

=В12 тапшылықты анемияға тән миелограммадағы өзгерістер

- мегалобласты қантүзілу түрі
- эритроидты өсіндінің басылуы
- пісіп жетілмеген гранулоциттердің басым болуы
- сүйек кемігінің маймен алмасуы
- бластардың жоғарылуы

=Науқас С., 60 жаста, әлсіздікке, эпигастриядағы ауырсынуға, тұрақсыз дәретке шағымданады. Объективті: терісі және көзге көрінетін шырышты қабаттарының сарғыш түстес бозарған. Беті ісіңкі. Тілі «лакталған». Бауыр, көкбауыр шамалы ұлғайған. Қанда: эритроциттер  $-2,6 \times 10^{12}/\text{л}$ , Нв-104 г/л, ТК-1,2 лейкоциттер  $-2,7 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоциттер  $-115 \times 10^9/\text{л}$ , ЭТЖ - 30 мм/сағ, макроцитоз, нейтрофилдердің полисегментарлылығы. Билирубин - 38,5 мкмоль/л. Миелограммада: мегалобласты қан түзілу. Төмендегі көрсетілген диагноздардың қайсысы болуы мүмкін

- В<sub>12</sub>-тапшылықты анемия
- апластикалық анемия
- теміртапшылықты анемия
- Маркиафавы – Микели ауруы
- аутоиммунды гемолитикалық анемия

=Науқас В., 40 жаста, жалпы әлсіздікке, терлегіштікке, арықтауға, сол қабырғаастындағы тұйық ауырсынуға шағымданады. Объективті: тері жамылғысы бозғылт, ылғалды. Бауыр қабырға доғасынан 3 см шығыңқы, көкбауыр кіндік маңында, тығыз, ауырсынусыз. Қанда: эритроциттер  $-3,0 \times 10^{12}/\text{л}$ , лейкоциттер  $-96 \times 10^9/\text{л}$ , миелобласттар - 2%, промиелоциттер-4%, метамиелоциттер-8%, таяқшайдролы - 12%, сегментядролы - 52%, эозинофилдер-5%, базоф-5%, лимф-12%, тромбоциттер  $-200 \times 10^9/\text{л}$ . ЭТЖ-56 мм/сағ. Қандай диагноз анағұрлым тән

- созылмалы миелолейкоз
- созылмалы лимфолейкоз
- эритремия
- жіті лейкоз
- миеломды ауру

=Науқас 23 жаста, әлсіздікке, еңтігуге, жүрек қағуына шағымданады. Объективті: терісі мен шырышты қабаттары бозғылт. Жүрек ұшында систолалық шу, тахикардия. Қанда: эритроциттер  $-3,0 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин-92 г/л, лейкоциттер  $-44,2 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоциттер  $-192 \times 10^9/\text{л}$ , ЭТЖ - 22 мм/сағ. Қан көрсеткішін талдаңыз

- жеңіл дәрежелі нормохромды анемия
- жеңіл дәрежелі гипохромды анемия
- орташа дәрежелі гипохромды анемия
- орташа дәрежелі нормохромды анемия
- жеңіл дәрежелі гиперхромды анемия

=Әйел 68 жаста, жалпы әлсіздікке, басының айналуына, «аяқтарының мамықтығына», эпигастрий аймағындағы қолайсыз сезіміне шағымданады. Қанында: Нв-68 г/л, эритроциттер  $-2,0 \times 10^{12}/\text{л}$ , ТК-1,02, лейкоциттер  $-3,0 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоциттер  $-190 \times 10^9/\text{л}$ , таяқшайдролы-2%, сегментядролы-64%, эозин-1%, м-6%, лимф-27%, СОЭ-8 мм/сағ. ФГДС-да: атрофиялық гастрит. Бірінші кезеңде қандай зертханалық зерттеуді жасаған жөн

- В<sub>12</sub> дәруменінің зерттеуге қан талдау
- ферритинді зерттеуге қан талдауы
- трансфериннің құрамына қан талдауы
- мықын сүйектің трепанобиопсиясы

-генетикалық зерттеу

=В12 тапшылықты анемияға қандай клиникалық синдром тән

-фуникулярлы миелоз

-спленомегалия

-сарғаю

-ангулярлы стоматит

-лимфоаденопатия

=Науқас 34 жаста, әлсіздікке, басының айналуына, жүрегінің қағуына, еңтігуге шағымданады. 2 жыл бойы геморроймен сырқат. Объективті: тері және шырышты қабаты бозғылт, койлонихиялар. Жүрек үндері тұйықталған, жүрек ұшында систолалық шу, тахикардия. Қанда: эритроциттер -3,7 млн., Нв-92 г/л, ТК -0,75, лейкоциттер -4,8 мың., тромбоциттер -200 мың., ЭТЖ-17 мм/сағ, анизоцитоз, пойкилоцитоз. Қан сарысуындағы темір - 6,4 мкмоль/л. Қандай ем жүргізу тәсілін таңдадаған жөн

-темір сульфаты пероралды

-преднизолон пероралды

-темір декстранның көк тамырға

-десфералды бұлшықетке

-эритроцитарлы массаны көк тамырға

=34 жастағы ер адам бір ай бойы науқас, әлсіздік, геморрагиялық синдром мазалайды Лимфа түйіндері ұлғайған. Температура – 39,5С. Тері қабаттары бозарған, интоксикация.

Қанында: Нв - 36 г/л, эритроциттер -  $2,2 \times 10^9$ /л, лейкоциттер -  $0,8 \times 10^9$ /л, тромбоциттер –  $50 \times 10^9$ /л, ЭТЖ – 41 мм/сағ, формуласы саналмайды. Келесі зерттеу әдісін таңдаңыз

-сүйек кемігінің пункциясы

-коагулограмма

-лейкоконцентрат

-қанды бактериологиялық егу

-лимфа түйіндерінің пункциясы

=Науқас А., 19 жаста, қарағанда спленомегалия. Гемограммада: лейкоциттер  $78 \times 10^9$ /л; лейкоформула: промиелоциттер 3%, миелоциттер 8%, метамиелоциттер 12%, таяқша ядролы 21%, сегментядролы нейтрофилдер – 41%, базофил – 3%, эозинофил – 6%, лимфоцит – 6%. Тромбоциттер –  $784 \times 10^9$ /л, гемоглобин – 114 г/л. Миелограмма: сүйек миы гипержасушалы, миелокарициттер, мегакарициттердің жоғарылуы, гранулоцитарлық қатардың барлық жасушалары анықталады. Зерттеудің келесі кезеңі қандай

-қанды цитогенетикалық зерттеу

-көкбауырдың гистологиялық зерттеуі

-қанды цитохимиялық зерттеуі

-сүйек миының гитологиялық зерттеуі

-қанды иммунологиялық зерттеу

=35 жастағы әйел адам, қабылдау бөлімшесіне жалпы әлсіздікпен, басының айналуымен, жүрегінің қағуына шағымданып түсті. 1 жыл бойы етеккірі 10 күннен, көп мөлшерде. Объективті: терісі мен шырышты қабаттары бозарған, тырнағының сынғыштығы мен сызықтығы анықталады, шашының түсуі, тахикардия 100 рет минутына. АҚ 110/60 мм.сын.бағ. Қанда: гемоглобин - 62 г/л, эритроцит -  $2,6 \times 10^{12}$ /л, ТК - 0,7, ЭТЖ - 36 мм/сағ, лейкоциттер -  $5,8 \times 10^9$ /л, тромбоцит -  $420 \times 10^9$ /л. Гинекологқа қаралған: жатыр миомасы, 12 апта. Ота жасау ұсынылған. Аталғандардың ішінде науқасты жүргізудегі қандай әдіс ұтымды

- темірдің парентералды препараттары
- В<sub>12</sub> дәруменін парентералды енгізу
- Фолий қышқылы per os
- аскорбин қышқылын парентералды енгіз
- эритроциттік массаны құю

=Науқас 19 жаста, иектерінің қанағыштығына, тамағының ауырсынуына, әлсіздікке шағымданады. Объективті: дене температурасы 39°C. Тері жамылғысы бозғылт, көптеген петехиялар мен экхимоздар бар. Бадамша бездері некрозды жабынмен жабылған. Жақасты лимфа түйіндер ұлғайған. Бауыр, көкбауыр қабырға доғасынан 2 см шығыңқы. Қанда: эритроцит -  $2,5 \times 10^{12}/л$ , Нв-75 г/л, ТК-0,9 лейкоцит -  $29 \times 10^9/л$ , бласты жасушалар - 98%, сегм - 2%, тромбоциттер -28 мың., ЭТЖ-26 мм/сағ. Цитохимия: миелопероксидазға реакция оң. Осы аурудың диагностикасында шешуші симптом болып табылады

- бластемия
- ЭТЖ жоғарылауы
- анемия
- тромбоцитопения
- лейкоцитоз

=Науқас 60 жаста, әлсіздікке, эпигастриядағы ауырсынуға шағымданады. Объективті: терісі және көзге көрінетін шырышты қабаттарының сарғыш түстес бозарған. Беті ісіңкі. Тілі «лакталған». Шамалы гепатоспленомегалия. Қанда: панцитопения, макроцитоз, нейтрофилдердің полисегментарлылығы. Билирубин - 38,5 мкмоль/л. Миелограммада: мегалобластты қан түзілу. Төмендегі көрсетілген диагноздардың қайсысы болуы мүмкін

- В<sub>12</sub>-тапшылықты анемия
- апластикалық анемия
- теміртапшылықты анемия
- талассемия
- аутоиммунды гемолитикалық анемия

=Он екі елі ішектің ойықжара сырқаты бар науқас жалпы әлсіздікке, физикалық жүктемеде болатын еңтігуге, борды жеуге әуестенуіне шағымданады. Объективті: науқас бозарған, терісінің трофикалық өзгерістері байқалады. Қанда:  $3,3 \times 10^{12}/л$ ; Нв – 90 г/л; ТК - 0,75; ретикулоциттер - 2%; қандағы темір - 5,6 мкмоль /л. Науқаста қандай асқыну дамыды

- теміртапшылық анемия
- гемолиздік анемия
- эритремия
- аластикалық анемия
- В<sub>12</sub> -тапшылықты анемия

=30 жастағы науқас 1 айдан бері ауырады, әлсіздік, геморрагиялық синдром бар. Лимфа түйіндері ұлғайған. Температурасы – 38,5С. Тері жамылғысы бозарған, интоксикация. Қан анализі – Нв 40 г/л, эритроциттер  $2,0 \times 10^9/л$ , лейкоциттер  $0,8 \times 10^9/л$ , тромбоциттер  $50 \cdot 10^9/л$ , ЭТЖ – 41 мм/с, формула есептелмейді. Мүмкін болатын диагноз

- жіті лейкоз
- лейкемоидты реакция
- иммунды тромбоцитопения
- апластикалық анемия
- созылмалы миелолейкоз

=28 жастағы ер адам, 3 апта бойы стоматиттен нәтижесіз емделген, айқын әлсіздік, тершендік өршіген. Объективті: дене температурасы 38,8°C, терісі бозғылт, ылғалды. Иектердің гиперплазиясы, жаралы-некротикалық стоматит. Жақасты лимфотүйіндері ұлғайған, ауырсынусыз. Жалпы қан анализінде: эритроциттер- $3,0 \times 10^{12}/л.$ , Нв-95 г/л, ТК - 0,95, лейкоциттер  $-14,5 \times 10^9/л.$ , бласты жасушалар -32%, т/я-1%, сегм-39%, лимф-20%, мон-8%, тромбоциттер  $-90 \times 10^9/л.$ , ЭТЖ-54 мм/сағ. Төменде көрсетілген диагноздардың қайсысы сәйкес келеді

- жіті лейкоз
- созылмалы миелолейкоз
- созылмалы лимфолейкоз
- шынайы полицитемия
- тромбоцитопениялық пурпура

Гастроэнтерология

=Ер адам 20 жаста, 1,5-2 сағаттан кейін тамақтан соң, жиі түнгі уақытта мазалайтын эпигастрия аймағында айқын ұстамалы, шаншып ауырсынудың болуына шағымданып ауруханаға түсті. Ауырсыну күндізгі уақытта тамақ қабылдағаннан соң басылады. Асқазанды пальпациялағанда пилородуоденальды аймақта ауырсыну байқалады, Мендель симптомы - оң. Қандай болжамды диагноз болуы мүмкін

- Он екі елі ішектің ойық жара ауруы
- Созылмалы панкреатит
- Созылмалы гастрит
- Асқазан дене бөлімінің ойық жара ауруы
- Созылмалы холецистит

=Қыз бала 18 жаста, дефекация кезінде пайда болатын сол жақ гипогастриядағы ауырсынуға, үлкен дәреттен кейін басылатын, кезеңді үлкен дәретінің сұйықтануына шағымданып емханаға келді. Қарағанда: пальпация кезінде тоқ ішектің барлық аймағына ауырсыну анықталады. Жалпы қан анализі: патологиясыз. Копрограммада: шырыш++++. Тоқ ішектің рентгенологиялық зерттеуінде: дискинезия белгілері, ал колоноскопияда: спазмға бейімділік. Қандай болжамды диагноз болуы мүмкін

- Тітіркенген ішек синдромы
- Ойық жаралы колит
- Созылмалы колит
- Лимфоцитарлы колит
- Псевдомембранозды колит

=Қыз бала 21 жаста, студент. Дефекация кезінде болатын сол жақ мығын аймағындағы ауырсынуға, күніне 3-4 рет болатын ботқа тәрізді нәжіске (нәжісте қан мен шырыш жоқ), ішінің кебуіне шағымданады. Осы симптомдар емтихандарды тапсыру кезінде байқалады. Қарағанда: пальпация кезінде тоқ ішектің барлық бөлімдерінде ауырсынады. Қанның жалпы анализі: Нв-123 г/л, лейкоциттер  $-8,0 \times 10^9/л.$ , ЭТЖ 10 мм/сағ. Рентгенологиялық зерттеуде: дискинезия белгілері; колоноскопияда: спазмға бейімділік бар. Берліген емдік шаралардың қайсысын тағайындаған жөн

- Диета, күйзелісті төмендету, спазмолитиктер, диареяға қарсы ем
- Диета, диареяға қарсы ем, антибиотиктер, пробиотиктер
- Диета, антибиотиктер, антидепресанттар
- Диета, психотерапия, антидепресанттар, спазмолитиктер
- Диета, спазмолитиктер, антибиотиктер, диареяға қарсы ем

=28 жастағы ер адам, күніне 20 рет болатын жағымсыз иісті қан, шырыш, ірің араласқан сұйық нәжістің болуына, дефекация актісінің алдында күшейетін және үлкен дәреттен

кейін басылатын ішінің бүріп ауруына, буындарының сырқырауына, көзінің ауырсынуына, ауыз қуысында ойықжаралардың пайда болуына, басының айналуы және дене қызуының жоғарлауына шағымданып түсті. Төмендегі диагноздардың қайсысының болуы барынша мүмкін

- Ойық жаралы колит
- Дизентерия
- дивертикулез
- Ишемиялық колит
- Жалған мембранозды колит

=36 жастағы ер адамды күніне 35 ретке дейін болатын шырыш, ірің, қан аралас, сұйық нәжіс, дене қызуының жоғарлауы, ауыз қуысындағы ойық жаралар, көзінің ауыруы мазалайды. Эпидемиологиялық анамнез ерекшеліксіз. «Ойықжаралы колит» диагнозы қойылған. Төмендегі препараттардың қайсысын базисттік ем ретінде тағайындаған барынша тиімді

- Месалазин
- Преднизолон
- Азатиоприн
- Метронидазол
- Бифидумбактерин

=Эйел адам, 43 жаста, соңғы 4 ай ішінде оң жақ қабырға астында ауырсыну мазалаған, 2 апта бұрын сарғаю дамыған. Анамнезінде: вирусты гепатит В, алкоголь қабылдайды. Қарау кезінде: науқастың тамақтануы төмен. Тері жамылғысы және склерасы сарғыш, телеангиоэктазиялар анықталады. Іші желденген. Бауыр қабырға доғасынан +4 см-ге шығыңқы, тығыз, сезімтал. Көкбауыр +3 см-ге ұлғайған, тығыз. Қанда: анемия, тромбоцитопения, ЭТЖ - 28 мм/сағ; жалпы билирубин - 84 мкмоль/л, басым тікелей фракциясына байланысты. Берілген диагноздардың қайсысы анағұрлым ықтимал

- Бауыр циррозы
- Созылмалы холецистит
- Созылмалы панкреатит
- Жильбер синдромы
- Алкогольды емес стетогепатоз

=Қан сарысуында қандай маркердің жоғарлауы цитоллиз синдромына тән

- аланинаминотрансферазаның
- жалпы билирубиннің
- сілтілі фосфатазаның
- 5-нуклеотидазаның
- холинэстеразаның

=36 жастағы ер адам тамақтан 1 сағаттан кейін пайда болатын эпигастрия аймағындағы ауырсынуға, жүрек айнуына, жеңілдік әкелетін бір реттік құсуға шағымданады. Тесеру кезінде «ниша» және «кратер» симптомдары анықталды. Көрсетілген диагноздардың қайсысы болуы мүмкін

- асқазанның ойықжарасы
- ойықжараның малигнизациясы
- асқазан обыры
- асқазан полипі
- созылмалы гастрит

= 50 жастағы науқас әлсіздікке, субфебрильдіге дейін дене температурасының жоғарылауына, диареяға шағымданады. Физикалды қарағанда: іштің сол жақ бөлігінде инфильтрат сезіледі. Колоноскопия кезінде: көлденең саңылау түріндегі терең ойықжаралар, олардың арасындағы гранулемалы қабыну ошақтарымен сілемейлі қабаты «тас төселген көше» түріне көрінеді. Анализде: анемия, диспротеинемия, электролиттік баланстың бұзылыстары. Мүмкін болатын диагноз

- Крон ауруы
- аппендикулярлы инфильтрат
- дивертикулез
- ойықжаралы колит
- тоқ ішектің полиптері

=43 жастағы әйел адам оң қабырға астындағы ауырлық сезіміне, терісінің қышуына, үдемелі әлсіздікке шағымданады. Қанның биохимиялық талдауында  $\gamma$ -глутамилтранспептидаза, сілтілі фосфотазаның жоғарылауы, гиперхолестеринемия, тікелей фракцияның есебінен гипербилирубинемия анықталды. Бұл өзгерістер қандай синдромның көрінісіне тән

- холестаз
- мезенхимальді-қабыну
- цитоллиз
- портальді гипертензия
- гепатоцеллюлярлы жеткіліксіздік

=Науқас 32 жаста, мазасыз, күйгелек, көптеген артық қимылдары бар, психикалық қозғыш, ұйқысы нашар, тәбеті жоғары бола тұра арықтаған, іш өтулер бар. Қарағанда: қол саусақтарының треморы, көз симптомдары оң. Жүрек үндері қатты, жүрек ұшында систолалық шу естіледі. АҚ– 150/70 мм. сын.бағ.. ЖЖЖ- 110 рет мин. Қалқанша безі ұлғайған, жұтынғанда көрінеді. Қан талдауы: Нв – 100 г/л. Лейк -  $8.0 \cdot 10^9$ /л, ЭТЖ – 12мм/сағ. Қандағы глюкоза – 6,8 ммоль/л. Дұрыс алғашқы диагнозды таңдаңыз

- диффузды уытты жемсау
- эндемиялық жемсау
- артериялық гипертония
- қантты диабет
- теміртапшылықты анемия

=44 жастағы науқасты дене салмағының жоғарылауы, әлсіздік, бетінің ісінуі, терісінің құрғауы, іш қатулар, аменорея мазалайды. Терісі құрғақ, салқын. Қалқанша безі пальпацияланбайды. АҚ 90/60 мм. сын.бағ., пульс – 52 рет мин. Т3, Т4 төмендеген, ТТГ – жоғарылаған. Холестерин мен триглицеридтер жоғары. Алғашқы диагноз қандай

- біріншілік гипотиреоз
- орталық семіздік
- екіншілік гипотиреоз
- поликистозды аналықбезсиндромы
- метаболизмдік синдром

=22 жастағы әйел адам жүрек қағуына, эмоциялы лабилділікке, ашушаңдыққа, 2 айда 8 кг арықтауға шағымданады. Науқас астеникалы, жылауық, терінің диффузды гипергидрозы, жалпы тремор – «телеграф бағанасы» симптомы. ЖЖЖ 120 рет/мин. Қалқанша безі біркелкі ұлғайған, орташа дәрежелі экзофтальм. Төменде көрсетілген препараттардың қай тобын бірінші кезекте тағайындаған жөн

- тиреостатиктерді
- $\beta$  – блокаторларын

- калий препараттарын
- тиреоидты препараттарды
- седативті препараттарды

=Науқас К., 24 жаста, қатты арықтауға (бір айда 9кг), ауызының құрғауына, шөлдегіштікке, жиі зәр бөлінуіне, тәбетінің төмендеуіне шағымданады. Қарағанда: терісі құрғақ, алақандары сарғыш түсті, фурункулез бар. Зәр талдауында: қант - 2,9% және ацетон. Осы жағдайда төменде көрсетілген препараттардың қайсысын тағайындаған анағұрлым тиімді

- қысқа әсерлі инсулин
- ұзақ әсерлі инсулин
- бигуанидтер
- сульфаниламидтертуындысын
- инсулин қосындыларын

=48 жастағы науқас әйел адам дене салмағының жоғарылауына, бас ауруына, бел аймағының ауырсынуына, беттеріне түтіктердің (бет шашының) өсуіне, еңтігуге, депрессияға шағымданады. Бойы -160 см, салмағы 98 кг. Бет ұштары қызыл –қоңыр түстес, іші ұлғайған, қол-аяқтары жіңішке, арық. АҚ 180/100 мм.сын.бағ. Рентгенограммада: омыртқа сүйектері мен жамбас сүйектерінің остеопорозы. Іш қуысы мүшелерінің КТ-да: бүйрек үсті бездерінің бір жақты гиперплазиясы. Қан мен зәрде кортизол деңгейі шамалы жоғарылған, АКТГ төмендеген. Көрсетілген диагноздардың қайсысы анағұрлым болуы мүмкін

- Иценко-Кушинг синдромы
- біріншілік семіздік
- Иценко-Кушинг ауруы
- Пиквик синдромы
- эссенциальды гипертония

=58 жастағы ер адамда артериялық гипертензия 2 дәрежесі, қауіп 3, аясында 2 типті қантты диабет анықталды. НвА1с мақсатты деңгейі қандай болуы керек

- <7,5%
- <8,5%
- <8,0%
- <7,0%
- <6,5%

=Науқас М, 45 жаста, 8 жыл бойы семіздікпен ауырады. Кезекті медициналық тексеруде – жағдайы қанағаттанарлық, ДСИ – 38,0 кг/м<sup>2</sup>. Мықын өлшемі - 90 см, АҚ 140/90 мм сын.бағ. Зертханалық зерттеу нәтижесінен: гликемия -5,8 ммоль/л, тамақтанғаннан соң 2 сағаттан кейін -10,5 ммоль/л, холестерин - 6,2 ммоль/л, қан сарысуындағы креатинин 80 мкмоль/л. Ең ықтимал мүмкін болатын диагноз

- глюкозаға толеранттылықтың бұзылуы
- аш қарындағы гликемияның бұзылуы
- метаболизм синдромы
- 2 типті қантты диабет
- гипотиреоз

=Науқас 17 жаста, аузының құрғауына, шөлдегіштікке, бір ай ішінде 7 кг арықтауға шағымданады. Қантты диабет бойынша тұқымқуалаушылығы жоқ. Қарағанда: гипергликемия 13 ммоль/л, гликозириленген Нв -7,2% анықталды. Сіздің диагнозыңыз -қантты диабет 1 тип

- қантты диабет 2 тип
- MODY диабет
- LADAдиабет
- гестациялық диабет

=50 жастағы толық ер адамда аш қарынға плазма глюкозасының жоғарылауы анықталды – 7,2 ммоль/л, ал қайта зерттегенде-7,5 ммоль/л. Аталған диагноздардың қайсысы ықтимал

- қантты диабет 2 тип
- қантты диабет 1 тип
- аш қарынға гликемия бұзылысы
- глюкозаға толеранттылықтың бұзылысы
- алиментарлы-конституциялық семіздік

=Әйел 33 жаста, шаршағыштық пен әлсіздікке шағымданады. Анамнезінде: қалқанша безінің субтоталды резекциясы, L-тироксин 50 мкг қабылдаған. Қарағада: беті ісінген, жүрек үндері тұйықталған. ЖЖЖ 54 рет мин, АҚ- 100/70 мм. сын.бағ. ЭХОКГ: перикад қуысында сұйықтық бар. Емді тағайындауға зерттеу әдістерінің қайсысы ақпаратты болып табылады

- ТТГ, бос Т<sub>4</sub> деңгейін анықтау
- ЭКГ
- қалқанша безінің УДЗ
- көкірекаралық мүшелердің КТ
- АҚ тәуліктік мониторинг

=50 жастағы артық салмағы бар науқас әйелде 2 рет ашқарынға гликемияның жоғарылауы 6,9 және 12,2ммоль/л дейін анықталған. Төменде аталған диагноздардың қайсысы болуы мүмкін

- қантты диабет 2 тип
- семіздік
- қантты диабет 1 тип
- аш қарынға гликемияның бұзылысы
- глюкозаға толеранттылықтың бұзылысы

=48 жастағы науқас әйел адам дене салмағының жоғарылауына, бас ауруына, бел аймағының ауырсынуына, беттеріне түтіктердің (бет шашының) өсуіне, ентігуге, депрессияға шағымданады. Бойы -160 см, салмағы 98 кг. Бет ұштары қызыл –қоңыр түстес, іші ұлғайған, қол-аяқтары жіңішке, арық. АҚ 180/100 мм.сын.бағ. Рентгенограммада: омыртқа сүйектері мен жамбас сүйектерінің остеопорозы. Іш қуысы мүшелерінің КТ-да: бүйрек үсті бездерінің бір жақты гиперплазиясы. Қан мен зәрде кортизол деңгейі шамалы жоғарылған, АКТГ төмендеген. Көрсетілген диагноздардың қайсысы анағұрлым болуы мүмкін

- Иценко-Кушинг синдромы
- біріншілік семіздік
- Иценко-Кушинг ауруы
- Пиквик синдромы
- эссенциальды гипертония

=Артық салмағы бар 45 жастағы әйелде диспансерлік тексеру кезінде кездейсоқ 6,0 ммоль/л аш қарынға гликемия анықталды. Науқастың туған ағасы қантты диабетпен сырқаттанған. 75,0 г сусыз глюкозамен глюкозаға төзімділік сынағын өткізгенде, 2 сағаттан кейін глюкоза деңгейі-8,5 ммоль / л. Гликозилденген гемоглобин (HbA1C) деңгейі – 5.9%. Аталған диагноздардың қайсысы ең ықтимал

- глюкозаға толеранттылықтың бұзылысы
- қантты диабет 2 тип
- ашқарынға гликемия бұзылысы
- Lada диабет
- Mody диабет

=48 жастағы науқас С. тұтқыр қақырықтың бөлінуімен жөтелге, тәулік бойы тыныс алудың қиындау эпизодтарына, физикалық күш түсу кезінде ендіуге шағымданған. Бұл шағымдар көптеген жылдар бойы алаңдатады, үдеуге бейім. Объективті: ТАЖ минутына 20. Дауыстық діріл өкпенің симметриялы аймақтарында бірдей беріледі. Перкуссиялық айқын өкпе дыбысы. Аускультацияда барлық өкпе алаңынды дем шығару кезінде шашыраңқы құрғақ ысқырықты сырылдар, дем шығару ұзарған. Науқаста қандай синдром сипатталған?

- бронхообструкция синдромы
- өкпе тінінің қатаюы синдромы
- өкпенің шамадан тыс ауалану синдромы
- интоксикациялық синдром
- өкпе диссеминациясы синдромы

=Спирография бойынша қайтымсыз бронхообструкциясымен бронхообструкция синдромы бар ТШИ 20 пачка/жыл темекі шегетін адамда қандай диагноз болуы ықтимал?

- ӨСОА
- бронхоэктатикалық ауру
- бронх демікпесі
- өкпе туберкулезі
- созылмалы бронхит

=ӨСОА базисті терапиясының негізгі препараты қандай?

- ұзақ әсерлі М-холинолитик
- ұзақ әсерлі ингаляциялық кортикостероид
- антибактериалды препарат
- метилксантин
- муколитикалық препарат

= Бронхообструктивті синдромы, ауыр аллергиялық тарихы (мандариндерге, шоколадқа есекжем, өсімдіктердің маусымдық гүлденуіндегі риноконъюнктивит) және тұқым қуалаушылық (анасы поллинозбен ауырады), спирография бойынша қайтымды бронх обструкциясы бар 18 жастағы науқаста қандай диагноз болуы мүмкін?

- бронх демікпесі
- ӨСОА
- бронхоэктатикалық ауру
- өкпе туберкулезі
- созылмалы бронхит

=Бронх демікпесі бар науқастарда қайсысы негізгі қолдау терапиясының препараты?

- ұзақ әсерлі ингаляциялық кортикостероиды
- ұзақ әсерлі М-холинолитик
- антибактериалды препарат
- метилксантин
- муколитикалық препарат

=Науқас К. қалтырау, дене температурасының 38С дейін көтерілуі, кеуде қуысының ауыруы, құрғақ жөтел, айқын ентигу шағымдарымен қаралды. Ол бір күн бұрын суықтанудан кейін қатты ауырды. Объективті: ТАЖ минутына 30. Оң жақтағы жауырын бұрышынан төмен дауыстық дірілдің жоғарылауы, өкпе дыбысының қысқаруы байқалады, аускультацияда әлсіреген тыныс фондында крепитация естіледі. Науқаста қандай синдром сипатталған?

- өкпе тінінің тығыздалу синдромы
- бронхообструкция синдромы
- өкпеде қуыс синдромы
- тыныс алу жеткіліксіздігінің синдромы
- өкпенің жоғары ауалану синдромы

=3 күн бұрын суықтанудан кейін ауырған, интоксикация синдромы бар, оң жақтағы жауырын бұрышынан төмен өкпе тінінің тығыздалу синдромы бар 36 жастағы науқас М. ең ықтимал диагнозы қандай?

- ауруханадан тыс пневмония
- ӨСОА
- бронх демікпесі
- экссудативті плеврит
- өкпе абсцесі

= Бактериялық генездің ауруханадан тыс пневмониясын емдеуде қандай препараттар тобы таңдау препараты болып табылады?

- антибиотиктер
- бронходилататорлар
- муколитиктер
- глюкокортикостероидтар
- антикоагулянттар

=Науқас 35 жаста, қабылдау бөлмесінде тексеруден өтті-аяқтың тізеге дейін тығыз, жылы ісінуі, қан қысымы 120 және 80 мм.сын.бағ. Анализде-қанда-жалпы ақуыз 38 г/л, мочевина 7,9 ммоль / л, креатинин 76 мкмоль/л, ШФЖ 88 мл/мин/1,73 м2, жалпы холестерин 7 ммол/л, зәрде-ақуыз 3,9 г / л, лейкоциттер 0-2 в р / с, эритроциттер 1-2 п / зр. Науқаста қандай синдром бар:

- нефротикалық
- ісіну
- нефритикалық
- бүйрек жеткіліксіздігі
- гипертензивті

=Науқас 25 жаста, қабылдау бөлмесінде тексеруден өтті-аяқтың тізеге дейін тығыз, жылы ісінуі, қан қысымы 150 және 80 мм.сын. бағ. Анализде-қанда-жалпы ақуыз 58 г/л, мочевина 7,9 ммоль/л, креатинин 76 мкмоль/л, ШФЖ 90 мл/мин/1,73 м2, жалпы холестерин 4,5 ммоль/л, зәрде-ақуыз 1,9 г/л, лейкоциттер 0-2 к/а, эритроциттер 11-12 к/а. Науқаста қандай синдром бар:

- нефритикалық
- ісіну
- нефротикалық
- бүйрек жеткіліксіздігі
- гипертензивті

=Нефропротективті препаратты көрсетіңіз

- Периндоприл
- Фуросемид
- Циклоспорин А
- Лерканидипин
- Триметоприм

= Нефропротекторлық әсері бар дәрілік препараттар тобын атаңыз

- ААФ ингибиторлары
- бета адреноблокаторлар
- кальций каналдарының блокаторлары
- зәр айдаушы препараттар
- протонды помпа ингибиторы

=СБА модификацияланбайтын қауіп факторларын көрсетіңіз:

- нәсілдік және этникалық ерекшеліктері
- тағамға тәуелділік
- дәрілік уыттылық
- артериалық гипертония
- қантты диабет

=Ер адам., 64 жаста. Қатты еңтігуге, түнгі уақытта тұншығу ұстамасына, аяқтарының ісінуіне шағымданды. Анамнезінде: 5 жыл бұрын трансмуральды миокард инфартысын басынан өткерген, амбулаторлы бақыланады. Жалпы қарауда: гиперстеник, тамақтануы жоғары, дси 30. Табанның, санның ортаңғы үштен бір бөлігінің ісінуі. Аускультативті өкпеде: өкпенің төменгі бөлігінде тыныстың әлсіреуі, сол аймақта ұсақкөпіршікті сырылдар естіледі. Жжж 92 мин. Ақ 110/70 мм.сын.бағ. ЭКГ-да: i, avl, v2-v6 тіркемелерінде патологиялық q тісшесі. Жүрек жеткіліксіздігінің функциональды класын анықтау үшін жүргізу қажет

- 6 минуттық жүру тест жүргізу
- тредмил – тест
- велозергометрия
- ақ тәуліктік маниторирлеу
- өңеш арқылы эхокардиоскопия

=Науқас К., 24 жаста қабылдау бөліміне төс артындағы ыңғайсыздық сезімімен жүретін тездетілген жүрек қағу ұстамаларына, естен тануға шағымданып келді. Қарау кезінде: астеник, жүрек тондары әлсіреген, ырғағы дұрыс. ЖЖЖ – 84 рет/мин. АҚ – 90/60 мм.сын. бағ. бойынша. ЭКГ-да: ритмі синусты, ЖЖЖ 84 рет минутына, V<sub>2</sub>-V<sub>3</sub> тіркемелерінде ST сегментінің 2-3 мм элевациясы. Тропонин Т қалыпты. Қандай зерттеу әдісін жүргізу қажет

- тәуліктік ЭКГ мониторингілеу
- тредмил-тест
- эхокардиография
- коронароангиография
- электроэнцефалография

=Науқас 35 жаста, жүрек айнуы мен құсуымен өткір бас ауруы ұстамаларына шағымданады. Тершендік, терінің бозаруы, дірілдеу, тахикардия, қан қысымының жоғарылауы 230/140 мм.сын.бағ., гипергликемия, глюкозурия, протеинурия, лейкоцитоз анықталған. Ең ықтимал диагноз

- феохромоцитома
- қантты диабет
- Иценко-Кушинг ауруы
- Конн синдромы

-гипоталамикалық синдром

=Науқаста тексеру кезінде беттің қызаруы бар. Пальпацияда жүрек ұшында "мысықтың пырылы". Аускультативті: диастолалық шу, I тон шапалақтау, митральды қақпақшаның ашылу үні, аритмия. Жүрек соғу жиілігі – 110 рет мин., пульс жетіспеушілігі. Өкпенің төменгі бөліктерінде ылғалды, дыбыссыз сырылдар бар. ТАЖ-21-22 рет мин. Кеуде мүшелерінің рентгенографиясы: жүрек белінің тегістеу, өңештің кіші радиустағы доғадан ауытқуы. ЭКГ-да: сол жақ жүрекше мен оң қарыншаның гипертрофиясы. Науқаста қандай клапанның зақымдануы байқалады

- митралды стеноз
- митралды жеткіліксіздік
- қолқа стенозы
- қолқа жеткіліксіздігі
- үш жармалы жеткіліксіздік

=Науқас И., 74 жаста, тыныс алуға тәуелсіз және ұстама түрінде үдейтін төс сүйегінің артындағы қысып ауырсынуға шағымданады. Нитроглицеринді қабылдау тиімді емес. Бұл науқасқа қандай зерттеу жүргізу керек

- ЭКГ, тропонин Т
- Тl<sup>201</sup>сцинтиграфия
- добутаминмен ЭхоКГ с
- физикалық күштемемен ЭКГ
- ЭКГ тәуліктік мониторинг

=50 жастағы науқаста ангинозды синдромды тоқтатқаннан кейін ЭКГ-да Т тісшесі қалпына келді, ST сегменті сәйкесінше изосызықта. Сіздің диагностикалық болжамыңыз

- ЖИА, тұрақты стенокардия
- ЖИА, миокард инфарктісі
- перикардит
- эндокардит
- миокардит

=Науқас 52 жаста, физикалық күш салғаннан кейін, төменгі жаққа берілетін төс сүйегінің артында қарқынды қысып ауруы пайда болды. Нитроглицерин тиімді емес. Әлсіздік пен суық тер қосылды. Мраморлы бозғылт тері. Жүрек тондары айқын емес. АҚ 90/60 мм сын.бағ., өкпе патологиясыз. Сіздің алдын ала диагнозыңыз

- миокард инфарктісі
- алғаш пайда болған стенокардия
- үдемелі стенокардия
- Принцметал стенокардиясы
- тұрақты стенокардия

=Эйел 38 жаста, жүрек жұмысындағы үзіліс сезіміне шағымданады. ЭКГ - Р тісшесі жоқ, f толқындар, RR ара қашықтығы әр түрлі. Жүрек соғу жиілігі-100 мин. Жүрек ырғағының мүмкін болатын бұзылысы

- жүрекшелер фибрилляциясы
- пароксизмалды қарыншалық тахикардия
- тыныстық аритмия
- синусты аритмия
- экстрасистолия

=75 жастағы ер адам жүрек соғысы, ентігу, жалпы әлсіздік шағымдарымен келді. Бұл шағымдар шамамен бір айға созылады, анамнезінде созылмалы коронарлық артерия ауруы шамамен 10 жыл. ЭКГ-да Р тішесі тіркелмейді. Минутына 270 жиіліктегі жүрекшелік үлкен F толқындары бар, ұзындығы, пішіні және биіктігі бірдей, тік көтерілу және төмен түсетін бөліктен тұрады (ара тістері), II, III, avF, V1 тіркемелерінде айқын көрінеді. R-R аралықтары әртүрлі. QRS кешені өзгерген жоқ. Науқастағы ырғақ бұзылуы қандай

- жүрек дірілі, дұрыс емес түрі
- жүрекшелер фибрилляциясы
- синусты аритмия
- атриовентрикулярлы блокада I дәрежесі
- атриовентрикулярлы блокада II дәрежесі

=Науқаста тыныштықта ентігу, гепатомегалия, анасарка, емдеу аясында жүрек жеткіліксіздігі құбылыстарының шамалы регрессиясы байқалады. Қан айналымы жеткіліксіздігінің дәрежесі туралы сіздің пікіріңіз қандай

- СЖЖ II Б - ФК III
- СЖЖ I – ФК I
- СЖЖ II А - ФК II
- СЖЖ I – ФК III
- СЖЖ III – ФК IV

=64 жастағы ер адам М, изокет спрейін қабылдауан тоқтатылмаған, ұзақтығы 40 минуттан асатын төс сүйегінің артындағы жанып ауырсынуына шағымданған. Анамнезден: артериялық гипертензия 10 жыл бойы амбулаториялық жағдайда байқалады, гипертензияға қарсы препараттарды қабылдайды. Тексеру кезінде: жүрек соғу жиілігі – 92 мин. АҚ-130/90 мм сын.бағ. ЭКГ-да: I, AVL, V3-V6 тіркемелерінде ST сегментінің жоғарылауы. Бұл жағдайда қандай зертханалық көрсеткішті анықтау керек

- тропонин Т
- натрийуретикалық пептид
- С-реактивті белок
- зәр қышқылы
- креатинин

=38 жастағы ер адам жүрек жұмысының үзілісіне, "тоқтап қалу" сезіміне, әдеттегі физикалық белсенділікпен ентігуге шағымданды. ЭКГ-да: синусты ырғақ, жүрек соғу жиілігі 86 в мин. қалыпты ЖЭО. Жиі полиморфты қарыншалық экстрасистола. ЭКГ-ға тәуліктік мониторинг жүргізілді: полиморфты қарыншалық экстрасистолалар, жұптасқан қарыншалық экстрасистолалардың 6 эпизоды анықталды. Пациенттегі экстрасистолалар Lown классификациясы бойынша қай сыныпқа жатады

- IVa
- IVb
- III
- II
- V

=ЭКГ-да алдында Р тісі жоқ деформацияланған мерзімінен бұрын бірен -саран қарыншалық кешендер тіркеледі. Қандай патология туралы ойлауға болады

- қарыншалық экстрасистолия
- суправентрикулярлы экстрасистолия
- суправентрикулярлы тахикардия пароксизмі
- жүрекшелер фибрилляциясы

-қарыншалық тахикардия пароксизмі

=Анамнезінде артериялық гипертензиясы бар науқаста ЭКГ-да 25 мм сәйкес келетін V5, V6 тіркемелерінде R толқыны анықталды. Науқаста қандай патология ықтимал

- сол қарынша гипертрофиясы
- оң қарынша гипертрофиясы
- оң жүрекше гипертрофиясы
- сол жүрекше гипертрофиясы
- ЭКГ мәліметтері қалыптыға сәйкес келеді

=Науқаста миокард инфарктісінің 3 күнінде ЭКГ-да QRS алдында P толқынының болмауы және әртүрлі R-R арақашықтықтары бар, инфаркттан кейінгі кезеңде науқаста қандай жүрек ырғағының бұзылуы дамыған

- жүрекше фибрилляциясы
- синусты тахикардия
- экстрасистолия
- қарыншалар фибрилляциясы
- синусты аритмия

=Науқас 21 жаста, бетіндегі бөртпелер, шаштың түсуі, айқын әлсіздік, ауыз қуысының жаралары, дене температурасының 38,80 С дейін көтерілуі, мезгіл-мезгіл мұрыннан қан кету шағымдарымен. Объективті: мұрын, бет аймағындағы эритематозды бөртпелер, еріндердегі жаралар. ЖҚА: Нв - 90 г/л, эритроциттер -  $3,4 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциттер -  $3,8 \cdot 10^9$ /л, ЭТЖ - 36 мм/сағ. СРА - 10,4 мг/л, ЖЗА: ақуыз-1,4, лейкоциттер - 1-2 к.а. эритроциттер - 10-12 к.а.. Антинуклеарлы антиденелер-4,83 пг/мл (норма 0,9 - дан аз); қос спиральды ДНК-ға антиденелер-200 ХБ/мл (норма 25 ХБ/мл-ден аз). Аталған диагноздардың қайсысы ең ықтимал

- жүйелі қызыл жегі
- дерматомиозит
- Такаясу ауруы
- Шегрен ауруы
- жүйелі склеродермия

= Сына тәріздің синустың қай қабырғасында оның шығатын тесігі орналасқан?

- алдыңғы
- төменгі
- медиальды
- артқы
- латеральді

= Фронтальды синустың дамуы әдетте қай жаста аяқталады?

- 1 жасқа дейін
- 20-25 жаста
- 10-12 жаста
- 6-7 жаста
- 13-15 жаста

= Мұрын маңы қойнауларының ішіндегі ең ірісі?

- сына тәрізді
- маңдайлық
- жоғары жақтық
- торлы
- жоғары тізілгендердің барлығы

= Ортаңғы мұрын жолына не ашылады?

- жоғарғы жақ, фронтальды синус саңылаулары және лакримальды мұрын каналы
- торлы лабиринт пен негізгі синустың артқы жасушаларының саңылаулары
- мұрын-жас каналы
- жоғарғы жақ, маңдай синустары, торлы лабиринттың алдыңғы және артқы жасушалары
- торлы лабиринттің жоғарғы, алдыңғы және ортаңғы жасушаларының саңылаулары

= Мұрын қалқаны неден тұрады

- жоғарғы жақ және кеңсірік сүйегі денесінің медиальды беті, төртбұрышты шеміршек
- жоғарғы жақ сүйектің денесінің медиальды беті және маңдай өсіндісі, төртбұрышты шеміршек
- таңдай сүйегінің перпендикулярлы пластинкасы және сына тәрізді сүйектің қанаттәрізді өсіндісінің ішкі пластинкасы
- кеңсірік сүйегі, төртбұрышты шеміршек, таңдай сүйегінің перпендикуляр пластинкасы
- перпендикулярлы торлы пластинка, кеңсірік сүйегі және төртбұрышты шеміршек

= Мұрынның әрбір жартысы қандай қабырғалардан тұрады?

- медиальды, сыртқы, жоғарғы және төменгі
- медиальды, бүйірлік
- медиальды, сыртқы, жоғарғы, төменгі, артқы
- медиальды, сыртқы, төменгі, артқы
- жоғарғы, төменгі, артқы

= Кеуілжір қайсысы жеке сүйек болып табылады?

- ортаңғы
- төменгі
- жоғарғы
- жоғарғы және төменгі
- ортаңғы және төменгі

= Мұрынның қызметі қандай?

- иіс сезу
- тыныс алу
- барлық жауаптар дұрыс
- қорғаушы
- дауыс қалыптастыру

= Сыртқы мұрын қандай негізгі анатомиялық құрылымдардан тұрады?

- мұрын тамырынан, арқадан, мұрын қалқасынан, ұшынан және қанаттарынан
- мұрын тамырынан, арқадан, құламалардан, мұрын септумынан, ұшынан және қанаттарынан
- мұрын тамырынан, арқадан, мұрын қалқасынан, ұшынан
- мұрын тамырынан, арқадан, құламалардан, ұшынан және қанаттарынан
- мұрын тамырынан, арқадан, мұрын қалқасынан, құламалардан және қанаттардан

= Киссельбах зонасы дегеніміз не?

- мұрын қалқасының төменгі бөлігіндегі тамыр өрімі
- мұрын қалқасының артқы-төменгі бөлігіндегі тамыр өрімі
- мұрын қалқасының артқы бөлігіндегі тамыр өрімі
- мұрын қалқасының алдыңғы бөлігіндегі тамыр өрімі
- мұрын қалқасының алдыңғы-төменгі бөлігіндегі тамыр өрімі

= Қандай параназальды синус аурулары кезінде интракраниальды асқынулар жиі кездеседі?

- шеке, негізгі синустар және торлы сүйек кеңсірік лабиринті
- шеке, жоғарғы жақ синустары және торлы сүйек кеңсірік лабиринті
- негізгі, жоғарғы жақ синустары және торлы сүйек кеңсірік лабиринті
- негізгі, маңдай және жоғарғы жақ синустары
- негізгі және жоғарғы жақ синустары

= Ірінді фронтит кезінде абсцесс мидың қай бөлігінің жиі кездеседі?

- самай
- маңдай
- мишық
- шүйде
- төбе бөлімі

= Пансинусит дегеніміз не?

- негізгі синустың зақымдануы
- мұрынның бір жартысының барлық синусын зақымдау
- барлық синустардың зақымдануы
- бір синустың зақымдануы
- жоғарғы синустың зақымдануы

= Мұрындағы полиптердің ең көп таралған локализациясы қандай?

