын анықтау

109. 16 жасар жасөспірім лимфоаденопатиямен, айқын әлсіздікпен түсті. ЖҚА.: Эр. 2,5.10¹² /л; Нв 79 г/л, ТК 0,8; л 6,1.10⁹/л, лейкограммада бласттар 85 %, лимфоцит – 10 %, с/я – 5%, тромбоцит – 100.10⁹/л. Миелопероксидаза және липидті цитохимия – теріс, Шик-реакция – гранула түрінде оң. Емдеу схемасын таңда:

- ❖ цитозар + рубомицин («7 + 3»)+
- ❖ гидреа
- ❖ аз дозада цитозара
- ❖ б-интерферон
- ❖ винкристин + преднизолон + рубомицин + L-аспарагиназа.

110. Ер адам 40 жаста, сол жақ қабылға астындағы ауру сезіміне, дене салмағының төмендеуіне, тершеңдікке, әлсіздікке шағылданады. Об-ті: ткрісі бозғылт, ылғалды. Лимфа түйіндері ұлғаймаған. Бауры қабырға доғасынан 3 см төмен, көкбауыры кіндік тұсында, тығыз, ауру сезімімен. Қанда: эр. 3,0.10¹²/л, л 96,0.10⁹ /л, миелобласт – 2 %, промиелоцит – 4 %, метамиелоцит – 8 %, пал. – 12%, сегмент. – 52 %, эозин. – 5 %, базоф. – 5 %, лимф. – 12 %, тромб. 200,0 .10⁹ /л. ЭТЖ – 56 мм/сағ.Бұл жағдайда қандай диагноз қоюға болады ?

- ❖ жеделмиелобласты лейкоз
- ❖ миелоидты типті лейкемоидты реакция
- ❖ созылмалы миелолейкоз+
- ❖ созылмалы лимфолейкоз
- ❖ тромбофлебитті спленомегалия.

111. Ер адам 40 жаста, сол жақ қабылға астындағы ауру сезіміне, дене салмағының төмендеуіне, тершеңдікке, әлсіздікке шағылданады. Об-ті: ткрісі бозғылт, ылғалды. Лимфа түйіндері ұлғаймаған. Бауры қабырға доғасынан 3 см төмен, көкбауыры кіндік тұсында, тығыз, ауру сезімімен. Қанда: Эр. 2,5.10¹²/л; Нв 88 г/л, ТК 1,2, л. 3,2.10⁹/л, тр. 150.10⁹/л, ретикулоцит – 0,2%; Аурудың емі бақылаумен жүргізіледі:

- ❖ ЭТЖ
- ❖ эритроциттер
- ❖ ретикулоциттер+
- ❖ лейкоциттер
- ❖ тромбоциттер.

112. Глистті инвазия табылғанда қандай анемия тән?(жалпақ лентец)

- ❖ В12 – тапшылықты+
- ❖ темір тапшылықты
- ❖ мегалобласты+
- ❖ постгеморрагиялық
- ❖ апластикалық

113. Қандай тағамдық заттардың құрамында темір бар?

- ❖ ет+
- ❖ нан



№1 ішкі аурулар кафедрасы

- ❖ сүзбе
- ❖ жұмыртқа
- ❖ сүт

114. Қандай көкөністердің құрамында темір бар?

- ❖ алма+
- ❖ анар+
- ❖ таңқурай
- ❖ банан
- ❖ қарбыз

115. Қандай тағамдық заттардың құрамында темір бар?

- ❖ сәбіз+
- ❖ шпинат+
- ❖ қызанақ
- ❖ қияр
- ❖ қызылша