- мұрын қалқасы
- жоғарғы мұрын жолы
- төменгі мұрын жолы
- ортаңғы мұрын жолы
- жалпы мұрын жолы

= Жоғарғы жақ синусының ісігін кесу үшін қандай хирургиялық әдіс қолданылады?

- барлық жауаптар дұрыс
- мура
- калдвелла-Люка
- прайсинга
- денкера

= Паратонзиллярлық абсцесс дамуының ең көп таралған аймағы

- алдыңғы-жоғарғы
- алдыңғы-төменгі
- артқы-жоғарғы
- артқы-төменгі
- барлық жауаптар дұрыс

= Қандай ауру көбінесе жұтқыншақ флегмонына және медиастинитке әкеледі

- жұтқыншақ дифтериясы
- паратонзиллярный абсцесс
- лакунарлы ангина
- фолликулярлы ангина
- катаральді ангина

= Науқас А 25 жаста, клиникаға дауыстың қарлығы, тамақтың жыбырлау сезіміне, тамақтың құрғауы туралы шағымдармен келді. 6 күн бұрын суық су ішкен. Науқастың сөзінен алғаш құрғақ жөтел пайда болды, содан кейін қақырықпен жөтел пайда болды. Ларингоскопия кезінде көмейдің шырышты қабығының гиперемиясы анықталды. Диагноз қойыңыз.

- созылмалы гипертрофиялық фарингит
- фарингомикоз
- жедел катаральды ларингит
- жедел көмей стенозы
- эпиглоттис абсцесі

= Науқас С. Лор бөліміне жұтынудың қиындауы, сұйық тамақ ішкенде тұншығуы туралы шағымдармен жүгінді. Науқастың айтуынша, үшінші күні тамақ ішпеген. Дене температурасы 39,5 градус, терісі ылғалды, дауысы қарлығып, тыныс алу еркін, ауызды ашу қиын емес. Жұтқыншақты тексеру кезінде гиперемия төгіліп, бадамша бездер орташа ісінген, борпылдақ болады. Жанама ларингоскопия кезінде алмұрт тәрізді синустар сілекеймен толтырылады, көмей қақпашығы кеңістігі тарылады, көмей қақпашығы қалыңдайды, инфильтрацияланады, қозғалғыштығы шектеулі, көмейдің люмені қиындықпен көрінеді, бос. Дауыстық қатпарлар жабылады. Диагноз қойыңыз:

- созылмалы гипертрофиялық фарингит
- жедел катаральды ларингит
- фарингомикоз
- көмей қақпашығының абсцесі
- жедел көмей стенозы

= 5 жасар бала ЖРВИ-мен ауырып, жедел ауырып қалды. Күтпеген жерден түн ортасында пароксизмальды үрген жөтел ояңған. Бала мазасыз. Тынысы сырылдар, күрт қиындаған, инспираторлы енгігу айқын. Мойын шұңқырының, бұғана асты және бұғана асты саңылауларының және эпигастрий аймағының жұмсақ тіндерінің тартылуы анықталады. Бұл күй бір сағатқа созылды, содан кейін қатты терлеу пайда болды, тыныс алу дерлік қалыпты болды, бала ұйықтап қалды. Таңертең мен сау болып ояңдым, бірақ дауыстың қарлығы қалды.

Диагнозды қойыңыз.

- жедел фарингит
- шынайы круп
- көмейдің жедел стенозы
- эпиглоттикалық абсцесс
- жалған круп

= Балалардағы қатпарлы ларингитті емдеу мыналарды қамтиды

- аяқ ванналары, ГКС ингаляциясы, бөлмені ылғалдандыру, мол жылы сусын
- вирусқа қарсы терапия
- жедел трахеостомия
- тізімделгендердің ешқайсысы
- ауруханаға жатқызу

= Барлық басқа шеміршектер бекітілген көмейдің негізгі шеміршегі:

- көмей қақпашығы
- сақинатәрізді
- қалқанша
- мүйізтәрізді

= Көмей қақпашығы болып табылады:

- аралас шеміршек
- гиалинді шеміршек
- серпімді шеміршек
- шеміршек емес
- бұлшықет

= Жұптасқан көмей шеміршектеріне жатады:

- сақина тәрізді
- қалқанша
- көмей қақпашығы
- ожаутәрізді
- көмейдің барлық шеміршектері жұптастырылған

= Көмей қарыншалары қайда

- қабаттасу кеңістігінде
- вестибулярлық байламдардың үстінде
- шынайы дауыс байламдары астында
- ожаутәрізді кеңістікте
- вестибулярлық және шынайы дауыс байламдары арасында

= Көмейдің өмірлік функциясы

- тыныс алу
- дауыстық
- қорғаныс
- конденсат
- анатомиялық

= Көмейдің әлеуметтік қызметі

- тыныс алу
- дауыстық
- қорғаныс
- конденсат
- анатомиялық

= Көмей орналасқан:

- өңештің сол жағында
- өңештің артында
- өңештің алдында
- өңештің оң жағында
- өңештің жоғарғы жағында

= Шынайы дауыс қатпарлары әдетте қандай түсті болады?

- қара
- қызғылт
- қызыл
- меруерт ақ
- сары

= Көмей \_\_\_\_\_ деңгейінде орналасқан

- бас сүйегінің негіздері және IV мойын омыртқасы
- II және IV мойын омыртқалары

- I және II мойын омыртқалары
- бас сүйегінің негіздері және II мойын омыртқасы
- IV – VI мойын омыртқалары

= Сыртқы есту жолының артқы сүйек қабырғасы қандай

- емізік тәрізді өсіндінің алдыңғы қабырғасы
- төменгі жақсүйек буынының жоғарғы қабырғасы
- аттиканың бүйір қабырғасы
- антрумның жоғарғы қабырғасымен
- адитус жиегімен

= Сөйлеудің жиілік диапазоны

- 500Гц пен 4000Гц
- 1000Гц пен 10000Гц
- 125 Гц - 1000 Гц
- 5000Гц пен 10000Гц
- 6000Гц пен 10000Гц

= Есту түтігінің қызметі қандай?

- желдету, қорғау, есту
- вентиляциялық, қорғаныстық, резонаторлық
- вентиляция, қорғаныс, дренаж
- дренаж, резонатор
- есту, резонатор

= Жедел ірінді отит кезінде ортаңғы құлақтың қай бөлігі басым жарақаттанады?

- мастоидты жасушалар
- есту жолының сүйектік бөлігі
- ұлу
- тимпаникалық қуыс
- жартылай шеңберлі каналдар

= Жіті ортаңғы отит дамуының қай кезеңінде мастоидит белгілері жиі кездеседі

- 5-күні
- 1-аптада
- 5-аптада
- <option>10-күні
- <option>2-аптаның соңы мен 3-аптаның басында

= Құлақ бұлығын жұмсарту үшін қандай тамшыларды тағайындау керек?

- сода-глицерин тамшылары немесе 3% сутегі асқын тотығы ерітіндісі
- <option>май тамшылары
- күміс ерітіндісі 10%
- <option>бактерияға қарсы тамшылар
- спиртты тамшылары

= Жедел ірінді отит ағымының бірінші кезеңінің негізгі белгілері қандай?

- құлақ ауруы, іріндеу, дене қызуының көтерілуі
- құлақтың ауыруы, құлақ жарғағының гиперемиясы және керуі, дене қызуының көтерілуі
- бас ауруы, іріндеу, құлақ жарғағының гиперемиясы
- құлақтың ауырсынуы, құлақ жарғағының созылған бөлігінде дөңгелек пішінді перфорация

- құлақтың ауырсынуы, құлақ жарғағының созылған бөлігінде саңылау тәрізді перфорация

= Ортанғы құлақтың іріңді жіті отиті кезінде қандай 3 период анықталады

- қабыну-экссудативті, альтернативті, тыртықтану
- перфоративті, қабыну-экссудативті, пролиферативті
- қабыну-экссудативті, перфоративті, репаративті
- қабыну-экссудативті, перфоративті, пролиферативті
- қабыну-экссудативті, перфоративті, инфилтративті

= Есту нервтарының невриті кезіндегі негізгі симптомдар қандай

- бас айналу және дыбыс өткізгіш саңыраулық
- құлақтағы шуыл және бастық саңыраулық
- құлақтағы шуыл және дыбыс өткізгіш саңыраулық
- құлақтағы шуыл және дыбыс қабылдайтын саңыраулық
- вестибулярлы бұзылыстар және дыбыс өткізгіш саңыраулық

= Сыртқы дыбыс жолының мембраналық-шеміршекті бөлігінің алдыңғы-төменгі қабырғасы қандай құрылыммен шектесіп орналасқан

- төменгі жақ буынының басы
- сілекеймаңы безі
- шықшыт
- тамыр-нервті оралым
- төменгі жақтың буыны

= Сыртқы құлақтың тілменің қабынуы кезінде көрсетілмеген

- ЛОР бөлімшесіне госпитализация
- УФО терапия
- Мұрын-жұтқыншақ қуысы
- Жергілікті ем
- Организм дезинтоксикациясы

= Холестеатоманың қауіптілігі неде?

- дыбыстық сүйектердің қозғалысын бұзып, ұлуға өтіп, есту қабілетінің жоғалуына алып келеді
- сүйек қабырғасының бұзып, холестеатома бет нервысының параличы, ішкі құлаққа инфекцияның кіруі
- қатерлі ісікке ауысуы мүмкін
- холестеатома қауіпті емес
- сыртқы құлақты бұзылысына алып келеді

= Естудің қандай шегінен толық керендік пайда болады?

- 55
- 70
- 91
- 80
- 86

= Құлақ экзостозы деген не?

- бұл есту жолының десквамацияланған эпидермис массасының жиналуы
- бұл есту жолы терісінің саңырауқұлақ инфекциясы
- бұл сыртқы есту жолдарының қабықшалы-шеміршекті бөліміндегі шығыңқы жерлер
- бұл сыртқы есту жолындағы сүйек шығыңқы жерлері

- бұл есту жолының терісінің қалындауы
- = Есту қабілетінің бұзылуының қай түрі I дәрежелі есту қабілетінің жоғалуына тән?
  - 0-25
  - 41-55
  - 56-70
  - 71-90
  - 26-40
- = Қасаң қабықтың жылжымалы жарасына тән объективті белгі
  - 2 шетті: қарқынды және кері кететін
  - көз алмасындағы конъюнктивалды инъекция
  - сұр түсті инфильтрат
  - ақ түсті бұлыңғырлану
  - бұлыңғырлану шеттері анық
- = Қандай кератит қасаң қабықтың перфорациясына әкелуі мүмкін
  - ағаштәрізді герпетикалы
  - қасаң қабықтың жылжымалы жарасы
  - паренхиматозды
  - склерозданған
  - дисктәрізді
- = Тотальды ақ шелді емдеу әдісі
  - қабынуға қарсы
  - медикаментозды соратын
  - кератопротездеу
  - антибактериалды
  - этиологиялы
- = Қарашық енінің тегіс еместігі ... деп аталады
  - анизометропия
  - миоз
  - мидриаз
  - анизокория
  - поликория
- = Кешкі көрудің бұзылуын сипаттайтын терминді еске түсіріңіз
  - монохромазия
  - гемианопсия
  - диплопия
  - ахромазия
  - гемералопия
- = Глаукоманың симптомын көрсетіңіз
  - КІҚ жоғарылауы
  - көру өткірлігінің төмендеуі
  - "шие сүйегі" симптомы
  - "езілген помидор" симптомы
  - бұршақтың бірігуі және ісуі
- = Артифакция- көздегі ... болуы

- контактты линзаның
- жасанды бұршақтың
- жасанды қасаң қабықтың
- металл сынығының
- ПФОС

= Циклитке тән объективті белгі

- алдыңғы таяз ұңғыл
- мидриаз.
- преципитаттар
- нұрлы қабық суреті түсінің өзгеруі
- қарашықтың жарқырауы

= Гиперметропия линзаның қандай түрімен түзетіледі

- цилиндрлі
- анизейконды
- призматикалы
- жинау
- таралатын

= Көз шарасы флегмонасының қатты ауыр асқынуы

- көру нерві невриті
- хориоидит
- эписклерит
- тенонит
- синустар тромбоз

= Жалған миопия ... кезінде дамиды

- аккомодацияның спазмасында
- аккомодация салдануы
- анизометропия
- астиопия
- пресбиопия

= Аккомодацияның қысымы кезіндегі қарашық

- кеңейеді
- тарылады
- өзгермейді
- фестонды болады
- ригидті

= Жас жолдары зақымданған кездегі негізгі симптом

- қызару
- көрудің төмендеуі
- жас ағу
- қышу
- көздің құрғауы

= Созылмалы дакриоциститтің дамуының негізгі себебі

- жас нүктесінің тарылуы
- жас өнімдерінің жоғарылауы
- жас жолдарының құрылысы

- жас-мұрын жолдарының стенозы
- жас қабы қабырғаларының созылуы

= Үлкендердегі дакриоциститтің тиімді терапиясы

- мұрын және жас каналы шығу тесігінің кеңеюі
- жас шығару нүктелерін коникалық зондтармен кеңейту
- жас қабы экстирпациясы
- жас қабын ашу және тесу
- дакриоцисториностомия

= Нәрестедегі дакриоциститтің тиімді терапиясы

- жас жолдарын зондтау
- жас шығару жолдарын хирургиялық жолмен кеңейту
- жас қабын ашу және тесу
- консервативті қабынуға қарсы ем
- жас қабының экстирпациясы

= Қылилықтан емдеуді қай жаста жүргізген дұрыс

- 1 жасқа дейін
- 3-5 жаста
- 6-8 жаста
- 9-16 жаста
- ересейгенде

= Экзофтальм – көз алмасының ... ығысуы

- мұрынға
- самайға
- алға
- артқа
- қиғаш меридианда

= Өтпелі жарық әдісімен не зерттеледі

- нұрлы қабық
- конъюнктива
- склера
- бұршақ
- тор қабық

= Жартылай көздің ішінде, жартылай сыртында орналасқан бөгде денені алу әдісі

- циркулярлы
- диасклералы
- алдыңғы
- артқы
- тік

= Гониоскопия деген не

- алдыңғы ұңғыл бұрышын зерттеу әдісі
- склераны зерттеу әдісі
- тор қабықтың шеті зерттеу әдісі
- көру кеңістігінің орталық бөлімдердерін зерттеу әдісі
- көруді анықтау әдісі

= Көру нервісінің іркілген дискісі қандай әдіспен анықталады?

- гониоскопиямен
- офтальмоскопиямен
- жанынан жарық түсіріп қарау
- өтпелі жарықпен қарау
- диафаноскопиямен

= Көз түбіндегі «күміс сым» симптомының даму механизмі на глазном дне

- тор қабықтағы глиалды тіннің қоса өсуі
- вена қабырғаларында липидтердің жиналуының нәтижесі
- артерия облитерациясы нәтижесінде
- жаңа тамырлардың пайда болуы
- тор қабықтағы ишемиялы аумақтар

= Қандай көру қызметін зерттеу көру нерві атрофиясы диагнозын растайды

- түсті сезіну
- көру өткірлігі
- жарықты сезіну
- көру аумағы
- бинокулярлы көру

= Парамакулярлы веналардың штопортәрізді ирелеңдеуімен қоса жүретін симптомды атаңыз

- Гунна-Салюс симптомы
- “мыс сым” симптомы
- “күміс сым” симптомы
- “езілген помидор” симптомы
- Гвист симптомы

= Көру нервінің дискісінің іркілуі деген не?

- көру нервісінің қабынусыз ісінуі
- көру нервіндегі дистрофиялық үрдіс
- көру нервінің қабынуы
- КЖД екіншілік семуі
- КЖД біріншілік семуі

= Глаукоманы диагностикалау үшін міндетті зерттеу әдісі

- визометрия
- тонометрия
- скиаскопия
- пупиллометрия
- экзофтальмометрия

= Әдетте глаукоманың қандай түрінде науқастар шағымданбайды

- аралас
- жабықбұрышты
- ашықбұрышты
- тарбұрышты
- үшкірбұрышты

= КІҚ тонометрлі өлшемі(сау көзде):

- 27-28 мм. сн.бғ.
- 12-16 мм.сн.бғ.
- 9-21 мм. сн.бғ.
- 16-26 мм. сн.бғ.
- 25-28 мм. сн.бғ.

= Глаукомаға күдіктенгенде жасалатын бірінші кезектегі зерттеуді таңдаңыз

- визометрия
- кампиметрия
- адаптометрия
- скиаскопия
- тонометрия

= Глаукоманың жедел ұстамасы кезінде қарашықтың кеңеюі ... байланысты

- сфинктер парезымен
- сфинктердің жарылуымен
- аккомодацияның спазмасымен
- нұрлы қабықтың қарашықты шетінің жыртылуы
- дилататор спазмасы

= Көздің ішкі сұйықтығы шығатын жер

- нұрлы қабық
- цилиарлы дене
- шынытәрізді дене
- жас безі
- хориоидея

= Қасаң қабықтық синдром ... тән

- конъюнктивитке
- блефаритке
- иридоциклитке
- теріскенге
- халязионға

= Біріншілік глаукома ... жаста пайда болады

- 5
- 25
- 10
- 40
- 2

= Алдыңғы ұңғылда іріңнің жиналуы ... деп аталады

- гифема
- анизйкония
- анизокория
- энофтальмит
- гипопион

= Мегалокорнеа - қасаң қабықтың ...

- диаметрінің өсуі
- бадыраюы
- диаметрінің кемуі

- бұлыңғырлануы
- ісуі

= Қабақтың айналуының асқынуын көрсетіңіз

- екіншілік глаукома
- кератит
- лагофтальм
- жас гипопродукциясы
- дакриоцистит

= Ақ шел ...

- қасаң қабық эпителийнің ақауы
- қасаң қабықтың қабынулы фокусы
- қасаң қабықтың тыртықтанған қараутуы
- қасаң қабық пішінің бұзылуы
- қасаң қабықтың бадыраюы

= Алгезиметрия - қасаң қабықтың ... зерттеу әдісі

- пішінін
- көлемін
- мөлдірлігін
- сезімталдығын
- тегістігін

= Қасаң қабықтық синдром ... процеске енуін көрсетеді

- тор қабықтың
- қабақтың конъюнктивасы
- көз алмасының конъюнктивасы
- конъюнктива күмбезі
- қасаң қабықтың

= Қасаң қабықтың флюоресцеинмен боялуы – эпителий тұтастығының бұзылуы белгісі

- қасаң қабықтың
- қабақтың конъюнктивасы
- көз алмасының конъюнктивасы
- конъюнктива күмбезі
- склераның

= Жабықбұрышты глаукоманың патогенезіндегі жетекші звено

- трабекуладағы дистрофиялы өзгерістер
- функционалды қарашықты блок
- көз іші сұйықтығының гиперсекрециясы
- артқы синехиялар
- гониосинехиялар

= 50 жастағы 2 дптр. миоп қандай көзілдірікті түзетуге мұқтаж

- + 2,0 дптр жақыннан
- -2,0 дптр жақыннан
- -2,0 дптр алыстан
- + 4,0 дптр жақыннан
- көзілдірік көрсетілмеген

= Көздегі өтпелі жарақаттың сенімді белгісі

- қарашықтың көлемінің өзгеруі
- қасаңқабықтағы инфильтрат
- гипотония
- көздің ішіндегі үңірейген жара
- алдыңғы ұңғыл тереңдігінің өзгеруі

= Көздегі өтпелі жарақаттың күмәнді белгісі

- нұрлы қабықтағы қосымша тесік
- үңірейген жара
- түскен қабықтар
- көздің ішіндегі бөгде дене
- алдыңғы ұңғыл тереңдігінің өзгеруі

= Жаңа басталған кәрілік катарактаны медикаментозды емдеу

- квинакс
- левомицетин
- максидекс
- азопт
- мидриацил

= Парамакулярлы веналардың штопортәрізді ирелеңдеуімен қоса жүретін симптомды атаңыз

- “мыс сым” симптомы
- Гвист симптомы
- “күміс сым” симптомы
- “езілген помидор” симптомы
- Гунна
- Салюс симптомы

= Көз түбінде “мыс сым” симптомының даму механизмін түсіндіріңіз

- тор қабықтағы глиалды тіннің қоса өсуі
- вена қабырғаларында липидтердің жиналуының нәтижесі
- артерия қабырғаларында липидтердің жиналуының нәтижесі
- жаңа тамырлардың пайда болуы
- тор қабықтағы ишемиялы аумақтар

= Көзде тығыз ретробульбарлы пайда болулардың өсуі кезінде рефракция

- күні бойы ауытқиды
- өзгермейді
- күшейеді
- азаяды
- стационарлы болады

= Дакриoadенит деген не?

- жас жолдарының қабынуы
- жас нүктелерінің қабынуы
- құлақ маңы лимфа безінің қабынуы
- жас қабының қабынуы
- жас безінің қабынуы

= Төменде берілгендердің қайсысы флегмонаны анықтауға сәйкес келеді

- шелмайдың жіті іріңді төгілген қабынуы
- ағзада және тінде іріңнің жиналуын шектеу
- терінің жіті іріңді қабынуы
- шаш фолликулаларының және майлы бездердің қабынуы
- тері бездерінің жіті іріңді қабынуы

= Төменде берілген қандай симптомдар қолдың алақан жағының іріңді процессінің орналасуына өзінді емес

- ауру
- флюктуация
- тері гиперемиясы
- локалді ісік
- температураның көтерілуі

= Төменде берілгендердің қайсысы аяқтың тілмелі қабынбасында көбіне жиі қоздырғыш болып табылады

- стрептококк
- ішек таяқшасы
- стафилококк
- клебсиелла
- кандида

= Төменде көрсетілген мерзімдердің қайсысында инфицирленген жарақатты кейінге қалдырылған хирургиялық өңдеу орындалады

- 48-72 сағатқа дейін
- 6-12 сағатқа дейін
- 12-18 сағатқа дейін
- 24-48 сағатқа дейін
- 72-96 сағатқа дейін

= Пациенттерде іріңді-қабынбалы асқынбаның дамуын төменде берілгендердің қайсысы дәлелдейді

- лейкоцитоздың жоғарылуы және инфилтраттың тығыздалуы
- лимфангаит белгілерінің қосылуы
- терен веналар тромбофлебитінің қосылуы
- инфилтраттың тығыздалуы, ауырсыну, температура
- ауырсырудың күшейуі, температура инфилтраттың жұмсаруы

= Төменде берілгендердің қайсысы науқастарда жарақатты инфекция түрінде клиникалық диагностикада негізгі болып келеді

- жарақатты бөлінудің сипаты
- жоғары температураның болуы
- тәбеттің жоғалуы және әлсіздік
- ауру, ісік және жергілікті гиперемия
- қалтыраумен температураның көтерілуі

= Төменде берілгендердің қайсысы тері күбірткесінде іріңдіктің көбінесе жиі орналасуын көрсетеді

- ортаңшы фаланганың алақан беті
- дисталды фаланганың алақан беті
- негізгі фаланганың алақан беті
- тырнақ фалангасының сыртқы беті

- дисталды фаланганың бүйірлі беті

= Пациент 34 жаста ауырғаннан кейін 2 тәулікте оң жақ аяқта ауырсынуға шағымданып қабылдау бөлімшесіне хирургке келді. Тексергенде оң жақ сирақта орташа ісік, анық шеттерімен айқын гиперемия бөлімі табылды, пальпациялағанда ауырсынады. Науқаста қандай диагноз айрықша ықтимал

- жіті лимфангоит
- лимфэдема
- эритемалы тілме
- жіті тромбофлебит
- терең веналардың жіті тромбозы

= Жарақат процессінің бірінші фазасында олардың өткізгіштігінің бұзылуын алып жүретін, қандай заттектердің бөлінуіменен, тамырлардың кеңеюі байланысты

- қышқыл фосфатаза
- лактатдегидрогеназа
- шілтілі фосфатаза
- гистамин, серотонин
- қышқыл РНКаза

= Науқас айналшықтан алқызыл түсті қан ағатынына шағымданады. Бірінші кезекте қандай зерттеу әдістерін жүргізу керек

- аноскопия
- колоноскопия
- ирригоскопия
- ректороманоскопия
- саусақпен ректальды зерттеу

= Науқаста тік ішектің ампулярлы бөлігінің обырына күмәнданады. Ісікті саусақпен зерттеу кезінде жасау мүмкін емес. Қандай диагностикалық манипуляцияларды қолдану керек

- ректороманоскопия
- колоноскопия
- ирригоскопия
- лапароскопия
- құрсақ қуысын УДЗ

= Жұмсақ тіндердің флегмонасы жұмсарту сатысында талап етеді

- микробты флора пункциясы бактериологиялық зерттеулерімен
- бойымен қабатты тіліктер, санация – дренаждау
- майлы-бальзамды байлам салу
- кең спектрлі эсреуі бар антибиотикті новокаинмен егу
- физио-терапиялық процедуралар

= Б. есімді ер адам 45 жаста, ЖТД дәрігеріне іштің төменгі сол жақ бөлімінің ауырсынуына, тәулігіне 8 ретке дейін болатын аздаған шырыш және қан аралас қоспасы бар ботқа тәрізді нәжістің болуына, орташа қызбаға, тахикардия, дене салмағының төмендеуіне шағымданды. Анализінде - орташа дәрежелі анемия. Қандай зерттеу әдісі спецификалық емес ойық жаралы колитті диагностикалауда ақпаратты болып табылады?

- микрофлораға нәжісті жұғындысын зерттеу
- копрология
- колоноскопия

- аш ішекті рентгенологиялық зерттеу
- гастротомия

= Ер адам 68 жаста, емхананың ЖТД дәрігеріне жүгінді. Ішек өтімсіздігі бойынша операциядан кейін 7-нші күні науқаста ауырсыну пайда болып, жара және таңғыш геморрагиялық сұйықтықпен қатты суланған. Науқаста не болды?

- ерте өтімсіздік
- жараның іріндеуі
- құрсақ қуысындағы қан кету
- эвентрация
- перитонит

= 53 жастағы науқас, ЖТД дәрігеріне эпигастрий аймағындағы жедел ауырсынумен, қысқа уақытқа естен танумен, салқын тер, бір реттік құсумен, ауырғаннан соң үш сағаттан кейін жеткізілген. Анамнезінен: он жыл бойы асқазанның ойық жаралы ауруынан зардап шегеді. Қарау кезінде: терінің бозаруы, минутына 100 соққы, артериялық қысым 100/70. Рентгенограммада: көкеттің оң күмбезінің астында бос газ байқалады. болжамды диагноз:

- спецификалық емес ойық жаралы колит
- жіті ішек өтімсіздігі
- ойық жаралы қан кету
- жедел панкреатит
- перфорацияланған ойық жара

= 46 жастағы әйел, ЖТД дәрігерге қаралды. Науқаста жедел гангренозды аппендицитке байланысты аппендоэктомиядан кейінгі 7-нші күні іштің төменгі бөлімінде жеңіл (тупая) ауыру сезімі, тенезм, дефекация кезінде ауырсыну, зәр шығару кезінде аздап ауырсыну. Температура 37,8-38,50С-қа дейін көтерілді. Сіздің болжамды диагнозыңыз?

- жедел проктит
- жедел геморрой
- жайылған перитонит
- жедел цистит
- жедел вагинит

= Науқас У., 47 жаста, ЖТД дәрігеріне оң жақ қабырға асты ауырсынуына жүректің айнуына, құсуға, дене температурасының 38,3С-қа дейін көтерілуіне шағымданады. 3 күн бұрын майлы тамақ қабылдаған соң ауырып қалған. Тынысы 112/мин. Тілі құрғақ. Тері және склералары субиктерикалық болып көрінеді. Оң жақ қабырға астында өткір ауырсынуына және 12x8x6 см дөңгелек түзілім байқалады. Ортнер, Мерфи, Кера, симптомдары оң. Щеткин-Блюмберг симптомы барлық іш аймағында оң. Сіздің қорытынды диагнозыңыз?

- Курвуазье симптомы
- жедел холецистит, перитонит
- обтурациялық сарғаю
- бауыр циррозы
- панкреатит

= 70 жастағы науқас қысылған шап жарығымен жүгінді, ЖТД дәрігерін үйге шақырды. Қысылу 10 сағат бұрын болған. Ішек өтімсіздігінің белгілері бар. Жарықтың томпаюы аймағындағы теріде гиперемия. Науқасты тексерген дәрігердің әрекеті:

- есірткі инъекциясынан кейін жарықты түзету
- жарықты түзету
- хирургиялық стационарға шұғыл госпитализация

- жарық аймағына суық басу, анальгетиктер, антибиотиктер
- хирургпен кеңесу үшін жолдама

= Науқас 60 жаста, ЖТД дәрігеріне іштің төменгі сол жақ бөлімінің ауырсынуына, тәулігіне 8 ретке дейін болатын аздаған шырыш және қан аралас қоспасы бар ботқа тәрізді нәжістің болуына, орташа қызбаға, тахикардия, дене салмағының төмендеуіне шағымданды. Анализінде - орташа дәрежелі анемия. Қандай ауру туралы ойлауға болады?

- Крон ауруы
- тоқ ішектің обыры
- жедел дизентерия
- спецификалық емес ойық жаралы колит
- ішек туберкулезі

= 60 жастағы әйел емхананың ЖТД дәрігеріне жүгінді. Науқастың сау денсаулық фонында 38С-қа дейін температура көтерілуіне, оң жақ қабырға асты аймақтың ауырсынуына, жалпы әлсіздік пайда болуына шағымданады. Кейінірек сарғаю, терінің қышуы, есекжем қосылды. Ультрадыбыстық зерттеуде-бауырдың сол жақ бөлігінде айқын контурлары бар 6х6 см дөңгелек түзілім анықталған . Өт қабында тастар бар. Сіздің болжамды диагнозыңыз?

- бауыр абсцесі
- бауыр алвеококкозы
- өт-тас ауруы
- холангит
- бауыр эхинококкозы

= 65 жастағы науқас емхананың ЖТД дәрігеріне жүгінді. Науқас екі апта бойы гипертермияға байланысты өзі емделген. Аурудың басталуы гипотермиямен байланысты деп есептейді, содан кейін температура 38С-қа дейін көтерілген, алдымен құрғақ, содан кейін шырышты-іріңді бөлініспен жөтел пайда болды. Жағдайы бірте-бірте нашарлады, әлсіздік күшейді, қалтырау және қызба пайда болды. Үш күн бұрын жөтел кезінде «толық ауызбен» бір мезгілде 200 мл-ге жуық зловонной қақырық бөлінді, содан кейін денсаулық жағдайы жақсарды, температура төмендеді). Қандай ауруға күдіктенуге болады?

- жедел өкпе абсцесі
- плевра эмпиемасы
- созылмалы спецификалық емес пневмония асқынысы
- пневмонитпен қосылған өкпе обыры
- бронхоэктаздық ауру

= Науқас 45 жаста емханаға ЖТД дәрігеріне эпигастрийдегі ауырсыну, соңғы 3 айда дене салмағы 10кг-ға төмендеуі, жалпы әлсіздік, дене температурасының субфебрильді болуы, төбеттің болмауына шағымданды. Бұрын асқазан ойық жарасы бойынша есепте тұрған. Жалпы қан анализінде НВ-90 г/л, Эр –  $2.5 \times 10^{12}/л$ , СОЭ 45 мм/ч, L- $7 \times 10^9/л$ . Болжамды диагноз қандай?

- созылмалы гастрит
- асқазан обыры
- асқазанның ойық жарасы ауруы
- панкреатит
- холецистит

= Науқас 66 жаста емхананың ЖТД дәрігеріне бай бойы іш қатуына, 5кг салмақ жоғалтуына шағымдалып келді. Тері және тері жабындылары жер түсті бозғылт- жасыл.

Іші желденген, оң жақ мезогастри аймағында ауырсынады. ЖҚА: Нв -90 г/л, эр-2,5x10<sup>12</sup> л. Сіздің болжамды диагнозыңыз қандай?

- колит
- Сигма Дивертикулиті
- Көлденең ішектің қатерлі ісігі
- Жедел ішек өтімсіздігі
- Көлденең ішек полипозы

= 25 жастағы әйел емхананың ЖТД дәрігеріне жүгінді, температураның 39С-қа дейін көтерілуіне, сүт безінде ауырсынуға шағымданды. Оң жақ сүт безі аймағында-гиперемия, ісіну, жоғарғы сыртқы квадрант жағында бірнеше тығыздалу аймақтары анықталды. Болжамды диагноз:

- сүт безі аймағының фурункулы
- лимфаденит
- сіт безінің обыры
- лактационды мастит
- босанудан кейінгі мастопатия

= 4-ші дәрежедегі семіздікпен науқаста іштің оң жақ төменгі бөлігінде кенеттен тартушы ауырсынулар пайда болды, ауырсыну оң жақ санға беріледі, жүрек айнуы, бір реттік құсу болды. Шап қатпарынан төмен ісік тәрізді құрылым пальпацияланады. Қандай ауру туралы ойлауға болады

- шап лимфадениті
- оң жақ бүйректік ұстамасы
- жедел аппендицит
- жатырдың жұмыр байламының жылағуы
- қысылған сан жарығы

= Әйел Я., 32 жаста, серозды қабыну сатысында босанғаннан кейінгі маститтің клиникасымен ауырған сәттен бастап, 4 күннен кейін ЖТД дәрігеріне емханаға жүгінді. Төменде аталғандардың қайсысы осы жағдайға сай келмейді:

- сүт безінің массажи
- сүттің сүзілуі
- емізікті антисептикпен өңдеу
- бездің жоғары орналасуы
- безге жылыту компрессын орнату

= 59 жастағы науқас ЖТД дәрігеріне жүгінген, 4 күн бұрын эпигастрий аймағында ауырсыну сезімі пайда болып, оң жақ мықын аймағына ауысқан. Температура 37,5°С көтерілген. Оң жақ мықын аймағында консистенциясы қатты эластикалық, мөлшері 12x8 см., қозғалмайтын, шекарасы айқын, шамалы ауырсынатын түзіліс пальпацияланады. Лейкоциттер 15000. Диагноз қойыңыз:

- жедел катаральды аппендицит
- аппендикулярлы инфильтрат
- жедел гангренозды аппендицит
- жедел флегмонозды аппендицит
- жедел гангренозды-перфоративті аппендицит

= Емханаға ЖТД дәрігердің қабылдауына жас әйел оң қолдың саусақтарын қозғалтқанда білектің ішкі беткейіндегі ауырсынуға шағымданды. Жалпы қарау кезінде қабынудың көрінетін белгілері жоқ, саусақтар мен кәрі жілік-білезік буынының қозғалысы кезде білек

сіңірлерінің «қытырлақ қар» тәріздес крепитациясы анықталады. Сіздің диагноз және емдеу тактикаңыз:

- байламдардың созылуы, массаж және емдік дене шынықтыру
- қызарған қабыну, антибиотиктер және ультракүлгін сәулелену
- тендовагинит, зардап шеккен аймақтың функционалды тыныштығын құру
- лимфангоит; антибиотиктер мен сульфаниламидтерді енгізу
- гематогенді остемиелит; сүйекүстілік тіліну

= 34 жастағы науқас ЖТД дәрігеріне ауру сәтінен бастап 2 күннен кейін оң жақ төменгі аяғындағы ауырсыну шағымдарымен жеткізілді. Тексеру кезінде оң жіліншіктің орташа ісінуі, айқын шекаралары бар айқын гиперемия аймағы, пальпация кезінде ауырсыну байқалады. Науқаста қандай диагноз ықтималдылығы жоғары?

- жедел тромбофлебит
- лимфэдема
- жедел лимфангоит
- эритематозды тілме (рожа)
- жедел терең тамыр тромбозы

= Науқас С. 32 жаста ЖТД дәрігеріне жарақаттан кейін 1 сағаттан соң оң жамбастың бүйір бетінің ортаңғы үштен бір бөлігінде тесілген жарасымен қаралды. Жара инфекциясын алдын алу үшін науқасқа төменде келтірілгендердің қайсысын жүргізу керек?

- жараны антисептиктермен өңдеу және тігістер салу
- асептикалық таңғышты орнату
- антибиотиктерді көктамыр ішіне енгізу
- жараға протеолитикалық ферменттерді енгізу
- жараны бастапқы хирургиялық өңдеу

= Ю. есімді ер адам, 66 жаста емхананың ЖТД дәрігеріне ауырсынуға, оң жақ білек аймағындағы ісінуге шағымданады. Ауру анамнезі бойынша: 3 күн алдын көше иті тістеп алған. Жалпы қарау: білегінде 3\*3,5 см өлшемдегі жиектері тегіс емес, түсі күңгірт гиперемияланған жарақат анықталған. Бұл жағдайдағы Сіздің ең қолайлы емдеу тактикаңыз қандай?

- антирабикалық сарысуды және жергілікті жараны емдеу
- антибиотиктер тағайындау және жараның шеттеріне тігістер салу
- жараны антисептикамен өңдеу және жараға тігістер салу
- жараны міндетті түрде бастапқы хирургиялық өңдеу
- сіреспеге қарсы сарысуды тағайындау және жара шеттерін кесу

= Ер адам 45 жаста, емхананың ЖТД дәрігеріне жүгінді. Іші жедел ауырған науқас рентгенографиясында құрсақ қуысының көкет күмбезі астындағы газдың «орағы» анықталды. Бұл науқасқа тән ауруды көрсетіңіз:

- жедел перфоративті аппендицит
- перфоративті асқазан жарасы
- жедел перфоративті холецистит
- жедел ішек өтімсіздігі
- жедел панкреонекроз

= Науқас 45 жаста, жедел түрде сол жақ аяғының қатты ауырсынуы, ұйып қалу және салқындалылу шағымдарымен жеткізілді. Ревматизммен ауырады, кардиологта есепке тіркелген. Анальгетиктер ауырсынуды баспайды. Бұрын ауырмаған, ауруының басталуынан 12 сағаттан кейін жеткізілді. Болжам диагнозыңыз

- сол жақ аяқ артериясының тромбозы

- алмұрт тәрізді бұлшықет синдромы
- сол жақ аяқ артериясының эмболиясы
- жедел венозды тромбоз
- омыртқалық синдром

= Босану бөлімшесінде 18 жаста босанғанынан кейін сол жақ аяғында жедел қатты, өршімелі ауырсыну, ұйып қалу пайда болды. Тәулігіне 10 анальгетик ауырсынуды баспады, 24 сағаттан кейін саусақтардың қимыл қызметі бұзыла бастады, 48 сағаттан кейін балтырда ісік пайда болы бастады. Анамнезінде: омыртқа жарақаты, спортшы. 3 тәуліктен кейін осы шағымдармен босану бөлімшесінен шығарылып, үй жағдайында 3 тәуліктен кейін жедел жәрдеммен хирургия бөлімшесіне жеткізілді. Себебі

- гартериоспазм
- омыртқалық синдром
- сол жақ аяқтың терең веналарының жедел тромбозы
- сол жақ аяқ артериясының эмболиясы
- жедел неврит

= Науқаста пандактилит анықталды (барлық саусақтардың айқын ісінуі, қызметі жойылған, бірнеше іріңді жыланкөздер анықталды, олардан ірің бөлінеді). Емдік тактика және оперативті емнің түрі

- консервативті ем
- некрэктомия
- жыланкөзді ашу, некрозды жою
- жыланкөздерді дренаждау
- саусақты алып тастау

= Науқас С., 37 жаста оң жақ тізде телме қабынбасы эритематозды түрі анықталды. Төменде берілгендердің қайсысы осы жағдайда тиімді болып табылады

- ультракүлгінмен сәулелендіру
- қыздыратын компресс
- левомекольді қолдану
- ультрадыбысты кавитация
- йод ерітіндісімен өңдеу

= Науқас С., 32 жаста, травма алғаннан кейін 1 сағатта соң, оң жақ санның орташа үшінші латералды жоғарысында түйрелеген-кесілген жарақатпен қабылдау бөлімшесіне хирургке келді. Жарақат инфекциясын тиімді алдын-алу үшін төменде берілген іс-шаралардың қайсысын науқасқа жүргізу керек

- асептикалық таңғышты салу
- жарақатқа біріншілік хирургиялық өңдеу
- антибиотиктерді венаішілік еңгізу
- жарақатқа протеолитикалық ферменттерді еңгізу
- жарақатты атисептиктармен өңдеу және тігіс салу

= Әйел Я., 32 жаста, сірнелі қабынба сатысында босанудан кейінгі мастит клиникасымен ауырған сәттен бастап 4 тәулікте емхана хирургіне қаралды. Осы жағдайда төменде берілгендердің қайсысы қолайсыз болып табылады

- антисептикпен емізiкті өңдеу
- сүтті сауу
- сүт безіне массаж
- безді жоғарытылған қалпы
- безге жылытатын компресс

= Еркек Л., 46 жаста, температураға, оң жақ иықтың о/3 аумағында ауырсынуға шағымданып емхана хирургіне қаралды. Ауырғанына 5 күн. Тексергенде жұмсарған жерімен және гиперемиямен 2,0x1,5 см пайда болу бар. Хирург диагноз қойды: оң жақ иықтың о/3 абсцестенген сыздауығы, ота тағайындады. Осы жағдайда тілудің қандай түрі көрсетілген

- доға тәрізді тілік
- көмкерген тілік
- крест тәрізді тілік
- сызықты тілу
- көлденең тілік

= Еркек Е., 56 жаста, температураға, басының шүйде аумағында ауырсынуға шағымданып емхана хирургіне қаралды. Ауырғанына 6 күн. Тексергенде ірің бөлінумен және жыланкөзді тесікпен 3,0x2,0 см көлемде көгерген инфильтрат бар. Хирург диагноз қойды: Шүйде аумағы карбункулы, ота тағайындады. Осы жағдайда тілудің қандай түрі көрсетілген

- көлденең тілік
- сызықты тілік
- көмкерген тілік
- доға тәрізді тілік
- крест тәрізді тілік

= Еркек Ю., 66 жаста, оң жақ білек аумағында ісікке, ауырсынуға шағымданып емхана хирургіне қаралды. Анамнезден: 3 күн бұрын үйсіз ит тістеп алған. Тексергенде оң жақ білектің т/3 айналасында гиперемиямен, күңгірт түсті, 3,х3,5 см көлемде жыртылған шеттерімен жара табылды. Осы жағдайда сіздің көбінесе тиімді тактикаңыз қандай

- антибактериалды сарысу тағайындап және жараны жергілікті емдеу
- антибиотиктер тағайындап және сирек тігіспен шеттерін келтіру
- жараны антисептикпен өңдеу және жараға тігіс салу
- жараға міндетті түрде бірінші хирургиялық өңдеу жасау
- сіреспеге қарсы сарысу тағайындау және жара шеттерін

= Әйел Ю., 66 жаста, оң жақ аяқтың 1 бармағы аумағында тартылған ауруға шағымданып емхана хирургіне қаралды. Қарағанда азғана ісік, кішкене гиперемия және тырнақ пластинкасы аумағында ауырсыну байқалды. Дәрігер науқаста өскен тырнақты анықтады. Осы жағдайда сіздің ары қарай әрекетіңіз қандай

- тырнақты толықтай алып тастау
- гигиеналық ванналар тағайындау
- антибиотиктер тағайындап, бақылау
- тырнақ пластинкасына резекция жасау
- физиоом және ауырсындыруды басу тағайындау

= Әйел 33 жаста, температурасының көтерілуіне, сол жақ қолтық аумағында ауырсынуға шағымданып емхана хирургіне қаралды. Анамнезден ауырғанына 2 апта, өз бетінше емделген, еш нәтиже жоқ. Тексергенде сол жақ қолтықасты аумақта қызару, үсті тегіс емес, ауырсынған флюктуация бөлімімен 1,5x1,5см, көлемде тығыз пайда болу бар.. Осы жағдайда сіздің ары қарай әрекетіңіз қандай

- жақпамай компрессін салу
- пункция орындау
- жергілікті анестезиямен тілу
- УВЧ-терапия бағыттау

- камфор спиртімен өндеу

= Науқас 70 жаста, қанайналымының II-III дәрежелік жеткіліксіздігі, 5 тәуліктік жайылған перитониттің көрінісі бар. Ем тактикасы:

- АҚК компоненттері дефицитінің толық ликвидациясынан соң
- 24 сағаттық дайындықтан соң жедел операция
- жүрек дәрі-дәрмектерін енгізген соң шұғыл операция
- 2-3 сағаттық инфузонды терапиядан соң шұғыл операция
- диагноз қойылған соң тез арада шұғыл опер

= Іріңді жараның ағымының бірінші фазасын емдеу үшін төменде берілгендердің қайсысы көбіне тиімді болып келеді

- Левомеколь жақпа майы
- солкосерилді қолдану
- метилурацил жақпа майы
- Вишневский жақпа майы
- гипертониялық ерітінді

= Науқас В., 49 жаста асқынған сепсиспен, бөксе аумағына іспекпен сол жақ жамбастың аумақты флегмонасымен ауыр халде қабылдау бөлімшесіне хирургке жеткізілді лет. Анамнезде 3 апта бұрын жұмыста жарақат алған. Медициналық көмекке жүгінбеген. Төменде берілген хирургиялық сепсис түрлерінің қайсысы осы науқаста

- посттравматикалық
- қабынбалы
- ангиогенді
- араласқан
- жарақатты

= Науқас Р. 22 жаста, шүйде аумағында ісік тәрізді пайда болуға шағымданып хирургиялық стационарға түсті. Ауырғанына бір апта. Локальді: шүйде аумағында жұмсарған жерімен және ортадаңғы флюктуациямен, гиперемиямен ауырсынған тығыз пайда болу. Осы жағдайда. Осы жағдайда көбінесе тиімді емдік тактикасы қандай

- қордан антибиотиктер тағайындау
- тілу және дренирлеу
- новокаинмен электрофорез тағайындау
- пункция орындап және антибиотик енгізу
- Вишневский жақпамайымен компресс қою

= Емхана дәрігеріне қолтықасты аймағында ауырсынатын түйіннің пайда болғанына шағымданып жас әйел қаралды. 5 күн бойы ауырады. Үй жағдайында өздігінен емделген. Локальді: оң жақ қолтықасты аймағында 4 x 3 см өлшемді инфильтрат анықталды, терісі гиперемияланған, пальпациялағанда ауырсынады. Инфильтрат орталығында іріңді фокус анықталады. Дұрыс емді таңдаңыз

- массаж, емдік физкультура
- антибиотик енгізу, Вишневский майымен компресс
- іріңдікті ашу, дренаждау
- витамин енгізу, қан құю
- функциональді тыныштық жасау

= Аппендикулярлы перитонитке байланысты жасалған лапаротомиядан кейінгі 6-шы тәулікте науқаста ішінің төменгі бөлігінде ауру, тенезімдер, дизуриялық белгілер пайда болды, дене қызуы 39,5°C гектикалық түрде, қалтырайды. Тілі ылғал, ақ жабынмен

жабылған. Іші жұмсақ, гипогастрий аймағында ауырсыну бар. Ректальды тексергенде: тік ішектің алдыңғы қабырғасы арқылы үлкен, қатты ауырсынатын, жұмсаруы бар инфильтрат анықталады. Қан анализінде лейкоцитарлы формуланың солға ығысуымен лейкоцитоз. Диагнозыңыз қандай

- ілмекаралық абсцесс
- пилефлебит
- периаппендикулярлы абсцесс
- кіші жамбас қуысының абсцессі
- сепсис

= Емханаға білектің ішкі беті бойынша оң жақ білезіктің саусақтарымен қозғалысы кезіндегі ауырсынуға шағымданып жас әйел келді. Қарау кезінде қабыну белгілері жоқ. Білезік саусақтарымен кәрі жілік білезік байламының қозғалысы кезінде сықырлар анықталды, білезік сіңірлері бойымен «қар сықыры» (хрустящий снег) типті. Сіздің диагнозыңыз және емдік тактикаңыз

- гематогенді остеомиелит, сүйек қабын тілу
- тілмелік қабыну, антибиотиктер және УК-сәулелену
- байламдардың созылуы, массаж және емдік дене шынықтыру
- лимфангоит, антибиотиктермен сульфаниламид препараттарын енгізу
- тендовагинит, зақымдалу аймағына функциональды тыныштық ұйымдастыру

= Көрудің дакриоцистит қабынуының қауіпті түрін көрсетіңіз

- қасаңқабықты ірінді жара
- жаман косметикалық түр
- жас қабы флегмонасы
- үнемі қиналтатын жас ағулар
- созылмалы конъюнктивит

= Жас нүктелерді зерттеу әдісін көрсетіңіз

- компьютерлік томография
- сырттан қарау
- зондтау
- рентгенографиялық зерттеу
- саусақпен басу

= Птоз кезінде қандай бұлшық ет бұзылады?

- айнала бұлшық ет
- жоғарғы қиғаш
- жоғарғы қабақты көтеретін бұлшық ет
- жоғарғы тік бұлшық ет
- цилиарлы бұлшық ет

= Лагофтальм кезінде қандай бұлшық ет бұзылады?

- жоғарғы тік
- төменгі қиғаш
- цилиарлы
- қабақтағы айнала бұлшық ет
- жоғарғы қабақты көтеретін бұлшық ет

= Көз шарасының 5-қабырғасы неден тұрады

- қабақтан
- сүйекті түзілулерден

- көлеңкелі капсуладан
- шеміршектен
- тарзоорбиталды фасциядан

= Көз шарасының қызметі

- қорғаныс
- қалыпты түзетін
- диафрагмалар
- қ шығаратын
- КІС кері қайтуға араласуы

= Көз шарасы патологиясының негізгі симптомдары

- птоз, миоз, энофтальм
- экзофтальм, энофтальм, көз алмасы қозғалысының шектелуі, көз шарасы шетінің өзгеруі, көз шарасындағы бар заттардың сипаты, көз шарасының, көру қызметінің, рефракцияның қысымы, КІҚ, ағзадағы жалпы бұзылулар
- экзофтальм, энофтальм, көз алмасы қозғалысының шектелуі, нистагм
- көз шарасы шетінің, көз шарасындағы бар заттардың сипаты, көз шарасының, көру қызметінің өзгеруі,
- рефракцияның өзгеруі, КІҚ, ағзадағы жалпы бұзылулар

= Перикорнеалды инъекция қандай аурудың белгісі болып табылады

- көз алмасының конъюнктивасы
- қабақтың конъюнктивасы
- қасаң қабықтың
- конъюнктива күмбезі
- тор қабықтың

= Қасаң қабықтың васкуляризациясы - тамырлардың ... бірігуі

- конъюнктива күмбезімен
- қабақтың конъюнктивасымен
- көз алмасының конъюнктивасымен
- қасаң қабықпен
- склерамен

= Қасаң қабықтың инфильтраты- қасаң қабақтың ..... белгісі

- қалыптың өзгеруінің
- дистрофияның
- дамудағы аномалиялардың
- жараның бұлыңғырлануының
- қабынудың

= «Тас төселген көше» симптомы - ... конъюнктивитке тән белгі

- аллергиялы
- герпетикалы
- бактериалды
- саңырауқұлақты
- вирусты

= Кератитке сай объективті белгі

- конъюнктивалы инъекция

- бұлыңғыр шектеулі қасаң қабықтағы инфильтрат
- айқын шектеулі қасаң қабықтағы инфильтрат
- инфильтраттың түсі ақ
- жас ағу, жарықтан қорқу, лагофталъм

= Герпетикалы кератиттерге тән

- қасаң қабықтың гиперестезиясы
- циклділік
- қасаң қабықтағы гипо- немесе анестезия
- жараланудың болмауы
- "комета"тәрізді инфильтрат

= Қасаң қабық жақтан Гетчинсон триадасына енеді:

- ағаштәрізді кератит
- фликтенулезды кератит
- дисктәрізді кератит
- паренхиматозы кератит
- скрофулезды кератит

= Қасаң қабықтың жылжымалы жарасы кезіндегі бірінші кезектегі зерттеуді таңдаңыз

- тонометрия
- диафаноскопия
- гониоскопия
- кератометрия
- қопарылған жараның шетінен флораға және антибиотиктерге сезімталдық жағындысы

= Мегалокорнеа кезіндегі бірінші кезектегі сай келетін зерттеуді таңдаңыз

- кератометрия
- диафаноскопия
- гониоскопия
- қопарылған жараның шетінен флораға және антибиотиктерге сезімталдық жағындысы
- жас жолдарын шаю

= Герпетикалы кератиттерге тән белгі

- қасаң қабықтағы жарты ай түріндегі инфильтрат
- қасаң қабықтағы сезімталдықтың төмендеуі
- қасаң қабықтағы терең васкуляризация
- десцеметті мембранадағы жарылулар
- қасаң қабықтағы "қоқымтәрізді" инфильтраттар

= Көз алмасының аралас инъекциясы ... белгісі болып табылады

- конъюнктивиттің
- блефариттің
- иридоциклиттің
- теріскеннің
- халязионның

= Иритке тән объективті белгі

- қарашықтың жарқырауы
- мидриаз
- алдыңғы таяз ұңғыл
- нұрлы қабықтағы суреттің өзгеруі
- преципитаттар

= Циклитке тән объективті белгі

- қасаңқабықтың ісінуі
- көз алмасындағы конъюнктивалды инъекция
- алдыңғы терең ұңғыл
- көру аумағының тарылуы
- шынытәрізді дененің бұлыңғырлануы

= Глаукомалы науқас диспансерлі бақылауда қанша болады

- өмір бойы
- 1 жылға дейін
- 1 жылдан 3 жылға дейін
- 3-4 жыл
- бақылауға жатпайды

= Амблиопия деген не?

- екі көздің бірінің бірлескен нүктеден ауытқуы
- әрекетсіздік салдарынан функцияналды төмендеу
- тор көздің дистрофиясы
- фовелярлы рефлектің болмауы
- мокулярлы рефлектің болмауы

= Увеитпен ауыратындардың көруінің төмендеуі ... нәтижесінде болады

- алдыңғы синехиялардың түзілуі
- бұршақтың ісінуі
- шынытәрізді дененің бұлыңғырлануы
- артқы синехиялардың
- миопизацияның

= Ревматикалы увеитті емдеуге қандай препараттар көрсетілген

- зовиракс
- хлоридин
- колластоп
- тубазид
- кортикостероидтер
- дезальфа

= Қанаттәрізді шелдің пайда болу себебі

- эндокринді патология
- тамырлы патология
- аллергия
- инфекция және аллергия
- сыртқы ортадағы жағымсыз фактордың әсер етуі

= Қабақтың айналуы ... белгісі болып табылады

- жас ағу
- көрудің төмендеуі

- көру аумағының тарылуы
- жарықтан қорқу
- бөгде денені сезіну

= Меншікті тамырлы қабықтың қабынуы ... деп аталады

- циклит
- хориоидит
- ирит
- кератит
- лимбит

= Преципитаттар бұл:

- бұршақтың алдыңғы бетімен нұрлы қабықтың жабысуы
- қасаң қабықтың алдыңғы бетіндегі нүктелі бұлыңғырланулар
- қасаң қабықтың артқы бетіндегі нүктелі жиналулар
- алдыңғы ұңғылдағы ірің
- шынытәрізді дененің бұлыңғырлануы

= Алдыңғы синехиялар бұл:

- <variantright>бұршақтың алдыңғы бетімен нұрлы қабықтың жабысуы
- <variantright>қасаң қабықтың нұрлы қабықпен жабысуы
- қасаң қабықтың алдыңғы бетіндегі нүктелі бұлыңғырланулар
- қасаң қабықтың артқы бетіндегі нүктелі жиналулар
- алдыңғы ұңғылдағы ірің

= Кариесті тіс, синуситтер, отиттер, тонзиллиттер болған кезде увеиттерді қандай этиологиялы топқа жатқызуға болады

- саңырауқұлақты
- коллагенозды
- вирусты
- айырбас
- фокальді

= Анықталмаған этиологиялы увеиттер кезінде науқастарға қандай препараттар ұсынылады

- кең спектрде әсер ететін антибиотиктер
- антигипоксанттар
- витаминдер
- тінді
- гипополидемиялы

= Гониоскопия – бұл ... зерттеу әдісі

- нұрлықабықты
- алдыңғы ұңғыл бұрышын
- қасаңқабықты
- бұршақты
- көз түбін

= Сыртқы теріскен ... салдарынан болады

- пневмококк
- гонококк
- стафилококк

- стрептококк
- ішек таяқшасы

= Бұршақтың қоректенуі

- үшкіл нервтің I бұтағының трофиялы иннервация
- алдыңғы кірпікті артериялар
- көздің ішкі сұйықтығы
- жас
- артқы ұзын кірпікті артериялар

= Патологияға бұршақ қалай әсер етеді

- склерозданумен
- ісінумен
- жиырылумен
- қабынумен
- бұлыңғырланумен

= Туа біткен глауком кезінде қандай емдеу тиімді

- хирургиялық
- консервативті
- лазерлі
- ультрадыбысты
- аралас

= Жас ағудың жиі кездесетін себебі болып табылады

- жас жолдарының қабынуы
- барлық аталған себептер
- жас қабының қабынуы
- жас-мұрын жолдарының қабынуы
- жасты әкететін жолдардағы кесіндінің тарылуы немесе бітелуі

= Катарактаны экстракциялаудың қазіргі заманғы жолы

- аралас әдіс
- криоэкстракция
- факоэмульсификация
- экстракапсулярлы
- бұршақтың реклинациясы

= Туа біткен катаракта ... болып табылады

- толқынтәрізді қарқындаушы
- баяу қарқындаушы
- жылдам қарқындаушы
- стационарлы
- кері кетуші

= Энофтальм деген не

- көз алмасының болмауы
- жоғарғы қабақтың түсуі
- көз алмасының алға қарай шығуы
- көз алмасының жанға қарай шығып тұры
- көз алмасының артқа қарай түсуі

= Терминалды ауыратын глаукоманы радикалды емдеу әдісі

- энуклеация
- цилиарлы байламның алкоголизациясы
- консервативті емдеу
- лазерлі емдеу
- синустрабекулоэктомия

= Глаукоманың кезеңдерін .... негізінде қоюға болады

- тонографияның
- периметрияның
- тонометрияның
- скиаскопияның
- ФАГ

= Глаукома кезінде консервативті терапия курсына .... басқа бәрі кіреді

- антиоксиданттардан
- ангиопротекторлардан
- мидриатиктерден
- тамыр кеңейтетін препараттардан
- кальций жолдарының блокаторы

= Көз шарасының ісігін қандай оқшаулауында экзофтальм тік, ішке қарай ығысқан және көз алмасының сыртқа қарай қозғалысы шектеулі

- көз шарасының жоғарғы қабырғасында
- түтікшенің ішкі бұлшық еті
- көз шарасының ішкі қабырғасында
- көз шарасының сыртқы қабырғасында
- көз шарасының мұрын жақ қабырғасында

= Глаукоманың жедел ұстамасы кезіндегі көздің алдыңғы бөлігіндегі өзгерістер

- қасаң қабық ісінген, тар қарашық, алдыңғы ұңғыл тегіс емес
- қасаң қабық мөлдір, алдыңғы ұңғыл терең, үлкен қарашық
- қасаң қабық ісінген, алдыңғы ұңғылдың тереңдігі орташа, тар қарашық
- қасаң қабық ісінген, алдыңғы ұңғыл терең, үлкен қарашық
- қасаң қабық ісінген, алдыңғы ұңғыл таяз, үлкен қарашық

= Көру нервіндегі дискісінің кідіруі не туралы мәлімет береді?

- бас сүйек ішіндегі қысымның жоғарылауы
- шашыратқыш склероз туралы
- жүрек ақауы туралы
- ҚІҚ-ның жоғарылауы туралы
- қан қысымы жоғарылауы туралы

= Хориоретиналды ошақты орталық оқшаулауда кампиметриямен нені байқауға болады

- дейтеранопияны
- орталық скотоманы
- гемералопияны
- анизометропияны
- анизэйконияны

= Жоғары анизометропияны түзету әдісі

- тік окклюзия

- көзілдірікті
- контактты
- кері окклюзия
- пенализация

= Егер -2.5, - 3.0, - 3.5 дптр. шынылары бірдей жақсы көруді қамтамасыз етсе, зерттелушідегі миопия көлемі ... тең

- 4,0 дптр
- 3,0 дптр
- 3,5 дптр
- (-) 2,5 дптр
- 5,0 дптр

= Алдынан артқа тор қабықтың қатпарларын санамалау

- тері, конъюнктива, айнала бұлшықет, шеміршек
- тері, теріасты клетчаткасы, шеміршек, круговая мышца, конъюнктива
- тері, айнала бұлшықет, теріасты клетчаткасы, шеміршек, конъюнктива
- конъюнктива, теріасты клетчаткасы, шеміршек, айнала бұлшықет
- тері, теріасты клетчаткасы, айнала бұлшықет, шеміршек, конъюнктива

= Сыртқы құлақты қандай нерв нервтендіреді?

- үштік және кезбе
- үштік және беттік
- беттік және тілжұтқыншақ
- беттік және кезбе
- беттік

= Перифериялық дыбыс анализаторының рецепторы дегеніміз не?

- перелимфа және эндолимфа
- корти органы
- мембраналық лабиринт
- спиральді түйін
- перелимфа

= Құлақ функционалдық жағынан қандай бөлімдерге бөлінеді?

- дыбысты ұстауға және дыбысты қабылдауға
- дыбысты қабылдауға, дыбысты өткізуге және дыбысты қабылдауға арналған
- дыбысты өткізгіштікке және дыбысты қабылдауға
- дыбысты өткізгіш, дыбысты қабылдайтын және дыбысты түрлендіретін
- дыбысты қабылдаушы

= Дыбыс өткізгіш құрылғы дегеніміз не?

- сыртқы және ортаңғы құлақ, перилимфа, эндолимфа, базилярлы және рейснер қабықшалары, ішілік пластинка және екіншілік тимпаникалық мембрана, сүйекшелер, сопақша тесік
- сыртқы және ортаңғы құлақ, перилимфа, эндолимфа, ішкі пластинка және екіншілік тимпаникалық мембрана
- сыртқы және ортаңғы құлақ, перилимфа, эндолимфа, базилярлы және рейснер қабықшалары, ішілік пластиналар және екіншілік тимпаникалық мембраналар, сүйекшелер
- сыртқы және ортаңғы құлақ, перилимфа, эндолимфа, базилярлы және рейснер қабықшалары, ішкі қабықша және екінші тимпаникалық мембрана

- сыртқы және ортаңғы құлақ, эндолимфа, базилярлы және рейснер қабықшалары, ішілік пластиналар және екіншілік тимпаникалық мембраналар, сүйекшелер

= Қалыпты еститін құлақ сыбырлап сөйлеуді қандай қашықтықта қабылдайды?

- 9 метр қашықтықтан (25-ке дейін)
- 10 метр қашықтықтан (29-ға дейін)
- 3 метр қашықтықтан (10-ға дейін)
- 8 метр қашықтықтан (16-ға дейін)
- 6 метр қашықтықтан (20-ға дейін)

= Құлақ бұлығы әдетте қалай жойылады?

- жанет шприцінің көмегімен сыртқы есту жолын жылы сумен шаю арқылы
- сыртқы есту жолының құрғақ дәретханасы
- май тамшылары бар сулау күкірт тығыны
- зондпен
- хирургиялық әдіс

= Қай микробтық флора фурункулды жиі тудырады?

- стрептококктар
- стафилококктар
- клостридиялар
- клебсиелла
- пневмококктар

= Отомикозбен ауыратын науқастардың негізгі шағымдары қандай?

- құлақтан іріңді бөліну
- есту қабілетінің төмендеуі, шуыл
- құлақтың қышуы мен ауырсынуына
- қызба, құлақ артындағы ісіну, іріңдеу, есту қабілетінің төмендеуі
- есту қабілетінің жоғалуы

= Мастоидит дегеніміз не?

- бұл сыртқы құлақтың қабынуы
- бұл құлақ қалқанының қабынуы
- бұл сүт безінің қабынуы
- бұл еміздік тәрізді өсіндінің қабынуы
- бұл ортаңғы құлақ инфекциясы

= Мастоидит диагностикасында қандай зерттеу әдісі ерекше құнды?

- тимпанометрия
- отоскопия
- аудиометрия, импедансметрия
- импедансметрия
- рентген (КТ)

= Ауыз қуысының жұтқыншақта орналасқан жерін көрсетіңіз:

- мұрын жұтқыншақтың бүйір қабырғасы
- мұрын жұтқыншақтың артқы қабырғасы
- мұрын-жұтқыншақ тесіктері
- хоан аймағы
- ауыз- жұтқыншақ

= Барабанды мембрананың қай квадрантасында парацентез жасалатынын көрсетіңіз:

- алдыңғы-төменгі
- артқы-төменгі
- алдыңғы жоғарғы
- артқы жоғарғы
- артқы

= Мезотимпанитке тән белгілерді көрсетіңіз:

- тимпаникалық мембрананың борпылдақ бөлігіндегі перфорация
- жағымсыз иісі бар шырышты-іріңді бөлініс
- тимпаникалық мембрананың орталық перфорациясы
- холестеатома массалары
- R-граммда сүйек деструкциясы

= Төмендегі анатомиялық элементтердің қайсысы ортаңғы құлақты құрайды?

- артқы бас сүйегінің шұңқыры
- сыртқы есту түтігі
- сигма тәрізді синус
- тимпаникалық қуыс, сүйекшелер, үңгір, есту түтігі, мастоидты жасуша жүйесі
- бет нерві

= Жедел мастоидитке жасалатын операция қалай аталады?

- аденотомия
  - шунттау арқылы тимпанотомия
  - 1 типті радикалды операция
  - сепластика
- <option>антротомия (мастоидотомия)

= Фронтальды синустың қалыпты дамуы келесі жағдайларды қоспағанда:

- ортаңғы сызықта жалпы синустың болуы
- екі жақта синустың болмауы
- оң жақта синустың болмауы
- сол жақта синустың болмауы
- бір жағында синус жоқ

= Кеуілжір бұл:

- тор тәрізді сүйектің өсіндісі
- тәуелсіз сүйек
- сфеноидты өсінді
- жоғарғы жақтың өсіндісі
- фронтальды өсіндісі

= Сына тәрізді синустың сыртқы қабырғасы мыналармен шектеседі:

- тор тәрізді лабиринт жасушалары
- гипофиз
- ішкі ұйқы артериясы
- мұрын-жұтқыншақ
- ауыз қуысы

= Жақ синустың төменгі қабырғасы шектеседі:

- птеригопалатинді шұңқыр
- мұрын қуысы

- орбита
- ауыз қуысы
- гипофиз

= Жоғарғы жақ синусының ішкі қабырғасы шектеседі:

- гипофиз
- ауыз қуысы
- орбита
- қанат таңдай шұңқыры
- мұрын қуысы

= Құрылымы бойынша ең өзгермелі мұрын маңы синус:

- маңдайлық
- жоғарғы жақ
- сына тәрізді
- тор
- негізгі

= Жоғарғы мұрын жолы ашылады:

- жоғарғы жақ синустың саңылауы
- сына сүйектің саңылауы
- маңдай синусының саңылауы
- қазжас каналы
- тор сүйектің алдыңғы жасушалары

= Мұрын қуысының сезімтал иннервациясы жүргізіледі:

- үшкіл нервтің 3 тармағы
- үшкіл нервтің 1 және 2 тармақтары
- бет нерві
- иіс сезу жүйкесі
- есту жүйкесі

= Артериялық қан мұрын қуысына мына жерден түседі:

- ішкі ұйқы артериясы жүйесі
- сыртқы ұйқы артерия жүйесі
- екі жүйеден
- омыртқа артерия
- брахиоцефальды артерия

= Риногенді орбиталық асқынулар балаларда жиі кездеседі:

- созылмалы іріңді риносинусит
- жедел катаральды синусит
- жедел іріңді риносинусит
- созылмалы полипозді-іріңді риносинусит
- кистозды риносинусит

= Жоғарғы жақ синусының пункциясы кезіндегі асқынулардың қалай алдын алуға болады:

- пункцияны және синусты жууды рентгенографиясыз жасауға болады
- жуғаннан кейін синусты үрлеу, инені синусқа терең енгізбеу.
- синусты жуғанға дейін ауа жіберу, синусты рентгенге түсіру
- синусты жууға дейін және одан кейін ауаны үрлемеу, инені енгізу деңгейі мен тереңдігі маңызды емес

- синусты жуғаннан кейін үрлеуге болмайды, пункция жасамас бұрын анатомиялық ерекшеліктерін ескеру үшін рентгенге түсіру керек (2 қабырғаның пункциясы)

= Мұрын полиптері көбінесе қай жерде орналасады:

- ортаңғы мұрын жолы
- жоғарғы мұрын жолы
- төменгі мұрын жолы
- хоана
- синус

= Іріңнің шығуына ең жақсы шарт:

- сына синусы
- маңдай синусы және алдыңғы тор сүйек лабиринтінің жасушалары
- тор сүйек лабиринтінің артқы жасушалары
- жоғарғы жақ синус
- жоғарыдағылардың ешқайсысы емес

= Иіс сезу келесі жағдайларда жоғалады:

- иіс сезу жүйкесінің қабынуы (невриті)
- иіс сезу анализаторының орталық зақымдануы
- мұрын қуысындағы иіс сезу рецепторларының атрофиясы
- мұрын қуысындағы иіс сезу аймағының қыртыстармен жабылуы - жоғарыдағылардың ешқайсысы емес

= Мұрын қуысындағы полипоздық процесс:

- жоғарыдағылардың ешқайсысы емес
- қатерлі ауруға айналады
- кері дами алады
- жоғарыдағылардың барлығы
- қайталана алады

= Мұрын пердесінің гематомасында қан қай жерде жиналады:

- шеміршек және перихондрия
- шырышты қабық және перихондрия
- шеміршек және шырышты қабық
- мұрын қалқасы және мұрынның бүйір қабырғасы
- жоғарыдағылардың ешқайсысы

= Жасы бойынша жоғарғы жақ қуысы толық жетілген (ересек адамдағыдай) болып саналады:

- 2,5 жаста
- 14 жаста
- 12 жаста
- 18 жаста
- 25 жаста

= Мұрын клапаны дегеніміз:

- мұрын қанатының қозғалмалы бөлігі
- ортаңғы мұрын қалқанының алдыңғы бөлігінің аяғы
- мұрын қалқасы мен пердесінің арасындағы кеңістік
- төменгі төмпешіктің алдыңғы ұшы
- төменгі мұрын қалқанының алдыңғы бөлігі

= Мукоцилиарный клиренс – бұл:

- Мұрын қуысында биологиялық белсенді заттардың түзілу процесі
- мұрынның зақымдалған шырышты қабатын қалпына келтіру процесі
- мұрын қуысында шырыш түзілу процесі
- мұрынның шырышты қабығын тазарту процесі
- олфактометрия

= Мұрын қуысының бүйір қабырғасы қандай сүйектерден тұрады (сүйектердің орналасуының анатомиялық тәртібін ескеріңіз):

- мұрын, көз жасы, тор, вомер
- мұрын сүйегі, лакримальды сүйектер, маңдай өсіндісі бар жоғарғы жақ сүйегі, торлы сүйектің денесі оның перпендикуляр тақтайшасы, таңдай сүйегі және негізгі сүйектің құстымсық өсіндісінің ішкі тақтасы
- мұрын сүйектері, маңдай сүйегінің жоғарғы жақ сүйегі, жоғарғы жақ сүйегі және оның маңдай өсіндісі, лакримальды сүйек, торлы сүйек, негізгі сүйектің құстымсық өсіндісінің бассүйек ішілік тақтасы
- мұрын, таңдай, лакримальды сүйек, жоғарғы жақтың маңдай өсіндісі
- мұрын сүйегі, маңдай өсіндісі бар жоғарғы жақ, лакримальды сүйектер, торлы сүйек, таңдай сүйегінің перпендикуляр тақтасы, негізгі сүйектің құстымсық өсіндісінің ішкі тақтасы

= Науқас қатты ауырып қалды. Мұрынмен тыныс алудың қиындауы, бас ауруы, әлсіздік, субфебрильді температура, мұрыннан іріңді ағу пайда болды. Жедел іріңді синусит диагнозы қойылды. Емханада гаймор синусын пункциялау жүргізілді, бірақ пункциялық ине арқылы жуған кезде синустың ішіндегі сұйықтық және жуылған су алынбады. Науқас қатты ауырсынуды сезді, бір уақытта беттің жұмсақ тіндерінің ісінуі пайда болды. Науқасты шұғыл түрде дәрігер стационарға жіберді. Бұл жағдайда гаймор қуысын пункциялаудың қандай асқынуы байқалды:

- бет пункциясы
- ауа эмболиясы
- орбиталық пункция
- жоғарғы синустың бүйір қабырғасын тесу мүмкін болмады
- бет абсцессі

= Адамда қанша мұрын маңы қуыстары дамиды?

- алты
- сегіз
- төрт
- он
- үш

= Гаймор синусының қандай формасы бар?

- дөңгелек
- текше
- үшбұрышты пирамида пішіні
- төңкерілген трапеция пішіні
- тікбұрышты

= Мұрынның әр жартысында қандай қабырғалар бар?

- медиальды, сыртқы, төменгі, артқы
- медиальды, бүйірлік

- медиальды, сыртқы, жоғарғы, төменгі, артқы
- медиальды, бүйірлік, жоғарғы және төменгі
- медиальды, бүйірлік төменгі, алдыңғы

= Кеуілжірдің қайсысында меншікті сүйек болады?

- орта және жоғарғы
- орта және төменгі
- жоғарғы және орта
- жоғарғы және төменгі
- тек төменгі

= Таңдай доғаларына таралатын бадамша бездердегі тығыз, лас сұр жабындар келесі жағдайларда байқалады:

- дифтерия кезінде
- жедел фарингит
- созылмалы фарингит
- фолликулярлық стенокардия
- инфекциялық мононуклеоз кезінде

= Вальдейер-Пироговтың лимфоидты сақинасы келесі түзілімдерден тұрады:

- таңдай бадамша бездері
- ауызжұтқыншақ
- құбырлар
- мұрын-жұтқыншақ
- тілдік

= Паратонзиллярлы талшық бұл:

- жұтқыншақ маңы кеңістіктегі талшық
- жұтқыншақарты кеңістігінің талшықтары
- таңдай бадамша безінің талшығы
- көмей талшығы
- бүйірлік жұтқыншақ кеңістігінің талшықтары

= Паратонзиллярлық абсцесс үшін емдеу тактикасы:

- кеуде қуысының рентгенографиясы, абсцесс аутопсиясы
- күшейтілген бактерияға қарсы, детоксикация терапиясы
- жедел екі жақты тонзиллоэктомия
- абсцесс ашу, антисептикпен шаю, антибиотиктер, 1 айдан кейін тонзиллэктомия
- антибиотикалық терапия, стоматологиялық кеңес, абсцесс пункциясы.

= Пирогов-Вальдейер сақинасы қанша бадамша безден түзіледі:

- 8
- 1
- 3
- 5
- 6

= Парафарингальды абсцесстердің ең жиі кездесетін клиникалық-рентгенографиялық белгілерін көрсетіңіз, мыналардан басқа:

- мойынның қаттылығы
- ассиметрия
- мойын тіндерінің инфильтрациясы және ауырсынуы, көбінесе бір жақты

- қызару
- Земцовтың мойын рентгенографиясында омыртқаға дейінгі кеңістіктің кеңеюі және газ көпіршіктерінің болуы

= Жұтқыншақтың артқы қабырғасындағы қызғылт түйіршіктер қандай фарингитте байқалады?

- атрофиялық
- гранулезды
- гипертрофиялық
- жіті
- катаральды

= 4 жастағы бала, жедел жәрдем бригадасы қабылдау бөлмесіне тыныс алудың қиындауы, қатты тамақ ауруы,  $t - 38^{\circ}\text{C}$ , әлсіздік шағымдарымен жеткізілді.

Анамнезден: ата-аналардың айтуы бойынша, аурудың 3-ші күні, бұған дейін бір апта бойы мұрынның ағуы, жөтел болған, парацетамол қабылдаған, әсері болған жоқ.

Объективті: жағдайы ауыр, тыныс алуы стридорозды, дауысында қарлығу бар, терісі бозғылт,  $t - 38,6^{\circ}\text{C}$ , ұлғайған, қатты ауыратын аймақтық лимфа түйіндері пальпацияланады, басы солға қарай қисайған.

Фарингоскопияда асимметрия, гиперемия және жұтқыншақтың артқы қабырғасының шығуы байқалады, сол жақта. Түтіккі зондпен тексергенде жұмсақ ісіну анықталады.

Диагнозды қойыңыз;

- скарлатина
- бадамша маңы іріңі
- жұтқыншақ арты іріңі
- жұтқыншақ маңы іріңі
- жұтқыншақ дифтериясы

= Науқас 23 жаста, жиі тамақ ауруы, буындардың мезгіл-мезгіл ауыруы, шаршаудың жоғарылауы туралы шағымдармен келіп түсті.

Ауру анамнезі: 3 жыл бойы әр алты ай сайын баспамен ауырған, бір жыл бұрын паратонзиллит болған.

Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық, терісі қалыпты, төменгі қабақтары цианотикалық, аймақтық лимфа түйіндері үлкейген, дене температурасы қалыпты.

Фарингоскопияда ортаңғы сызық бойымен жабылатын таңдай бадамша бездері, лакундарда іріңді тығындар анықталады.

Диагноз қойыңыз:

- жұтқыншақ бадамша бездерінің гипертрофиясы
- созылмалы тонзиллит компенсацияланған формасы
- таңдай бездерінің гипертрофиясы
- созылмалы тонзиллит декомпенсацияланған формасы
- жасөспірімдер ангиофибромасы

= Жедел тонзиллофарингитті емдеу кезіндегі тағайындалатын антибиотиктердің тобы:

- аминогликозидтер
- фторхинолондар
- макролидтер
- карбопенемдер
- бета-лактамы антибиотиктер

= Екіншілік ангинаға жатпайды:

- лакунарлы

- дифтерия кезіндегі
- скарлатина кезіндегі
- лейкоз кезінде
- агранулоцитоз кезінде

= Созылмалы фарингиттің жіктелуі:

- атрофиялық, гипертрофиялық ірінді
- катаральды, атрофиялық, гранулемалық, гипертрофиялық
- гранулемалық, катаральды
- гипертрофиялық, атрофиялық
- катаральды, ірінді

= Осы белгіден басқалары созылмалы тонзиллит декомпенсациясының көрінісіне сәйкес болып табылады:

- паратонзиллит
- рецидивтік тонзиллит
- бадамша безінің гипертрофиясы
- соматикалық тонзилогендік аурулар
- субфибриллитет

= Мұрын жұтқыншақ орналасқан:

- жұтқыншақ күмбезінен жұмсақ таңдайға дейін
- трахеяның үстінде 4-ші мойын омыртқасының денелері деңгейінде
- тіл түбірінен өңештің кіреберісіне дейін
- бас сүйегінің түбінен 3-ші мойын омыртқасына дейін
- бас сүйегінің түбінен 6-шы мойын омыртқасының денелері деңгейінде

= Мұрын жұтқыншақ ауыз қуысынан бөлінеді:

- түтікті бадамша бездерің
- қатты таңдай
- тіл
- алдыңғы таңдай доғалары
- жұмсақ таңдай

= Жүкті С., 29 жаста, жүктілік кезінде 32 апта тәбеттің жоғарылауы, салмақ жоғалту, шөлдеу, жиі және көп зәр шығару туралы шағымдармен келді. Пероральді глюкоза толеранты тест бойынша 75 граммды глюкоза нәтижесі аш қарынға веноздық плазмадағы глюкоза деңгейі 8,1 ммоль/л, ал жүктемеден кейін 2 сағаттан кейін – 12 ммоль/л болып шықты. HbA1c2 деңгейі 6,9% құрады. ҚР ДСМ 2017 жылғы жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңде ҚД бойынша клиникалық хаттамасына сәйкес алдын ала диагноз қойыңыз

- манифестті қант диабеті (сұрақ бойынша ҚД түрі, қосымша диагностика қажет)
- гестациялық қант диабеті
- 1 типті манифестті қант диабеті
- 2 типті манифестті қант диабеті
- биохимиялық қан анализінің нәтижелері нормаға сәйкес келеді, ДМ жоқ

= Жүкті А., 32 жаста, жүктілік кезінде 28 апта ішінде 75 грамм глюкозамен ауызша глюкозаға төзімділік сынамасын жүргізе отырып, Қант диабетіне скринингітен өтті, оның нәтижелері бойынша аш қарынға веноздық плазмадағы глюкоза деңгейі – 4,9 ммоль/л, 1 сағаттан кейін – 9,6 ммоль/л, 2 сағаттан кейін – 8 ммоль/л. ҚР ДСМ клиникалық

хаттамасына сәйкес 2017 жылы жүктілік кезінде, босану кезінде және босанғаннан кейінгі кезеңде ҚД бойынша алдын ала диагноз қойыңыз

- 75 грамм глюкозасы бар ПГТТ нәтижелері нормаға сәйкес келеді, ҚД жоқ
- гестациялық қант диабеті
- 1 типті манифестті қант диабеті
- 2 типті манифестті қант диабеті
- манифестті қант диабеті (сұрақ бойынша ДМ түрі, қосымша диагностика қажет)

= Жүкті Д., 26 жаста, жүктілік кезінде 24 апта бойы 75 грамм глюкозамен ауызша глюкозаға төзімділік сынамасын жүргізе отырып, ҚД скринингінен өтті, оның нәтижелері бойынша аш қарынға веноздық плазмадағы глюкоза деңгейі-6 ммоль/л, 1 сағаттан кейін-10,5 ммоль / л, 2 сағаттан кейін – 9 ммоль/л. ДСМ клиникалық хаттамасына сәйкес ҚР 2017 жылы жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңде ДМ бойынша алдын ала диагноз қойыңыз

- гестациялық қант диабеті
- 1 типті манифестті қант диабеті
- 2 типті манифестті қант диабеті
- манифестті қант диабеті (сұрақ бойынша ҚД түрі, қосымша диагностика қажет)
- 75 грамм глюкозасы бар ПГТТ нәтижелері нормаға сәйкес келеді, ҚД жоқ

= Жүкті В., 19 жаста, гестация кезеңінде 28 апта 75 грамм глюкозамен ауызша глюкозаға төзімділік сынағын өткізе отырып, ҚД скринингінен өтті, оның нәтижелері бойынша аш қарынға веноздық плазмадағы глюкоза деңгейі – 4,9 ммоль/л, 1 сағаттан кейін – 11 ммоль/л, 2 сағаттан кейін – 9,9 ммоль/л. ҚР ДСМ клиникалық хаттамасына сәйкес 2017 жылы жүктілік кезінде, босану кезінде және босанғаннан кейінгі кезеңде ҚД бойынша алдын ала диагноз қойыңыз

- гестациялық қант диабеті
- 1 типті манифестті қант диабеті
- 2 типті манифестті қант диабеті
- манифестті қант диабеті (сұрақ бойынша ДМ түрі, қосымша диагностика қажет)
- 75 грамм глюкозасы бар РГТТ нәтижелері нормаға сәйкес келеді, ДМ жоқ

= Жүкті О., 39 жаста, жүктілік кезінде 24 апта бойы 75 грамм глюкозамен ауызша глюкозаға төзімділік сынамасын жүргізе отырып, ҚД скринингінен өтті, оның нәтижелері бойынша аш қарынға веноздық плазмадағы глюкоза деңгейі-5,3 ммоль / л, 1 сағаттан кейін-10 ммоль / л, 2 сағаттан кейін – 10,9 ммоль/л. ДСМ клиникалық хаттамасына сәйкес ҚР 2017 жылы жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңде ҚД бойынша гестациялық ҚД кезінде жүргізудің негізгі тактикасы

- диеталық терапия және физикалық белсенділік
- гипертензияға қарсы препараттармен біріктірілген инсулин терапиясы
- қысқа әсер ететін препараттармен инсулин терапиясы
- ультра қысқа әсер ететін препараттармен инсулин терапиясы
- ұзақ әсер ететін препараттармен инсулин терапиясы

= Жүкті К., 39 жаста, акушер-гинекологқа бірінші рет барған кезде 9 апта ішінде семіздік анықталды (ИМТ = 31). Анамнез кезінде жүкті әйелдің әкесі 2 типті қант диабетімен ауырғаны анықталды. Бұл жағдайда дәрігердің тактикасы жүктілік кезінде, босану кезінде және босанғаннан кейінгі кезеңде ҚД бойынша 2017 жылғы ҚР ДСМ клиникалық хаттамасына сәйкес

- бірінші сапардан кейін ҚД скринингін тағайындау қажет
- 16-20 апта ішінде ҚД скринингін тағайындау қажет
- 20-24 апта жүктілік кезінде ҚД скринингін тағайындау қажет

- 24-28 апта жүктілік кезінде ҚД скринингін тағайындау қажет

- 28-32 апта жүктілік кезінде ҚД скринингін тағайындау қажет

= Жүкті Д., 26 жаста, жүктіліктің 24 аптасында "гестациялық қант диабеті" диагнозы қойылды. ҚР ДСМ 2017 жылғы жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңде ҚД бойынша клиникалық хаттамасына сәйкес ұтымды ем тағайындаңыз

<variant > емдеуді диеталық терапиядан бастау керек, бірақ өзін-өзі бақылаудың 1-2 аптасында гликемияның мақсатты деңгейіне жету мүмкін болмаған жағдайда инсулин терапиясын тағайындау керек

- емдеу диеталық терапиямен шектелуі керек

- емдеуді инсулин терапиясынан бастау керек

- емдеуді ауызша қантты төмендететін дәрілерден бастау керек

- шұғыл түрде босану керек

= Жүкті С., 34 жаста, жүктілік кезінде 30 апта әлсіздік, шаршау, бас ауруы, бас айналу, терінің құрғауы, шаштың түсуі туралы шағымдармен келді. ЖҚА нәтижелері бойынша: эритроциттер –  $2,9 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин – 60 г/л, МСН – 25 пг, МСНС – 30%, МСV – 70 фл, ЦП – 0,7, Нt – 30%, микроцитоз, анизоцитоз, лейкоциттер –  $6 \cdot 10^9 / л$ , тромбоциттер –  $200 \cdot 10^9/л$ . биохимиялық қан анализінің нәтижелері бойынша: Сарысу темірі – 8 мкмоль / л, ОЖСС – 90 мкмоль/л, TSat – 14%, ферритин – 10 мкг/л, Сарысу фолий қышқылы – 13 нг/мл, сарысу кобаламині – 600 пг/мл. ҚР ДСМ-нің 2019 жылғы клиникалық хаттамасына сәйкес жүкті әйелдердегі тапшы анемия бойынша алдын ала диагноз қойыңыз

- III дәрежелі темір тапшылығы анемиясы

- I дәрежелі фолий тапшылығы анемиясы

- B12-II дәрежелі тапшылық анемия

- I дәрежелі темір тапшылығы анемиясы

- II дәрежелі темір тапшылығы анемиясы

= Жүкті М., 20 жаста, жүктіліктің 31 аптасында әлсіздік, шаршау, бас ауруы, бас айналу, тілдегі ауырсыну мен жану, аяқтарының қаттылығы, тұру мен жүрудің тұрақсыздығы туралы шағымдармен келді. ЖҚА нәтижелері бойынша: эритроциттер –  $3 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин – 98 г/л, МСН – 36 пг, МСНС – 34%, МСV – 110 фл, ЦП – 1,9, Нt – 31%, макроцитоз, ретикулоциттер – 0,1%, лейкоциттер –  $4 \cdot 10^9/л$ , тромбоциттер –  $180 \cdot 10^9 / л$ . Қанның биохимиялық талдауының нәтижелері бойынша: Сарысу темірі – 20 мкмоль/л, ОЖСС – 50 мкмоль/л, TSat – 17%, ферритин – 60 мкг/л, Сарысу фолий қышқылы – 13 нг/мл, сарысу кобаламині – 50 пг/мл. ҚР ДСМ 2019 жылғы тапшы анемия бойынша клиникалық хаттамасына сәйкес жүкті әйелдерде ұтымды ем тағайындаңыз

- босанғанға дейін күн сайын цианокобаламинмен 1000 мкг емдеу

- фолий қышқылымен күніне 400 мкг темір сульфатымен 120 мг/күн сайын босанғанға дейін емдеу

- темірі жоғары диетамен шектелу жеткілікті

- темір сульфатымен емдеу 120 мг/күн сайын босанғанға дейін

- күніне 5 мг фолий қышқылымен және босанғанға дейін күніне 1000 мкг цианокобаламинмен емдеу

= Жүкті М., 25 жаста, жүктілік кезінде 29 апта әлсіздік, шаршау, бас ауруы, бас айналу туралы шағымдармен келді. ЖҚА нәтижелері бойынша: эритроциттер –  $2,8 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин – 97 г/л, МСН – 36 пг, MSNS – 34%, МСV – 110 fl, CPU – 1,6, Нt – 31%, ретикулоциттер – 0,1%, макроцитоз, лейкоциттер –  $4 \cdot 10^9/л$ , тромбоциттер –  $180 \cdot 10^9/л$ . биохимиялық қан анализінің нәтижелері бойынша: Сарысу темірі – 21 мкмоль / л, ОЖСС – 52 мкмоль/л, TSat – 18%, ферритин – 61 мкг/л, Сарысу фолий қышқылы – 1 нг/мл, сарысу

кобаламині-400 пг/мл. ҚР ДСМ-нің 2019 жылғы клиникалық хаттамасына сәйкес жүкті әйелдердегі тапшы анемия бойынша алдын ала диагноз қойыңыз

- II дәрежелі фолий тапшылығы анемиясы
- В12-І дәрежелі тапшылық анемия
- I дәрежелі темір тапшылығы анемиясы
- II дәрежелі темір тапшылығы анемиясы
- III дәрежелі темір тапшылығы анемиясы

= Жүкті С., 34 жаста, жүктілік кезінде 30 апта әлсіздік, шаршау, бас ауруы, бас айналу, терінің құрғауы, шаштың түсуі туралы шағымдармен келді. ЖҚА нәтижелері бойынша: эритроциттер –  $3 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин – 92 Г/л, МСН – 26 пг, МСНС – 31%, МСV – 72 фл, ЦП – 0,7, Нt – 31%, микроцитоз, анизоцитоз, лейкоциттер –  $4 \cdot 10^9 / л$ , тромбоциттер –  $210 \cdot 10^9 / л$ . Қанның биохимиялық талдауының нәтижелері бойынша: Сарысу темірі – 11 мкмоль/л, ОЖСС – 93 мкмоль/л, TSat – 15%, ферритин – 12 мкг/л, Сарысу фолий қышқылы – 13 нг/мл, сарысу кобаламині – 600 пг/мл. ҚР ДСМ 2019 жылғы тапшы анемия бойынша клиникалық хаттамасына сәйкес жүкті әйелдерде ұтымды ем тағайындаңыз

- темір сульфатымен емдеу 120 мг/күн сайын босанғанға дейін
- фолий қышқылымен күніне 400 мкг темір сульфатымен 120 мг/күн сайын босанғанға дейін емдеу
- босанғанға дейін күн сайын цианокобаламинмен 1000 мкг емдеу
- темірі жоғары диетамен шектелу жеткілікті
- күніне 5 мг фолий қышқылымен және босанғанға дейін күніне 1000 мкг цианокобаламинмен емдеу

= Жүкті Н., 39 жаста, жүктіліктің 30 аптасында әлсіздік, шаршау, бас ауруы, бас айналу, тілдегі ауырсыну және жану сезімдері туралы шағымдармен келді. ОАК нәтижелері бойынша: эритроциттер –  $3,3 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин – 101 г/л, МСН – 35 пг, MSNS – 36%, МСV – 111 fl, CPU – 1,7, Нt – 31%, ретикулоциттер – 0,1%, макроцитоз, лейкоциттер –  $4 \cdot 10^9/л$ , тромбоциттер –  $190 \cdot 10^9/л$ . биохимиялық қан анализінің нәтижелері бойынша: Сарысу темірі-22 мкмоль / л, ОЖСС – 52 мкмоль/л, TSat – 16%, ферритин – 62 мкг/л, Сарысу фолий қышқылы – 1,5 нг/мл, сарысу кобаламині-150 пг/мл. ҚР ДСМ 2019 жылғы жүкті әйелдердегі тапшы анемия бойынша клиникалық хаттамасына сәйкес ұтымды ем тағайындаңыз

- күніне 5 мг фолий қышқылымен және босанғанға дейін күніне 1000 мкг цианокобаламинмен емдеу
- темір сульфатымен емдеу босанғанға дейін күніне 120 мг
- босанғанға дейін күн сайын цианокобаламинмен 1000 мкг емдеу
- темірі жоғары диетамен шектелу жеткілікті
- босанғанға дейін күніне 400 мкг фолий қышқылымен емдеу

= Жүкті М., 25 жаста, жүктіліктің 30 аптасында әлсіздік, шаршау, бас ауруы, бас айналу, тілдегі ауырсыну және жану сезімі туралы шағымдармен келді. ОАК нәтижелері бойынша: эритроциттер –  $3,3 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин – 97 г/л, МСН – 36 пг, MSNS – 34%, МСV – 110 fl, CPU – 1,6, Нt – 31%, ретикулоциттер – 0,1%, макроцитоз, лейкоциттер –  $4 \cdot 10^9/л$ , тромбоциттер –  $180 \cdot 10^9/л$ . биохимиялық қан анализінің нәтижелері бойынша: Сарысу темірі-21 мкмоль / л, ОЖСС – 52 мкмоль/л, TSat – 18%, ферритин – 61 мкг/л, Сарысу фолий қышқылы – 1 нг/мл, сарысу кобаламині-400 пг/мл. ҚР ДСМ 2019 жылғы жүкті әйелдердегі тапшы анемия бойынша клиникалық хаттамасына сәйкес ұтымды ем тағайындаңыз

- босанғанға дейін күніне 5 мг фолий қышқылымен емдеу
- темір сульфатымен емдеу босанғанға дейін күніне 120 мг
- цианокобаламинмен емдеу күн сайын босанғанға дейін 1000 мкг/күн

- босанғанға дейін күніне 400 мкг фолий қышқылымен емдеу
- темірі жоғары диетамен шектелу жеткілікті

= Жүкті З., 28 жаста, жүктілік кезінде 24 апта ішінде "В12-ІІ дәрежелі тапшылық анемия" диагнозы қойылды. Жүкті әйелде фуникулярлы миелоз және мальабсорбция синдромы бар екені белгілі болды. ҚР ДСМ 2019 жылғы жүкті әйелдердегі тапшы анемия бойынша клиникалық хаттамасына сәйкес ұтымды ем тағайындаңыз

- қан көрсеткіштері қалыпқа келгенге дейін тәулігіне 2000 мкг цианокобаламинді енгізу арқылы в/м емдеу, содан кейін 1000 мкг/апта. 2 ай ішінде
- босанғанға дейін күніне 150 мкг цианокобаламинді ауызша қабылдау арқылы емдеу
- В12 дәрумені жоғары диетамен шектелу жеткілікті
- шұғыл босану қажет
- Еңбек және демалыс режимін қалыпқа келтіру, диетаға көбірек ет өнімдерін, алма қосу жеткілікті

= Жүкті М., 23 жаста, жүктілік кезінде 40 апта іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну шағымдарымен перзентханаға түсті. Жиырылу әр 8-9 минут сайын 30-35 секунд, әлсіз күш, орташа ауырсыну, 6 сағат бойы мазалайды. Қынаптық зерттеу кезінде жатыр мойнының ашылуы 3 см анықталады. ҚР ДСМ 2022 жылғы клиникалық хаттамасына сәйкес босану бойынша босану кезеңін анықтаңыз

- I босану кезеңі, жасырын кезең
- I босану кезеңі, белсенді кезең
- II босану кезеңі
- III босану кезеңі
- жалған толғақ

= Жүкті Г., 29 жаста, жүктілік кезінде 39 апта іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну шағымдарымен перзентханаға түсті. Жатырдың жиырылу әр 6-7 минут сайын 35-40 секунд, орташа күш, орташа ауырсыну, 9 сағат ішінде мазалайды. Қынаптық зерттеу кезінде жатыр мойнының ашылуы 5 см анықталады. ҚР ДСМ 2022 жылғы клиникалық хаттамасына сәйкес босану бойынша босану кезеңін анықтаңыз

- I босану кезеңі, белсенді кезең
- I босану кезеңі, жасырын кезең
- II босану кезеңі
- III босану кезеңі
- жалған толғақ

= Жүкті Ю., 18 жаста, жүктілік кезінде 41 апта іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну шағымдарымен перзентханаға түсті. Жатырдың жиырылу әр 2-3 минут сайын 40-45 секунд, орташа күш, орташа ауырсыну, 10 сағат бойы мазалайды. Қынаптық зерттеу кезінде жатыр мойнының толық ашылуы анықталады. ҚР ДСМ-нің 2022 жылғы клиникалық хаттамасына сәйкес босану бойынша босану кезеңін анықтаңыз

- II босану кезеңі
- I босану кезеңі, жасырын кезең
- I босану кезеңі, белсенді кезең
- III босану кезеңі
- жалған толғақ

= 29 жастағы әйелде ұрықтың шығуы кезеңінен бірнеше минут өткен соң плацентаның бөлінуі басталып, жатырдан қан кету пайда болды, ол 15 минутқа созылды, бұл ретте қан жоғалту көлемі 500 мл-ден аспады. 2022 жылғы ҚР ДСМ клиникалық хаттама сәйкес босануды жүргізу кезіндегі қан кетудің мөлшері сәйке келеді

- физиологиялық қан жоғалту
- I босану кезеңі, жасырын кезең
- I босану кезеңі, белсенді кезең
- II босану кезеңі
- бұл жағдайда босанғаннан кейінгі қан кету пайда болды

= Жүкті Т., 42 жаста, жүктілік кезінде 39 апта іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну туралы шағымдармен перзентханаға түсті. Жатыр жиырылу әр 3-4 минут сайын 40-45 секунд, орташа күш, орташа ауырсыну, 11 сағат бойы мазалайды. Қынаптық зерттеу кезінде жатыр мойнының ашылуы 7 см анықталады. ҚР ДСМ 2022 жылғы клиникалық хаттамасына сәйкес босану бойынша босану кезеңін анықтаңыз

- I босану кезеңі, белсенді кезең
- I босану кезеңі, жасырын кезең
- II босану кезеңі
- III босану кезеңі
- жалған толғақ

= Жүкті В., 19 жаста, жүктілік кезінде 40 апта іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну туралы шағымдармен келді. Жамбас өлшемдері: 26-26-31-17 см (d. spinarum, d. cristarum, d.trochanterica, c.externa). Жамбастың мөлшері мен пішінін анықтаңыз

- анатомиялық тар жамбас плоскорихитикалық түрі бойынша
- қалыпты жамбас
- кең жамбас
- жалпы біркелкі тарылған түрі бойынша анатомиялық тар жамбас
- көлденең тарылған жамбас

= Жүкті В., 19 жаста, жүктілік кезінде 40 апта іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну туралы шағымдармен келді. Жамбас өлшемдері: 24-26-28-18 см (d. spinarum, d. cristarum, d.trochanterica, c.externa). Жамбастың мөлшері мен пішінін анықтаңыз

- жалпы біркелкі тарылған түрі бойынша анатомиялық тар жамбас
- қалыпты жамбас
- кең жамбас
- анатомиялық тар жамбас плоскорихитикалық түрі бойынша
- көлденең тарылған жамбас

= Жүкті әйелде и., 32 жаста, жүктілік кезінде 36 апта, сыртқы акушерлік зерттеу кезінде ұсынылған бөлік анықталмайды, бірақ сол жақта ұрықтың дөңгелек пішінді үлкен бөлігі, ал оң жақта жұмсақ консистенцияның үлкен бөлігі пальпацияланады. Ұрықтың орны мен позициясын анықтаңыз

- ұрықтың көлденең орналасуы, I позиция
- ұрықтың көлденең орналасуы, II позиция
- ұрықтың бойлық жағдайы, I позиция
- ұрықтың бойлық жағдайы, II позиция
- ұрықтың қиғаш орналасуы, II позиция

= Жүкті С., 33 жаста, жүктілік кезінде 39 апта сыртқы акушерлік зерттеу кезінде ұрықтың басы жатыр түбінде анықталады, жамбас ұшы кіші жамбастың кіреберісінде орналасқан. Қынаптық зерттеу ұрықтың екі аяғының да келіп тұрғанын анықтады. Ұрықтың орналасуына сәйкес босану тактикасын анықтаңыз

- жоспарлы кесарь тілігі
- тәжірибелі акушер-гинекологтың табиғи босануын жүргізу
- шұғыл кесарь тілігі

- акушерлік жәрдемақы көрсете отырып
- босанған әйелдің өтініші бойынша тәуелсіз босану және жоспарланған кесер бөлімі мүмкін

= Жүкті әйелде К., 28 жаста, жүктілік кезінде 37 апта, сыртқы акушерлік зерттеу жүргізу кезінде ұрықтың басының кіші жамбастың кіреберісінен жоғары орналасуы анықталады. Қынаптық зерттеу кезінде қас доғалары, мұрын, ауыз, сондай-ақ оң жақта симфизде орналасқан иек анықталды. Ұрықтың қай бөлікпен келуін, орналасуын және позиция түрін анықтаңыз

- ұрықтың бойлық жағдайы, бас тұсаукесері (бет), артқы түрі
- ұрықтың бойлық жағдайы, бас тұсаукесері (алдыңғы бас), алдыңғы түрі
- ұрықтың бойлық жағдайы, бас тұсаукесері (желке), алдыңғы түрі
- ұрықтың бойлық жағдайы, бас тұсаукесері (алдыңғы басы), артқы түрі
- ұрықтың төгілу жағдайы, жамбас тұсаукесері, артқы көрінісі

= Жүкті Л., 18 жаста, жүктілік кезінде 38 апта сыртқы акушерлік зерттеу кезінде ұрықтың басы жатыр түбінде анықталады, жамбас ұшы кіші жамбастың кіреберісінде орналасқан. Қынаптық зерттеу ұрықтың жамбасы, жамбас қуысының кіреберісіне тірелгенін көрсетеді. Ұрықтың орналасуын және қай бөлікпен келгенін анықтаңыз

- ұрықтың бойлық жағдайы, жамбас тұсаукесері (таза бөксе)
- ұрықтың бойлық жағдайы, бас тұсаукесері
- ұрықтың бойлық жағдайы, жамбас тұсаукесері (толық аяқ)
- ұрықтың бойлық жағдайы, жамбас тұсаукесері (толық емес аяқ)
- ұрықтың бойлық жағдайы, жамбас тұсаукесері (аралас глутеальды)

= Жүкті В., 23 жаста, жүктілігі дәрігердің бақылауында болмаған, жүктіліктің 38 аптасында, толғақ басталғаннан кейін төрт сағаттан кейін қатты қан кетті. Қынаптық зерттеу барысында жатыр мойны 3 см ашық екендігі анықталды, ал ішкі жұтқыншақтың бүкіл аймағы плацентамен жабылған. Плацента патологиясы бойынша 2017 жылғы ҚР ДСМ клиникалық хаттамасына сәйкес Сіздің жүргізу тактикаңыз

- шұғыл кесариялық операция
- жүкті әйелдердің патология бөліміне жатқызу
- 38 аптада ауруханаға жатқызу
- 37 аптадағы босану индукциясы
- жоспарлы кесариялық операция

= Жүкті А., 45 жаста, жүктіліктің 35 аптасында іштің төменгі бөлігіндегі қатты ауырсынуға шағымдармен келді. Жатырдың ұлғаюы, кернеуі және ауыруы. Ультрадыбыстық зерттеу кезінде плацентаның жатырдың артқы қабырғасында орналасуы анықталады, плацентаның базальды беті мен жатыр қабырғасы арасында эхонегативті аймақ байқалады. Алдын ала диагноз қойыңыз

- қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын бөлінуі
- плацентаның толық емес (ішінара) презентациясы
- плацентаның шеткі презентациясы
- плацентаның толық (Орталық) презентациясы
- төмен плацента

= Жүкті әйел Е., 42 жаста, жүктілік кезінде 36 апта бойы қынаптан қанды дақтар болғанына шағымданып түсті. Ультрадыбыстық зерттеу кезінде плацентаның төменгі жиегінің жатырдың ішкі жұтқыншағынан 3 см қашықтықта орналасуы анықталды. Патология бойынша 2017 жылғы ҚР ДСМ клиникалық хаттамасына сәйкес Сіздің одан әрі жүргізу тактикаңыз

- шұғыл кесариялық операция
- жүкті әйелдердің патология бөліміне жатқызу
- 38 аптада ауруханаға жатқызу
- 37 аптадағы босану индукциясы
- жоспарлы кесариялық операция

= Босанған А., 23 жаста, өздігінен босанғаннан кейін 9-шы күні дене температурасының 390с-қа дейін көтерілуіне, іштің төменгі бөлігіндегі нәзіктікке, жағымсыз иіспен қынаптан іріңді ағуға шағым түсті. АД 120/80 мм. сын.бағ. ст., импульс минутына 90 соққы.

Щеткин-Блюмберг симптомы теріс. Жалпы қан анализінде: лейкоциттер –  $18 \cdot 10^9$ /л, лейкоциттердің солға сдысуы, ESR – 25 мм / сағ. Жамбас мүшелерінің трансвагинальды ультрадыбыстық зерттеуінде жатырдың көлемінің ұлғаюы және оның алдыңғы-артқы мөлшері байқалады, жатыр қуысында некрозға ұшыраған децидуальды қабықтың, қан ұйығыштарының және плацентарлы тіндердің қалдықтарының сақталу белгілері бар. ҚР ДСМ КХ "Босанғаннан кейінгі эндометрит" 2017 жыл на сәйкес диагностикалық алгоритмнің одан әрі тактикасы

- гистероскопия жүргізу
- жатыр қуысының аспирациясы
- микробқа қарсы терапияны тағайындау
- кристаллоидты инфузия
- жедел гистрэктомия

= Жүкті В., 30 жыл, жүктілік мерзімі 10 апта, II қан тобы бар, резус-оң. Баланың биологиялық әкесі II қан тобына ие, бірақ резус-теріс екені белгілі. Бұл жағдайда ана мен ұрықтың резус келіспеушілік қақтығысы мүмкін бе

- ұрықтың қандай Rh факторын мұра еткеніне қарамастан, RH қақтығысы мүмкін емес
- иә, егер ұрық әкесінің Rh факторын мұра етсе
- иә, егер ұрық ананың Rh факторын мұра етсе
- егер ұрық әкесінің Rh факторын мұра етпесе, жоқ
- егер ұрық ананың Rh факторын мұра етпесе, жоқ

= Жүкті Д., 20 жыл, жүктілік мерзімі 11 апта, III қан тобы бар, Rh-теріс. Баланың биологиялық әкесінің III қан тобы бар екені белгілі, бірақ RH оң. Бұл жағдайда ана мен ұрықтың резус келіспеушілік қақтығысы мүмкін бе

- иә, егер ұрық әкесінің Rh факторын мұра етсе
- иә, егер ұрық ананың Rh факторын мұра етсе
- егер ұрық әкесінің Rh факторын мұра етсе, жоқ
- ұрықтың қандай Rh факторын мұра еткеніне қарамастан, RH қақтығысы мүмкін емес
- Резус қақтығысы кез келген жағдайда болады

= 25 жастағы перзентхана гинекологқа дене температурасының 370С дейін көтерілуіне, емізіктердің қызаруына және лактация кезіндегі ауырсынуға шағымдармен келді. Тексеру кезінде сүт безі симметриялы, жұмсақ, ауырады. Емізіктен бөліну-уыз сүті. Емізік аймағындағы жарықтар мен гиперемия көрінеді. Жалпы қан анализінде: лейкоциттер-  $6 \cdot 10^9$  / л. Бұл жағдайда емшек сүтімен емізу принциптерінің қайсысы бұзылған деп есептейсіз

- үшінші қағида – кеудеге дұрыс қолдану
- бірінші қағида – босанғаннан кейін бірге болу
- екінші қағида – кеудеге ерте қолдану
- төртінші қағида – кеуде алмастырғыштарынан бас тарту
- бесінші қағида-сұраныс бойынша тамақтандыру

= 27 жастағы Т. перзентхана дене температурасының 380С дейін көтерілуі, жалпы әлсіздік, оң жақ сүт безіндегі ауырсыну, сүтті шығару қиындықтары туралы шағымдармен түсті. Сүт безін тексеру кезінде оң жақ сүт безінің көлемінің ұлғаюына байланысты асимметрия байқалады, онда жарықтар, гиперемия, гипертермия, шиеленіс және нәзіктік байқалады. Пальпация кезінде оң жақ м/ф жоғарғы-сыртқы квадрантта тығыз ауырсыну инфильтраты байқалады. Жалпы қан анализінде: лейкоциттер –  $10 \cdot 10^9 / л$ , лейкоциттер формуласының солға сдсуы, ESR-25 мм/сағ. алдын ала диагноз қойыңыз

- лактация маститі
- лактостаз
- сүт безінің фиброаденомасы
- кистозды мастопатия
- ішілік папиллома

= 26 жастағы босанған әйел тамақтандыру кезінде ыңғайсыздық пен дискомфорттық жағдайға шағымданады, бала сорғаннан кейін әйел жеңілдейді. Тексеру кезінде сүт безі симметриялы, тығыздалған, ауырады. Гиперемия, гипертермия және ісіну жоқ. Жалпы қан анализінде: лейкоциттер- $5 \cdot 10^9 / л$ , ESR-8 мм/сағ. алдын ала диагноз қойыңыз

- лактостаз
- лактация маститі
- сүт безінің фиброаденомасы
- кистозды мастопатия
- ішілік папиллома

= М. жүкті әйелде жүктіліктің 32 аптасында КТГ бойынша окситоцинді тестті жүргізгенде ерте децелерацияның болуы байқалды, әдетте, бұл көрсетеді

- ұрықтың өлімі
- ұрықтың жақсы жағдайы туралы
- ұрықтың қиналуының алғашқы белгілері туралы
- ұрық қиналуының айқын белгілері туралы
- ұрық жағдайының нашарлауына дайын болу

= Жүкті С., 29 жаста, жүктілігі 32 апта. Объективті: ұрықтың орналасуы бойлық. Ұрықтың баспен келуі - кіші жамбастың кіреберісінен жоғары. Жыныс жолдарынан бөлінділер жоқ. КТГ деректері: ұрықтың жүрек соғысының базальды жиілігі 90 рет/мин, осциляция 5-7 рет/мин, ұрықтың 7 қозғалысы тіркелген. Стрессіз тест - 20-25 соққы / мин. Толғақтар тіркелмеген. Доплерометрия нәтижелері: плацентарлы қан ағымының бұзылмағанын көрсетті. Жүргізу тактикасын анықтаңыз

- дереу госпитализацияны қажет ететін ауытқулар
- қалыпты көрсеткіштер
- мәліметтерді ажырату мүмкін емес – КТГ жазбасын қайталау
- шамалы ауытқулар – ұрықтың қосымша УДЗ жүргізу
- шамалы ауытқулар – КТГ жазбасын 3 күннен кейін қайталау

= Жүкті әйел А., 32 жаста, жүктілігі 34 апта. Объективті: ұрықтың орналасуы бойлық. Ұрықтың басымен келуі - кіші жамбастың кіреберісінен жоғары. Ұрықтың жүрек соғысы анық, ырғақты, минутына 136 рет. Жыныс жолдарынан бөлінділер жоқ. КТГ деректері: ұрықтың жүрек соғысының базальды жиілігі 140 рет/мин, осциляциялар 3-5 рет/мин, ұрықтың 7 қозғалысы тіркелген. Стрессіз тест - 10-15 соққы / мин. Толғақтар тіркелмеген. Ультрадыбыстық зерттеуге сәйкес, ұрықтың болжамды салмағы 2400 г құрайды. Доплерометрия бойынша – жатыр-плацентарлы қан ағымына кдергінің жоғарылауы.

- Ұрық-плацентарлы қан ағымы бұзылмаған. Келесі тактика қандай
- КТГ деректері қалыпты шектерде – КТГ 3 күннен кейін қайталады

- КТГ деректері нормадан тыс – шұғыл госпитализация
- КТГ деректері нормадан сәл ауытқиды, кейіннен жоспарлы оспитализациямен қосымша тексеру қажет
- КТГ жазбасын 2 сағаттан кейін қайталаңыз
- Қалыпты диапазондағы КТГ көрсеткіштері – жоспар бойынша қаралуға келу

= Есепке тұру кезінде әйелдің қанындағы глюкоза 6,8 ммоль/л болса. Әйелді қандай маманға кеңес беру керек

- Эндокринолог
- Кардиолог
- Нефролог
- Гастроэнтеролог
- Терапевт

= Жүкті әйел К. кезекті қаралуға келгенде Диагнозы: Жүктілік 30 апта 4 күн. ЖТБ - 30 см. Бұл мәнді қалай түсіндіруге болады

<variant > Норма

- суаздық
- ұрықтың құрсақішілік дамуының кідіруі
- гестация уақытына аз салмақты ұрық
- үлкен ұрық

= Жүкті әйел А.-да жүктіліктің 24 аптасында ЖЗА-де кетон денелері табылды. Жүргізу тактикасы

- Қандағы қант мөлшерін анықтау + эндокринологтың кеңесі
- Гастроэнтерологтың кеңесі+іш қуысының УДЗ
- Урологтың кеңесі, дәрігердің ұсыныстарын орындау
- Шұғыл ауруханаға жатқызу
- Ұрықтың УДЗ + генетиктің кеңесі

= Жүкті әйел Д. учаскелік акушер-гинекологтың кезекті қабылдауында АҚ 150/100 мм.сын.бағ жоғарылауы тіркелген. Жүктілік 18 апта + 5 күн. ЖҚА – гемоглобин 117 г/л, ТК 0,8%, эрит. 4,0\*10<sup>12</sup>/л, лейкоц. 6\*10<sup>9</sup>/л, тромбоциттер 310\*10<sup>9</sup>/л, ЭТЖ 10 мм/сағ. ЖЗА – салыстырмалы тығыздығы 1015, белок – 0 г/л, лейкоц. 2- көру алаңында, эрит. 0 көру алаңында, эпит. 1-2 көру алаңында. Коагулограмма фибриноген 4,0 г, АЧТВ - 20 сек, тромбиндік уақыт 17 сек. Диагноз қою қажет

- Созылмалы гипертензия
- Гестациялық гипертензия
- Алғашқы басталған гипертензия
- Эссенциалды гипертензия
- Өршу сатысындағы АГ

= Ж. жүкті әйелде ЖҚА-да Нв 109 г/л. Бұл анемия деп саналады ма

- Иә, жеңіл дәрежедегі анемия
- Жоқ, жүкті әйелдер үшін бұл көрсеткіш қалыпты
- Жоқ, талдауды бір аптадан кейін қайталау керек
- Иә, бірақ тамақтану режимін реттеу жеткілікті
- Жоқ, талдауды бір айдан кейін қайталау

= Жүкті К. диагнозы: Жүктілік 25 апта 5 күн. ЖЗА-да белок 0,4 г/л, АҚ 110/70 мм сын.бағ., аяқтарда шамалы ісіну. Одан әрі жүргізу тактикасы

- Гипертензиясыз жүктілікке байланысты протеинурия және ісіну – бақылау мақсатында госпитализациялау
- Жеңіл преэклампсия – амбулаторлық бақылау мүмкін
- Ауыр преэклампсия – босану үшін госпитализация
- Жүктіліктен туындаған протеинурия және ісіну - динамикалық бақылау - бір аптадан кейін қаралуға келу + зәрде ақуызды анықтау
- Созылмалы артериялық гипертензияның көріністері – амбулаторлық жағдайда қан қысымын + зәрдегі ақуызды бақылау

= Жүкті әйел Б. 18 апта 4 күн ЖҚА-да Нв 98 г/л. Жүргізу тактика

- сарысулық темірді, В12 витаминін, фолаттарды, ферритинді тапсыру
- коагулограмма, сарысулық темір тапсыру, ФГДС жүргізу
- коагулограмма, қан Б/Х-н, сарысулық темір, В12 витамині, фолаттар, ферритин тапсыру, құрсақ қуысының УДЗ.
- гематология бөлімшесіне шұғыл госпитализация
- терапевтік бөлімге шұғыл госпитализациялау

= Жүкті Д. жүктілік 26 апта 1 күн ЖЗА-де ақуыз 0,4 г/л. Бұл көрсеткіш қандай протеинурияға жатады

- Патологиялық
- Физиологиялық
- Жүре пайда болған
- Созылмалы
- Ауыр

= Ұрықтың модификацияланған биофизикалық профилі мыналарды қамтиды

- Амниотикалық индекс және стресстік емес тест нәтижелері
- Амниотикалық индекс және ұрықтың тыныс алу қозғалысы
- Стресссіз тест нәтижесі және ұрықтың қозғалыс белсенділігі
- Ұрықтың бұлшықет тонусы және ұрықтың тыныс алу қозғалысы;
- Ұрықтың белсенділігі және стресстік емес тест нәтижелері

= Жүкті Ф.-ның жүктілігі 32 апта 3 күн. ЖҚА: Нв 133 г/л, Ле 8,9x10<sup>9</sup>/л, Эр 4,40x10<sup>12</sup>/л, ТК - 0,85, Гематокрит-0,376, Тром 145x10<sup>9</sup>/л, ЭТЖ 25 мм/сағ. Талдау деректерін декодтау

- тромбоцитопения
- орташа лейкоцитоз
- аздаған эритроцитоз+лейкоцитоз
- тромбоцитоз
- лейкоцитопения

= Жүкті Г.-ның жүктілігі 13 апта 2 күн, пренаталдық скринингте ПФР деңгейі 8,3 пг/мл. Жүргізу тактикасын анықтаңыз

- Эксперттік УДЗ 2 + ПФР қайта тапсыру
- Генетиктің шұғыл кеңесі
- Жоспар бойынша ұрықтың УДЗ 2 +
- Шұғыл түрде УДЗ қайталау + ПФР қайта қабылдау
- Шұғыл түрде УДЗ-ға жіберу, 2-ші және 3-ші триместрде қайталау

= Наукас М. Жүктілік 24 апта. Жалпы әлсіздікке, мазасыздыққа, бас айналуға шағымданады. Жалпы қан анализінде: эритроциттер – 2,7 x 10<sup>12</sup>/л, гемоглобин – 90 г/л,

анизоцитоз, пойкилоцитоз, бірең-сараң мегалобластар, мегалоциттер, ретикулоциттер – 0,2%. Науқасқа қандай қосымша зертханалық зерттеулер жүргізу керек

- Қан сарысуындағы темір концентрациясы, сарысу ферритині
- Коагулограмма
- Бүйрек УДЗ, ЖЗА
- В12 витаминінің, сілтілі фосфатазаның деңгейін зерттеу
- Қандағы глюкоза, жалпы билирубин, тура билирубин

= Науқас А, 29 жаста. Жүктіліктің 41 аптасында тексеріске келді. ЖТБ - 38 см, іш айналымы - 115 см. Жамбас өлшемдері: 26-28-32-20 см. Ұрықтың басы кіші жамбас кіре берісінен жоғары, ұрық басының сүйектері тығыз. Қынаптық тексеруде: жатыр мойны ұзындығы 3 см, артқа қисайған, тығыз, сыртқы ернеу саусақ ұшын өткізеді, ішкі ернеу жабық. Ауруханада бұл науқас госпитализацияның қандай деңгейіне жатады

- 2
- 1
- 3
- Үйде босана алады
- Ана мен бала ұлттық орталығына госпитализация

= Науқас Н., 26 жаста, жүктіліктің 10 аптасында есепке тұрған. Анамнезі: жүктілік 3, босану 1. Резус конфликтке байланысты екінші жүктіліктің үзілуі. Бұл жүктілік асқынусыз өтіп жатыр. Жүкті әйелдің шағымы жоқ. Барлық зертханалық зерттеулер қалыпты шектерде болды. Қан тобы 1(0), Rh факторы теріс. Анасының қанында резус-антиденелер болмаған кезде және баланың әкесінің резус-оң қанында Адамның резусқа қарсы иммуноглобулин RHO(D) жүктіліктің қай уақытында тағайындалады

- 28 апта
- 25 апта
- 31 апта
- 32 апта
- 26 апта

= Егер гравидограмма бойынша ЖТБ, ЖТБ таралуының 10-нан төмен немесе 90-процентінен жоғары болса, онда ұрықтың дамуын бағалау үшін қандай аспаптық зерттеулер жүргізу керек

- ұрықтың УДЗ және амниотикалық сұйықтық мөлшерін анықтау
- амниотикалық сұйықтықтың мөлшерін анықтау жеткілікті
- Инвазивті пренатальды диагностика
- Ұрықтың УДЗ
- Инвазивті пренатальды диагностика және ұрықтың УДЗ

= Қайталама жүктілік, алғаш босанушы М., 27 жаста, жүктіліктің 39 аптасы 3 күн, әйелдер кеңесінің дәрігеріне екінші рет қабылдауға келді. Бір күн бұрын кардиотокография жасалды. Келесі параметрлер анықталды: жүректің базальды жиырылу жиілігі минутына 138-142 рет, осциляция 1 минутта 5, осциляция амплитудасы 1 минутта 12, спорадикалық акцелерациялар байқалады, децелерациялар жоқ. Ұрықтың жүрек қызметінің бұл күйі келесідей бағаланады

- Ұрықтың қалыпты жағдайы
- Тіршілік әрекетінің бұзылуының алғашқы белгілері
- Тіршілік әрекетінің бұзылуының орташа белгілері
- Ұрық жағдайының айқын өзгерістері
- Ұрықтың критикалық жағдайы

= Наукас М. Жүктілік 20 апта. Дене қызуының 38С дейін көтерілуіне, жалпы әлсіздікке, зәр шығару жиілігінің жоғарылауына, тәбетінің болмауына, жүрек айнуына, тәулігіне 7 ретке дейін құсуға шағымданады. Объективті: терісі бозғылт, құрғақ, тілі таза, ылғалды. Пульс минутына 90 соққы. АҚ 100/70 мм сын. бағ., сүт бездері ұлғайған, керілген. Бимануальды тексеру: сыртқы жыныс мүшелері дұрыс дамыған, қынаптың және жатыр мойнының шырышты қабаты цианозды, күмбездері бос. Жатыр қалыпты орналасқан, жұмсарған, жаңа туған нәрестенің басының көлеміне дейін ұлғайған, қосалқылары ұлғаймаған. ҚР ДСМ №92 бұйрығы бойынша дәрігердің одан әрі тактикасы

- терапевтік бөлімшеге жатқызу
- жүктілікті үзу
- нефрологқа жіберу
- қосымша зерттеу әдістерін тағайындау
- перзентханаға жатқызу

= Наукас М., 30 жаста. Жүктіліктің 16 аптасында жоспарланған тексеріске келді. Шағымдары жоқ. Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық. АҚ 110/80 мм сын.бағ. Зертханалық мәліметтер: ЖҚА – гемоглобин 117 г/л, ТК 0,8%, эрит. 4,0\*10<sup>12</sup>/л, лейкоц. 6\*10<sup>9</sup>/л, тромбоциттер 310\*10<sup>9</sup>/л, ЭТЖ 10 мм/сағ. ЖЗА– салыстырмалы тығыздығы 1015, белок – 0 г/л, лейкоц. 2-3 көру алаңында, эрит.. 0 көру алаңында, эпит. 1-2 көру алаңында. Генетикалық скрининг нәтижесі: барлық синдромдар үшін төмен қауіп. ХГЧ 2,28 нг/мл, РА\_DBS 1,3U/л, ТВП 0,95 мм. Акушер-гинекологтың тактикасы

- Медициналық генетикке жүгіну
- Қосымша ұрықтың УДЗ тағайындау
- ұрықтың КТГ
- Инвазивті пренатальды диагностика
- Келесі кездесуді белгілеу

= Наукас А. 35 жаста. Үшінші жүктілік 11 апта. Етеккірдің болмауына, таңертең жүрек айнуына, иіс сезудің бұрмалануына шағымданады. Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық, АҚ 120/80 мм сын.бағ. Қынап айнасымен қараған кезде: қынаптың және жатыр мойнының шырышты қабаты цианозды. Бимануальды тексеру: сыртқы жыныс мүшелері дұрыс дамыған, қынап тар, жатыры антефлексио-версио, қаз жұмыртқасына дейін ұлғайған, бөліністері ақшыл. Дәрігерге ұрықтың даму ақауларын анықтауға қандай аспаптық тексеру түрі көмектеседі

- Ұрықтың УДЗ
- ҚТГ
- Гормоналды зерттеу
- PID
- Лапароскопия

= Наукас Д. Жүктіліктің 25 аптасы. Жоспарланған тексеріске келді. Ешқандай шағым жоқ. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық АҚ 120/80 мм сын. бағ. Қарап тексергенде жатыр қозғыш емес, ауырсынусыз. Ұрықтың қалпы бойлық, баспен келу, жүрек соғысы 154 рет минутына. Патологиялық бөліністер жоқ. ЖЗА: салыстырмалы тығыздығы 1025, белок – 0 г/л, лейкоц. 2-3 көру алаңында, эрит 0 көру алаңында, эпит. 1-2 көру алаңында. Акушер-гинеколог келесі жоспарланған тексерісті тағайындайды. Жүкті әйел жүктіліктің 30-32 аптасында қандай анализдерден өтуі керек

- RW, АИВ, ЭКГ, белокқа зәр анализі, ЖҚА
- Ұрықтың УДЗ, ЭКГ, белокқа зәр анализі, жалпы қан анализі, коагулограмма, қан биохимиясы
- АИТВ, ЭКГ, зәр анализі белокқа, қан тобы, Rh факторына антиденелер
- Бүйрек УДЗ, стоматолог, жалпы қан анализі, жалпы зәр анализі

- ЭКГ, белокқа зәр анализі, жалпы қан анализі, КТГ, доплерометрия

= 24 жастағы әйел етеккірдің кешігуіне шағымданып келді. Соңғы етеккір есінде жоқ. Науқасты таңертең жүрек айнуы мен құсу мазалайды. Неке құрғанына 6 ай болды. Жүктіліктен қорғалмаған. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Бойы 160 см, салмағы 56 кг. АҚ 120/80 - 115/70 мм сын.бағ. Пульс 76 рет/мин., ырғақты. Қолында ХГЧ нәтижелері бар - 6000 бірлік. Акушерлік тексеру: сыртқы жыныс мүшелері дұрыс қалыптасқан. Жатыр мойны мен қынаптың шырышты қабаты цианозды. Жатыр әйелдің жұдырығындай ұлғайған, жұмсарған, әсіресе қылта (перешеек) тұсында, алдыңғы жаққа еңкейген. Қосалқылар пальпацияланбайды. Бөліністер орташа, ақшыл. Хорионикалық гонадотропиннің қандағы ең жоғары концентрациясы жүктіліктің қай уақытында тіркеледі

- 8-10 апта
- 5-6 апта
- 14-16 апта
- 35-37 апта

- адам хорионикалық гонадотропинінің концентрациясы жүктіліктің барлық кезеңінде тұрақты

= 24 жастағы әйел етеккірдің кешігуіне шағымданып келді. Соңғы етеккір есінде жоқ. Науқасты таңертең жүрек айнуы мен құсу мазалайды. Неке құрғанына 6 ай болды. Жүктіліктен қорғалмаған. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Бойы 160 см, салмағы 56 кг. АҚ 120/80 - 115/70 мм сын.бағ. Пульс 76 рет/мин., ырғақты. Қолында ХГЧ нәтижелері бар - 6000 бірлік. Акушерлік тексеру: сыртқы жыныс мүшелері дұрыс қалыптасқан. Жатыр мойны мен қынаптың шырышты қабаты цианозды. Жатыр әйелдің жұдырығындай ұлғайған, жұмсарған, әсіресе қылта (перешеек) тұсында, алдыңғы жаққа еңкейген. Қосалқылар пальпацияланбайды. Бөліністер орташа, ақшыл. Бірінші жоспарланған скринингтік ультрадыбыстық зерттеу қашан жасалады

- 11-13 аптада
- Етеккірдің бірінші кідіруінен кейін
- кідірген етеккірден кейін 2-3 аптадан кейін
- 18-20 аптада
- Қаралу және жүктілік фактісін анықтау кезінде

= Қабылдауда жүкті А., 24 жаста. Алмасу картасына сәйкес, босанудың күтілетін күні 2 апта бұрын болды. 2 күн бойы ұрықтың нашар қозғалысын, бел аймағындағы ауырсынуды атап өтеді. Жүктілік бірінші, жүктіліктің ІІ триместрінде қауіп құбылыстары болды. Жүктіліктің 20-22 аптасында стационарлы емделуге жатқызылды. Объективті: бойы 170 см, салмағы 82 кг. АҚ 120/80, 115/80 мм сын.бағ., Ps 72 соққы/мин., ырғақты. Тері қалыпты түсті. Ішкі ағзалар жағынан патология анықталмады. Іш айналымы 90 см, ЖТБ 34 см. Ұрықтың орналасуы бойлық, басы кіші жамбастың кіреберісіне қысылған. Ұрықтың жүрек соғысы тұйықталған (приглушено), жиілігі 120 рет/мин., ырғақты. Физиологиялық функциялары қалыпты. Мерзімінен кеш туылған нәрестелерден не күтуге болады

- Қол мен аяқтың ұзын тырнақтары
- Жұмсақ тіндердің, әсіресе тері астындағы майдың ұлғаюы
- Терінің құрғауы, салбырауы және қабыршақтануы
- Терінің көкшіл реңі
- Ішкі мүшелердің кері дамуы

= Әйел 23 жаста, жүктіліктің 7 аптасында есепке тұрды. Бұрын асқынусыз 1 рет жасанды түсік жасатқан. Бұл жүктілік асқынусыз өтті. Тексерулерден өткен. 10 күннен кейін

тексеріліске келу. Жүкті әйелдің шағымы жоқ. Қан тобы 1(0), Rh факторы теріс. Адамның резусқа қарсы иммуноглобулин RHO(D) тағайындау қай кезде қолайлы

- 28-30 апта
- 10-12 апта
- 16-18 апта
- 20-24 апта
- 8-10 апта

= Жүкті Р., 32 жаста, қабылдауға бір сағат бұрын пайда болған, жыныс жолдарынан қанды бөліністерге, іштің өткір жергілікті ауырсыну сезіміне шағымдарымен келді, бір реттік құсу болды. Анамнезінен: қызылша, тонзиллит, тұмаумен ауырған, бірінші дәрежелі гипертониямен ауырады. Екінші неке. Бұл жүктілік бесінші, бірінші - асқынусыз жедел босанумен аяқталды, содан кейін үш медициналық түсік, соңғысы - жатыр қуысын қайталанбалы қыру жүргізілді. Бұл жүктілік бірінші жартыжылдықта қан қысымының мерзімді жоғарылауымен жалғасты. 1-дәрежелі гипертензия бойынша жалпы тәжірибелік дәрігердің бақылауында болды, гипертензияға қарсы препараттар қабылдаған. Ол бір апта бұрын ауруханаға жатқызудан бас тартты. Қарап тексергенде тері жамылғысы бозғылт, пульс 94 рет/мин., ырғақты, АҚ 130/90, 120/80 мм с.б.б. Іш айналымы 96 см, ЖТБ 38 см. Жатыр кернелген, алдыңғы қабырғасы ауырсынады. Ұрықтың бөліктерін анықтау қиын. Ұрықтың орналасуы бойлық, ұрықтың басы кіші жамбас кіреберісінен жоғары. Ұрықтың жүрек соғысы 110 рет минутына, ырғақты, тұйық(глухое). Ұрықтың гипоксиясының белгісі

- Ұрықтың брадикардиясы
- Анасында тахикардия
- Іштің ауыруы
- қан бөліністерінің болуы
- Жатырдың гипертонусы

= Науқас М., 30 жаста. Жүктіліктің 40 аптасында жоспарланған тексеріске келді. Шағымдар жоқ. Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық. АҚ 110/80 мм сын.бағ. Жатыр қозғыш емес, ауырсынусыз. Ұрықтың орналасуы бойлық, баспен келу, жүрек соғысы анық, ырғақты. Ол ұрықтың ультрадыбыстық зерттеуінен өз бетімен өтті. Қорытынды: Суаздық. Мерзімі жетілген жүктілік кезіндегі амниотикалық сұйықтықтың физиологиялық мөлшері

- 1001 - 1500 мл
- 500 мл
- 501 - 1000 мл
- 1501 - 2000 мл
- 2000 мл және одан да көп

= Жүктіліктің 27 аптасы, диамниотикалық дихорионды егіздер тексеріске босанғанға дейінгі декреттік демалыс алуға келді. Шағымдар жоқ. Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық. АҚ 110/80 мм сын.бағ. Жатыр қозғыш емес, ауырсынусыз. 1-ұрықтың қалпы бойлық, басымен келу, жүрек соғысы анық, ырғақты. 2-ұрық бойлық орналасу, жамбаспен келу, жүрек соғысы анық, ырғақты. Патологиялық бөліністер жоқ. ЖЗА: салыстырмалы тығыздығы 1025, белок – 0 г/л, лейкоцит. 2-3 көру алаңында, эритроцит. 0 көру алаңында, эпителий. 1-2 көру алаңында. Жүктілік және босану бойынша уақытша еңбекке жарамсыздық парағы бұл жағдайда беріледі

- Жүктіліктің 30 аптасынан 126 күнтізбелік күнге
- Жүктіліктің 28 аптасынан 146 күнтізбелік күнге
- Жүктіліктің 27 аптасынан 156 күнтізбелік күнге
- Жүктіліктің 30 аптасынан 140 күнтізбелік күнге

- Жүктіліктің 28 аптасынан 170 күнтізбелік күнге

= Жүкті Г., 30 жаста, МСАК дәрігеріне қаралды. Іштің төменгі бөлігінде екі сағат бойы тартатын ауру сезіміне шағымданады, жыныс жолдарынан қанды бөліністер жоқ. Жүктіліктің 8 аптасынан есепте тұрады. Бүгінгі күні жүктілік мерзімі 20 аптаға сәйкес келеді. Объективті: ауырсыну синдромына байланысты жалпы жағдайы орташа ауырлықта. Терісі және көрінетін шырышты қабаттары таза, физиологиялық түсті. Дене қызуы 36,6°C. Ps 88 мин. АҚ 110/60 - 110/60 мм сын.бағ. Ішкі ағзаларында патологиялық өзгерістер анықталған жоқ. Төсеніші таза. ЖҚА – гемоглобин 107 г/л, ТК 0,8%, эрит. 3,9 \* 10<sup>12</sup>/л, лейкоц. 6\*10<sup>9</sup>/л, тромбоциттер 250\*10<sup>9</sup>/л, ЭТЖ 10 мм/сағ. Қазақстан Республикасындағы перинаталдық көмекті аудандастыруға сәйкес бұл науқасты стационарға жатқызу қандай деңгейде қажет

- екінші деңгей
- бірінші деңгей
- үшінші деңгей
- облыстық клиникалық аурухананың терапевтік бөлімі
- облыстық клиникалық аурухананың гинекологиялық бөлімі

= Алғаш жүкті әйел 22 жаста. Жүктілік мерзімі - 8 апта. Жүрек айнуы мен тәулігіне 20 ретке дейін құсуға, дене салмағының төмендеуіне (2 аптада 8 кг дейін), әлсіздікке шағымданып гинекологқа тексеріске келді. Қарап тексергенде: шырышты қабаттары құрғақ, склера иктериялы, терісі орташа бозарған. АҚ - 90/60 мм сын.бағ. Пульс – 110 соққы/мин, әлсіз толтыру. Объективті: Қынаптың және жатыр мойнының қынаптық бөлігінің шырышты қабаты «көкшіл түсті», бөлінділер шырышты. Бимануальды: жатыр жұмсақ, 8 аптаға дейін ұлғайған. Қосалқылар аймағы патологиясы. Қан: Нв - 135 г/л. Лейк - 11 x 10<sup>9</sup> / л, Эритроциттер - 5,2 \* 10<sup>12</sup> / л Билирубин - 35,6. Зәр анализінде: белок -2,1 г/л, ацетон, гиалинді және түйіршікті цилиндрлер, бүйрек эпителийінің жасушалары – бәр көру алаңында. МСАК дәрігерінің жүргізу тактикасы

- емдеу үшін гинекологиялық бөлімшеге жатқызу
- жүктілікті тоқтату үшін үшінші деңгейге жатқызу
- жүктілікті тоқтату үшін екінші деңгейге жатқызу
- облыстық клиникалық аурухананың терапевтік бөліміне жатқызу
- жүктілікті сақтау үшін бірінші деңгейге қабылдау

= Қайталама жүкті әйел Л., 31 жаста, жүктіліктің 35 аптасы 2 күнінде отбасылық дәрігерлік амбулаторияның жолдамасымен акушерлік стационарға түсті. 2 апта бойы ұрықтың жиі қозғалуына шағымданады. Іш айналымы – 85 см, жатыр түбінің биіктігі – 26 см. Жақын уақытта жасалған кіндік артериясының доплерометриясы: кері қан ағымы. Жүктілікті жүргізудің қосымша тактикасы

- Жедел кесарь тілігі арқылы босану
- 2 апта сайын доплерометрия, ұқсас нәтиже сақталса – шұғыл босану
- 2 күннен кейін динамикада доплерометрия, ұқсас нәтижені сақталса – шұғыл босану
- Ұрықтың модификацияланған биофизикалық профилінен кейін емдеуді шешу
- Жүктіліктің 38 аптасынан кейін босану

= Алғаш жүкті әйел Н., 23 жаста, жүктіліктің 28 аптасында диспансерлік есепке тұрған. Ішкі ағзаларында патологиялық өзгерістер анықталған жоқ. Акушерлік статус: жамбас өлшемдері - *distancia spinarum* - 26см, *distancia cristarum* -28см, *distancia trochanerica*-31 см, *sojugata externa* - 20см. Соловьев көрсеткіші -14 см. Жатыр түбі кіндіктен 2-3 саусақ жоғары, ұрықтың тегіс кең беті жатырдың сол жағында пальпацияланады, ал оң жағында ұсақ қозғалмалы шығыңқылар. Кіші жамбас кіреберісіне келіп тұрған көлемді, тығыз, саусақтар арасында баллотирлеу симптомы бар домалақ бөлік түрінде пальпацияланады.

Ұрықтың жүрек соғысы анық, ырғақты, минутына 136 ретке дейін. Ұрықтың орналасуын және позициясын анықтаңыз

- Баспен келу, бойлық орналасу, I позиция, алдыңғы көрінісі
- Шүйдемен келу, көлденең орналасу, бірінші позиция, алдыңғы көрінісі
- Жамбаспен келу, бойлық орналасу, бірінші позиция, алдыңғы көрінісі
- Шүйдемен келу, бас баллотирленеді, бойлық орналасу, алдыңғы көрінісі
- Баспен келу, бас кіші жамбас кіреберісіне қысылған, бойлық орналасу, II позиция, артқы көрінісі

= Гинеколог-дәрігерге жүгіну кезінде науқас Р., 46 жаста, етеккір циклінің бұзылуына, етеккір аралық қан кетуге шағымданады. Паритет: Б2: Р2. Контрацепция: барьерлік тәсіл. Айнадан қарау кезінде: жатыр мойны таза, қынап қанды бөліністермен ылғалданған, орташа (етеккірдің 14 күні). Қынаптық: жатыр денесі антефлексио, үлкеймеген, қозғалмалы, тығыз, ауырсынусыз. Қосалқылары өзгеріссіз. Күмбезі бос. Кіші жамбас астауына УЗИ жүргізілді. Қорытындысы: жатыр қуысында 15 мм гиперэхогенді түзіліс көрінеді. Болжамды диагноз

- жатыр денесінің полипі
- аналық без кистасы
- жатыр мойнының эрозиясы
- жатыр мойнының эндометриозы
- аналық без апоплексиясы

= Гинеколог-дәрігерге жүгіну кезінде науқас Р., 46 жаста, етеккір циклінің бұзылуына, етеккір аралық қан кетуге шағымданады. Паритет: Б2: Р2. Контрацепция: барьерлік тәсіл. Айнадан қарау кезінде: жатыр мойны таза, қынап қанды бөліністермен ылғалданған, орташа (етеккірдің 14 күні). Қынаптық: жатыр денесі антефлексио, үлкеймеген, қозғалмалы, тығыз, ауырсынусыз. Қосалқылары өзгеріссіз. Күмбезі бос. Кіші жамбас астауына УЗИ жүргізілді. Қорытындысы: жатыр қуысында 15 мм гиперэхогенді түзіліс көрінеді. Одан әрі жүргізу тактикасын анықтаңыз

- Гистероскопия, полипэктомия, кейін гистологиялық зерттеу
- Ішкі жыныс мүшелерін ультрадыбыстық зерттеу
- Гистресальпингография
- Лапаротомия
- Мазок на степень чистоты

= Гинекологқа 37 жастағы науқас етеккірден тыс соңғы 3 циклдегі жағылмалы қанды бөліністердің пайда болуына шағымданып келді. Анамнезінен: етеккірі кеше біткен, қорғалмаған, жүктілікті 6 айға жоспарлайды, айнадан қарағанда: сыртқы жыныс мүшелері дұрыс дамыған, жатыр мойны өзгермеген. Бимануальды тексеру: жатыр антеверсиода, антефлексиода, сәл ұлғайған, тегіс, ауырсынусыз, қозғалмалы. Қосымшалар пальпацияланбайды. күмбезі бос. ЖҚА: гемоглобин 108г/л, эрит 3,8\*10<sup>12</sup>/л, тромб 189\*10<sup>9</sup>/л, лейкоцит 5,8\*10<sup>9</sup>/л, СОЭ 15мм/сағ. ЖҚ УЗИ: Жатыр 65\*55\* 50 мм, көлемі 26\*18 мм гиперэхиялық түзіліс интрамуральды түрде көрінеді. М-Эхо эндометрия 4 мм. Аналық бездері өзгеріссіз. Болжамды диагноз

- Жатыр миомасы
- Жатыр денесінің полипы
- Аналық без кистасы
- Аденомиоз
- Жатыр мойнының эрозиясы

= Гинекологқа 37 жастағы науқас етеккірден тыс соңғы 3 циклдегі жағылмалы қанды бөліністердің пайда болуына шағымданып келді. Анамнезінен: етеккірі кеше біткен,

қорғалмаған, жүктілікті 6 айға жоспарлайды, айнадан қарағанда: сыртқы жыныс мүшелері дұрыс дамыған, жатыр мойны өзгермеген. Бимануальды тексеру: жатыр антеверзиода, антефлексияда, сәл ұлғайған, тегіс, ауырсынусыз, қозғалмалы. Қосымшалар пальпацияланбайды. Своды бос. ЖҚА: гемоглобин 108г/л, эрит 3,8\*10/12/л, тромб 189\*10/9/л, лейкоцит 5,8\*10/9/л, СОЭ 15мм/сағ. ЖҚ УЗИ: Жатыр 65\*55\* 50 мм, көлемі 26\*18 мм гиперэхиялық түзіліс интрамуральды түрде көрінеді. М-Эхо эндометрия 4 мм. Жұмыртқалары өзгеріссіз. Одан әрі жүргізу тактикасын анықтаңыз

- гормоналды тексеру, гинеколог-эндокринологтың кеңесі, 6 айдан кейін кіші жамбас мүшелерінің УДЗ бақылауы.

- жатыр мойнын жедел гисталогиялық, диагностикалық қыру

- полипэктомия+ гистология

- жатырдың қосалқыларымен бірге қынап үстілік ампутациясы

- гистероскопия + коагуляция эндометриоз ошағына

= Науқас 28 жаста, жалпы әлсіздікке, тез шаршағыштыққа, етеккірдің болмауына шағымдарымен дәрігер консультациясына қаралды. Анамнезінен: 1,5 жыл бұрын жедел босанған, босанғаннан кейінгі ерте кезеңде қан кетумен асқынған. Туылғаннан кейін көп ұзамай гипогалактия, содан кейін агалактия байқалады. 6 ай бойы жалпы әлсіздік, шаршағыштық, осы күнге дейін етеккір келмеген. Болжам диагноз

- Гипофизарлы аменорея. Синдром Шихана

- Нервтік анорексия

- Климактерикалық синдром

- Предменструальді синдром

- АЖҚҚ

= Науқас 28 жаста, жалпы әлсіздік, тез шаршағыштық, етеккірдің болмауы туралы шағымдармен акушер-гинеколог дәрегеріне келді . Анамнезден: 1,5 жыл бұрын босанғаннан кейінгі ерте кезеңде қан кетумен асқынған шұғыл босану. Босанғаннан кейін көп ұзамай гипогалактия, содан кейін агалактия байқалады. 6 ай ішінде жалпы әлсіздік, тез шаршағыштық, етеккір қазіргі уақытқа дейін болмайды. Әрі қарай жүргізу тактикасы

- гормоналды тексеру, гипофиздің МРТ

- ішкі жыныс мүшелерін ультрадыбыстық зерттеу, фолликулометрия.

- Гистеросальпингография

- гистероскопия, содан кейін гистологиялық зерттеу

- тазалық дәрежесіне жағынды

= 36 жастағы науқас гинекологқа прилив, тершеңдік, жиі зәр шығару, жөтел кезінде зәрдің ағуы туралы шағымдармен жүгінді. Симптомдар тез дамып келе жатқан жатыр миомасы мен екі аналық бездің эндометриозына операциядан кейін 1 айдан кейін пайда болды.

Тексеру кезінде соматикалық аурулар анықталған жоқ. Сүт бездері патологиясыз.

Айналарда: қынаптың шырышты қабаты таза. PV: қынаптың патологиясы жоқ. Кіші жамбаста инфильтрат жоқ. ОАМ: тығыздығы 1020, қышқыл, көл 2, эпит 3, ақуыз отр, қант отр. Тазалық дәрежесіне жағынды Эпит 10, Лейк 14, флора аралас, трихомонад, гонококк теріс. Болжалды диагноз

- жатырдың экстрапциясынан кейінгі жағдай. Посткастрациялық синдром.

- вегетативті дистония

- вегетативті дистония, цистит

- жатырдың экстрапциясынан кейінгі жағдай. Менопауза синдромы

- Гипотиреоз

= 36 жастағы науқас гинекологқа прилив, тершеңдік, жиі зәр шығару, жөтел кезінде зәрдің ағуы туралы шағымдармен жүгінді. Симптомдар тез дамып келе жатқан жатыр миомасы

мен екі аналық бездің эндометриозына операциядан кейін 1 айдан кейін пайда болды. Тексеру кезінде соматикалық аурулар анықталған жоқ. Сүт бездері патологиясыз. Айналарда: қынаптың шырышты қабаты таза. PV: қынапта патология жоқ. Кіші жамбаста инфильтрат жоқ. ОАМ: тығыздығы 1020, қышқыл, көл 2, эпит 3, ақуыз отр, қант отр. Тазалық дәрежесіне жағынды Эпит 10, Лейк 14, флора аралас, трихомонад, гонококк теріс. Әрі қарай жүргізу тактикасын анықтаңыз

- Уролог, эндокринологтың консультациясы. Менопаузальдық гормондық терапияны тағайындау
- Ноотропты, тамырлы терапияны тағайындау
- Нефролог консультациясы. Фитотерапия тағайындау
- қалқанша безді емдеу
- онкологтың консультациясы

= Дәрігер-гинекологқа Р пациент жүгінген кезде, алғаш рет 46 жаста диагноз қойылды: АМК- N. ОАК-да: гемоглобин 78г/л, Эр  $2,8 \cdot 10^{12}/л$ , тромб  $189 \cdot 10^9/л$ , лейкоциттер  $5,8 \cdot 10^9/л$ , СОЭ 15мм/сағ. Диагнозды нақтылау үшін қандай қосымша зерттеу әдісін қолдану керек

- ішкі жыныс мүшелерін ультрадыбыстық зерттеу
- рентгендік телевизиялық гистеросальпингография
- жатыр мойны каналының шырышты қабығын және жатыр қуысының қабырғаларын бөлек диагностикалық қыру гистероскопиясы, содан кейін қырындыларды гистологиялық зерттеу
- Лапароскопия
- онкоцитологиялық жағынды (Pap сынағы)

= Босану емханасына 29 жастағы жүкті әйел, іштің төменгі бөлігіндегі және бел аймағындағы ауру сезіміне шағымданып келді. Жүктілік мерзімі 15-16 апта. Анамнезінде 1 босану және 3 мед. аборт. Қынаптық тексеруде: жатыр мойны ұзындығы 2,5 см, сыртқы жұтқыншақ саңылаулары, жатыр мойны каналы жабылған, жатыр жүктілік мерзіміне сәйкес ұлғайған, жыныс жолдарынан бөлінділер шырышты, орташа. Алдын ала диагноз

- Қауіп төнген түсік
- Симфизит
- дамымайтын жүктілік
- қалыпты орналасқан плацентаның бөлінуі
- плацента орналасуы

= Әйелдер кеңесіне 29 жастағы жүкті әйел іштің және белдің ауырсынуына шағымданып келді. Жүктілік мерзімі 15-16 апта. Анамнезінде 1 босану және 3 мед. аборт. Қынаптық зерттеу кезінде: жатыр мойнының ұзындығы 2, 5 см, сыртқы жұтқыншақ саңылаулары, жатыр мойны каналы жабық, жатыр жүктілік мерзіміне сәйкес ұлғаяды, жыныс жолдарынан бөліну шырышты, орташа. Басқару тактикасын анықтау үшін қосымша тексеруді ұсыныңыз

- Кіші жамбас УДЗ
- Гистеросальпингография
- Лапароскопия
- Фолликулометрия
- Кордоцентез

= 30 жастағы жүкті әйел іштің төменгі бөлігінде және белдегі ауырсыну туралы шағымдармен кеңесу үшін жүгінді. Жүктілік мерзімі 16-17 апта. Анамнезінде 1 босану, екінші жүктілік 14-15 апта ішінде өздігінен түсік түсіру. Қынаптық зерттеу кезінде: жатыр мойнының ұзындығы 2, 5 см, сыртқы аңқа ашық күйінде, жатыр мойны каналы жабық,

жатыр жүктілік мерзіміне сәйкес ұлғайған, жыныс жолдарынан шырышты бөліну бар, орташа. Болжалды диагноз

- қауіп төнген түсік.
- симфизит
- дамымаған жүктілік
- қалыпты орналасқан плацентаның бөлінуі
- плацента келуі

= 30 жастағы жүкті әйел іштің төменгі бөлігінде және белдегі ауырсыну туралы шағымдармен кеңесу үшін жүгінді. Жүктілік мерзімі 16-17 апта. Анамнезінде 1 босану, екінші жүктілік 14-15 апта ішінде өздігінен түсік түсіру. Қынаптық зерттеу кезінде: жатыр мойнының ұзындығы 2, 5 см, сыртқы аңқа ашық күйінде, жатыр мойны каналы жабық, жатыр жүктілік мерзіміне сәйкес ұлғайған, жыныс жолдарынан шырышты бөліну бар, орташа. Пациентке кеңес беру кезінде дәрігерінің тактикасы

- жүкті әйелді ауруханаға жатқызу
- седативті және спазмолитикалық препараттарды тағайындаңыз, 1 аптадан кейін келуді ұсыныңыз
- жатыр мойнына тігістер салыңыз
- жұмысқа жарамсыздық парағын беру амбулаториялық жағдайда токолитикалық терапия жүргізу
- жұмысқа жарамсыздық парағын беріңіз, жүктілікті сақтауға бағытталған гормондық терапияны тағайындаңыз

= 25 жастағы жүкті әйел іштің және белдегі ауырсыну туралы шағымдармен әйелдер кеңесіне жүгінді. Жүктілік мерзімі 11-13 апта. Анамнезінде 1 босану, жатыр мойнының 1 дәрежелі жыртылуымен және жатыр қуысының кюретажымен ерте кезеңдегі өздігінен түсік тастаумен қиындады. Қынаптық зерттеу кезінде: жатыр мойнының ұзындығы 3,0 см, сыртқы аңқа, жатыр мойны каналынан 1 көлденең саусаққа өтеді, жатыр жүктілік мерзіміне сәйкес ұлғайған, жыныс жолдарынан бөліну шырышты болады. Болжамды диагноз

- истмико-цервикальды жеткіліксіздігі
- қалыпты орналасқан плацентаның бөлінуі
- көпіршікті сырғанау
- плацента келуі
- дамымайтын жүктілік

= Перзентхананың қабылдау бөлмесіне жүкті, 30 жаста, жүктілік 34 аптада жеткізілді. Іштің төменгі бөлігіндегі ауырсынудың шағымдары, 2 сағат ішінде жыныс жолдарынан бөліністердің пайда болуы. Қазіргі жүктілік – бұл бірінші, өздігінен пайда болды, бүкіл уақытқа дейін асқынусыз өтті. Айырбастау (обменная карта) картасы бойынша ұрықтың ультрадыбыстық зерттеуі клиникалық хаттамаға сәйкес патологиясыз өтті. Объективті мәртебе-бұл қанағаттанарлық жағдай. Бойы 169 см, Салмағы 80 кг. ИМТ = 28. Науқас байланыста, есі анық. Тері қарапайым түсті, құрғақ, жылы. Тіл жабылмаған, дымқыл. Жұтқыншақ аймағы гиперемияланбаған. Ісіну жоқ. пульс минутына 86 соққы, АҚ 130/80 мм сынап бағанасы. (сол жақта) және 120/70 мм сын.бағ. (оң қолында). Температура 36,7 с. өкпеде тыныс алу везикулярлы, барлық бөлімдерде жүргізіледі, сырыл жоқ. Тыныс алу жиілігі минутына 18. Жүрек тондары айқын, ритмды, шу жоқ. Іші жүкті жатырдың арқасында үлкейген, жұмсақ, пальпация кезінде ауырсынусыз. Перитонеальді тітіркену белгілері анықталған жоқ. Бел аймағында соққылау симптомы екі жағынан да теріс. Физиологиялық жөнелтулер қалыпты. Жыныс жолдарынан қанды бөлінділер, аз. Жатыр түбінің биіктігі симфизден 35 см жоғары. Ұрықтың орналасуы бойлай. Ұрықтың басы

кіші жамбастың кіреберісіне басылған. Ұрықтың жүрек соғысы айқын, ритмды, минутына 150 соққы. Болжалды диагноз

- жүктілік 35 апта. Қалыпты орналасқан плацентаның бөлінуі
- жүктілік 35 апта. Плацента келуі
- жүктілік 35 апта. Түсік тастау қаупі
- жүктілік 35 апта. Төмен плацентация
- жүктілік 35 апта. Жатыр мойны жеткіліксіздігі

= Перзентхананың қабылдау бөлмесіне жүкті, 30 жаста, жүктілік 34 аптада жеткізілді. Іштің төменгі бөлігіндегі ауырсынудың шағымдары, 2 сағат ішінде жыныс жолдарынан бөліністердің пайда болуы. Нағыз жүктілік – бұл бірінші, өздігінен пайда болды, бүкіл уақытта асқынусыз өтті. Айырбастау картасы бойынша ұрықтың ультрадыбыстық зерттеуі клиникалық хаттамаға сәйкес патологиясыз өтті. Объективті мәртебе-бұл қанағаттанарлық жағдай. Бойы 169 см, Салмағы 80 кг. ИМТ = 28. Науқас байланыста, есі анық. Тері қарапайым түсті, құрғақ, жылы. Тіл жабылмаған, дымқыл. Жұтқыншақ аймағы гиперемияланбаған. Ісіну жоқ. пульс минутына 86 соққы, АҚ 130/80 мм сынап бағанасы. (сол жақта) және 120/70 мм сын.бағ. (оң қолында). Температура 36,7 с. өкпеде тыныс алу везикулярлы, барлық бөлімдерде жүргізіледі, сырыл жоқ. Тыныс алу жиілігі минутына 18. Жүрек тондары айқын, ритмды, шу жоқ. Іші жүкті жатырдың арқасында үлкейген, жұмсақ, пальпация кезінде ауыртпалықсыз. Перитонеальді тітіркену белгілері анықталған жоқ. Бел аймағында соққылау симптомы екі жағынан да теріс. Физиологиялық жөнелтулер қалыпты. Жыныс жолдарынан қанды бөліністер, аз. Жатыр түбінің биіктігі симфизден 35 см жоғары. Ұрықтың орналасуы бойлық. Ұрықтың басы кіші жамбастың кіреберісіне басылған. Ұрықтың жүрек соғысы айқын, ритмды, минутына 150 соққы. Жүргізу тактикасын анықтаңыз

- операциялық бөлме жағдайында per Vaginum тексеру. Кіші жамбас УДЗ-сы.
- Per Vaginum Тексеру. Токолитикалық терапия
- шұғыл кесарь тілігі
- гестагендік терапияны тағайындау. Седативті терапия
- жүкті әйелдер патологиясы палатасының жағдайында 24 сағат бойы бақылау.

= Гинекологтың қабылдауында жүкті, 28 жаста, жүктілік 32 апта. Іштің төменгі бөлігіндегі мезгіл-мезгіл ауырсыну, 3 сағат ішінде жыныс жолдарынан бөліністердің пайда болуы туралы шағымдары бар. Нағыз жүктілік - үшінші, анамнезінде 2 босану. Ұрықтың ультрадыбыстық зерттеуі өздігінен өтті-ретрохорейлық гематома анықталды. Объективті статус-бұл қанағаттанарлық жағдай. Бойы 169 см, Салмағы 80 кг. ИМТ = 28. Тері қарапайым түсті, құрғақ, жылы. Тіл жабылмаған, дымқыл. Жұтқыншақ аймағы гиперемияланбаған. Ісіну жоқ. пульс минутына 86 соққы, АҚ 130/80 мм сынап бағанасы. (сол жақта) және 120/70 мм сын.бағ. ст. (оң қолында). Температура 36,7 с. өкпеде тыныс алу везикулярлы, барлық бөлімдерде жүргізіледі, сырыл жоқ. Тыныс алу жиілігі минутына 18. Жүрек тондары айқын, ритмды, шу жоқ. Іші жүкті жатырдың арқасында үлкейген, жұмсақ, пальпация кезінде ауыртпалықсыз. Перитонеальді тітіркену белгілері анықталған жоқ. Бел аймағында дірілдеу симптомы екі жағынан да теріс. Физиологиялық жөнелтулер қалыпты. Жыныс жолдарынан ағу қанға боялған, аз. Жатыр түбінің биіктігі лоннан 30 см жоғары. Ұрықтың орналасуы бойлық. Ұрықтың басы. Ұрықтың жүрек соғысы айқын, ритмды, минутына 140 соққы. Болжалды диагноз

- жүктілік 32 апта. Қалыпты орналасқан плацентаның бөлінуі
- жүктілік 35 апта. Плацента келуі
- жүктілік 35 апта. Түсік тастау қаупі
- жүктілік 35 апта. Төмен плацентация
- жүктілік 35 апта. Жатыр мойны жеткіліксіздігі

= Гинекологтың қабылдауында жүкті әйел, 28 жаста. Жүктілік 32 апта. Іштің төменгі бөлігіндегі мезгіл-мезгіл ауырсынуға, 3 сағат ішінде жыныс жолдарынан қан кетудің пайда болуына шағымданады. Нағыз жүктілік-үшінші, анамнезінде 2 босану. Ұрықтың ультрадыбыстық зерттеуін өздігінен өтті-ретрохорейлық гематома анықталды. Объективті статус- қанағаттанарлық жағдай. Бойы 169 см, Салмағы 80 кг. ИМТ = 28. Тері қарапайым түсті, құрғақ, жылы. Тілі таза, ылғалды. Аңқа гиперемияланбаған. Ісіну жоқ. Пульс минутына 86 соққы, АҚ 130/80 мм сынап бағанасы. (сол жақта) және 120/70 мм сын.бағ. (оң қолында). Температура 36,7 с. өкпеде тыныс алу везикулярлы, барлық бөлімдерде жүргізіледі, ысқырық жоқ. Тыныс алу жиілігі минутына 18. Жүрек тондары айқын, ритмді, шу жоқ. Іші жүкті жатырдың арқасында үлкейген, жұмсақ, пальпация кезінде ауыртпалықсыз. Перитонеальді тітіркену белгілері анықталған жоқ. Бел аймағында соққылау симптомы екі жағынан да теріс. Физиологиялық жөнелтулер қалыпты. Жыныс жолдарынан қан аралас бөлінділер бар . Жатыр түбінің биіктігі қасағадан 30 см жоғары. Ұрықтың орналасуы бойлық. Ұрықтың басымен келуі. Ұрықтың жүрек соғысы айқын, ритмді, минутына 140 соққы. Жүргізу тактикасы

- Перзентханаға шұғыл түрде госпитализациялау
- Per Vaginum Тексеру. Токолитикалық терапия
- Гестагендік терапияны тағайындау. Седативті терапия
- 3 күннен кейін кіші жамбас ультрадыбысын қайталаңыз
- 3 күннен кейін ауру туралы парақ беру, бақылауға келу

= Перзентхананың қабылдау бөліміне жүкті әйел, 30 жаста, жүктілік 28 аптада жеткізілді. Бір күн бойы жыныс жолдарынан қанды бөліністердің пайда болуына шағымданады. Нағыз жүктілік – бірінші, өздігінен пайда болды, бүкіл уақытта асқынусыз өтті. Айырбастау картасы бойынша ұрықтың ультрадыбыстық зерттеуі клиникалық хаттамаға сәйкес уақытында өтті. Ұрықтың соңғы ультрадыбыстық зерттеуі 2 ай бұрын. Плацентаның орталық келуі. Объективті статус- жағдай қанағаттанарлық . Бойы 169 см, Салмағы 80 кг. ИМТ = 28. Науқас есін біледі, контактке түседі. Тері қалыпты түсті, құрғақ, жылы. Тілі таза, ылғалды. Аңқасы гиперемияланбаған. Ісіну жоқ. Пульс минутына 86 соққы, АҚ 130/80 мм сынап бағанасы. (сол жақта) және 120/70 мм сын.бағ. (оң қолында). Температура 36,7 с. Өкпеде тыныс алу везикулярлы, барлық бөлімдерде жүргізіледі, ысқырық жоқ. Тыныс алу жиілігі минутына 18. Жүрек тондары айқын, ритмді, шу жоқ. Іші жүкті жатырдың арқасында үлкейген, жұмсақ, пальпация кезінде ауыртпалықсыз. Перитонеальді тітіркену белгілері анықталған жоқ. Бел аймағында соққылау симптомы екі жағынан да теріс. Физиологиялық жөнелтулер қалыпты. Жыныс жолдарынан қан аралас бөлінділер бар . Жатыр түбінің биіктігі қасағадан 30 см жоғары. Ұрықтың басы кіші жамбастың кіреберісіне басылған. Ұрықтың жүрек соғысы айқын, ритмді, минутына 150 соққы. Болжамды диагноз

- жүктілік 28 апта. Плацентаның ұрық жолында жатуы
- жүктілік 28 апта. Қалыпты орналасқан плацентаның бөлінуі
- жүктілік 28 апта. Түсік тастау қаупі
- жүктілік 28 апта. Төмен плацентация
- жүктілік 28 апта. Истмико-первикальді жеткіліксіздігі

= Перзентхананың қабылдау бөліміне жүкті әйел, 30 жаста, жүктілік 28 аптада жеткізілді. Бір күн бойы жыныс жолдарынан қанды бөліністердің пайда болуына шағымданады. Нағыз жүктілік – бірінші, өздігінен пайда болды, бүкіл уақытта асқынусыз өтті. Айырбастау картасы бойынша ұрықтың ультрадыбыстық зерттеуі клиникалық хаттамаға сәйкес уақытында өтті. Ұрықтың соңғы ультрадыбыстық зерттеуі 2 ай бұрын. Плацентаның орталық келуі. Объективті статус- жағдай қанағаттанарлық . Бойы 169 см, Салмағы 80 кг. ИМТ = 28. Науқас есін біледі, контактке түседі. Тері қалыпты түсті, құрғақ, жылы. Тілі таза, ылғалды. Аңқасы гиперемияланбаған. Ісіну жоқ. Пульс минутына

86 соққы, АҚ 130/80 мм сынап бағанасы. (сол жақта) және 120/70 мм сын.бағ. (оң қолында). Температура 36,7 С. Өкпеде тыныс алу везикулярлы, барлық бөлімдерде жүргізіледі, ысқырық жоқ. Тыныс алу жиілігі минутына 18. Жүрек тондары айқын, ритмді, шу жоқ. Іші жүкті жатырдың арқасында үлкейген, жұмсақ, пальпация кезінде ауыртпалықсыз. Перитонеальді тітіркену белгілері анықталған жоқ. Бел аймағында соққылау симптомы екі жағынан да теріс. Физиологиялық жөнелтулер қалыпты. Жыныс жолдарынан қан аралас бөлінділер бар. Жатыр түбінің биіктігі қасағадан 30 см жоғары. Ұрықтың басы кіші жамбастың кіреберісіне басылған. Ұрықтың жүрек соғысы айқын, ритмді, минутына 150 соққы. Жүргізу тактикасы

- Перзентханаға жатқызу
- Per Vaginum Тексеру. Токолитикалық терапия. Учаскелік гинекологтың бақылауына жіберіңіз
- Гестагендік терапияны тағайындау. Седативті терапия
- 3 күннен кейін жамбас ультрадыбысын қайталауды ұсыныңыз
- Аурухана парағын бере отырып, учаскелік гинекологтың бақылауына жіберу

= Учаскелік гинекологтың қабылдауында жүкті әйел, 30 жаста. Диагноз жүктілік 22 апта. Арнайы шағымдар жоқ. Нағыз жүктілік – бірінші, өздігінен пайда болды, бүкіл уақытта асқынусыз өтті. Айырбастау картасы бойынша ұрықтың ультрадыбыстық зерттеуі клиникалық хаттамаға сәйкес уақытында өтті. Ұрықтың соңғы ультрадыбыстық жүктілігі 21 апта. Төмен плацентацияның көрінісі. Объективті статус - жағдайы қанағаттанарлық. Бойы 169 см, Салмағы 80 кг. ИМТ = 28. Науқастың есі анық, контактіге түседі. Тері қалыпты түсте, құрғақ, жылы. Тілі таза, ылғалды. Аңқа гиперемияланбаған. Ісіну жоқ. Пульс минутына 86 соққы, АҚ 120/80 мм сын. бағ. (сол жақта) және 120/70 мм сын.бағ. (оң қолында). Температура 36,7 С. Өкпеде тыныс алу везикулярлы, барлық бөлімдерде жасалады, ысқырық жоқ. Тыныс алу жиілігі минутына 18. Жүрек тондары айқын, ритмді, шу жоқ. Іші жүкті жатырдың арқасында үлкейген, жұмсақ, пальпация кезінде ауыртпалықсыз. Перитонеальді тітіркену белгілері анықталған жоқ. Бел аймағында соққылау симптомы екі жағынан да теріс. Физиологиялық жөнелтулер қалыпты. Жыныс жолдарынан қан аралас бөліністер бар. Жатыр түбінің биіктігі қасағадан 22 см жоғары. Ұрықтың орналасуы бойлық. Ұрықтың басы кіші жамбастың кіреберісіне басылған. Ұрықтың жүрек соғысы айқын, ритмді, минутына 150 соққы. Болжамды диагноз

- жүктілік 22 апта. Төмен плацентация
- жүктілік 22 апта. Қалыпты орналасқан плацентаның бөлінуі
- жүктілік 22 апта. Плацентаның ұрық жолында жатуы
- жүктілік 22 апта. Түсік тастау қаупі
- жүктілік 22 апта. Истмико-первикальді жеткіліксіздігі

= Учаскелік гинекологтың қабылдауында жүкті әйел, 30 жаста. Диагноз жүктілік 22 апта. Арнайы шағымдар жоқ. Нағыз жүктілік – бірінші, өздігінен пайда болды, бүкіл уақытта асқынусыз өтті. Айырбастау картасы бойынша ұрықтың ультрадыбыстық зерттеуі клиникалық хаттамаға сәйкес уақытында өтті. Ұрықтың соңғы ультрадыбыстық жүктілігі 21 апта. Төмен плацентацияның көрінісі. Объективті статус - жағдайы қанағаттанарлық. Бойы 169 см, Салмағы 80 кг. ИМТ = 28. Науқастың есі анық, контактіге түседі. Тері қалыпты түсте, құрғақ, жылы. Тілі таза, ылғалды. Аңқа гиперемияланбаған. Ісіну жоқ. Пульс минутына 86 соққы, АҚ 120/80 мм сын. бағ. (сол жақта) және 120/70 мм сын.бағ. (оң қолында). Температура 36,7 С. Өкпеде тыныс алу везикулярлы, барлық бөлімдерде жасалады, ысқырық жоқ. Тыныс алу жиілігі минутына 18. Жүрек тондары айқын, ритмді, шу жоқ. Іші жүкті жатырдың арқасында үлкейген, жұмсақ, пальпация кезінде ауыртпалықсыз. Перитонеальді тітіркену белгілері анықталған жоқ. Бел аймағында соққылау симптомы екі жағынан да теріс. Физиологиялық жөнелтулер қалыпты. Жыныс жолдарынан қан аралас бөліністер бар. Жатыр түбінің биіктігі қасағадан 22 см жоғары.

Ұрықтың орналасуы бойлық. Ұрықтың басы кіші жамбастың кіреберісіне басылған. Ұрықтың жүрек соғысы айқын, ритмді, минутына 150 соққы. Жүргізу тактикасы

- Жүктіліктің 25-26 аптасында ұрықтың ультрадыбыстық және трансвагинальды сонографияны өтуге кеңес беру
- Per Vaginum Тексеру. Токолитикалық терапия.
- Перзентханаға жатқызу
- Гестагендік терапияны тағайындау. Седативті терапия.
- Кесарь тілігімен босану үшін шұғыл ауруханаға жатқызу

= Пациент 25 жаста, 38 апталық қайта жүктілік. Құрсақ шеңбері-110 см. 2 литр мөлшерінде қағанақ суы кетті. Су кеткеннен кейін 3 сағаттан кейін мерзімі жетілген, салмағы 3500 г тірі баланы туды, 30 минуттан өздігінен плацента бөлінді. Жыныс жолдарынан 500 мл-ден астам ұйыған қан бөліну жалғасуда.

ЖҚА- да қандағы бастапқы гемоглобин - 116 г/л ; қандағы эритроциттер - 4.11 /л ; қандағы лейкоциттер - 9.50 /л; қандағы гематокрит - 33 % ; қандағы тромбоциттер - 233 /л ; ЭТЖ-28.0 мм/сағ; қандағы нейтрофилдер-4.0 %; сегментті ядролық нейтрофилдер қан - 72.0%; қандағы эозинофилдер-1.0 %; қандағы моноциттер-5 %; қандағы лимфоциттер-18.0 %

2 сағаттан кейін СІТО! талдауда қандағы гемоглобин - 62г/л ; Коагулограмма 23.02.2023 МНО- 1.0 ; ПВ анализаторы - 12.00 сек ; ПТИ анализаторы - 94.00 %; АЧТВ-27.0 сек; фибриноген-3.40 г / л. Болжамды диагноз

- Босанғаннан кейінгі қан кету
- Қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын бөлінуі
- Плацентаның толық ұрық жолында жатуы
- Плацентаның ұрық жолында шеткері орналасуы
- Жатыр денесінің плацентарлы полипі

= Пациент 25 жаста, 38 апталық қайта жүктілік. Құрсақ шеңбері-110 см. 2 литр мөлшерінде қағанақ суы кетті. Су кеткеннен кейін 3 сағаттан кейін мерзімі жетілген, салмағы 3500 г тірі баланы туды, 30 минуттан өздігінен плацента бөлінді. Жыныс жолдарынан 500 мл-ден астам ұйыған қан бөліну жалғасуда.

ЖҚА- да қандағы бастапқы гемоглобин - 116 г/л ; қандағы эритроциттер - 4.11 /л ; қандағы лейкоциттер - 9.50 /л; қандағы гематокрит - 33 % ; қандағы тромбоциттер - 233 /л ; ЭТЖ-28.0 мм/сағ; қандағы нейтрофилдер-4.0 %; сегментті ядролық нейтрофилдер қан - 72.0%; қандағы эозинофилдер-1.0 %; қандағы моноциттер-5 %; қандағы лимфоциттер-18.0 %

2 сағаттан кейін СІТО! талдауда қандағы гемоглобин - 62г/л ; Коагулограмма 23.02.2023 МНО- 1.0 ; ПВ анализаторы - 12.00 сек ; ПТИ анализаторы - 94.00 %; АЧТВ-27.0 сек; фибриноген-3.40 г / л. Ары қарай жүргізу тактикасын белгілеңіз

- клиникалық хаттамаға сәйкес қан кетуді диагностикалау және тоқтату, инфузиялық терапия
- жүкті әйелдің жағдайын бақылау
- босану барысы мен жүргізу ерекшеліктері туралы айту
- окстацинді енгізу бұлшықет ішіне 10 бірлік
- кіші жамбас ағзаларының УДЗ жүргізу

= Қайта босанушы, 28 жаста. Жүктілік 40 апта. Тірі, мерзімі жетілген бала туды. 20 минуттан кейін қан кету басталды (600 мл қан бөлініп, жалғасуда). Босанған әйел бозарып, пульсі минутына 90 соққы, АҚҚ 100/60 мм сын. бағ., жатыр түбі кіндіктен 2 көлденең саусаққа жоғары. Плацентаның бөліну белгілері жоқ. Қан тобы - В(III)- үшінші; Rh факторы - Rh+ (оң); ЖҚА - да: қандағы бастапқы гемоглобин - 98 г / л; қандағы эритроциттер-3,5 / л; қандағы лейкоциттер-7,50 / л; қандағы гематокрит-30 % ; қандағы

тромбоциттер - 160/л ; ЭТЖ- 26.0 мм / сағ; қандағы нейтрофилдер-4.0 %; қандағы сегментті ядролық нейтрофилдер-72.0 %; қандағы эозинофилдер-1.0 %; қандағы моноциттер-5 %; қандағы лимфоциттер - 18.0 %

Диагноз қою

- Қан кету. Плацентаның тығыз бекітілуі
- Қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын бөлінуі
- жатыр мойнының жарылуы
- Плацентаның алда орналасуы
- Қан кету. Коагулопатия

= Қайта босанушы, 28 жаста. Жүктілік 40 апта. Тірі, мерзімі жетілген бала туды. 20 минуттан кейін қан кету басталды (600 мл қан бөлініп, жалғасуда). Босанған әйел бозарып, пульсі минутына 90 соққы, АҚҚ 100/60 мм сын. бағ., жатыр түбі кіндіктен 2 көлденең саусаққа жоғары. Плацентаның бөліну белгілері жоқ. Қан тобы - В(III)- үшінші; Rh факторы - Rh+ (оң); ЖҚА - да қандағы бастапқы гемоглобин – 98 г/л ; қандағы эритроциттер – 3,5 /л ; қандағы лейкоциттер - 7,50 /л; қандағы гематокрит - 30 % ; қандағы тромбоциттер - 160/л ; ЭТЖ -26.0 мм / сағ; қандағы нейтрофилдер - 4.0 %; сегментті ядролық нейтрофилдер - 72.0%; қандағы эозинофилдер-1.0 %; қандағы моноциттер-5 %; қандағы лимфоциттер-18.0%. Жүргізу тактикасын анықтаңыз

- Плацентаны қолмен бөлу және босану, қан кетуді тоқтату, инфузиялық терапия
- Пациенттің жағдайын бақылау;
- босану барысы мен жүргізу ерекшеліктері туралы айту
- хирургиялық гемостаз
- Дицинонды көктамыр ішіне тағайындаңыз

= Қайта жүкті, алғаш босанушы пациент, 25 жаста. Паритет: 5/0. Мерзімі жетілген нәрестемен 39 аптада босану болды. Ұрықжолдас бөлінгеннен 30 минуттан кейін көп мөлшерде қан кету басталды. Ұрықжолдаты тексеру кезінде оның тұтастығы күмәнді. Қан жоғалту мөлшері 500 мл. Қан тобы - А(II)-екінші; Rh факторы - Rh+ (оң) ; ЖҚА - да қандағы бастапқы гемоглобин-101 г / л ; эритроциттер-3,5 / л ; лейкоциттер-9,50 / л ; гематокрит-34 % ; тромбоциттер - 180 / л ; ЭТЖ - 23,0 мм / сағ; нейтрофилдер-1,0 % ; сегментоядролық нейтрофилдер - 72.0%; эозинофилдер-1.0 %; моноциттер-5 % ; лимфоциттер-18.0 %

ЖЗА: зәрдің салыстырмалы тығыздығы (үлес салмағы) - 1018.00; зәрдің түсі-сары; зәрдің мөлдірлігі-мөлдір; зәрдегі ақуыз-0.00 г / л ; зәрдегі глюкоза-0.000 ммоль / л ; зәрдегі лейкоциттер-2.300 в п / зр; зәрдегі эритроциттер (- 0.000 в п / зр; зәрдегі жалпақ эпителий-2.400 в/п зр. Диагноз қою

- босанғаннан кейінгі қан кету
- плацентаның жартылай жолда жатуы
- плацентаның толық жолда жатуы
- қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын бөлінуі
- жатыр мойнының жарылуы

= Қайта жүкті, алғаш босанушы пациент, 25 жаста. Паритет: 5/0. Мерзімі жетілген нәрестемен 39 аптада босану болды. Ұрықжолдас бөлінгеннен 30 минуттан кейін көп мөлшерде қан кету басталды. Ұрықжолдаты тексеру кезінде оның тұтастығы күмәнді. Қан жоғалту мөлшері 500 мл. Қан тобы - А(II)-екінші; Rh факторы - Rh+ (оң) ; ЖҚА - да қандағы бастапқы гемоглобин-101 г / л ; эритроциттер-3,5 / л ; лейкоциттер-9,50 / л ; гематокрит-34 % ; тромбоциттер - 180 / л ; ЭТЖ - 23,0 мм / сағ; нейтрофилдер-1,0 % ; сегментоядролық нейтрофилдер - 72.0%; эозинофилдер-1.0 %; моноциттер-5 % ; лимфоциттер-18.0 %

ЖЗА: зәрдің салыстырмалы тығыздығы (үлес салмағы) - 1018.00; зәрдің түсі-сары; зәрдің мөлдірлігі-мөлдір; зәрдегі ақуыз-0.00 г / л; зәрдегі глюкоза-0.000 ммоль / л; зәрдегі лейкоциттер-2.300 в п / зр; зәрдегі эритроциттер (- 0.000 в п / зр; зәрдегі жалпақ эпителий-2.400 в/п зр. Сіздің келесі тактикаңыз

- Жатыр қуысын қолмен зерттеу
- Пациенттің жағдайын бақылау
- босану барысы мен жүргізу ерекшеліктері туралы айту
- Хирургиялық гемостаз
- Инфузионды терапия

= Қайта жүкті әйел, 34 жаста. Перзентхананың қабылдау бөлмесіне түсті. Жыныс жолдарынан қатты қан кету басталды. Паритет: 5/3. Жүктілік 37 апта. Жамбас өлшемдері қалыпты. 7-9 минут сайын күші орташа толғақтар басталды. Ұрықтың жүрек тондары минутына 128 соққы, ырғақтф, іштің төменгі сол жағында анықталады. Қынаптық зерттеуде: жатыр мойны қысқарған, екі саусақты өткізеді. Ұрық көпіршігі және сол жақта плацентаның шеті сезіледі. Ұрықтың басы кіші жамбасқа кіре берісте, қозғалмалы, сакрумның басына қол жеткізілмейді. Қан тобы - А(II)-екінші; Rh факторы - Rh+ (оң); БХ қан анализі қан сарысуындағы жалпы ақуыз - 70.0 г/л, қан сарысуындағы мочевиная - 4.0 ммоль/л; АЛаТ - 23.00 ХБ / л; АСаТ - 24.0 ХБ/л; қан сарысуындағы тікелей билирубин-4.6 мкмоль / л; қан сарысуындағы жалпы билирубин-14.1 мкмоль / л; креатинин қанда-60.3 мкмоль / л;

ЖҚА ЭТЖ-37.0 мм/сағ; қандағы гемоглобин - 99 г / л; қандағы эритроциттер-3.96 / л; қандағы лейкоциттер-9.50 / л; қандағы гематокрит-30 %; қандағы тромбоциттер-275 / л қандағы таяқша нейтрофилдер-3.0 %; қандағы сегментоядерлы нейтрофилдер - 76.0 %; қандағы эозинофилдер - 2.0%; қандағы моноциттер-3 %; қандағы лимфоциттер-16.0 % УДЗ: жүктілік, 37 апта. Плацентаның ұрық жолында орналасуы. Плацента артқы қабырғада орналасқан, плацентаның шеті ішкі аңғаға жетеді. Ұрықтың баспен келуі. Ұрықтың болжамды массасы 3500,0. Диагноз қойыңыз

- Плацентаның ұрық жолында жартылай орналасуы
- Қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын ажырауы
- Плацентаның толық ұрық жолында жатуы
- Босанудан кейінгі қан кету
- Өздігінен түсік тастау қаупі

= Қайта жүкті 34 жаста. Перзентхананың қабылдау бөлімшесіне түсті. Жыныс жолдарынан қатты қан кету басталды. Паритет: 5/3. Жүктілік 37 апта. Жамбас өлшемдері қалыпты. ӘР 7-9 минутта күші орташа толғақ. Ұрықтың жүрек тондары минутына 128 соққы, ритмді, кіндіктен төмен сол жағында. Қынаптық зерттеу: жатыр мойны қысқарған, екі саусақты өткізеді. Ұрық көпіршігі және сол жақта плацентаның шеті сезіледі. Ұрықтың басы кіші жамбасқа кіре берісте, қозғалмалы, сакрумның басына қол жеткізілмейді.

қан тобы - А(II)-екінші; Rh факторы - RH+ (оң); БХ қан анализі қан сарысуындағы жалпы ақуыз - 70.0 г/л қан сарысуындағы мочевиная - 4.0 ммоль/л; АЛаТ - 23.00 ХБ / л; АСаТ - 24.0 ХБ/л; қан сарысуындағы тікелей билирубин-4.6 мкмоль / л; қан сарысуындағы жалпы билирубин-14.1 мкмоль / л; креатинин қанда-60.3 мкмоль / л; ЖҚА СОЭ - 37.0 мм/сағ; қандағы гемоглобин - 99 г/л; қандағы эритроциттер - 3.96 /л; қандағы лейкоциттер - 9.50 / л; қандағы гематокрит-30 % қандағы тромбоциттер-275 / л қандағы таяқша ядролы нейтрофилдер-3.0%; қандағы сегментті ядролық нейтрофилдер-76.0 %; қандағы эозинофилдер-2.0 %; қандағы моноциттер-3 %; қандағы лимфоциттер - 16.0 %

Ұрықтың УДЗ, жүктілігі 37 апта. Плацента орналасуы. Плацента артқы қабырғада орналасқан, плацентаның шеті ішкі аңқаға жетеді. Ұрықтың басымен алда жатуы. ПВП: 3500,0. Жүргізу тактикасы

- шұғыл түрде кесар тілігі арқылы босану
- жүкті әйелдің жағдайын бақылау
- босану барысы мен жүргізу ерекшеліктері туралы айту
- табиғи жолмен босану
- окситоциннің бұлшықет ішіне 10 ЕД тағайындау

= Перзентханада босану бөлімшесінде 32 жастағы босанған әйел бар. Жүктілік және босану төртінші. Босану қанағаттанарлық дамыды және 9 сағаттан кейін салмағы 4450 грамм тірі қыз дүниеге келді. Ұрық басының шығуы кезінде қан кетудің алдын алу үшін көктамыр ішіне метилергометрин енгізілді. 15 минуттан кейін ұрықжолдас ол өздігінен бөлініп шықты. 250 мл қан жоғалты. 20 минуттан кейін жыныс жолдарынан қан кету басталды. Жатыр жұмсақ, сыртқы массаж кезінде шамамен 300 мл сұйық қан мен ұйыған қан бөлінді. Жатыр біршама тығыз болды, содан кейін қайтадан босаңсыды. Жағдайы қанағаттанарлық, импульсі 1 минут ішінде 96 соққы, АҚ 110/60, 110/65 мм сынап бағанасы. Қан жоғалту 550 мл. Диагноз қойыңыз

- босанғаннан кейінгі атониялық қан кету
- қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын бөлінуі
- жатырдағы тыртық
- плацентаның толық жанасуы
- плацентаның шеткері жанасуы

= Перзентханада босану бөлімшесінде 32 жастағы босанған әйел бар. Жүктілік және босану төртінші. Босану қанағаттанарлық дамыды және 9 сағаттан кейін салмағы 4450 грамм тірі қыз дүниеге келді. Ұрық басының шығуы кезінде қан кетудің алдын алу үшін көктамыр ішіне метилергометрин енгізілді. 15 минуттан кейін ұрықжолдас ол өздігінен бөлініп шықты. 250 мл қан жоғалты. 20 минуттан кейін жыныс жолдарынан қан кету басталды. Жатыр жұмсақ, сыртқы массаж кезінде шамамен 300 мл сұйық қан мен ұйыған қан бөлінді. Жатыр біршама тығыз болды, содан кейін қайтадан босаңсыды. Жағдайы қанағаттанарлық, импульсі 1 минут ішінде 96 соққы, АҚ 110/60, 110/65 мм сынап бағанасы. Қан жоғалту 550 мл. Жүргізу тактикасы

- персоналды мобилизациялау, атониялық қан кетуді тоқтату, инфузиялық терапия
- жүкті әйелдің жағдайын бақылау, қан қысымын, пульсті өлшеу
- босану барысы мен жүргізу ерекшеліктері туралы айту
- қосалқыларсыз жатырдың шұғыл экстракциясы
- Дицинонды көктамыр ішіне тағайындаңыз

= Қайта жүкті 35 жас әйел, жүктілік 39 апта. 40 апта ішінде босану. Жиырылу әлсіз, ұрықтың орналасуы бойлық, басы кіші жамбастың кіреберісінен жоғары. Ұрықтың жүрек соғысы жақсы. Толғақ басталғаннан кейін 3 сағаттан кейін қатты қан кету пайда болды.

Қынаптық зерттеу: жатыр мойны 4 см ашық.

қан тобы - А(II)-екінші; Rh факторы - RH<sup>+</sup> (оң) ;

БХ қан анализі қан сарысуындағы жалпы ақуыз - 70.0 г/л қан сарысуындағы мочевина - 4.0 ммоль/л ; АЛаТ - 23.00 ХБ / л; АСаТ - 24.0 ХБ/л ; қан сарысуындағы тікелей билирубин-4.6 мкмоль / л; қан сарысуындағы жалпы билирубин-14.1 мкмоль / л; креатинин қанда-60.3 мкмоль / л ;

ЖҚА СОЭ - 37.0 мм / сағ; қандағы гемоглобин - 99 г / л; қандағы эритроциттер-3.96 / л; қандағы лейкоциттер-9.50 / л; қандағы гематокрит-30 %; қандағы тромбоциттер-275 / л қандағы таяқша нейтрофилдері-3.0 % ; қандағы сегменттік нейтрофилдер - 76.0 % ; қандағы эозинофилдер-2.0 % ; қандағы моноциттер-3 %; қандағы лимфоциттер-16.0 %

Ұрықтың ультрадыбыстық зерттеуі, жүктілігі 39 апта+ 2 күн. Ұрықтың баспен орналасуы. Плацента жатырдың алдыңғы қабырғасында орналасқан. Плацентаның базальды беті мен жатыр қабырғасы арасында мөлшері 5,0 x 2,0 см ПВП : 3800,0 болатын эконегативті аймақ анықталадықан ағымы физиологиялық. Диагноз қойыңыз

- қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын бөлінуі
- төмен плацентация
- плацентаның толық жанасуы
- босанғаннан кейінгі ерте қан кету
- босанғаннан кейінгі кеш қан кету

= Қайта жүкті 35 жас әйел, жүктілік 39 апта. 40 апта ішінде босану. Жиырылу әлсіз, ұрықтың орналасуы бойлық, басы кіші жамбастың кіреберісінен жоғары. Ұрықтың жүрек соғысы жақсы. Толғақ басталғаннан кейін 3 сағаттан кейін қатты қан кету пайда болды.

Қынаптық зерттеу: жатыр мойны 4 см ашық.

қан тобы - А(II)-екінші; Rh факторы - RH+ (оң) ;

БХ қан анализі қан сарысуындағы жалпы ақуыз - 70.0 г/л қан сарысуындағы мочевиная - 4.0 ммоль/л ; АЛаТ - 23.00 ХБ / л; АСаТ - 24.0 ХБ/л ; қан сарысуындағы тікелей билирубин-4.6 мкмоль / л; қан сарысуындағы жалпы билирубин-14.1 мкмоль / л; креатинин қанда-60.3 мкмоль / л ;

ЖҚА СОЭ - 37.0 мм / сағ; қандағы гемоглобин - 99 г / л; қандағы эритроциттер-3.96 / л; қандағы лейкоциттер-9.50 / л; қандағы гематокрит-30 %; қандағы тромбоциттер-275 / л қандағы таяқша нейтрофилдері-3.0 % ; қандағы сегменттік нейтрофилдер - 76.0 % ; қандағы эозинофилдер-2.0 % ; қандағы моноциттер-3 %; қандағы лимфоциттер-16.0 %

Ұрықтың ультрадыбыстық зерттеуі, жүктілігі 39 апта+ 2 күн. Ұрықтың баспен орналасуы.

Плацента жатырдың алдыңғы қабырғасында орналасқан. Плацентаның базальды беті мен жатыр қабырғасы арасында мөлшері 5,0 x 2,0 см ПВП : 3800,0 болатын эконегативті аймақ анықталадықан ағымы физиологиялық. Жүргізу тактикасы

- шұғыл кесар тілігі
- жүкті әйелдің жағдайын бақылау, қан қысымын, импульсті өлшеу.
- босану барысы мен жүргізу ерекшеліктері туралы айту
- Токोलитикалық терапия, бақылау
- Дицинонды көктамыр ішіне тағайындау

= Д. 26 жаста. Жедел жәрдем көлігімен гинекологиялық бөлімшеге жеткізілді. Екі сағат бұрын кенеттен іштің сол жақ төменгі бөлігінде өткір ауырсыну сезімі пайда болды, жүрек айнуы басталды, бір рет құсу болды. Гинекологиялық анамнез: Ж-1: Б-1.

Контрацепция-спираль 1 жыл. Менструальдық функция бұзылмаған. Соңғы етеккір 2 апта бұрын болды. Гинекологиялық ауруларды жоққа шығарады. Объективті: тері және көрінетін шырышты қабаттар таза, пульс 110 рет / мин, қан қысымы 90/60 мм.сын. бағ.

Пальпация кезінде: Щеткин-Блюмберг симптомы іштің төменгі бөліктерінде оң.

Қынаптық: қынаптың шырышты қабаты серозды секрециялармен ылғалданған, жатыр мойны таза. Артқы доғасы тегістелген. Жатыр мойны "тартып" ауырады. Жатыр қалыпты мөлшерде, қозғалмалы, ауыртпалықсыз. Сол жақтағы қосымшалар қатты ауырады. Жалпы қан анализі: Нв-120 г/л, эритроциттер  $3.9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциттер  $6.7 \cdot 10^9$ /л, тромбоциттер  $212 \cdot 10^9$  /л, ТК-0.8, ЭТЖ 10 мм / сағ. Алдын ала диагноз

- Сол жақ аналық бездің апоплексиясы
- Миоматозды түйіннің некрозы
- Калькулезды холецистит
- Жедел панкреатит
- Гангренозды аппендицит

= Д. 26 жаста. Жедел жәрдем көлігімен гинекологиялық бөлімшеге жеткізілді. Екі сағат бұрын кенеттен іштің төменгі сол жақ бөлігінде өткір ауырсыну пайда болды, жүрек айнуы басталды, бір рет құсу болды. Гинекологиялық анамнез: Ж-1: Б-1. Контрацепция-спираль 1 жыл. Менструальдық функция бұзылмаған. Соңғы етеккір 2 апта бұрын болды. Гинекологиялық ауруларды жоққа шығарады. Объективті: тері және көрінетін шырышты қабаттар таза, пульс 110 рет / мин, қан қысымы 90/60 мм.сын. бағ. Пальпация кезінде Щеткин-Блюмберг симптомы іштің төменгі бөліктерінде оң.

Қынаптық: қынаптың шырышты қабаты серозды секрециялармен ылғалданған, жатыр мойны таза. Артқы доғасы тегістелген. Жатыр мойны "тартып" ауырады. Жатыр қалыпты мөлшерде, қозғалмалы, ауыртпалықсыз. Сол жақтағы қосымшалар қатты ауырады. Жалпы қан анализі: Нв-120 г/л, эритроциттер  $3.9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциттер  $6.7 \cdot 10^9$ /л, тромбоциттер  $212 \cdot 10^9$ /л, ТК-0.8, ЭТЖ 10 мм / сағ. Жүргізу тактикасы

- Кіші жамбас ультрадыбысы. Артқы қойма қынаптың пункциясы. Лапаротомия. Аналық безді резекциясы
- Кіші жамбас ультрадыбысы. Жедел лапаротомия. Жатырдың ампутациясы
- Жедел лапароскопия. Холецистэктомия
- Консервативті басқару. Антибиотикалық терапияны ұсыну
- Іштің төменгі бөлігіне физиотерапия тағайындау

= А. 16 жаста. Гинекологтың қабылдауына іштің төменгі бөлігіндегі, көбірек сол жақтағы қатты ауырсынуға шағымданады. Қыздың айтуы бойынша 3 сағат бұрын көшеде тайып құлаған. Содан кейін іштің төменгі бөлігінде тартылатын ауырсыну пайда болды, ол уақыт өте күшейді. Гинекологиялық анамнез: Ж-0. Бикеш-Virgae. Етеккір 13 жастан бастап тұрақты, 3-4 күн, орташа ауырлықта, 1 күн ауырады. Етеккір соңғы рет 2 апта бұрын болды. Гинекологиялық ауруларды жоққа шығарады. Объективті: терісі және көрінетін шырышты қабаттары қалыпты түсті, пульс 110 рет/мин, АҚ 80/50 мм.

Пальпацияда іштің төменгі бөлігінде Щеткин-Блюмберг симптомы оң.

Рег. rectum: Ол тексеруден бас тартты. Жамбас мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеуі: Жатыр 40 мм \* 38 мм \* 41 мм. М-эхо эндометрий 8 мм. Оң жақ аналық безі 28 мм \* 25 мм. Құрылымы өзгерген жоқ. Диаметрі 4 мм-ге дейін 5-6 фолликул анықталады. Сол жақ аналық безі: 40 мм \* 32 мм, құрылымы өзгерген, контурлары анық емес. Диаметрі 3-4 мм болатын 2-3 фолликул анықталады. Ретроутерлік кеңістікте 5 мл бос сұйықтық орналасқан. Алдын ала диагноз

- Сол жақ аналық без кистасының жарылуы. ішкі қан кету
- Миоматозды түйіннің некрозы. токсикалық шок
- Калкулезді холецистит
- Жедел панкреатит
- Цистома өзегінің бұралуы

= А. 16 жаста. Гинекологтың қабылдауында іштің төменгі бөлігіндегі, сол жақтағы қатты ауырсынуға шағымданады. Бойжеткеннің айтуынша, 3 сағат бұрын ол көшеде тайып кетіп, құлаған. Содан кейін іштің төменгі бөлігінде тартылатын ауырсыну пайда болды, ол уақыт өте күшейді. Гинекологиялық анамнез: Ж-0. Бикеш-Virgae. Етеккір 13 жастан бастап тұрақты, 3-4 күн, орташа ауырлықта, 1 күн ауырады, соңғы рет 2 апта бұрын болды. Гинекологиялық ауруларды жоққа шығарады. Объективті: терісі және көрінетін шырышты қабаттары қалыпты түсті, пульс 115 рет/мин, АҚ 80/50 мм. Пальпацияда іштің төменгі бөлігінде Щеткин-Блюмберг симптомы оң.

Рег. rectum: Ол тексеруден бас тартты. Жамбас мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеуі: Жатыр 40 мм \* 38 мм \* 41 мм. Махо эндометрий 8 мм. Оң жақ аналық безі 28 мм \* 25 мм. Құрылымы өзгерген жоқ. Диаметрі 4 мм-ге дейін 5-6 фолликул анықталады. Сол жақ аналық безі: 40 мм \* 32 мм, құрылымы өзгерген, контурлары анық емес. Диаметрі 3-4 мм

болатын 2-3 фолликул анықталады. Ретроутерлік кеңістікте 5 мл бос сұйықтық орналасқан. Дәрігердің тактикасы

- Жедел лапаротомия. Аналық бездің резекциясы
- Жедел лапаротомия. Жатырдың ампутациясы
- Жедел лапароскопия. Холецистэктомия
- Консервативті басқару. Антибиотикалық терапияны ұсыныңыз
- Лапаротомия, цистоманың «хирургиялық аяғын» бұрау

= Ж. 15 жаста. Жедел жәрдеммен ауруханаға жеткізілді. Шағымдары: іштің төменгі бөлігіндегі тартылып ауырсынуына, көбірек оң жақта, жүрек айну сезіміне, бір реттік құсуға шағымданады. Қыздың айтуынша, жоғарыдағы шағымдар 3 сағат бұрын физикалық жүктемеден кейін пайда болған. Гинекологиялық анамнез: Ж-0. Бикеш- Virgae. Етеккір 13 жастан бастап, тұрақты емес, 3-6 күн, орташа ауырлықта, 1 күн ауырады. Соңғы рет 2 апта бұрын болды. Гинекологиялық ауруларды жоққа шығарады. Объективті: терісі және көрінетін шырышты қабаттары қалыпты түсті, пульс 86 рет/мин, АҚҚ 100/60 мм. Температура 36,4С. Пальпацияда Щеткин-Блюмберг симптомы іштің төменгі бөлігінде әлсіз оң.

Per. rectum: дайын емес. Жамбас мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеуі: Жатыр 35 мм \* 38 мм \* 41 мм. Эндометрий М-эхо 8 мм. Сол жақ аналық без 25 мм\* 25 мм\*15 мм Құрылымы өзгермеген. Диаметрі 3-4 мм-ге дейінгі 4-5 фолликул анықталады. Оң жақ аналық безі: 28 мм \* 32 мм, құрылымы өзгерген, контурлары анық емес. Диаметрі 3-4 мм болатын 2-3 фолликул анықталады. Бос сұйықтықтың аз мөлшері ретроутеральды кеңістікте орналасқан. Жалпы қан анализі: Нв-120 г/л, эритроциттер 3,9\*10<sup>12</sup>/л, лейкоциттер 6,7\*10<sup>9</sup>/л, тромбоциттер 250\*10<sup>9</sup>/л, СР-0,8, ЭТЖ 10 мм/сағ. Алдын ала диагноз

- Оң жақ аналық бездің апоплексиясы, ауру түрі
- Миоматозды түйіннің некрозы. токсикалық шок
- Калкулезді холецистит
- Жедел панкреатит
- Аппендицит, гангренозды түрі

= Ж. 15 жаста. Жедел жәрдеммен ауруханаға жеткізілді. Шағымдары: іштің төменгі бөлігіндегі тартылып ауырсынуына, көбірек оң жақта, жүрек айну сезіміне, бір реттік құсуға шағымданады. Қыздың айтуынша, жоғарыдағы шағымдар 3 сағат бұрын физикалық жүктемеден кейін пайда болған. Гинекологиялық анамнез: Ж-0. Бикеш-Virgae. Етеккір 13 жастан бастап, тұрақты емес, 3-6 күн, орташа ауырлықта, 1 күн ауырады. Соңғы рет 2 апта бұрын болды. Гинекологиялық ауруларды жоққа шығарады. Объективті: терісі және көрінетін шырышты қабаттары қалыпты түсті, пульс 86 рет/мин, АҚҚ 100/60 мм. Температура 36,4 С.

Per. rectum: дайын емес. Жамбас мүшелерінің трансабдоминальды УДЗ жүргізілді: Жатыр 35 мм\* 38 мм\* 41 мм. М-эхо эндометрий 8 мм. Сол жақ аналық без 25 мм\* 25 мм\*15 мм Құрылымы өзгермеген. Диаметрі 3-4 мм-ге дейінгі 4-5 фолликул анықталады. Оң жақ аналық безі: 28 мм \* 32 мм, құрылымы өзгерген, контурлары анық емес. Диаметрі 3-4 мм болатын 2-3 фолликул анықталады. Ретроутерлік кеңістікте аздаған бос сұйықтық бар. Жалпы қан анализі: Нв-120 г/л, эритроциттер 3,9\*10<sup>12</sup>/л, лейкоциттер 6,7\*10<sup>9</sup>/л, тромбоциттер 250\*10<sup>9</sup>/л, СР-0,8, ЭТЖ 10 мм/сағ.

Дәрігердің тактикасы

- 12 сағат бақылау
- Жедел лапаротомия. Жамбас мүшелерін қайта қарау
- Диагностикалық колоноскопия
- Қынаптың артқы саңылауының пункциясы
- Физиотерапия рецепті

= Т, 29 жаста. Жедел жәрдеммен гинекологиялық бөлімшеге жеткізілді. Бірнеше сағат бұрын кенеттен ауырып қалған. Себепсіз іштің төменгі бөлігінде ауырсынулар, жүрек айну, құсу, есін жоғалту, жалпы әлсіздік пайда болған. Дене қызуы 36,7 С, беті бозарған, бетінде суық тер, пульс 92 рет/мин., АҚ 130/70 мм с.б.б. Соңғы етеккір бірнеше күн бұрын аяқталды. Іші төменде және сол жақта қатты ауырады. С-м Щеткин-Блюмберг оң. Анестезиямен жүргізілген қынаптық тексеруде: жатыр антефлексиялы, көлемі қалыпты, қозғалмалы, ер адамның жұдырығынан сәл үлкен ісік жатырдың сол жағында пальпацияланған, қозғалғыштығы шектелген, эластикалық, ауру сезімді. Жалпы қан анализі: Нв-120 г/л, эритроциттер  $4,9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциттер  $8,7 \cdot 10^9$ /л, тромбоциттер  $250 \cdot 10^9$ /л, ТК-0,8, ЭТЖ 10 мм/сағ.

Ұсынылған диагноз

- Аналық без цистомасының аяқтарының бұралуы
- Жатыр миомасы
- Аналық без апоплексиясы
- Аппендицит
- Жатырдан тыс жүктілік

= Т, 29 жаста. Жедел жәрдеммен гинекологиялық бөлімшеге жеткізілді. Екі сағат бұрын кенеттен ауырып қалған. Іштің төменгі бөлігіндегі ауру сезімі, жүрек айну, құсу, есін жоғалту, жалпы әлсіздік, дене қызуы 36,7 С, беті бозарған, басынан суық тер, пульс 92 рет/мин., АҚ 130/70 мм.сын.бағ. себепсіз пайда болды.Етеккір бірнеше күн бұрын аяқталған. Ішнің төменгі және сол жақ бөлігі қатты ауырады. С-мЩеткин-Блюмберг оң. Анестезиямен жүргізілген қынаптық тексеруде анықталды: жатыр антефлексиялы, көлемі қалыпты, қозғалмалы, ер адамның жұдырығынан сәл үлкен ісік жатырдың сол жағында пальпацияланған, қозғалғыштығы шектелген, эластикалық, ауру сезімді. Жалпы қан анализі: Нв-120 г/л, эритроциттер  $4,9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциттер  $8,7 \cdot 10^9$ /л, тромбоциттер  $250 \cdot 10^9$ /л, СР-0,8, ЭТЖ 10 мм/сағ. Дәрігердің тактикасы

- Жамбас мүшелерінің УДЗ. Лапаротомия. Аналық безді резекциялау
- Кіші жамбас мүшелерінің УДЗ. Лапаротомия. Жатырдың ампутациясы
- Кіші жамбас мүшелерінің УДЗ. Лапароскопия. Құрсақ қуысын қайта қарау. Қанның реинфузиясы.
- Кіші жамбас мүшелерінің УДЗ. Гистероскопия. цистэктомия
- Кіші жамбастың УДЗ.Лапароскопия. Тубекомия

= Т., 29 жаста. Жедел жәрдеммен гинекологиялық бөлімшеге жеткізілді. Екі сағат бұрын кенеттен ауырып қалған. Іштің төменгі бөлігіндегі ауру сезімі, жүрек айну, құсу, есін жоғалту, жалпы әлсіздік, дене қызуы 36,7 С, беті бозарған, бетінде суық тер, пульс 92 рет/мин., АҚҚ 130/70 мм рт.ст. себепсіз пайда болды. Соңғы етеккір бірнеше күн бұрын аяқталды. Іші төменде және сол жақта қатты ауырады. С-мЩеткин-Блюмберг оң. Қатты ауырсынуға байланысты қынаптық тексеру сәтсіз аяқталды. Кіші жамбас мүшелеріне УДЗ жасалды: Жатырдың денесі 54мм\*38мм\*47мм. М-эхо 10 мм. Оң аналық без 34\*25мм, Сол жақ аналық без 32\*28мм. Сол жақ аналық без аймағында диаметрі 6 см. болатын гиперэхогенді домалақ түзіліс қозғалмалы. 3 мл бос сұйықтық ретроперитонеальды кеңістікте орналасқан. Болжамды диагноз

- Аналық без цистомасының аяқтарының бұралуы
- Жатыр миомасы
- Аналық без апоплексиясы
- Аппендицит
- Жатырдан тыс жүктілік

= Т., 29 жаста. Жедел жәрдеммен гинекологиялық бөлімшеге жеткізілді. Екі сағат бұрын кенеттен ауырып қалған. Іштің төменгі бөлігіндегі ауру сезімі, жүрек айну, құсу, есін

жоғалту, жалпы әлсіздік, дене қызуы 36,7 С, беті бозарған, басынан суық тер, пульс 92 рет/мин., АҚҚ 130/70 мм сын.бағ. себепсіз пайда болды. Соңғы етеккір бірнеше күн бұрын аяқталды. Іші төменде және сол жақта қатты ауырады. С-мЩеткин-Блюмберг оң.

Анестезиямен жүргізілген қынаптық тексеруде анықталды: жатыр антефлексиялы, көлемі қалыпты, қозғалмалы, ер адамның жұдырығынан сәл үлкен ісік жатырдың сол жағында пальпацияланған, қозғалғыштығы шектелген, эластикалық, ауру сезімді. Кіші жамбасмүшелеріне УДЗ жасалды: Жатырдың денесі 54мм\*38мм\*47мм. Махо 10 мм. Оң аналық без 34\*25мм, Сол жақ аналық без 32\*28мм. Сол жақ аналық без аймағында диаметрі 6 см. болатын гиперэхогенді домалақ түзіліс қозғалмалы. Бос сұйықтық 3 мл ретроперитонеальды кеңістікте орналасқан. Басқару тактикасы

- Лапаротомия. Аналық без кистасын алып тастау
- Лапаротомия. Жатырдың ампутациясы
- Лапароскопия. Құрсақ қуысын қайта қарау. Қанның реинфузиясы.
- Гистероскопия. цистэктомия
- Лапароскопия. Тубектомия

= А, 34 жаста. Жедел жәрдеммен гинекологиялық бөлімшеге жеткізілді. Ауру іштің төменгі бөлігіндегі жедел ауырсынудан, бас айнарудан басталды. Жүрек айну, құсу, тенезм пайда болды. Анамнезінде етеккір 13 жастан 5 күннен бері тұрақты, орташа ауыртпалықсыз. Соңғы етеккір күні - ол нақты есінде жоқ. Контрацепция - жоққа шығарады. Жүктілікті жоспарлайды. Гинекологиялық аурулар – созылмалы сальпингоофорит. Объективті: Науқас бозғылт, апатия. Пульс 120 рет мин., Тыныс алуы 34р. мин., АҚ 80/60 мм.сын.бағ., дене температурасы 36,8С. С-м Щеткин-Блюмберг оң. Қынаптық жағынан: қынаптың шырышты қабаты бозғылт қызғылт түсті, жатыр мойны біршама цианозды, бөліндісі қою қанды. Қынаптың артқы доғасы тегістелген, қатты ауырсынады. Жатыр антефлексияда, біршама ұлғайған, солға ығысқан, қозғалғыштығы шектелген. Жатырдың оң және артында дұрыс емес пішінді, 5 см-дей жұмыртқа тәрізді, жұмсақ консистенциялы түзіліс бар, сол жақта түзіліс белгілері жоқ. Жалпы қан анализі: Нв-110 г/л, эритроциттер 3,9\*10<sup>12</sup>/л, лейкоциттер 8,7\*10<sup>9</sup>/л, тромбоциттер 250\*10<sup>9</sup>/л, ТК-0,8, ЭТЖ 15 мм/сағ.Болжамды диагноз

- Жатырдан тыс жүктілік
- Аналық без апоплексиясы
- Жатыр миомасы
- Аппендицит
- Аналық бездің педикуласының бұралуы

= А., 34 жаста. Жедел жәрдеммен гинекологиялық бөлімшеге жеткізілді. Ауру іштің төменгі бөлігіндегі жедел ауырсынудан, бас айнарудан басталды. Жүрек айну, құсу, тенезм пайда болды. Анамнезінде етеккір 13 жастан 5 күннен бері тұрақты, орташа ауыртпалықсыз. Соңғы етеккір күні - ол нақты есінде жоқ. Контрацепция I – жоққа шығарады. Жүктілікті жоспарлайды. Гинекологиялық аурулар – созылмалы сальпингоофорит. Объективті: Науқас бозғылт, апатия. Пульс 120 рет мин., Тыныс алуы 34р. мин., АҚ 80/60 мм.сын.бағ., дене температурасы 36,8С.С-м Щеткин-Блюмберг оң. Қынаптық жағынан: қынаптың шырышты қабаты бозғылт қызғылт түсті, жатыр мойны біршама цианозды, бөліндісі қою қанды. Қынаптың артқы доғасы тегістелген, қатты ауырсынады. Жатыр антефлексияда, біршама ұлғайған, солға ығысқан, қозғалғыштығы шектелген. Жатырдың оң және артында дұрыс емес жұмыртқа тәрізді пішінді, 5 см-дей түзіліс бар, ол жұмсақ консистенциялы, сол жақта белгілері жоқ. Жалпы қан анализі: Нв-110 г/л, эритроциттер 3,9\*10<sup>12</sup>/л, лейкоциттер 8,7\*10<sup>9</sup>/л, тромбоциттер 250\*10<sup>9</sup>/л, СР-0,8, ЭТЖ 15 мм/сағ. Дәрігердің тактикасы

- Шұғыл лапаротомия, сонымен бірге шокқа қарсы шаралар қажет
- 24 сағат ішінде қадағалау

- Миомэктомия
- Лапароскопия. Цистэктомия
- Кең спектрлі антибиотиктерді тағайындау

= Науқас В, 32 жаста. Ауруханаға ішінің төменгі бөлігіндегі қатты ауру сезіміне, қалтырауға, дене қызуының жоғарылауына (39С) байланысты жеткізілді. Ол кенеттен ауырып қалды, етеккірдің соңғы күндерінің фондында іштің төменгі бөлігінде, көбірек оң жақта ауырсыну пайда болды. Ауырсыну күшейді, қалтырау пайда болды, дене қызуы 39С дейін көтерілді. Объективті: терісі бозғылт, тілі құрғақ. Пульс 110 рет/мин., ырғақты, АҚ 120/80 мм. Іштің төменгі бөлігіндегі ауырсынуға шағымданады. Төменгі бөлімдерде с-м Щеткин-Блюмберг оң. Қынаптық тексеру (анестезиямен жүргізілді): жатыр дұрыс қалыпта, біршама солға ауытқыған, қозғалғыштығы шектелген, үлкеймеген. Жатырдың оң жағында және артында ауыратын түзіліс пальпацияланады, пішіні дұрыс емес, өлшемі 1,5 см\*12 см. Сол жақ қосалқылары белгілері жоқ. Қоймалар ілінбейді. Қанның жалпы анализінде: лейкоциттер 13,4\*10<sup>9</sup>/л. Болжамды диагноз

- Жедел пиосальпинкс
- Аналық без апоплексиясы
- Жатыр миомасы
- Миоматозды түйіннің тууы
- Аппендицит

= Науқас В., 32 жаста. Ауруханаға ішінің төменгі бөлігіндегі қатты ауру сезіміне, қалтырауға, дене қызуының жоғарылауына (39С) байланысты жеткізілді. Ол кенеттен ауырып қалды, етеккірдің соңғы күндерінің фондында іштің төменгі бөлігінде, көбірек оң жақта ауырсыну пайда болды. Ауырсыну күшейді, қалтырау пайда болды, дене қызуы 39С дейін көтерілді. Объективті: терісі бозғылт, тілі құрғақ. Пульс 110 рет/мин., ырғақты, АҚ 120/80 мм. Іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну. Төменгі бөлімдерде с-м Щеткин-Блюмберг оң. Қынаптық тексеру (анестезиямен жүргізілді): жатыр дұрыс қалыпта, біршама солға ауытқыған, қозғалғыштығы шектелген, үлкеймеген. Жатырдың оң жағында және артында ауыратын түзіліс пальпацияланады, пішіні дұрыс емес, өлшемі 1,5 см\*12 см. Сол жақта қосалқы белгілері жоқ. Қоймалар ілінбейді. Қанның жалпы анализінде лейкоциттер 13,4\*10<sup>9</sup>/л. Жүргізудің мақсатты тактикасы

- Төсек режимі, диета, іштің төменгі бөлігіне суық тию, антибиотиктер, витаминдер, инфузионды терапия тағайындайды
- Гемостатикалық терапияны тағайындау
- Аппендектомия жасау
- Аналық безді резекциялау
- 12 сағат ішінде күтілетін басқаруды таңдаңыз

= Науқас У., 26 жаста, 15 қазанда гинекологиялық бөлімшеге 10 қазаннан бері жыныс жолдарынан дақтардың пайда болуына, оң жақ мықын аймағындағы кезеңді ауру сезіміне, бас айналуына шағымданады. Соңғы етеккір 6 қыркүйек болды. Айна көмегімен қараған кезде жатыр мойнының шырышты қабатының цианозы анықталады, жатыр мойнының сыртқы бөлімінен қара қанды бөліністер. Екі қолмен гинекологиялық тексеруде: жатыр аздап ұлғайған, жұмсарған, алдыға жылжитқанда ауырсынады. Сол жақ қосымшалар өзгермеген. Жатырдың оң жағында және артында қамыр тәрізді консистенциялы, ұлғайған және ауыратын қосалқылар пальпацияланады. Қынаптың артқы саңылауын пальпациялағанда орташа ауыру сезімі байқалады. ХГЧ қан 1500 ММЕ / мл. Болжамды диагноз

- Жатырдан тыс жүктілік
- Аналық без апоплексиясы
- Жатыр миомасы

- Миоматозды түйіннің тууы
- Аппендицит

= Науқас У., 26 жаста, 15 қазанда гинекологиялық бөлімшеге 10 қазаннан бері жыныс жолдарынан дақтардың пайда болуына, оң жақ мықын аймағындағы кезеңді ауру сезіміне, бас айналуына шағымданады. Соңғы етеккір 6 қыркүйек болды. Айна көмегімен қараған кезде жатыр мойнының шырышты қабатының цианозы анықталады, жатыр мойнының сыртқы бөлімінен қара қанды бөліністер. Екі қолмен гинекологиялық тексеруде: жатыр аздап ұлғайған, жұмсарған, алдыға жылжитқанда ауырсынады. Сол жақ қосымшалар өзгермеген. Жатырдың оң жағында және артында қамыр тәрізді консистенциялы, ұлғайған және ауыратын қосалқылар пальпацияланады. Қынаптың артқы саңылауын пальпациялағанда орташа ауыру сезімі байқалады. ХГЧ қан 1500 МмЕ / мл.

Ұсынылатын тактика

- Шұғыл лапаротомия қажет
- 24 сағат ішінде қадағалау
- Миомэктомия
- Лапароскопия. Цистэктомия
- Кең спектрлі антибиотиктерді тағайындау

= Науқас Л., 25 жаста, гинекологиялық бөлімшеге 2 апта бойы іштің төменгі бөлігіндегі ауру сезіміне және жыныс жолдарынан ұзаққа созылған қара түсті қанды бөлініс бар екендігіне шағымданып келеді. Соңғы етеккір күні 8 апта бұрын. Бір күн бұрын жүктілік сынағы оң болды. Түскен кезде жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Пульс 76 соққы/мин, ырғақты, толуы және кернеуі бар. Қан қысымы 120/80 мм рт.ст. Іші пальпацияда төменгі бөліктерде ауырсыну бар, перитонеальды тітіркену белгілері жоқ. Айнадан қарағанда: қынаптың және жатыр мойнының шырышты қабаты цианозды. Жатыр мойны конустық, таза. Бөлінуі қара қанды, жағылған. Қынаптық тексеру: қынапта жүктілік болмаған. Жатыр мойны конустық, сыртқы аңқа жабық. Жатырдың денесі жүктіліктің 5-6 аптасына сәйкес келеді, біршама жұмсартылған, ауырсынусыз. Оң жақ қосалқылары жабысқақ, айқын пальпацияланбайды, аймағы ауырмайды. Жатырдың артында сол жақта дұрыс емес пішінді түзіліс пальпацияланады, ауырады, өлшемі 1,2x10 см. Артқы доғасының пальпациясында күрт ауырсынады. Болжамды диагноз

- Жатырдан тыс жүктілік
- Аналық без апоплексиясы
- Жатыр миомасы
- Миоматозды түйіннің тууы
- Аппендицит

= Науқас Л., 25 жаста, гинекологиялық бөлімшеге 2 апта бойы іштің төменгі бөлігіндегі ауру сезіміне және жыныс жолдарынан ұзаққа созылған қара түсті қанды бөлініс бар екендігіне шағымданып келеді. Соңғы етеккір күні 8 апта бұрын. Бір күн бұрын жүктілік сынағы оң болды. Түскен кезде жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Пульс 76 соққы/мин, ырғақты, толуы және кернеуі бар. Қан қысымы 120/80 мм рт.ст. Іші пальпацияда төменгі бөліктерде ауырсыну бар, перитонеальды тітіркену белгілері жоқ. Айнадан қарағанда: қынаптың және жатыр мойнының шырышты қабаты цианозды. Жатыр мойны конустық, таза. Бөлінуі қара қанды, жағылған. Қынаптық тексеру: қынапта жүктілік болмаған. Жатыр мойны конустық, сыртқы ось жабық. Жатырдың денесі жүктіліктің 5-6 аптасына сәйкес келеді, біршама жұмсартылған, ауырсынусыз. Оң жақ қосалқылары жабысқақ, айқын пальпацияланбайды, аймағы ауырмайды. Жатырдың артында сол жақта дұрыс емес пішінді түзіліс пальпацияланады, ауырады, өлшемі 1,2x10 см. Артқы доғасы пальпациясында күрт ауырсынады.

Болжамды жүргізілетін тактика

- Шұғыл лапаротомия, туботомия қажет.
- 24 сағат ішінде қадағалау
- Миомэктомия
- Лапароскопия. Цистэктомия
- Кең спектрлі антибиотиктерді тағайындау

= Науқас К., 30 жаста, гинекологиялық бөлімшеге ішінің төменгі бөлігіндегі өткір ауру сезіміне, кеше пайда болған жүрек айну, құсу шағымдарымен жеткізілді. 2 жыл бойы жатыр қосалқыларының созылмалы қабынуымен ауырады. Объективті: дене қызуы 37,8°C. Пульс 120 соққы/мин, ырғақты, қасиеттері қанағаттанарлық. Қан қысымы 110/70 мм сын.бағ. Тілі құрғақ, ақ түспен қапталған. Тыныс алу актісіне іш шектеулі дәрежеде қатысады. Алдыңғы іш қабырғасының бұлшықеттерінің кернеуі анықталады, оң жақта көбірек. Оң жақта Щеткин-Блюмбергтің оң симптомы. Айнадан қарағанда: қынаптың шырышты қабаты өзгермеген. Жатыр мойны цилиндр тәрізді, таза. Бөлінген түзілістер ашық, шырышты. Қынаптық тексеру: қынап босанған. Жатыр мойны цилиндр тәрізді, саусақ ұшын өткізеді. Жатыр денесі қалыпты мөлшерде, тығыз, оң жақ қосалқылар аймағында орналасқан түзіліс салдарынан солға ауытқыған және пішіні дөңгелектенген, беті тегіс, тығыз серпімді консистенциялы, өлшемі шамамен 10 см. қозғалуға тырысқанда қатты ауырады. Сол жақ қосалқылары анықталмаған, аймағы ауырсынусыз. Болжамды диагноз

- Аналық без кистасы
- Аналық без апоплексиясы
- Жатыр миомасы
- Миоматозды түйіннің тууы
- Аппендицит

= Науқас К., 30 жаста, гинекологиялық бөлімшеге ішінің төменгі бөлігіндегі өткір ауру сезіміне, кеше пайда болған жүрек айну, құсу шағымдарымен жеткізілді. 2 жыл бойы жатыр қосалқыларының созылмалы қабынуымен ауырады. Объективті: дене қызуы 37,8°C. Пульс 120 соққы/мин, ырғақты, қасиеттері қанағаттанарлық. Қан қысымы 110/70 мм сын.бағ. Тілі құрғақ, ақ түспен қапталған. Тыныс алу актісіне іш шектеулі дәрежеде қатысады. Алдыңғы іш қабырғасының бұлшықеттерінің кернеуі анықталады, оң жақта көбірек. Оң жақта Щеткин-Блюмбергтің оң симптомы. Айнадан қарағанда: қынаптың шырышты қабаты өзгермеген. Жатыр мойны цилиндр тәрізді, таза. Бөлінген түзілістер ашық, шырышты. Қынаптық тексеру: қынап босанған. Жатыр мойны цилиндр тәрізді, саусақ ұшын өткізеді. Жатыр денесі қалыпты мөлшерде, тығыз, оң жақ қосалқылар аймағында орналасқан түзіліс салдарынан солға ауытқыған және пішіні дөңгелектенген, беті тегіс, тығыз серпімді консистенциялы, өлшемі шамамен 10 см. қозғалуға тырысқанда қатты ауырады. Сол жақ қосалқылары анықталмаған, аймағы ауырсынусыз. Тактика

- Жамбас мүшелерінің УДЗ. Лапаротомия, аналық безді резекциялау
- Кіші жамбас мүшелерінің УДЗ. 24 сағат бойы бақылау
- Кіші жамбас мүшелерінің УДЗ. Лапаротомия. Миомэктомия
- Кіші жамбас мүшелерінің УДЗ. Лапароскопия. аппендэктомия
- Кіші жамбастың УДЗ. Гистероскопия. Цистэктомия

= Науқас К., 22 жаста, ішінің төменгі бөлігіндегі жедел ауру сезіміне, әлсіздікке, бас айналу шағымдарымен жедел жәрдеммен гинекологиялық бөлімшеге жеткізілді. Жаттығудан кейін ауырсыну кенеттен пайда болды. Үйде талып қалған. Соңғы етеккір 6 апта бұрын. Жүктіліктен құрсақшілік спираль арқылы қорғанған. Объективті: терісі бозғылт, суық тер. Пульс 100 соққы/мин, АҚ 90/50 мм с.б.б. Перитональды тітіркену симптомдары оң. Іштің бүйір бөліктерінде перкуторлы дыбыстың күңгірттенуі байқалады. Айнадан қарағанда: қынаптың және жатыр мойнының шырышты қабаты

цианозды, таза. Жатыр мойны конустық пішінді, бөліндісі аздап қою қанды. Қынаптық тексеру: Жатыр мойны цилиндр тәрізді, сыртқы зев жабық, ЖИА жіптері көрінеді, жатыр мойнының ығысқанда қатты ауырсыну байқалады. Жатырдың денесі жүктіліктің 6 аптасына сәйкес келеді, біршама жұмсақ, қозғалмалы. Оң жақ қосалқылар аймағында айқын контурлары жоқ сынама консистенция сының ісік тәрізді түзілістері бар. Сол жақ қосалқылары анықталмаған, аймағы ауырмайды. Қынаптың артқы саңылаулары шығыңқы, пальпацияда күрт ауырсынады. Болжамды диагноз

- Жатырдан тыс жүктілік
- Аналық без апоплексиясы
- Жатыр миомасы
- Миоматозды түйіннің тууы
- Аппендицит

= Науқас К., 22 жаста, ішінің төменгі бөлігіндегі жедел ауру сезіміне, әлсіздікке, бас айналу шағымдарымен жедел жәрдеммен гинекологиялық бөлімшеге жеткізілді. Жаттығудан кейін ауырсыну кенеттен пайда болды. Үйде талып қалған. Соңғы етеккір 6 апта бұрын. Жүктіліктен құрсақішілік спираль арқылы қорғанған. Объективті: терісі бозғылт, суық тер. Пульс 100 соққы/мин, АҚ 90/50 мм с.б.б. Перитональды тітіркену симптомдары оң. Іштің бүйір бөліктерінде перкуторлы дыбыстың күңгірттенуі байқалады. Айнадан қарағанда: қынаптың және жатыр мойнының шырышты қабаты цианозды, таза. Жатыр мойны конустық пішінді, бөліндісі аздап қою қанды. Қынаптық тексеру: Жатыр мойны цилиндр тәрізді, сыртқы зев жабық, ЖИА жіптері көрінеді, жатыр мойнының ығысқанда қатты ауырсыну байқалады. Жатырдың денесі жүктіліктің 6 аптасына сәйкес келеді, біршама жұмсақ, қозғалмалы. Оң жақ қосалқылар аймағында айқын контурлары жоқ сынама консистенциясының ісік тәрізді түзілістері бар. Сол жақ қосалқылары анықталмаған, аймағы ауырмайды. Қынаптың артқы саңылаулары шығыңқы, пальпацияда күрт ауырсынады. Тактика

- Жамбас мүшелерінің УДЗ. Қынаптың артқы саңылауының пункциясы. ХГЧ үшін қан. ЖИА алып тастау. Лапаротомия
- Кіші жамбас мүшелерінің УДЗ. СА 125, НЕ4 бойынша қан. Лапаротомия
- Гистероскопия. Цистэктомия
- Кіші жамбас УДЗ. Динамикада ОАК. Хирург кеңесі
- 24 сағат бойы бақылау. Антибиотикалық терапияны тағайындау

= Науқас М., 35 жаста, гинекологиялық бөлімшеге іштің төменгі бөлігіндегі қатты ауру сезіміне, жүрек айнуына, дене қызуының 39,5°C дейін көтерілуіне шағымданып түсті. Анамнезінен: 10 күн бұрын ауырып бастаған, іштің төменгі бөлігінде тік ішекке таралатын тартылатын ауырсынулар бар; дене қызуы 37,5°C көтерілген. Дәрігерге бармаған, өз бетімен емделген. Денсаулығының күрт нашарлауына байланысты жедел жәрдем шақырып, гинекологиялық бөлімшеге жеткізілген. Анамнезінен: етеккір функциясы бұзылмаған, соңғы етеккір 12 күн бұрын келген. Бес рет жүкті болған, оның екеуі шұғыл босанумен аяқталды, үшеуі – асқынусыз медициналық түсік жасату. 5 жыл бойы контрацепция үшін жатыр ішілік спиральді қолданады. Объективті: жағдайы орташа ауырлықта, пульс 100 рет 1 мин, қасиеті қанағаттанарлық, АҚҚ 120/80 мм сын.бағ. Тілі құрғақ, ақ жабынмен жабылған. Іші ісінбеген, төменгі бөліктерінде қатты ауырсыну бар, сол жақ мықын аймағында көбірек. Жалпы қан анализі: гемоглобин 98 г/л, лейкоциттер – 14,0x10<sup>9</sup>/л, ЭТЖ – 52 мм/сағ, нейтрофилді формуланың солға ығысу. Айнадан қараған кезде: жатыр мойны гиперемияланған, жатыр мойны каналында - ЖИА жіптері, ірінді бөліністер. Қынаптық тексеру кезінде: босанған қынап. Жатыр мойны цилиндр тәрізді, жабық. Жатыр денесі anteversio-flexio, қалыптыдан біршама үлкен, пальпацияда ауырсынады, ығысуы шектелген. Жатырдың сол жағында және артында көлемі 12x10 см,

консистенциясы біркелкі емес, қоюланған, ауру сезімді ауыратын, қозғалмайтын конгломерат пальпацияланады. Болжамды диагноз

- Тубоовариальды түзіліс
- Аналық без апоплексиясы
- Жатыр миомасы
- Аппендицит
- Жатырдан тыс жүктілік.

= Науқас М., 35 жаста, гинекологиялық бөлімшеге іштің төменгі бөлігіндегі қатты ауру сезіміне, жүрек айнуына, дене қызуының 39,5°C дейін көтерілуіне шағымданып түсті. Анамнезінен: 10 күн бұрын ауырып бастаған, іштің төменгі бөлігінде тік ішекке таралатын тартылатын ауырсынулар бар; дене қызуы 37,5°C көтерілген. Дәрігерге бармаған, өз бетімен емделген. Денсаулығының күрт нашарлауына байланысты жедел жәрдем шақырып, гинекологиялық бөлімшеге жеткізілген. Анамнезінен: етеккір функциясы бұзылмаған, соңғы етеккір 12 күн бұрын келген. Бес рет жүкті болған, оның екеуі шұғыл босанумен аяқталды, үшеуі – асқынусыз медициналық түсік жасату. 5 жыл бойы контрацепция үшін жатыр ішілік спиральді қолданады. Объективті: жағдайы орташа ауырлықта, пульс 100 рет 1 мин, қасиеті қанағаттанарлық, АҚҚ 120/80 мм сын.бағ. Тілі құрғақ, ақ жабынмен жабылған. Іші ісінбеген, төменгі бөліктерінде қатты ауырсыну бар, сол жақ мықын аймағында көбірек. Жалпы қан анализі: гемоглобин 98 г/л, лейкоциттер – 14,0x10<sup>9</sup>/л, ЭТЖ – 52 мм/сағ, нейтрофилді формуланың солға ығысу. Айнадан қараған кезде: жатыр мойны гиперемияланған, жатыр мойны каналында - ЖИА жіптері, іріңді бөліністер. Қынаптық тексеру кезінде: босанған қынап. Жатыр мойны цилиндр тәрізді, жабық. Жатыр денесі anteversio-flexio, қалыптыдан біршама үлкен, пальпацияда ауырсынады, ығысуы шектелген. Жатырдың сол жағында және артында көлемі 12x10 см, консистенциясы біркелкі емес, қоюланған, ауру сезімді ауыратын, қозғалмайтын конгломерат пальпацияланады. Тактика

- Жамбас мүшелерінің УДЗ. Қынаптың артқы тесіктерін пункциялау Лапаротомия
- Кіші жамбас мүшелерінің УДЗ. СА125, НЕ4 бойынша қан. Гистероскопия
- Гистероскопия. Цистэктомия
- Кіші жамбас мүшелерінің УДЗ. Динамикадағы УАС. Хирург кеңесі
- 24 сағат бойы бақылау. Антибиотикалық терапияны тағайындау

= 40 жастағы әйел гинекологиялық бөлімшеге 3 күн бойы іштің төменгі оң жақ бөлігіндегі ауырсынуға шағымданады. Ауырсыну оң жақ санға беріледі; Дене температурасының 39 ° С дейін жоғарылаған. Анамнезінен: етеккір функциясы бұзылмаған. 17 жастан бастап жыныстық өмірмен өмір сүреді, жыныстық серіктестердің жиі өзгереді. Анамнезінде екі рет жүкті болып, түсік тастаумен аяқталған. Екінші медаборттан кейін асқину эндометрит болып табылады. Бұл уақытта контрацепция ретінде жатыр ішілік спираль қолданылады. Гинекологиялық аурулар: жатыр қосалқыларының созылмалы қабынуы, аборттан кейінгі эндометрит. Объективті: терісі және көрінетін шырышты қабаттары қалыпты түсті, таза. Өкпесінде везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. Жүрек тондары анық, ырғақты. Қан қысымы 110/70 мм сын.бағ. Арт., пульс 102 рет/мин, ырғақты, дене қызуы 38,2°C. Іші қалыпты пішінді, ісінбеген. Ішті пальпациялағанда оң жақ мықын аймағында және жатырдың үстінде, жергілікті ауырсыну, іштің тік ішек бұлшықеттерінің жергілікті қорғаныс кернеуі, перитонеальді тітіркенудің әлсіз оң белгілері байқалады. Барлық бөлімшелерде ішек перистальтикасы естіледі. Қынаптық тексеру: жатыр мойны конустық, зев жабық, іріңді бөліністер бар. Жатыр денесі anteversio-flexio, қалыптыдан біршама үлкен, құрылымы жұмсақ, пальпацияда ауырсынады, ығысуы шектелген. Жатырдың оң жағында және артында жұмыртқа тәрізді пішінді пальпацияланады, көлемі 5x4 см ауырсынулы түзіліс, консистенциясы біркелкі емес, сол жақ қосалқылары қалыңдаған, пальпацияда ауырсынады. Кіші жамбас ультрадыбыстық зерттеуінде – оң жақта

қосалқылар проекциясында 6,0x2,0 см шұжық тәрізді түзіліс көрінеді. Консистенциясы біртекті, гипоехоиялық. Түзіліс жанында оң жақ аналық безі 3,6x3,0x2,5 см өлшемдерімен көрінеді. Сол жақта қосымшалардың аумағы ерекшеліктерсіз. Артқы кеңістікте бос сұйықтық анықталған жоқ. Болжамды диагноз

- Тубоовариальды түзіліс
- Аналық без апоплексиясы
- Жатыр миомасы
- Аппендицит
- Жатырдан тыс жүктілік

= 40 жастағы әйел гинекологиялық бөлімшеге 3 күн бойы іштің төменгі оң жақ бөлігіндегі ауырсынуға шағымданады. Ауырсыну оң жақ санға беріледі; Дене температурасының 39 ° С дейін жоғарылаған. Анамнезінен: етеккір функциясы бұзылмаған. 17 жастан бастап жыныстық өмірмен өмір сүреді, жыныстық серіктестердің жиі өзгереді. Анамнезінде екі рет жүкті болып, түсік тастаумен аяқталған. Екінші медаборттан кейін асқыну эндометрит болып табылады. Бұл уақытта контрацепция ретінде жатырішілік спираль қолданылады.

Гинекологиялық аурулар: жатыр қосалқыларының созылмалы қабынуы, аборттан кейінгі эндометрит. Объективті: терісі және көрінетін шырышты қабаттары қалыпты түсті, таза. Өкпесінде везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. Жүрек тондары анық, ырғақты. Қан қысымы 110/70 мм сын.бағ. Арт., пульс 102 рет/мин, ырғақты, дене қызуы 38,2°С. Іші қалыпты пішінді, ісінбеген. Ішті пальпациялағанда оң жақ мықын аймағында және жатырдың үстінде, жергілікті ауырсыну, іштің тік ішек бұлшықеттерінің жергілікті қорғаныс кернеуі, перитонеальді тітіркенудің әлсіз оң белгілері байқалады. Барлық бөлімшелерде ішек перистальтикасы естіледі. Қынаптық тексеру: жатыр мойны конустық, зев жабық, ірінді бөліністер бар. Жатыр денесі антверсио-флексияда, қалыптыдан біршама үлкен, құрылымы жұмсақ, пальпацияда ауырсынады, ығысуы шектелген. Жатырдың оң жағында және артында жұмыртқа тәрізді пішінді пальпацияланады, көлемі 5x4 см ауырсынулы түзіліс, консистенциясы біркелкі емес, сол жақ қосалқылары қалындаған, пальпацияда ауырсынады. Кіші жамбас ультрадыбыстық зерттеуінде – оң жақта қосалқылар проекциясында 6,0x2,0 см шұжық тәрізді түзіліс көрінеді. Консистенциясы біртекті, гипоехоиялық. Түзіліс жанында оң жақ аналық безі 3,6x3,0x2,5 см өлшемдерімен көрінеді. Сол жақта қосымшалардың аумағы ерекшеліктерсіз. Артқы кеңістікте бос сұйықтық анықталған жоқ. Тактика

- Жамбас мүшелерінің УДЗ. Қынаптың артқы тесіктерін пункциялау Лапаротомия
- Кіші жамбас мүшелерінің УДЗ. СА125, НЕ4 бойынша қан. Гистероскопия
- Гистероскопия. Цистэктомия
- Кіші жамбас мүшелерінің УДЗ. Динамикадағы УАС. Хирург кеңесі
- 24 сағат бойы бақылау. Антибиотикалық терапияны тағайындау

= Науқас С., 31 жаста, гинекологиялық бөлімшеге іштің төменгі бөлігіндегі қатты ауру сезіміне, қызу сезіміне, қалтырауға, әлсіздікке шағымданып түсті. Объективті: жағдайы орташа ауырлықта, пульс 112 рет/мин, ырғақты, толуы және кернеуі байқалады. Дене қызуы 38,8°С. Тілі құрғақ, ақ жабынмен жабылған. Іші орташа ісінген, тыныс алу актісіне қатыспайды, барлық бөлімшелерде пальпацияда ауырсынады. Іштің тік бұлшықеттерінің кернеуі және іш пердесінің тітіркену белгілері бар. Қынаптық тексеру кезінде жатыр мойны ығысқан кезде ауырсыну байқалады, жатыр қосалқылары аймағында оң және сол жақта ісік тәрізді түзілімдер бар. Олар анық шекарасыз, тығыз серпімді консистенциялы, жатырға дәнекерленген, қимылсыз, пальпацияда күрт ауырсынады. Жыныс жолдарынан бөлінділер орташа мөлшерде және ірінді. Лапаротомия жүргізілді. Операция кезінде анықталды: бұлыңғыр эффузия, қабырғалық және висцеральды іш пердесінің гиперемиясы, жатыр көлемі қалыпты, сыртқы түрі қалыпты, тығыз, аналық бездері

қалыпты мөлшерде, өзгермеген. Жатыр түтіктері кеңейтілген, перфорациямен, ампулярлы ұштары жатырдың артқы бетіне дәнекерленген. Болжамды диагноз

- Екі жақты пиосальпингтер
- Аналық без апоплексиясы
- Аппендицит
- Жатырдан тыс жүктілік
- Тубоовариальды түзіліс

= Науқас С., 31 жаста, гинекологиялық бөлімшеге іштің төменгі бөлігіндегі қатты ауру сезіміне, қызу сезіміне, қалтырауға, әлсіздікке шағымданып түсті. Объективті: жағдайы орташа ауырлықта, пульс 112 рет/мин, ырғақты, толуы және кернеуі байқалады. Дене қызуы 38,8°C. Тілі құрғақ, ақ жабынмен жабылған. Іші орташа ісінген, тыныс алу актісіне қатыспайды, барлық бөлімшелерде пальпацияда ауырсынады. Іштің тік бұлшықеттерінің кернеуі және іш пердесінің тітіркену белгілері бар. Қынаптық тексеру кезінде жатыр мойны ығысқан кезде ауырсыну байқалады, жатыр қосалқылары аймағында оң және сол жақта ісік тәрізді түзілімдер бар. Олар анық шекарасыз, тығыз серпімді консистенциялы, жатырға дәнекерленген, қимылсыз, пальпацияда күрт ауырсынады. Жыныс жолдарынан бөлінділер орташа мөлшерде және іріңді. Лапаротомия жүргізілді. Операция кезінде анықталды: бұлыңғыр эффузия, қабырғалық және висцеральды іш пердесінің гиперемиясы, жатыр көлемі қалыпты, сыртқы түрі қалыпты, тығыз, аналық бездері қалыпты мөлшерде, өзгермеген. Жатыр түтіктері кеңейтілген, перфорациямен, ампулярлы ұштары жатырдың артқы бетіне дәнекерленген. Тактика

- Жатыр түтіктерінің резекциясы
- Цистэктомия
- Жатырдың қосалқылары бар ампутациясы
- Құрсақ қуысының ревизиясы. Абдоминальды антибиотикалық терапия
- Құрсақ қуысын дренаждау. Гидротубация

= Әйел, 35 жаста. Ауруханағаарқаға берілетін, іштің төменгі бөлігіндегі қатты ауру сезіміне, дене қызуының 38,5°C дейін көтерілуіне шағымданып жеткізілді. Объективті: пульс 104 рет/мин, ырғақты, толуы қанағаттанарлық және кернеулі. Дене қызуы 39,4°C. Іші ісінген, тыныс алу актісіне қатысады, пальпацияда төменгі бөлімдерінде біршама кернеулер, ауру сезімді. Бұл жерде перитонеальды тітіркену белгілері де анықталады. Айнадан қарағанда: жатыр мойны және қынаптың шырышты қабаты таза. Жатыр мойны каналынан іріңді бөлініс бөлінеді. Қынаптық тексеруде: туған әйелдің қынабы. Жатыр мойны конустық, сыртқы ось жабық. Жатырдың денесінің контуры анық емес, себебі іштің өткір ауырсынуы бар. Сол жақ қосалқылары пальпацияланбайды, аймағы ауырсынусыз. Жатырдың оң жағында және артында көлемі 12 см x 7 см, тығыз, бұдырлы, қозғалысы күрт шектелген, ауырсынулы түзіліс бар. ХГЧ 50 mIU / мл, Са 125 -20 IU / мл үшін сынақ. Диагноз қойыңыз

- Аналық без кистасы
- Аналық без апоплексиясы
- Екі жақты пиосальпингтер
- Аппендицит
- Жатырдан тыс жүктілік

= Әйел, 35 жаста. Ауруханағаарқаға берілетін, іштің төменгі бөлігіндегі қатты ауру сезіміне, дене қызуының 38,5°C дейін көтерілуіне шағымданып жеткізілді. Объективті: пульс 104 рет/мин, ырғақты, толуы қанағаттанарлық және кернеулі. Дене қызуы 39,4°C. Іші ісінген, тыныс алу актісіне қатысады, пальпацияда төменгі бөлімдерінде біршама кернеулер, ауру сезімді. Бұл жерде перитонеальды тітіркену белгілері де анықталады. Айнадан қарағанда: жатыр мойны және қынаптың шырышты қабаты таза. Жатыр мойны

каналынан ірінді бөлініс бөлінеді. Қынаптық тексеруде: туған әйелдің қынабы. Жатыр мойны конустық, сыртқы ось жабық. Жатырдың денесінің контуры анық емес, себебі іштің өткір ауырсынуы бар. Сол жақ қосалқылары пальпацияланбайды, аймағы ауырсынусыз. Жатырдың оң жағында және артында көлемі 12 см x 7 см, тығыз, бұдырлы, қозғалысы күрт шектелген, ауырсынулы түзіліс бар. ХГЧ 50 mIU / мл, Са 125 -20 IU / мл үшін сынақ. Тактика

- Аналық бездің резекциясы
- Екі жақты цистэктомия
- Жатырдың қосалқылары бар ампутациясы
- Құрсақ қуысының ревизиясы. Абдоминальды антибиотикалық терапия
- Құрсақ қуысын дренаждау. гидротубация

= 25 жастағы науқас жедел жәрдеммен ауруханаға жеткізілді. Түскен кезде оң жақ мықын аймағындағы ауырсынуға, жалпы әлсіздікке шағымданады. Ол толық денсаулығының фонында физикалық жүктемеден кейін жоғарыда аталған шағымдарды байқай бастағанын жеткізді. Есін жоғалтпаған. Қарау кезінде етеккір 2 аптаға кешіккен. Тері жабындылары бозғылт қызғылт түсті, пульс 98 рет/мин, қанағаттанарлық, АҚ 100/80 мм с.б.б. Іші жұмсақ, төменгі бөліктерінде ауырсынады. Перитональды тітіркену симптомдары оң. Бимануальды тексеруде: жатыр мойнының ығысуы барысында ауырсынады. Жатыр денесі сәл ұлғайған, консистенциясы жұмсақ, пальпацияда сезімтал. Оң жақ қосалқылар аймағында ісік тәрізді консистенциялы қамыр тәрізді түзіліс пальпацияланады, пальпацияда ауырсынады. Сол жақ қосалқылары ұлғаймаған, пальпацияда ауырсынусыз. Оң жақ бүйір саңылаулары аздап тегістелген, пальпацияда ауырсынады. Жыныс жолдарынан аз мөлшерде қанды бөлінділер байқалады. Қынаптың артқы саңылауына пункция жасалды, қан 6 мл көлемінде алынды. Болжамды диагноз

- Жатырдан тыс жүктілік
- Аналық без апоплексиясы
- Екі жақты пиосальпингтер
- Аппендицит
- Аналық без кистасы

= 25 жастағы науқас жедел жәрдеммен ауруханаға жеткізілді. Түскен кезде оң жақ мықын аймағындағы ауырсынуға, жалпы әлсіздікке шағымданады. Ол толық денсаулығының фонында физикалық жүктемеден кейін жоғарыда аталған шағымдарды байқай бастағанын жеткізді. Есін жоғалтпаған. Қарау кезінде етеккір 2 аптаға кешіккен. Тері жабындылары бозғылт қызғылт түсті, пульс 98 рет/мин, қанағаттанарлық, АҚ 100/80 мм с.б.б. Іші жұмсақ, төменгі бөліктерінде ауырсынады. Перитональды тітіркену симптомдары оң. Бимануальды тексеруде: жатыр мойнының ығысуы барысында ауырсынады. Жатыр денесі сәл ұлғайған, консистенциясы жұмсақ, пальпацияда сезімтал. Оң жақ қосалқылар аймағында ісік тәрізді консистенциялы қамыр тәрізді түзіліс пальпацияланады, пальпацияда ауырсынады. Сол жақ қосалқылары ұлғаймаған, пальпацияда ауырсынусыз. Оң жақ бүйір саңылаулары аздап тегістелген, пальпацияда ауырсынады. Жыныс жолдарынан аз мөлшерде қанды бөлінділер байқалады. Қынаптың артқы саңылауына пункция жасалды, қан 6 мл көлемінде алынды. Тактика

- Лапаротомия. Тубэктомия
- Лапароскопия. Аналық безді резекциялау
- Лапротомия. Цистэктомия
- Гистероскопия. Полипэктомия
- Құрсақ қуысының ревизиясы. Абдоминальды антибиотикалық терапия

= Науқас 36 жаста. Жедел жәрдеммен ауруханаға жеткізілді. Ішінің төменгі бөлігіндегі ауырсынудан қысқа уақытқа есін жоғалтқан. Анамнезінде асқынусыз 4 аборт жасалды.

Гинекологиялық аурулар: созылмалы екі жақты сальпингооофорит. Менструация 2 аптаға кешіктірілді. Контрацепция - ЖИА 6 ай. Объективті: бозғылт, енжар, пульс 120 рет минутына, АҚ 80/40 мм с.б. Іші жұмсақ, төменгі бөліктері ауырады, Щеткин-Блюмберг симптомы көрінеді. Қынаптық тексеру кезінде жатыр мойнының ығысуы барысында қатты ауырады. Осыған байланысты жатырдың және қосалқылардың денесін анық пальпациялау мүмкін емес. Артқы саңылау аймағында пастоздылық, және өткір ауырсыну бар. Бөлінулер жоқ. Жамбас мүшелерінің УДЗ: Жатыр қуысында ЖИА. Типті орнатылған. Ретроутеральды кеңістікте сұйықтық табылды. Қынаптың артқы саңылауына пункция жасалды, 10 мл көлемінде қан алынды, қан ұйымайды Болжамды диагноз

- Аналық без апоплексиясы
- Екі жақты пиосальпингтер
- Аппендицит
- Жатырдан тыс жүктілік
- Аналық без кистасы

= Науқас 39 жаста. Гинекология бөлімшесіне іштің төменгі бөлігіндегі қатты тартылу ауруына шағымданып түсті. 10 күннен бері жыныс жолдарынан дақтардың пайда болуы мазалайды. Өздігімен «Дицинон», «Но-шпа» қабылдаған, қысқа мерзімді оң әсерімен. Анамнезінде: етеккір 4-5 күн, 30 күннен кейін, орташа, ауырсынусыз. 3 апта бойы етеккірдің кешігуі аясында жүктілік сынағы әлсіз оң. Ж-2: Б-1, А-1 Объективті: жағдайы қанағаттанарлық. Терісі бозғылт қызғылт түсті. АҚ 120/70 мм с.б.б., пульс 78 соққы/мин, қанағаттанарлық. Іші жұмсақ, лонның жоғары пальпацияда сезімтал. Перитональды тітіркену белгілері теріс. Қынаптық тексеруде: жатыр мойны цилиндр тәрізді, сыртқы анқа жабық, жатыр мойны қозғалыстар ауырсынады. Жатыр денесі жүктіліктің 4-5 аптасына дейін ұлғайған, консистенциясы тығыз, пальпацияға сезімтал. Оң жақта жатыр қосалқылары ұлғаймаған, аймағы пальпацияда ауырсынусыз. Сол жақта қосалқылар пальпацияға күрт сезімтал. Қоймалар тегістелген. Жыныс жолдарынан бөлінділер қанды, аз. Ауруханада қаралған кезде - В-ХГЧ үшін қан қабылдау кезінде 96 мХБ / мл. Кіші жамбас УДЗ кезінде: жатыр – 55\*48\*38 мм. Эндометрий М-эхо 18 мм. Сол жақ жатыр түтігінің ұлғаюының белгілері. Гидросальпингтер? Ретроутеральды кеңістікте бос сұйықтық. Болжамды тактика

- Қынаптың артқы саңылауының пункциясы. Лапаротомия. Туботомия
- Қынаптың артқы саңылауының пункциясы. Лапаротомия. Аналық безді резекциялау
- Жатыр қуысының кюретажы
- Гестагендерді енгізу
- Антибиотикалық терапияны тағайындау

= 26 жастағы әйел жүрек айну, дәрігер қаралуында, жүрек айну, құсу, сілекей ағуына шағымданады. 3 апта бойы ауырады. Алдымен таңертең жүрек айнуы мен құсу пайда болды. Содан кейін құсу тәулігіне 7-8 ретке дейін жиілеп, әлсіздік, бас айналу, тәбеттің төмендеуі, нашар ұйқы, 5 кг-ға дейін салмақ жоғалту пайда болды. Соңғы етеккір күні 2 ай бұрын. Паритет: Ж-1:Б-1. Контрацепция – жоқ (емшекпен емзеді). Гинекологиялық аурулар жоқ. Объективті: жалпы жағдайы орташа ауырлық дәрежесінде. Терісі және көрінегін шырышты қабаттары бозғылт. Дене қызуы 37,1 С, пульс 92 минутына, АҚ-100/60 мм с.б. Ішкі ағзаларында өзгерістер анықталмады. Зәр шығару еркін, ауырсынусыз. Үлкен дәрет 3 күнде 1 рет. Лактация сақталған. Емшекпен емізеді. АХГ (ХГЧ) қанда - 800 ХБ / мл. Болжам диагноз

- Жүктілік 7-8 апта. Жүкті әйелдердің құсуы, орташа ауырлық дәрежесінде
- Улану, жеңіл ауырлық дәрежесі
- Жүктілік 7-8 апта. Жүкті әйелдердің құсуы, ауыр ауырлық дәрежесінде
- Жүктілік 7-8 апта. Рефлюкс - эзофагит
- Жүктілік 7-8 апта. Гастрит

= 26 жастағы әйел жүрек айну, дәрігер қаралуында, жүрек айну, құсу, сілекей ағуына шағымданады. 3 апта бойы ауырады. Алдымен таңертең жүрек айнуы мен құсу пайда болды. Содан кейін құсу тәулігіне 7-8 ретке дейін жиілеп, әлсіздік, бас айналу, тәбеттің төмендеуі, нашар ұйқы, 5 кг-ға дейін салмақ жоғалту пайда болды. Соңғы етеккір күні 2 ай бұрын. Паритет: Ж-1:Б-1. Контрацепция – жоқ (емшекпен емзеді). Гинекологиялық аурулар жоқ. Объективті: жалпы жағдайы орташа ауырлық дәрежесінде. Терісі және көрінетін шырышты қабаттары бозғылт. Дене қызуы 37,1 С, пульс 92 минутына, АҚ-100/60 мм с.б. Ішкі ағзаларында өзгерістер анықталмады. Зәр шығару еркін, ауырсынусыз. Үлкен дәрет 3 күнде 1 рет. Лактация сақталған. Емшекпен емізеді. АХГ (ХГЧ) қанда - 800 ХБ / мл. Жүргізу тактикасы

- Ауруханаға жатқызу. Құсуға қарсы терапия. Инфузиялық терапия
- Диета. Қауіп белгілерін талқылау
- Амбулаторлық бақылау. Жұмыс және демалыс режимі. Седативті терапия
- Гастроэнтерологтың кеңесі
- Инфекционисттің кеңесі

= Гинекологтың қабылдауында алғашқы рет босанушы әйел 34 жаста бас ауруына, бас айналуына, көз алдында «шыбын-шіркейлердің» ұшуына, аяқтың, қолдың ісінуіне шағымданады. Қарап тексергенде: жалпы жағдайы ауыр, тежелген. АҚ 170/110. мм с.б.. Жатыр жүктіліктің 36-37 аптасына сәйкес келеді, бұл күтілетін уақытқа сәйкес келеді. Ұрықтың жүрек соғысы анық, ырғақты, кіндіктен төмен сол жақта естіледі. Табанның, аяқтың, қолдың және іштің алдыңғы қабырғасының ісінуі байқалады. Ұрық баспен келеді, кіші жамбас кіреберісіне қысылған. Жалпы зәр анализі – саны 100,0, ақшыл сары түсті, лейкоциттер 4-6, жалпақ эпителий 2-4, салыстырмалы тығыздығы 1010, қышқылдық реакция, ақуыз 2,1 г/л. Болжам диагноз

- Жүктілік 36-37 апта. Ауыр преэклампсия
- Жүктілік 36-37 апта. Эклампсия
- Жүктілік 36-37 апта. Орташа преэклампсия
- Жүктілік 36-37 апта. Гестационды артериялық гипертензия
- Жүктілік 36-37 апта. Созылмалы артериялық гипертензия

= Гинекологтың қабылдауында алғашқы рет босанушы әйел 34 жаста бас ауруына, бас айналуына, көз алдында «шыбын-шіркейлердің» ұшуына, аяқтың, қолдың ісінуіне шағымданады. Қарап тексергенде: жалпы жағдайы ауыр, тежелген. АҚ 170/110. мм с.б.. Жатыр жүктіліктің 36-37 аптасына сәйкес келеді, бұл күтілетін уақытқа сәйкес келеді. Ұрықтың жүрек соғысы анық, ырғақты, кіндіктен төмен сол жақта естіледі. Табанның, аяқтың, қолдың және іштің алдыңғы қабырғасының ісінуі байқалады. Ұрық баспен келеді, кіші жамбас кіреберісіне қысылған. Жалпы зәр анализі – саны 100,0, ақшыл сары түсті, лейкоциттер 4-6, жалпақ эпителий 2-4, салыстырмалы тығыздығы 1010, қышқылдық реакция, ақуыз 2,1 г/л. Жүргізу тактикасы

- Магнезия терапиясын бастау. Перзентханаға жатқызу
- Диуретикалық терапия тағайындау. 3 күннен кейін тексеру
- Кардиологтың кеңесі
- Невропатологтың кеңесі, ЭКГ тағайындау
- Антигипертензивті терапияны тағайындау. Су қабылдауды шектеу. Нефрологтың кеңесі

= 22 жастағы жүкті әйел гинекологиялық бөлімшеге жүктіліктің 8 аптасында жүрек айну, құсу шағымдарымен түсті. Жүкті әйелде 2 апта бұрын таңертең жүрек айнуы, құсу пайда болды, бірақ көп ұзамай құсу тамақтанар алдында және одан кейін күніне 10-15 ретке дейін жиілеген. Әлсіздік, бас айналу, тәбетінің болмауы пайда болды, 6 кг салмақ жоғалтты. Объективті: санасы анық. Тері жабындылары таза, бозғылт, құрғақ, көз

склерасы сарғайған. АҚ 100/70 мм сын.бағ.. Ps 100 соққы минутына. Дене қызуы 37,6. Іші дұрыс пішінді, тыныс алу актісіне қатысады, жұмсақ, ауырсынусыз. Үлкен дәрет 4 күнде 1 рет. Анализде: кетон денелері +++++, қаныққан сары, гематокрит 44%, Нб 134 г/л, лейкоциттер 14,0x10<sup>9</sup>/л, тромбоциттер 300x10<sup>9</sup>/л, креатинин 111 ммоль/л, несепнәр 9,0 ммоль/л, АЛТ 55 ХБ /л, АСТ 60 ХБ/л, жалпы билирубин 32 мкмоль/л, тура билирубин 12 мкмоль/л.УДЗ БДА (ГДЗ) – бауырда диффузды өзгерістер. Алдын-ала диагноз

- Жүктілік әйелдердің құсуы, ауыр ауырлық дәрежесі
- Улану, ауыр ауырлық дәрежесі
- Жүкті әйелдердің құсуы, орташа ауырлық дәрежесі
- Рефлюкс – эзофагит
- Гастрит

= 22 жастағы жүкті әйел гинекологиялық бөлімшеге жүктіліктің 8 аптасында жүрек айну, құсу шағымдарымен түсті. Жүкті әйелде 2 апта бұрын таңертең жүрек айнуы, құсу пайда болды, бірақ көп ұзамай құсу тамақтанар алдында және одан кейін күніне 10-15 ретке дейін жиілеген. Әлсіздік, бас айналу, тәбетінің болмауы пайда болды, 6 кг салмақ жоғалтты. Объективті: санасы анық. Тері жабындылары таза, бозғылт, құрғақ, көз склерасы сарғайған. АҚ 100/70 мм сын.бағ.. Ps 100 соққы минутына. Дене қызуы 37,6. Іші дұрыс пішінді, тыныс алу актісіне қатысады, жұмсақ, ауырсынусыз. Үлкен дәрет 4 күнде 1 рет. Анализде: кетон денелері +++++, қаныққан сары, гематокрит 44%, Нб 134 г/л, лейкоциттер 14,0x10<sup>9</sup>/л, тромбоциттер 300x10<sup>9</sup>/л, креатинин 111 ммоль/л, несепнәр 9,0 ммоль/л, АЛТ 55 ХБ /л, АСТ 60 ХБ/л, жалпы билирубин 32 мкмоль/л, тура билирубин 12 мкмоль/л.УДЗ БДА (ГДЗ) – бауырда диффузды өзгерістер. Жүргізу тактикасы

- Құсуға қарсы терапия. Инфузиялық терапия
- Диета. Қауіп белгілерін талқылау
- Амбулаторлық бақылау. Жұмыс және демалыс режимі
- Гастроэнтерологтың кеңесі
- Инфекционист кеңесі

= Гинекологиялық бөлімшеге 18 жастағы жүкті әйел әлсіздікке, қолдары мен аяқтарының жаныздануна, көрудің қосарлануына және көз алдында перденің пайда болуына, бағдарының бұзылуына шағымдарымен түсті. Сұрақтарға қиндықпен жауап береді. Ауру жүктілік фондында пайда болды, түскен кезінде жүктілік мерзімі 14 апта болды. Бір ай ішінде тәулігіне 20 ретке дейін ұлғайған жүрек айнуы мен құсу пайда болды, өз бетінше емделді (Церукал), айтарлықтай әсер етпеді, тұрақты түрде дәрігерге жүгінбеді, соңғы екі апта бойы әлсіздік, қол-аяқтың жансыздануы, көз алмасының жиырылуы, қосарлана көру (двоение), 20 кг-ға дейін салмақ жоғалтқанын айтады.

Объективті: санасы шатасқан. Тері жабындылары таза, бозғылт, құрғақ, кнз склерасы сарғайған. АҚ 90/70 мм.сын.бағ. Ps 106 соққы минутына. Дене қызуы 36,8. Тынысы везикулярлы, сырылдар жоқ. Іші дұрыс пішінді, тыныс алу актісіне қатысады, жұмсақ, ауырсынусыз. Аптасына бір рет үлкен дәретке барады..

Неврологиялық статус: екі жаққа қараған кезде көлденең нистагм, қарашықтары өзгермеген, тұрғанда және жүргенде атаксия және абазия. Көру өрістері сақталған, фотореакция сақталған. Сіңір рефлекстері төмендеген. Аяқ-қолдардағы бұлшықет күші төмендемеген. Аяқтарын көтерілген күйде жақсы ұстайды. Менингеальды белгілер теріс. Зертханалық зерттеулерде гипокалиемия – 2,75 ммоль/л, гиперферментемия – АЛТ 111,8 Б/л, АСТ 81 Б/л, глюкоза 6,02 ммоль/л. Зәр анализінде – кетондар +++++. Капиллярлық қанның қышқылдық-негіздік күйін (АҚС) талдағанда, метаболикалық алкалоз (рН 7,53; Pco<sub>2</sub> 36,9 мм сын. бағ; Po<sub>2</sub> 43,0 мм рт.ст.). Алдын ала диагнозды тұжырымдаңыз

- Жүктілік әйелдердің құсуы, ауыр ауырлық дәрежесі
- Улану, ауыр ауырлық дәрежесі.
- Жүкті әйелдердің құсуы, орташа ауырлық дәрежесі

- Рефлюкс – эзофагит.

- Гастрит

= Гинекологиялық бөлімшеге 18 жастағы жүкті әйел әлсіздікке, қолдары мен аяқтарының жаныздануна, көрудің қосарлануына және көз алдында перденің пайда болуына, бағдарының бұзылуына шағымдарымен түсті. Сұрақтарға қиндықпен жауап береді. Ауру жүктілік фондында пайда болды, түскен кезінде жүктілік мерзімі 14 апта болды. Бір ай ішінде тәулігіне 20 ретке дейін ұлғайған жүрек айнуы мен құсу пайда болды, өз бетінше емделді (Церукал), айтарлықтай әсер етпеді, тұрақты түрде дәрігерге жүгінбеді, соңғы екі апта бойы әлсіздік, қол-аяқтың жансыздануы, көз алмасының жиырылуы, қосарлана көру (двоение), 20 кг-ға дейін салмақ жоғалтқанын айтады.

Объективті: санасы шатасқан. Тері жабындылары таза, бозғылт, құрғақ, кіз склерасы сарғайған. АҚ 90/70 мм.сын.бағ. Рс 106 соққы минутына. Дене қызуы 36,8. Тынысы везикулярлы, сырылдар жоқ. Іші дұрыс пішінді, тыныс алу актісіне қатысады, жұмсақ, ауырсынусыз. Аптасына бір рет үлкен дәретке барады..

Неврологиялық статус: екі жаққа қараған кезде көлденең нистагм, қарашықтары өзгермеген, тұрғанда және жүргенде атаксия және абазия. Көру өрістері сақталған, фотореакция сақталған. Сіңір рефлекстері төмендеген. Аяқ-қолдардағы бұлшықет күші төмендемеген. Аяқтарын көтерілген күйде жақсы ұстайды. Менингеальды белгілер теріс. Зертханалық зерттеулерде гипокалиемия – 2,75 ммоль/л, гиперферментемия – АЛТ 111,8 Б/л, АСТ 81 Б/л, глюкоза 6,02 ммоль/л. Зәр анализінде – кетондар +++++. Капиллярлық қанның қышқылдық-негіздік күйін (АКС) талдағанда, метаболикалық алкалоз (рН 7,53; Рсo2 36,9 мм сын. бағ; Рo2 43,0 мм рт.ст.). Жүргізу тактикасы

- Құсуға қарсы терапия. Инфузиялық терапия. Тиімсіз болған жағдайда жүктілікті тоқтату ұсынылады

- Диета. Жұмыс және демалыс режимі. Инфузиялық терапия

- Невропатологтың кеңесі. Ноотропты препараттарды тағайындау

- Гастроэнтерологтың кеңесі

- 24 сағат бойы бақылау

= Жүкті әйел 20 жаста, жүктілік мерзімі 8 апта. Күніне 3 рет жүрек айну, құсу мазалайды. Дене салмағы 2 кг-ға төмендеді. ЖҚА: қандағы гемоглобин – 115 г/л; қандағы эритроциттер – 5,3/л; қандағы лейкоциттер – 11,2/л; қандағы гематокрит - 33%; қандағы тромбоциттер – 186/л; ЭТЖ - 30 мм/сағ; қандағы нейтрофилдер - 4,0%; қанда сегментядролы нейтрофилдер – 72,0%; қандағы эозинофилдер – 1,0%; қандағы моноциттер - 5%; қанда лимфоциттер - 18,0% . ЖЗА: салыстырмалы тығыздығы 1080,0, аздап бұлыңғыр, лейкоциттер 1-2 көру алаңында, эритроциттер 0, эпителий 2-3 көру алаңында, ақуыз 0, глюкоза 0, зәрде ацетон -0. Алдын ала диагноз

- Жүкті әйелдердің құсуы, жеңіл ауырлық дәрежесі

- Жүкті әйелдердің құсуы, орташа ауырлық дәрежесі

- Жүкті әйелдердің құсуы, ауыр ауырлық дәрежесі

- Жүкті әйелдердің гастриті

- Жүкті әйелдердің он екі елі ішектің ойық жарасы

= Жүкті әйел 20 жаста, жүктілік мерзімі 8 апта. Күніне 3 рет жүрек айну, құсу мазалайды. Дене салмағы 2 кг-ға төмендеді. ЖҚА: қандағы гемоглобин – 115 г/л; қандағы эритроциттер – 5,3/л; қандағы лейкоциттер – 11,2/л; қандағы гематокрит - 33%; қандағы тромбоциттер – 186/л; ЭТЖ - 30 мм/сағ; қандағы нейтрофилдер - 4,0%; қанда сегментядролы нейтрофилдер – 72,0%; қандағы эозинофилдер – 1,0%; қандағы моноциттер - 5%; қанда лимфоциттер - 18,0% . ЖЗА: салыстырмалы тығыздығы 1080,0, аздап бұлыңғыр, лейкоциттер 1-2 көру алаңында, эритроциттер 0, эпителий 2-3 көру алаңында, ақуыз 0, глюкоза 0, зәрде ацетон -0. Жүргізу тактикасы

- Диета. Амбулаторлық бақылау
- Жүктілікті сақтау үшін гинекологиялық стационарға шұғыл госпитализациялау
- Жүктілікті ұзу үшін гинекологиялық стационарға шұғыл госпитализациялау
- Құсуға қарсы терапия, инфузионды терапия жүргізу
- Невропатологтың кеңесі

= Жедел жәрдем көмегі жүкті әйелді үш рет эклампсия ұстамасынан кейін перзентханаға жеткізді. Жүктілік мерзімі - 32 апта. Жағдайы өте ауыр, санасы шатасқан. АҚ 180/120 мм сын.бағ. Зәрдегі ақуыз – 3,0 г/л. Ұрықтың жүрек соғысы тұйық (глухое), 100 соққы минутына. Қынаптық тексеру: жатыр мойны сақталған, канал жабық. Болжамды диагноз

- Жүктілік 32 апта. Эклампсия
- Жүктілік 32 апта. Эпилепсия
- Жүктілік 32 апта. Созылмалы артериялық гипертензия
- Жүктілік 32 апта. Гестационды артериялық гипертензия.
- Жүктілік 32 апта. Орташа преэклампсия

= Жедел жәрдем көмегі жүкті әйелді үш рет эклампсия ұстамасынан кейін перзентханаға жеткізді. Жүктілік мерзімі - 32 апта. Жағдайы өте ауыр, санасы шатасқан. АҚ 180/120 мм сын.бағ. Зәрдегі ақуыз – 3,0 г/л. Ұрықтың жүрек соғысы тұйық (глухое), 100 соққы минутына. Қынаптық тексеру: жатыр мойны сақталған, канал жабық. Жүргізу тактикасы

- шұғыл түрде кесарь тілігі арқылы босану
- бірнеше сағат бойы қарқынды терапия, одан кейін кесарь тілігі
- 1 күн бойы қарқынды терапия, кейін босану әдісі туралы шешім
- бірнеше сағат бойы интубация және механикалық желдету арқылы операция алдындағы дайындық, одан кейін операциялық босану
- күрделі қарқынды терапия және босану жолдарын дайындау

= Перзентханаға жүктіліктің 39 аптасында босанатын әйел 6 сағат бұрын жақсы босану белсенділігі бар, босану әрекетінің басталуымен ұрық сұйықтығының бөлінуімен жеткізілді. Түскен кезде бас ауруына, эпигастрий аймағындағы ауру сезіміне, көз алдында «парде» сезіміне шағымданады. Объективті: жалпы жағдайы ауыр. Қарап тексергенде бетінің пастоздылығы, аяқтарының ісінуі байқалады. Температура – 37 С, пульс – 94 рет минутына, ырғақты және интенсивті. АҚ - 185/110 мм сын.бағ., 190/100 мм с.б. Зәр анализі: белок 3,0 г/л. Қабылдаудан кейін көп ұзамай толғақ әрекеті 40-45 секунд бойы 2-3 мин сайын басталды. Ұрықтың орналасуы бойлық, ұрықтың басы жамбас қуысында.

Ұрықтың жүрек соғысы сол жақта, кіндіктен төмен, 134 рет минутына, ырғақты. Қынаптық тексеру жүргізуге тырысқанда, сананың жоғалуымен бірге жүретін құрысулар ұстамасы пайда болды. Қынаптық тексеру: ернеудің ашылуы толық, ұрық көпіршіктері жоқ, ұрықтың басы жамбас қуысының тар бөлігінде, жебе тәрізді жік оң жақ қиғаш өлшемде, кіші еңбек сол жақта және алдында. Болжам диагноз

- Жүктілік 39 апта. II босану кезеңі. Босану кезіндегі эклампсия
- Жүктілік 39 апта. I босану кезеңі. Эпилепсия
- Жүктілік 39 апта. I босану кезеңі. Босану кезіндегі эклампсия
- Жүктілік 39 апта. II босану кезеңі. Ауыр преэклампсия
- Жүктілік 39 апта. II босану кезеңі. Плацентаның бөлінуі

= Перзентханаға жүктіліктің 39 аптасында босанушы әйел 6 сағат бұрын жақсы босану белсенділігі бар, босану әрекетінің басталуымен ұрық сұйықтығының бөлінуімен жеткізілді. Түскен кезде бас ауруына, эпигастрий аймағындағы ауру сезіміне, көз алдында «парде» сезіміне шағымданады. Объективті: жалпы жағдайы ауыр. Қарап тексергенде бетінің пастоздылығы, аяқтарының ісінуі байқалады. Температура – 37 С, пульс – 94 рет минутына, ырғақты және интенсивті. АҚ - 185/110 мм сын.бағ., 190/100 мм с.б. Зәр

анализі: белок 3,0 г/л. Қабылдаудан кейін көп ұзамай толғақ әрекеті 40-45 секунд бойы 2-3 мин сайын басталды. Ұрықтың орналасуы бойлық, ұрықтың басы жамбас қуысында.

Ұрықтың жүрек соғысы сол жақта, кіндіктен төмен, 134 рет минутына, ырғақты.

Қынаптық тексеру жүргізуге тырысқанда, сананың жоғалуымен бірге жүретін құрысулар ұстамасы пайда болды. Қынаптық тексеру: ернеудің ашылуы толық, ұрық көпіршіктері жоқ, ұрықтың басы жамбас қуысының тар бөлігінде, жебе тәрізді жік оң жақ қиғаш өлшемде, кіші еңбек сол жақта және алдында. Жүргізу тактикасы

- Эклампсия кезіндегі шұғыл көмек. Магнезия терапиясы. Ұрықтың вакуумдық экстракциясы

- Эклампсия кезіндегі шұғыл көмек. Магнезия терапиясы.

- Магнезия терапиясы. Ұрықтың КТГ. Бақылау

- Преэклампсия кезіндегі шұғыл көмек. Шұғыл кесарь тілігі.

- Шұғыл кесарь тілігі

= 24 жаста жүкті әйел перзентханаға жедел жәрдем көлігімен ішінің толғақ тәрізді ауырсыну, жыныс жолдарынан бір сағат бойы орташа қанды бөліністер бөлінуі шағымдарымен жеткізілді.

Объективті: жалпы жағдайы орташа ауырлық дәрежесінде. Санасы анық. Бас ауруы жоқ. Көз көру айқын. Дене бітімі дұрыс. Тамақтану орташа. Терісі қалыпты түсті, таза.

Аяқтарда ісінулер, орташа. Пульс минутына 90 соққы. АҚ 140/90 мм.сын.бағ Іші жұмсақ, ауырсынусыз, жүкті жатырдың әсерінен ұлғайған. Бүйректің аймағы өзгеріссіз. Зәр шығару бос, ауырсынусыз. ЖЗА-де протеинурия -0,3 г/л.

Акушерлік статус: Жатыр жүктіліктің 35-36 аптасына дейін ұлғайған, кіндіктің оң жағында ауырсынады, кернеулі. Ұрықтың орналасуы бойлық. Баспен келу, 5/5. Ұрықтың жүрек соғысы минутына 160-170, тұйықталған (глухое).

Қынаптық тексеру: сыртқы жыныс мүшелері дұрыс дамыған. Жыныс жолдарынан оташа қанды бөліністер, көлемі 100 мл. Жатыр мойны сақталған. Ұрықтың басы кіші жамбастың кіреберісіне сәл қысылған. Болжамды диагноз

- Жүктілік 35-36 апта. Қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын ажырауы.

Гестациялық гипертензия. Ұрықтың гипоксиясы

- Жүктілік 35-36 апта. Босанудың 1 кезеңі. Ұрықтың гипоксиясы

- Жүктілік 35-36 апта. Қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын бөлінуі

- Жүктілік 35-36 апта. Плацентаның ұрық жолында орналасуы. Қан кету

- Жүктілік 35-36 апта. Орташа преэклампсия. Қан кету

= 24 жаста жүкті әйел перзентханаға жедел жәрдем көлігімен ішінің толғақ тәрізді ауырсыну, жыныс жолдарынан бір сағат бойы орташа қанды бөліністер бөлінуі шағымдарымен жеткізілді.

Объективті: жалпы жағдайы орташа ауырлық дәрежесінде. Санасы анық. Бас ауруы жоқ. Көз көру айқын. Дене бітімі дұрыс. Тамақтану орташа. Терісі қалыпты түсті, таза.

Аяқтарда ісінулер, орташа. Пульс минутына 90 соққы. АҚ 140/90 мм.сын.бағ Іші жұмсақ, ауырсынусыз, жүкті жатырдың әсерінен ұлғайған. Бүйректің аймағы өзгеріссіз. Зәр шығару бос, ауырсынусыз. ЖЗА-де протеинурия -0,3 г/л.

Акушерлік статус: Жатыр жүктіліктің 35-36 аптасына дейін ұлғайған, кіндіктің оң жағында ауырсынады, кернеулі. Ұрықтың орналасуы бойлық. Баспен келу, 5/5. Ұрықтың жүрек соғысы минутына 160-170, тұйықталған (глухое).

Қынаптық тексеру: сыртқы жыныс мүшелері дұрыс дамыған. Жыныс жолдарынан оташа қанды бөліністер, көлемі 100 мл. Жатыр мойны сақталған. Ұрықтың басы кіші жамбастың кіреберісіне сәл қысылған. Жүргізу тактикасы

- Шұғыл кесарь тілігі

- Магнезия терапиясы

- Магнезия терапиясы. Ұрықтың КТГ

- Спазмолитикалық ем. Антигипертензивті терапия. Бақылау
- Антигипертензивті терапия. Зәрде ақуыз мөлшерін бақылау. Бақылау

= Жүкті әйел, 30 жаста. Жүктілік бойынша есепке 9 апталық кезеңде тіркелгенде АҚ 150/90 мм рт.ст. ЖЗА-де ақуыз – 0,03 г/л анықталды. Анамнезінен: бұрын АГ ауырмаған. Әкесі артериялық гипертензия бойынша «Д» есепте. Объективті ерекшеліктерсіз. Жалпы қан анализі: гемоглобин 121 г/л, эритроциттер 4,0\*10<sup>12</sup>/л, гематокрит 30,8%, лейкоциттер 9,9\*10<sup>9</sup>/л, тромбоциттер 320\*10<sup>9</sup>/л, лимфоциттер 8%, моноциттер 2%, таяқша тәрізді нейтрофильдер 1 %, сегмент т2р3зд3 нейтрофилдер 15%, эозинофилдер 2%, ЭТЖ 39 мм/сағ.

Биохимиялық қан анализі: жалпы ақуыз 73 г/л, АЛАТ 18 ХБ/л, АСАТ 23 ХБ/л, билирубин 10,8 - 2,5 мкмоль/л, магний 1,2 ммоль/л, калий 3,8 ммоль/л, кальций 2,18 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л, глюкоза 6,0 ммоль/л, мочевина 2,1 ммоль/л, креатинин 81,1 мкмоль/л.

ЖЗА: үлес салмағы - 1018; зәр түсі - ашық сары; зәрдің мөлдірлігі – әлсіз бұлдыр; ақуыз - 0,04 г/л; лейкоциттер – 2,4 көр алаңында; эритроциттер - 2,01 көру алаңында; жалпақ эпителий - 2,0 в көру алаңында; Алдын ала диагноз

- Жүктілік 9 апта. Созылмалы артериялық гипертензия
- Жүктілік 9 апта. Орташа преэклампсия
- Жүктілік 9 апта. Эклампсия
- Жүктілік 9 апта. Гестациялық гипертензия
- Жүктілік 9 апта.

= Жүкті әйел, 30 жаста. Жүктілік бойынша есепке 9 апталық кезеңде тіркелгенде АҚ 150/90 мм рт.ст. ЖЗА-де ақуыз – 0,03 г/л анықталды. Анамнезінен: бұрын АГ ауырмаған. Әкесі артериялық гипертензия бойынша «Д» есепте. Объективті ерекшеліктерсіз. Жалпы қан анализі: гемоглобин 121 г/л, эритроциттер 4,0\*10<sup>12</sup>/л, гематокрит 30,8%, лейкоциттер 9,9\*10<sup>9</sup>/л, тромбоциттер 320\*10<sup>9</sup>/л, лимфоциттер 8%, моноциттер 2%, таяқша тәрізді нейтрофильдер 1 %, сегмент т2р3зд3 нейтрофилдер 15%, эозинофилдер 2%, ЭТЖ 39 мм/сағ.

Биохимиялық қан анализі: жалпы ақуыз 73 г/л, АЛАТ 18 ХБ/л, АСАТ 23 ХБ/л, билирубин 10,8 - 2,5 мкмоль/л, магний 1,2 ммоль/л, калий 3,8 ммоль/л, кальций 2,18 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л, глюкоза 6,0 ммоль/л, мочевина 2,1 ммоль/л, креатинин 81,1 мкмоль/л.

ЖЗА: үлес салмағы - 1018; зәр түсі - ашық сары; зәрдің мөлдірлігі – әлсіз бұлдыр; ақуыз - 0,04 г/л; лейкоциттер – 2,4 көр алаңында; эритроциттер - 2,01 көру алаңында; жалпақ эпителий - 2,0 в көру алаңында. Жүргізу тактикасы

- ЭКГ, эхокардиография, бүйрек УДЗ, кардиологтың кеңесі
- Магnezия терапиясын тағайындау
- Спазмолитикалық ем тағайындау. Антигипертензивті терапия
- ЭЭГ, ЭХО КГ, невропатологтың кеңесі
- Бақылау. Қан қысымын өлшеу қажеттілігі туралы кеңес

= 35 жастағы қайталама жүкті әйел жүрек айну, құсу, сілекей ағуына шағымданып ауруханаға түсті. 3 апта бойы ауырады. Алдымен таңертең жүрек айнуы мен құсу пайда болды. Содан кейін құсу тәулігіне 5 ретке дейін жиілеп, әлсіздік, бас айналу, тәбеттің төмендеуі, нашар ұйқы, айына 2 кг-ға дейін салмақ жоғалту пайда болды. Объективті: жалпы жағдайы орташа ауырлық дәрежесінде. Терісі және көрінетін шырышты қабаттары бозғылт. Дене қызуы 36,9 С, пульс 98 минутына, АҚ-110/60 мм с.б. Ішкі ағзаларында өзгерістер анықталмады. ЖҚА қалыпты шекте. Диурез біршама төмендеген, зәрде өтпелі ацетонурия. Қынаптық тексеруде: жатыр көлемі әйелдің жұдырығындай, пальпацияда жиырылады. Қосалқылар анықталмайды, күмбездері бос. АХГ (ХГЧ) қанда - 190 ХБ / мл. Болжам диагноз

- Жүкті әйелдердің құсуы, жеңіл ауырлық дәрежесі

- Улану, ауыр ауырлық дәрежесінде
- Жүкті әйелдердің құсуы, орташа ауырлық дәрежесі
- Рефлюкс – эзофагит
- Гастрит

= 35 жастағы қайталама жүкті әйел жүрек айну, құсу, сілекей ағуына шағымданып ауруханаға түсті. 3 апта бойы ауырады. Алдымен таңертең жүрек айнуы мен құсу пайда болды. Содан кейін құсу тәулігіне 5 ретке дейін жиілеп, әлсіздік, бас айналу, тәбеттің төмендеуі, нашар ұйқы, айына 2 кг-ға дейін салмақ жоғалту пайда болды. Объективті: жалпы жағдайы орташа ауырлық дәрежесінде. Терісі және көрінетін шырышты қабаттары бозғылт. Дене қызуы 36,9 С, пульс 98 минутына, АҚ-110/60 мм с.б. Ішкі ағзаларында өзгерістер анықталмады. ЖҚА қалыпты шекте. Диурез біршама төмендеген, зәрде өтпелі ацетонурия. Қынаптық тексеруде: жатыр көлемі әйелдің жұдырығындай, пальпацияда жиырылады. Қосалқылар анықталмайды, күмбездері бос. АХГ (ХГЧ) қанда - 190 ХБ / мл. Жүргізу тактикасы

- Диета. Инфузиялық терапия. Амбулаторлық деңгейде қадағалау
- Медициналық көресеткіштер бойынша жүктілікті шұғыл тоқтату.
- бірнеше сағат бойы құсуға қарсы препараттармен қарқынды терапия
- ФГДС, гастроэнтерологтың кеңесі
- ФГДС. Инфекционист кеңесі

= Жүкті Ю., 32 жаста. Жүктіліктің 31 аптасында жыныс жолдарынан қанды бөліністерге, іштің төменгі бөлігіндегі, оң жақта көбірек ауырсынуға шағымдарымен перзентханаға түсті. Анамнезінен: жүктіліктің 30-аптасынан бастап апта ішінде ұлғайған ісіну синдромы байқалған. Бұл жүктілік алтыншы. Анамнезінде - 1 асқынусыз жедел босану, 4 артерициальды түсік, соңғысы - 2020 жылы ұрық жұмыртқасы бөліктерінің қалдықтарына байланысты жатыр қуысын қайталап қыру. Объективті: АҚ 170/110 мм сын.бағ. ЖЗА: үлес салмағы - 1018; зәр түсі - ашық сары; лейкоциттер – 2,4 көру алаңында; эритроциттер - 2,01 көру алаңында; жалпақ эпителий - 2,0 көру алаңында көру алаңында, ақуыз 4,1 г/л. ЖҚА-да тромбоциттер 180x109/л, гемоглобин 90 г/л. Ұрықтың жүрек соғысы тұйықталған (глухое) 80 рет минутына. Болжамды диагноз?

<variant > Жүктілік 31 апта. Қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын ажырауы. Ұрықтың жедел гипоксиясы. Ауыр дәрежелі преэклампсия. Жеңіл дәрежелі анемия

- Жүктілік 31 апта. Эклампсия. Ұрықтың жедел гипоксиясы
- Жүктілік 31 апта. Преэклампсия. Созылмалы артериялық гипертензия. Жүктілік кезіндегі анемия
- Жүктілік 31 апта. Плацентаның ұрық жолында орналасуы. Ұрықтың жедел гипоксиясы. Жүктілік кезіндегі анемия
- Жүктілік 31 апта. Неллп синдромы. Жүктілік кезіндегі анемия

= Жүкті Ю., 32 жаста. Жүктіліктің 31 аптасында жыныс жолдарынан қанды бөліністерге, іштің төменгі бөлігіндегі, оң жақта көбірек ауырсынуға шағымдарымен перзентханаға түсті. Анамнезінен: жүктіліктің 30-аптасынан бастап апта ішінде ұлғайған ісіну синдромы байқалған. Бұл жүктілік алтыншы. Анамнезінде - 1 асқынусыз жедел босану, 4 артерициальды түсік, соңғысы - 2020 жылы ұрық жұмыртқасы бөліктерінің қалдықтарына байланысты жатыр қуысын қайталап қыру. Объективті: АҚ 170/110 мм сын.бағ. ЖЗА: үлес салмағы - 1018; зәр түсі - ашық сары; лейкоциттер – 2,4 көру алаңында; эритроциттер - 2,01 көру алаңында; жалпақ эпителий - 2,0 көру алаңында көру алаңында, ақуыз 4,1 г/л. ЖҚА-да тромбоциттер 180x109/л, гемоглобин 90 г/л. Ұрықтың жүрек соғысы тұйықталған (глухое) 80 рет минутына. Жүргізу тактикасы

- Шұғыл оперативті босану. Магnezия терапиясы

- Антигипертензивті терапия. Бақылау
- Ұрықтың УДЗ. Антианемиялық терапия
- Токолитикалық терапия. Магnezия терапиясы
- Токолитикалық терапия. Жүктіліктің ұзаруы

= Жүкті Н., 23 жаста, жүктіліктің 32 аптасында белінің ауырсынуына, сол жақта көбірек, қалтырауға, дене қызуының 39°C дейін көтерілуіне шағымдарымен акушерлік стационарға түсті. Қарап тексергенде жатыр тонуста, ұрықтың орналасуы бойлық, басымен келу, ұрықтың жүрек соғысы анық, ырғақты, 140 рет минутына. Жыныс жолдарынан бөлінділер жоқ. Ісінулер жоқ. АҚ 130/80 мм сын.бағ Қынаптық тексеру: қынапқа кіреберісі босанбаған әйел типі бойынша, көлемді, жатыр мойны түзілген, артқа ауытқыған, ұзындығы 3 см, баспен келу, кіші жамбас кіреберісінің үстінде қозғалмалы. Мысқа жетпеген, экзостоздар жоқ, бөліндісі шырышты, ақшыл. СітоЖЗА алынған: үлес салмағы - 1020, белок - 0,9 г/л, лейкоциттер - 50 - 60 көру аймағында, эритроциттер - жоқ.

Диагноз

- Жүктілік 32 апта, баспен орналасу, гестациялық пиелонефрит
- Жүктілік 32 апта, баспен орналасу, жеңіл преэклампсия
- Жүктілік 32 апта, баспен орналасу, HELLP синдромы
- Жүктілік 32 апта баспен орналасу, ҚОПМБА
- Жүктілік 32 апта, баспен орналасу, жалған толғақ

= Жүкті Н., 23 жаста, жүктіліктің 32 аптасында белінің ауырсынуына, сол жақта көбірек, қалтырауға, дене қызуының 39°C дейін көтерілуіне шағымдарымен акушерлік стационарға түсті. Қарап тексергенде жатыр тонуста, ұрықтың орналасуы бойлық, басымен келу, ұрықтың жүрек соғысы анық, ырғақты, 140 рет минутына. Жыныс жолдарынан бөлінділер жоқ. Ісінулер жоқ. АҚ 130/80 мм сын.бағ Қынаптық тексеру: қынапқа кіреберісі босанбаған әйел типі бойынша, көлемді, жатыр мойны түзілген, артқа ауытқыған, ұзындығы 3 см, баспен келу, кіші жамбас кіреберісінің үстінде қозғалмалы. Мысқа жетпеген, экзостоздар жоқ, бөліндісі шырышты, ақшыл. СітоЖЗА алынған: үлес салмағы - 1020, белок - 0,9 г/л, лейкоциттер - 50 - 60 көру аймағында, эритроциттер - жоқ.

Жүргізу тактикасы

- Кең спектрлі антибиотикалық терапия
- Антигипертензивті терапия
- Кесар тілігі арқылы шұғыл босану
- Спазмолитикалық ем. Бақылау
- Прогестагендер енгізу

= Әйел 46 жаста, әйелдер кеңесіне етеккірдің көп мөлшерлі ұзаққа созылуына, әлсіздікке, еңбекке қабілеттіліктің төмендеуіне шағымдарымен келді. 6 ай бойы өзін ауру деп санайды. Қарап тексергенде: тері жабындылары бозарған, пульс 78 рет/мин, ырғақты, АҚ 125/80 мм с.б. ЖҚА -гемоглобин - 80 г / л. Бимануальды тексеру және қарау кезінде жатырдың көлемі жүктіліктің 6-7 аптасына сәйкес ұлғайған, қозғалмалы, ауырсынусыз.

- Екі жақтағы жатыр қосалқылары ұлғаймаған, жатыр маңы тіндері инфильтрацияланбаған. Жатыр мойны өзгермеген, жыныс жолдарынан бөлінділер шырышты. Болжамды диагноз
- Жатыр миомасы 6-7 апта. Гиперполименорея. Орташа ауырлық дәріжесіндегі анемия
  - Жатыр денесінің полипі
  - Өршу кезеңдегі сальпингоофорит
  - Эндометриялық гиперплазия
  - Көпіршікті тығын

= Әйел 46 жаста, әйелдер кеңесіне етеккірдің көп мөлшерлі ұзаққа созылуына, әлсіздікке, еңбекке қабілеттіліктің төмендеуіне шағымдарымен келді. 6 ай бойы өзін ауру деп

санайды. Қарап тексергенде: тері жабындылары бозарған, пульс 78 рет/мин, ырғақты, АҚ 125/80 мм с.б. ЖҚА -гемоглобин - 80 г / л. Бимануальды тексеру және қарау кезінде жатырдың көлемі жүктіліктің 6-7 аптасына сәйкес ұлғайған, қозғалмалы, ауырсынусыз. Екі жақтағы жатыр қосалқылары ұлғаймаған, жатыр маңы тіндері инфильтрацияланбаған. Жатыр мойны өзгермеген, жыныс жолдарынан бөлінділер шырышты. Жүргізу тактикасы

- Жамбас мүшелерінің УДЗ
- Кольпоскопия
- Гистеросальпингография
- Гематологтың кеңесі
- Нефрологтың кеңесі

= Әйел 30 жаста. Алғашқы босанушы. Жүктілік 40 апта диагнозымен перзентханаға жедел жәрдем көлігімен түсті. Орташа преэклампсия. Қынаптық тексеруде жатыр ернеуінің 3 см ашылуы анықталды. Кенет әйел ішінің қатты ауырсынуына, оң жақта көбірек ауырсынуға шағымданды. Ауырсыну тұрақты. Қарап тексергенде: АҚ 130/90, пульс 68 рет минутына. Жатыр тонусы күрт жоғарылаған, пальпацияда жатыр тығыз, пішіні дұрыс, босаңсымайды. Кіші жамбас кіреберісінің үстінде қозғалмалы баспен келу. Оған дейін ұрықтың бөліктері жақсы пальпацияланған, енді анықтау мүмкін емес. Ұрықтың жүрек соғысы естілмейді. Қынаптан бөлініс жоқ. ЖҚА: гемоглобин – 110 г/л, эритроциттер –  $4,0 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциттер –  $6,9 \cdot 10^9$ /л, тромбоциттер –  $280 \cdot 10^9$ /л. ЭТЖ-17 мм/сағ, ТК -0,8.

Клиникалық диагнозды тұжырымдаңыз

- Шұғыл босану, I кезең. Қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын ажырауы. Ұрықтың интранатальді өлімі. Орташа преэклампсия.
- Мерзімінен бұрын босану. Плацентаның ұрық жолында орналасуы, жеңіл анемия
- Шұғыл босану, I кезең. Қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын ажырауы. Ұрықтың интранатальді өлімі. Жүктілік кезіндегі анемия
- Кеш босану. Қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын ажырауы
- Шұғыл босану, I кезең. Қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын ажырауы. Орташа преэклампсия. Жүктілік кезіндегі анемия

= Әйел 30 жаста. Алғашқы босанушы. Жүктілік 40 апта диагнозымен перзентханаға жедел жәрдем көлігімен түсті. Орташа преэклампсия. Қынаптық тексеруде жатыр ернеуінің 3 см ашылуы анықталды. Кенет әйел ішінің қатты ауырсынуына, оң жақта көбірек ауырсынуға шағымданды. Ауырсыну тұрақты. Қарап тексергенде: АҚ 130/90, пульс 68 рет минутына. Жатыр тонусы күрт жоғарылаған, пальпацияда жатыр тығыз, пішіні дұрыс, босаңсымайды. Кіші жамбас кіреберісінің үстінде қозғалмалы баспен келу. Оған дейін ұрықтың бөліктері жақсы пальпацияланған, енді анықтау мүмкін емес. Ұрықтың жүрек соғысы естілмейді. Қынаптан бөлініс жоқ. ЖҚА: гемоглобин – 110 г/л, эритроциттер –  $4,0 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциттер –  $6,9 \cdot 10^9$ /л, тромбоциттер –  $280 \cdot 10^9$ /л. ЭТЖ-17 мм/сағ, ТК -0,8.

Жүргізу тактикасы

- Перифериялық веноздық катетеризация, қуықтың катетеризациясы, оттегімен ингаляция, коагулограмма. Анестезиолог шақыру. Шұғыл түрде кесар тілігі
- Перифериялық веналарды катетерлеу, қуықты катетерлеу, оттегімен ингаляция, коагулограмма. Анестезиолог шақырыңыз. Босануды консервативті жүргізу
- Спазмолитиктерді тағайындау. Шұғыл түрде кесар тілігі
- Магнезия терапиясы. Спазмолитиктерді тағайындау. Анестезиолог шақыру
- Магнезия терапиясын жүргізу. Жатыр қуысының ашылуын ескере отырып, босануды консервативті түрде жүргізу

= Науқас 45 жаста, әйелдер кеңесіне профилактикалық тексеруге келді. Шағымдар жоқ. Анамнезінен: етеккір 13 жастан бастап, етеккір 5-6 күн, 24-25 күннен кейін. Паритет: Ж-2; Б-2. Контрацепция – ЖІС (ВМС). Объективті: пальпацияда сол жақ сүт безінің сыртқы

жоғарғы квадрантында диаметрі 1,5 см-дей ауырсынатын дөңгелек тығыздалу анықталады. Түзілім үстіндегі тері өзгеріссіз. Қолтық асты, бұғана үсті және бұғана асты лимфа түйіндері ұлғаймаған. Емізікшелерді басқанда бөліністер жоқ.

Гинекологиялық статусы: айнада тексергенде қынаптың шырышты қабаты қалыпты түсті, бөліндісі орташа. Жатыр мойны таза. Бимануальды тексеруде жатыр денесі қалыпты мөлшерде, қозғалмалы, ауырсынусыз. Екі жақтағы қосалқылар пальпацияланбайды, ауырсынусыз. Қынаптың күмбездері бос. Болжамды диагноз

- Сүт безінің кистасы
- Сүт безінің қатерлі ісігі
- Диффузды мастопатия
- Фиброзды мастопатия
- Лимфаденит

= Науқас 45 жаста, әйелдер кеңесіне профилактикалық тексеруге келді. Шағымдар жоқ. Анамнезінен: етеккір 13 жастан бастап, етеккір 5-6 күн, 24-25 күннен кейін. Паритет: Ж-2; Б-2. Контрацепция – ЖІС (ВМС). Объективті: пальпацияда сол жақ сүт безінің сыртқы жоғарғы квадрантында диаметрі 1,5 см-дей ауырсынатын дөңгелек тығыздалу анықталады. Түзілім үстіндегі тері өзгеріссіз. Қолтық асты, бұғана үсті және бұғана асты лимфа түйіндері ұлғаймаған. Емізікшелерді басқанда бөліністер жоқ.

Гинекологиялық статусы: айнада тексергенде қынаптың шырышты қабаты қалыпты түсті, бөліндісі орташа. Жатыр мойны таза. Бимануальды тексеруде жатыр денесі қалыпты мөлшерде, қозғалмалы, ауырсынусыз. Екі жақтағы қосалқылар пальпацияланбайды, ауырсынусыз. Қынаптың күмбездері бос. Жүргізу тактикасы

- Сүт бездерінің УДЗ, цитологиялық зерттеуге пункция
- Кеуде қуысының рентгенографиясы. Маммологтың кеңесі
- Жатыр қуысының диагностикалық қыру
- Жамбас мүшелерінің УДЗ. Маммография
- Онкоцитология. Сүт безі тінінің биопсиясы

= Гинекологиялық бөлімшеге 28 жастағы науқас, іштің төменгі бөлігіндегі, көбірек оң жақтағы толғақ тәрізді ауырсынуына, етеккірдің 7 күнге кешігуі фондында 10 күн бойы жыныс жолдарынан қанды бөліністерге шағымдарымен түсті. Ауырсыну 4 сағат бұрын пайда болған, соңғы сағатта күшейген. Гинекологиялық анамнез: етеккір 14 жастан, 5-6 күн, 28 күннен кейін, орташа, ауырсынусыз, тұрақты. 18 жастан бастап жыныстық өмір. Анамнезінде екі жүктілік бар: біріншісі жедел босанумен аяқталды, екіншісі 8 аптада жасанды түсікпен аяқталды, асқынусыз. Соңғы жыл ішінде ЖІС (ВМС) көмегімен контрацепция. Созылмалы аднекситке байланысты бірнеше рет стационарлық емделуден өткен.

Объективті: науқастың жағдайы қанағаттанарлық, терісі ақшыл қызыл, шырышты қабаттары таза, тілі ылғалды. АҚ 120/80 мм.сын.бағ. Пульс 86 минутына, ырғақты, дене қызуы 36,9 С.

Іші пальпацияда жұмсақ, төменгі бөлімдерінде ауырсынады, оң жақ мықын аймағында көбірек, ішперденің тітіркену симптомы жоқ.

Айналарда: қынаптың шырышты қабаты және жатыр мойнының қынаптық бөлігі біршама цианозды, цервикальды каналдың сыртқы ернеуінен ЖІС жіптері анықталады. Бөліністер қанды, жағылмалы, орташа. Бимануальды: жатыр денесі біршама ұлғайған, жұмсақ, қозғалмалы, пальпацияда ауырсынусыз. Сол жақта қосалқылары анықталмайды, олардың аймағында – тяжистость, пальпацияда сезімтал. Оң жақта қосалқылары қамыр тәрізді консистенциялы, анық контуры жоқ, пальпацияда ауырсынады. Артқы күмбез сәл тегістелген, пальпацияда сезімтал. Болжам диагноз

- ЖІС фондында оң жақты жатырдан тыс жүктілік
- Жатыр миомасы. Жатыр қуысындағы ЖІС (ВМС)

- Аналық без кистасы. Жатыр қуысындағы ЖІС
- ЖІС фонында перитонит
- Аналық без апоплексиясы. Жатыр қуысындағы ЖІС

= Гинекологиялық бөлімшеге 28 жастағы науқас, іштің төменгі бөлігіндегі, көбірек оң жақтағы толғақ тәрізді ауырсынуына, етеккірдің 7 күнге кешігуі фонында 10 күн бойы жыныс жолдарынан қанды бөліністерге шағымдарымен түсті. Ауырсыну 4 сағат бұрын пайда болған, соңғы сағатта күшейген. Гинекологиялық анамнез: етеккір 14 жастан, 5-6 күн, 28 күннен кейін, орташа, ауырсынусыз, тұрақты. 18 жастан бастап жыныстық өмір. Анамнезінде екі жүктілік бар: біріншісі жедел босанумен аяқталды, екіншісі 8 аптада жасанды түсікпен аяқталды, асқынусыз. Соңғы жыл ішінде ЖІС (ВМС) көмегімен контрацепция. Созылмалы аднекситке байланысты бірнеше рет стационарлық емделуден өткен.

Объективті: науқастың жағдайы қанағаттанарлық, терісі ақшыл қызыл, шырышты қабаттары таза, тілі ылғалды. АҚ 120/80 мм.сын.бағ. Пульс 86 минутына, ырғақты, дене қызуы 36,9 С.

Іші пальпацияда жұмсақ, төменгі бөлімдерінде ауырсынады, оң жақ мықын аймағында көбірек, ішперденің тітіркену симптомы жоқ.

Айналарда: қынаптың шырышты қабаты және жатыр мойнының қынаптық бөлігі біршама цианозды, цервикальды каналдың сыртқы ернеуінен ЖІС жіптері анықталады. Бөліністер қанды, жағылмалы, орташа. Бимануальды: жатыр денесі біршама ұлғайған, жұмсақ, қозғалмалы, пальпацияда ауырсынусыз. Сол жақта қосалқылары анықталмайды, олардың аймағында – тяжистость, пальпацияда сезімтал. Оң жақта қосалқылары қамыр тәрізді консистенциялы, анық контуры жоқ, пальпацияда ауырсынады. Артқы күмбез сәл тегістелген, пальпацияда сезімтал. Жүргізу тактикасы

- ЖІС (ВМС) алып тастау және лапароскопия арқылы хирургиялық емдеу
- ЖІС алып тастау. Антибактериалды емдеу
- Антибактериалды емдеу
- Қабынуға қарсы кешенді ем
- Инфузиялық терапия. 24 сағат бойы бақылау

= Босанушы әйел 26 жаста. Жедел босану 1-жүктіліктің 40 аптасында болды. Босанудан кейін бір сағаттан кейін ұрық жолдасы туылды. Плацента туылғаннан кейін бірден қатты қан кету басталды. ЖҚА: гемоглобин – 110 г/л, эритроциттер –  $3,9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциттер –  $8,9 \cdot 10^9$ /л, тромбоциттер –  $180 \cdot 10^9$ /л. ЭТЖ-17 мм/сағ, ТК - 0,75. Плацентаны зерттегенде тіндік ақау бар. Болжамды диагноз

- Босанғаннан кейінгі ерте кезең. Плацента бөліктерінің кідіруі. Қан кету
- Босанғаннан кейінгі кеш кезең. Атоникалық қан кету
- Босанғаннан кейінгі ерте кезең. Тромбоцитопения
- Босанғаннан кейінгі кеш кезең. Плацента бөліктерінің кідіруі. Қан кету
- Босанғаннан кейінгі ерте кезең. Жатыр денесінің жарақаты

= Босанушы әйел 26 жаста. Жедел босану 1-жүктіліктің 40 аптасында болды. Босанудан кейін бір сағаттан кейін ұрық жолдасы туылды. Плацента туылғаннан кейін бірден қатты қан кету басталды. ЖҚА: гемоглобин – 110 г/л, эритроциттер –  $3,9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциттер –  $8,9 \cdot 10^9$ /л, тромбоциттер –  $180 \cdot 10^9$ /л. ЭТЖ-17 мм/сағ, ТК - 0,75. Плацентаны зерттегенде тіндік ақау бар. Жүргізу тактикасы

- Жатыр қуысын қолмен тексеру. Плацентаның бөліктерін алып тастау. АҚК(ОЦК) толықтыру
- Айнадағы тексеруі. Жыртылуларды тігу. АҚК толықтыру
- Жатырды жұдырықпен уқалау. Баллонды тампонада. АҚК толықтыру
- Жатыр қуысын диагностикалық қыру

- Коагулограмма. АҚК толықтыру

= Гинеколог дәрігерінің қабылдауына, 28 жастағы науқас, ішінің төменгі бөлігінің ауырсынуына, дене қызуының 38,5С дейін жоғарылауына және жыныс мүшелерінен іріңді бөліністердің бөлінуіне, зәр шығаруының ауырсынумен жүретіндігіне шағымданып келді. Аталған шағымдар екі күн бойына мазалауда. Анамнезінен: Ж-0 Б-0. Некеге тұрмаған, тұрақты жыныстық серіктесі жоқ. Контрацепция: үзілген жыныстық қатынасқа екі күн бұрын түскен. Етеккір циклы бұзылмаған. Объективті: жағдайы орташа қалыпта. Үші кәдімгі формада, пальпация кезінде жұмсақ, айқын ауырсыну ішінің төменгі бөлігінде анықталады. Айнамен қарағанда: жатыр мойны гиперемияленген, бөліністері шырышты-іріңді, көп мөлшерде. Бимануальды зерттеуде: жатыры мен жатыр қосалқылары ұлғаймаған, пальпация кезінде бірден ауырсынады.

Зертханалық мәліметтері:

ЖҚА – гемоглобин 120 г/л, эритроциттер  $3,2 \times 10^{12}/л$ , лейкоциттер  $12 \times 10^9/л$ , тромбоциттер  $248 \times 10^9/л$ , ЭШЖ 26 мм/с.

ЖЗА – мөлшері – 100,0, реакциясы қышқыл, ақуыз жоқ, ашық сарғыш түсті, тығыздығы 1018, лейкоц 4-6 көру аймағында, жалпақ эпителийі 2-4 көру аймағында.

Цервикальды өзекшеден алынған жұғынды бактериоскопиялау кезінде: лейкоциттер – жаппай, эпителий 30 көру аймағында, клетканың ішінде және сыртында орналасқан диплококктар анықталды. Ең ықтимал диагноз қайсысы

- Өрлемелі балғын жедел гонорея
- Бейспецификалық этиологиялы екіжақты жедел сальпингит
- Іріңді эндоцервицит
- Жедел уретрит
- Созылмалы сальпингит және оофорит. Гидросальпинкс

= 25 жастағы науқас әйел, ішінің төменгі бөлігінің ауырсынуына, мазасыздану және дене қызуының 39°С дейін көтерілуіне, бірреттік қалтыраудың болуына шағымданып гинекологиялық стационарға түсті. Анамнезінен: медициналық түсік жасатқаннан кейінгі екінші күні жедел ауырған. Науқас бір таблетка аспиринді ішіп, «жедел көмекке» жүгінген. Ж-2 Б-1 А-1 (екі күн бұрын жатыр қуысын қырнаумен). Тексеру кезінде анықталды: тахикардия, тері жабынының бозаруы. Іші кәдімгі формада, жұмсақ, пальпация кезінде қасаға үстінен аздаған ауырсыну байқалады. Айнамен қарағанда: қынабы босанған әйелдікі, жатыр мойны цилиндр формасында, аңқасы саңылау тәрізді, жабық, цервикальды өзекшеден мардымсыз қанды бөліністер бар, иіссіз. Бимануальды зерттеуде: жатыры аздап ұлғайған, консистенциясы жұмсақтау, қозғалмалы, ауырсынады. ЖҚА: гемоглобин 110 г/л, эритроциттер  $3,2 \times 10^{12}/л$ , лейкоциттер  $10 \times 10^9/л$ , тромбоциттер  $230 \times 10^9/л$ , ЭТЖ 35 мм/с.

ЖЗА – мөлшері – 100,0, реакциясы қышқыл, ақуыз жоқ, ашық сарғыш түсті, тығыздығы 1018, лейкоц 4-6 көру аймағында, жалпақ эпителийі 2-4 көру аймағында.

Тазалық дәрежесіне алынған жұғында: лейкоциттер -45 көру аймағында, эпителий 15 көру аймағында, флорасы коккты, көп мөлшерде; трихомонадтар, гонококктар анықталмады.

Диагноз қойыңыз

- Жедел эндометрит. Вульвовагинит
- Жедел эндометрит. Параметрит. Вульвовагинит
- Аппендицит
- Жедел эндометрит. Пельвиоперитонит
- Жедел екіжақты сальпингит. Вульвовагинит

= Науқас 24 жаста, тұрғылықты жеріндегі гинекологқа, сыртқы жыныс мүшелері аймағының ауырсынуына, үш күн бойына дене қызуының 37,8 °С жоғарылауына шағымданып келді. Анамнезінен: етеккір қызметі бұзылмаған. Б 1, 1 медициналық аборт.

Гинекологиялық аурулармен ауырмаған. Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық, тамыр соғысы минутына 84 соққы, АҚ 110/70 мм с. б. Қарау кезінде: сол жақ үлкен жыныс ернінде ісіктәрізді көлемі 3,0×3,5 см түзіліс анықталды, терісі қызарған.

Гинекологиялық статус: қынабы ерекшеліксіз, жатыр мойны таза, сыртқы аңқа саңылау тәрізді, жатыры антефлексияда, ұлғаймаған, ауырсынусыз. Жатыр қосалқылары екі жақтан да анықталмайды. Тексеру жүргізілді: ЖҚА - гемоглобин 110 г/л, эритроциттер 3,2x10<sup>12</sup>/л, лейкоциттер 9x10<sup>9</sup>/л, тромбоциттер 250x10<sup>9</sup>/л, ЭТЖ 16 мм/с. Тазалық дәрежесіне алынған жұғында: лейкоциттер -15 көру аймағында, эпителий 4-6 көру аймағында, флорасы аралас, трихомонадтар, гонококктар анықталмады. Болжамды диагноз қойыңыз

- Бартолинит
- Вульвовагинит
- Созылмалы эндометрит, ремиссияда
- Жедел екіжақты сальпингоофорит
- Созылмалы сальпингоофорит, өршу сатысында

= Наукас В., 23 жаста, жыныс жолдарынан көп мөлшерде бөлінділердің болуына, сыртқы жыныс мүшелерінің қышуына, зәр шығару кезінде ашуына шағымданып гинеколог дәрігеріне қаралуға келді. Ауру анамнезінен: өзін 4 күннен бері аурумын деп анайды. Бір апта бұрын баспа ауруы қозып, жеті күн бойына антибактериальды терапияны амоксициллинмен қабылдаған. Анамнезінен: Ж-3, Б-3. Некеде тұрады, контрацепция ретінде барьерлік әдісті қолданады. Гинекологиялық аурулармен ауырмаған.

Соматикалық дені сау. Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Гинекологиялық статусы: жатыр мойны мен қынап қабырғалары гиперемияленген, ісіну, ақ ірімшік тәрізді бөліністер анықталады, мақтадан жасалған тампонмен сүрткенде оңай сылынады. Жатыры ұлғаймаған, пальпация кезінде ауырсынусыз, қосақылары екі жақтан да анықталмайды.

Тазалық дәрежесіне алынған жұғында: лейкоциттер 40 көру аймағында, эпителий 15 көру аймағында, флорасы аралас, дрождар +++.

Болжамды диагноз

- Кандидозды вульвовагинит
- Гонорея
- Трихомониаз
- Бейспецификалық вульвовагинит
- Бактериальды вагиноз

= 28 жастағы наукас әйел, әйелдер кеңесіне жыныс жолдарынан көпіршікті көп мөлшердегі бөліністерге, қынаптың ашуы мен қышуына, жиі зәр шығарғысы келетін шағымдармен келді. Бір апта бұрын ауырған. Анамнезінен: жыныстық өмірі 17 жастан, некеге тұрмаған, контрацепция қолданбаған. Соматикалық дені сау. Гинекологиялық статусы: вульваның, қынап және жатыр мойнының шырышты қабаттары гиперемияленген, ісінген, нүктелік қан кетулермен. Жыныс жолдарынан бөлінділер көп мөлшерде, көпіршікті, сұр сарғыш түсті. Жатыры ұлғаймаған, пальпация кезінде ауырсынусыз, қосалқылары екі жақтан да анықталмайды. Тазалық дәрежесіне алынған жұғында: лейкоциттер жаппай, эпителий 15 көру аймағында, флорасы аралас. Болжамды диагноз

- Жедел трихомониаз
- Кандидозды вульвовагинит
- Хламидийлы цервицит
- Атрофиялық кольпит
- Бактериальды вагиноз

= Гинекологтың қабылдауына 28 жастағы науқас әйел келді, жыныс жолдарынан көп мөлшердегі бөлінділерге шағымданады. Осы шағымдар созылмалы сальпингоофоритті антибактериальды емдеуден кейін, бір апта бойына мазалауда. Бөлінділер жағымсыз «шіріген балықтың» иісі сияқты, жыныстық қатынастан кейін күшейеді. Анамнезінен: Ж-1 Б-1. Етеккір циклы ретті. Некеде. Контрацепция: мүшеқаптармен. Гинекологиялық аурулары: созылмалы сальпингоофорит пен дрожды кольпит салдарынан бірнеше рет ем алған. Қынаптық зерттеуде: қынабы босанған әйелдікіндей, қынаптың шырышты қабаты бозғылт қызғылт түсті, жатыр мойны цилиндр тәрізді, эрозирленген. Бөлінділері жақпа май тәрізді жағымсыз «шіріген балықтың» иісімен. Жатыры ұлғаймаған, қозғалмалы, пальпация кезінде ауырсынусыз, қосалқылары екі жақтан да ауыр анықталады, ауырсынусыз. Күмбездері терең, бос.

Тазалық дәрежесіне алынған жұғында: лейкоциттер 15-20 көру аймағында, эпителий 35 көру аймағында, флорасы аралас, «кілтті» жасушалар анықталды.

Қынаптың Ph - 5,2. Болжамды диагноз:

- Бактериальды вагиноз. Созылмалы екіжақты сальпингоофорит, ремиссияда. Жатыр мойнының эрозиясы
- Жедел трихомониаз. Созылмалы екіжақты сальпингоофорит, ремиссияда.
- Кандидозды вульвовагинит. Созылмалы екіжақты сальпингоофорит, ремиссияда. Жатыр мойнының эрозиясы
- Хламидийлы цервицит. Созылмалы екіжақты сальпингоофорит, толық емес ремиссияда. Жатыр мойнының эрозиясы
- Атрофиялық кольпит. Жатыр мойнының эрозиясы.

= Науқас әйел С., 25 жаста, әйелдер кеңесіне жыныс жолдарынан көпіршікті көп мөлшердегі бөліністерге, қынаптың ашуы мен қышуына, жиі зәр шығарғысы келетін және қынаптағы ауырлық сезімі шағымдарымен келді. Бір апта бойына өзін аурумын деп санайды. Екі апта бұрын кездейсоқ жыныстық қатынас контрацепциясыз болған. Етеккірі 14 жастан, бірден қалыптасқан (3-4 күннен, 28 күн сайын), ретті, қалыпты, ауырсынусыз. Соңғы етеккірі уақытында келген. Жыныстық өмірі 18 жастан. Тұрмыста. Паритет: Ж-1: А-1. Гинекологиялық аурулармен ауырмаған.

Айнамен қарауда: қынаптың шырышта қабаты бірден қызарған, жоғарғы бөлігінде ашық қызарған дақтар бар. Қынаптың қабырғаларын дәке шарымен сүрткен кезде, соңғысы қанмен боялған. Қынаптың артқы күмбезінде жасыл түсті сары іріңінің жиналуы бар, сұйық консистенциялы, көбікті түрде. Дәл осындай бөліну жатыр мойнының сыртқы аңқасында және уретраның сыртқы бөлігінде анықталады. Жатыр мойны гиперемирленген. Жатыры тығыз, қозғалмалы және ауырсынусыз, дұрыс орналасқан, қалыпты көлемде. Жатыр қосалқылары екі жақтан да анықталмайды, ауырсынусыз.

Қынап күмбезі терең. Тазалық дәрежесіне алынған жұғында: лейкоциттер жаппай, эпителий 15 көру аймағында, флорасы аралас, диплококктар мен трихомонадтар анықталмады.

ПЦР *Chlamydia trachomatis*- анықталмады, *Mycoplasma genitalium*- анықталмады, *Gardnerella vaginalis*- анықталмады, *Neisseria gonorrhoeae*- анықталмады, *Trichomonas vaginalis*- анықталды, *Ureaplasma urealyticum*- анықталмады. Болжамды диагноз

- Жедел трихомониаз
- Кандидозды вульвовагинит
- Хламидийлы цервицит
- Атрофиялық кольпит
- Бактериальды вагиноз

= Науқас әйел О., 29 жаста, дене қызуының 38,5 С көтерілуіне, жалпы әлсіздікке, ішінің төменгі бөлігінің қарқынды ауысынуына шағымданып гинекологиялық клиникаға түсті. Өзін үш күн бойына суықтағаннан кейін ауырдым деп санайды. Бұрын мұндай

шағымдары болмаған. Өз бетінше парацетамол қабылдаған. Анамнезінен: бала кезінде қызылша, баспамен тұмаумен ауырған және 12 жасында тонзиллэктомия жасатқан. Тұқым қуалайтын аурулары жоқ.

Етеккірі 12 жастан, бірден қалыптасқан (5 күннен, цикл 26 күндік), қалыпты, ауырсынусыз. Соңғы етеккірі 2 бұрын болған. Паритет: Ж4: Б2, А-2. Гинекологиялық және венерологиялық ауруларды жоққа шығарады.

Айнамен қарағанда: жатыр мойны мен қынаптың шырышты қабаты қызарған. Қынабынан көп мөлшерде іріңді бөліністер бар. Цервикальды өзекшеден де көп мөлшерде іріңді бөліністер бөлінуде. Қынаптық зерттеуде: қынабы босанған әйелдікіндей. Жатыр мойны цилиндр формасында, кәдімгі консистенцияда, сыртқы аңқасы жабық. Жатыр денесі ұлғайған, консистенциясы жұмсақтау, пальпация кезінде, қозғаған кезде бірден ауырсынады. Қынаптық күмбезі бос, терең. Жатыр қосалқылары екі жақтан да анықталмайды.

Зертханалық берілімдері:

ЖҚА – гемоглобин 120 г/л, эритроциттер  $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциттер  $12 \times 10^9$ /л, тромбоциттер  $248 \times 10^9$ /л, ЭТЖ 26 мм/с.

Цервикальды өзекшеден алынған жұғынды бактериоскопиялық зерттеуде: лейкоциттер – жаппай, эпителий-15 көру аймағында, диплококктар мен трихомонадтар анықталмады.

ПЦР Chlamydia trachomatis- анықталмады.

КЖМ УДЗ - жатыр өлшемі 73 x 69 x 45 мм, anteflexio, алмұрт тәрізді, орналасуы кәдімгі, контурлары тегіс, миометрийі изоэхогенды біртекті, қуысы 7 мм дейін кеңейген, анэхогендік жолақ түрінде локализацияланған, эндометрия қалыңдығы 4 мм, изоэхогендік, қосымша эхо құрылымдардан бос. Аналық бездері ерекшеліксіз. Артқы кеңістікте ішкі шағылысусыз 40 мл біртекті сұйықтық бар. Болжамды диагноз қойыңыз

- Жедел эндометрит. Цервицит. Вульвовагинит
- Жедел екі жақты сальпингит бейспецификалық этиологиялы
- Созылмалы эндометрит, толық емес ремиссияда. Вульвовагинит
- Созылмалы эндометрит, өршу сатысында. Цервицит. Вульвовагинит
- Жедел метроэндометрит

= Гинеколог дәрігерінің қабылдауына 38 жастағы науқас әйел келді. Шағымдары: дене қызуының 38 С дейін көтерілуі, жалпы әлсіздік, ішінің төменгі сол жақ бөлігінің ауырсынуы. Жоғарыда аталған шағымдармен өзін төрт күн бойына аурумын деп санайды. Суық тиюмен байланыстырады. Өз бетінше диклофенак қабылдаған. Анамнезінен: етеккір циклы ретті. Соңғы етеккірі 8 күн бұрын болған. Ж-3, Б-1, Т-2.

Гинекологиялық аурулары: Жатыр мойнының эрозиясы, оофорит.

Объективті тексеру: жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Пульс 92 соққы минутына, АҚ— 120/70 мм с.б. Дене қызуы 38°С.

Тері жабыны мен көзге көрінетін шырышты қабаттарының қызғылт түсті. Тілі ылғалды, ақ жабындымен аздап жабылған. Іші тыныс алу актісіне бірдей қатысады, пальпация кезінде жұмсақ, қасаға үсті аздап ауырсынады. Шажырқайды тітіркендіру симптомы анықталмады.

Айнамен қарағанда: жатыр мойны таза, қынаптың шырышты қабаты қызғылт түсті, бөлінділері - ақкір, қалыпты мөлшерде.

Жатыр мойны цилиндрлік формада, консистенциясы кәдімгідей, сыртқы аңқа жабық. Жатыры ұлғаймаған, ауырсынусыз, қозғалмалы. Қынаптың күмбезі бос, терең. Оң жақ қосалқылары анықталмайды. Сол жақ қосалқылары тығыз, пальпация кезінде ауырсынады.

Зертханалық берілімдері:

ЖҚА – гемоглобин 123 г/л, эритроциттер  $3,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциттер  $9 \times 10^9$ /л, тромбоциттер  $280 \times 10^9$ /л, ЭТЖ 24 мм/с.

ЖЗА – мөлшері – 100,0, реакциясы қышқыл, ақуыз жоқ, ашық сары түсті, тығыздығы 1018, лейкоциттер 4-6 көру аймағында, жалпақ эпителий 2-4 көру аймағында.

Тазалық дәрежесіне алынған жұғында: лейкоциттер – 10 көру аймағында, эпителий-4-6 көру аймағында, флорасы бациллярлы, диплококктар мен трихомонадтар анықталмады. КЖМ УДЗ - жатыр өлшемі 55 x 49 x 44 мм, anteflexio, эндометрий қалыңдығы 8 мм. Оң жақ аналық без 32 x 18 мм, контурлары тегіс, орналасуы кәдімгідей, кесіндіде 2-3 фолликула бар.

Сол жақ аналық без 34 x 19 мм, овальды формада, контурлары тегіс, орналасуы кәдімгідей, кортикальды қабат пен орталық аймақ әлсіз сараланған, изоэхогенді, фолликулалар 1-2 кесіндіде; сол жақ фаллопиялық түтіктің қабырғаларының қалыңдауы бар. Жатырдың артқы кеңістігінде қалыпты мөлшерде бос сұйықтық бар. Болжамды диагноз қойыңыз

- Созылмалы солжақты сальпингоофорит өршу сатысында
- Жедел екіжақты сальпингит бейспецификалық этиологиялы
- Жедел солжақты сальпингоофорит бейспецификалық этиологиялы
- Созылмалы эндометрит, өршу сатысында. Вульвовагинит
- Жедел метроэндометрит. Созылмалы екіжақты сальпингоофорит, өршу сатысында

= Науқас әйел, 46 жаста, гинеколог дәрігеріне ішінің төменгі бөлігінің қарқынды ауырсынуына, дене қызуының 39,5 °С ға дейін көтерілуіне, жыныс жолдарынан көп мөлшерде бөлінділердің боуына шағымданып келді. Ауырсыну 7 күннен бері мазалауда. Дәрігерге қаралмаған, баралгин, кетарол қабылдаған, бірақ нәтиже болмаған.

Етеккір қызметі бұзылмаған, етеккір циклының 10-шы күні. Анамнезінде екі мерзімді босану мен үш медициналық түсік болған, асқынусыз. Гинекологиялық ауруларды жоққа шығарады. Соңғы 10 жылда контрацепция мақсатында ЖІС қолданған.

Объективті: жағдайы орташа дәрежеде, пульс 90 соққы минутына, АҚ 110/70 мм с.б, дене температурасы 38,5 С. Тілі құрғақ, ақ жабынмен жабылған. Іші пальпация кезінде жұмсақ, тыныс алу актісіне бірдей қатысады, қасаға үсті аздап ауырсынады. Шажырқайды тітіркендіру симптомы анықталмады.

Айнамен қарағанда: жатыр мойны гиперемирленген, эрозиясы бар, ЖІС жібі көрініп тұр, бөлінділері көп мөлшерде сірлі-ірінді. Бимануальды зерттеуде: Жатыры аздап ұлғайған, консистенциясы жұмсақ, бірден ауырсынады, қозғалысы шектелген. Қосалқылары сол жақ пен оң жақтан да айқын анықталмайды, ауырсынады, ісінген, консистенциясы қамыр тәрізді.

Зертханалық берілімдері:

ЖҚА – гемоглобин 130 г/л, эритроциттер  $3,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциттер  $14 \times 10^9$ /л, тромбоциттер  $260 \times 10^9$ /л, ЭТЖ 25 мм/с.

Тазалық дәрежесінің жұғынында: лейкоциттер – 40 көру аймағында, эпителий-15-20 көру аймағында, флорасы коккты, көп мөлшерде, диплококктар мен трихомонадтар анықталмады.

КЖМ УДЗ - жатыр өлшемі 69 x 63 x 52 мм, anteflexio, алмұрт тәрізді, орналасуы кәдімгі, контурлары тегіс, миометрий изоэхогенді біртегіс, қуысы 7 мм ге дейін кеңейген, анэхогендік жолақ түрінде локализацияланған, эндометрия қалыңдығы 4 мм, изоэхогендік, қосымша эхо құрылымдардан бос. Оң жақ аналық без 32 x 18 мм, контурлары тегіс, орналасуы кәдімгідей, кесіндіде 2-3 фолликула бар, кортикальды қабат пен орталық аймақ әлсіз сараланған, изоэхогенді, фолликулалар 1-2 кесіндіде; оң жақ фаллопиялық түтіктің қабырғаларының қалыңдауы бар.

Сол жақ аналық без 34 x 19 мм, овальды формада, контурлары тегіс, орналасуы кәдімгідей, кортикальды қабат пен орталық аймақ әлсіз сараланған, изоэхогенді, фолликулалар 1-2 кесіндіде; сол жақ фаллопиялық түтіктің қабырғаларының қалыңдауы бар. Жатырдың артқы кеңістігінде 40 мм мөлшерде бос сұйықтық бар. Болжамды диагноз қойыңыз

- Жедел эндометрит. Жедел екіжақты сальпингоофорит. Цервицит. Вульвовагинит
- Созылмалы метроэндометрит өршу сатысында. Созылмалы екіжақты сальпингоофорит, өршу сатысында. Вульвовагинит. Цервицит
- Созылмалы эндометрит, өршу сатысында. Цервицит. Кольпит
- Жедел эндометрит. Аднексит
- Жедел екіжақты сальпингит бейспецификалық этиологиялы

= БМСК гинеколог дәрігеріне 33 жастағы әйел, ішінің төменгі бөлігінің тартып ауырсынуына, бір апта бойына жыныс жолдарынан іріңді бөлінулердің болуына, дене температурасының 38,00С дейін жоғарылауына және де 7 жыл бойына бедеуліктің болуына шағымданып келді. Анамнезінен: Менархесі 14 жастан, етеккірі 5-6 күннен, 32-33 күн сайын, ретті қалыпты, кейде ауырсынумен жүреді. Жыныстық өмірі 19 жастан. Жүктілік 1, артифициальды түсікпен осыдан 8 жыл бұрын аяқталған. Гинекологиялық аурулары: жатыр мойнының эрозиясы, емделген (ДЭК), оофорит.

Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Тамыр соғысы 88 соққы минутына, АҚ 120/80 мм с.б., дене температурасы 37,80С. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Зәр шығаруы еркін, ауырсынусыз. St.genitalis: Сыртқы жыныс мүшелері дұрыс дамыған. Түктенуі әйел типтес. Per speculum: қынабы босанбаған әйелдікіндей, қынаптың шырышты қабаты мардымсыз сірлі-іріңді бөліністермен ылғалданған, жатыр мойны таза. Pervaginum: жатыры anteflexio versio, қалыпты өлшемде, тығыз, қозғалмалы, ауырсынусыз. Жатыр қосалқылары екі жақтан да пальпация кезінде ауырсынады. Күмбездері бос, терең.

Зертханалық берілімдері:

ЖҚА – гемоглобин 123 г/л, эритроциттер  $3,9 \times 10^{12}/л$ , лейкоциттер  $9 \times 10^9/л$ , тромбоциттер  $254 \times 10^9/л$ , ЭТЖ 18 мм/с.

Қанның биохимиялық анализы - СРБ 6,0 мг/л

ЖЗА – ашық сары түсті, тығыздығы 1015, лейкоц 3 көру аймағында, жалпақ эпителий 5 көру аймағында, шырышы ++.

Қыныптық жұғынның микроскопиясы: лейкоциттер – 35 көру аймағында, эпителий 25 көру аймағында, микрофлорасы коккты, мардымсыз, гонококктар, кандидадалар мен трихомонадтар анықталмады.

Онкоцитологияға алынған жұғында – қатерлі жасушалардың өсуі анықталмады.

Болжамды диагноз қойыңыз

- Созылмалы екіжақты сальпингоофорит, өршу сатысында. Вульвовагинит
- Жедел екіжақты сальпингоофорит. Вульвовагинит
- Созылмалы сальпингоофорит толық емес ремиссия сатысында
- Созылмалы эндометрит, өршу сатысында. Цервицит. Кольпит
- Жедел эндометрит. Жедел екіжақты сальпингоофорит. Вульвовагинит

= БМСК гинеколог дәрігеріне 42 жастағы әйел, тексеру нәтижелерінің қорытындысын білу үшін қайта қабылдауға келді. Жыныс жолдарынан көп мөлшерде бөлінділердің болуына, сыртқы жыныс мүшелерінің қышуына шағымданады. Аталған шағымдар екі апта бойына мазалауда. Ештеңемен байланыстыра алмайды. Анамнезінен: кольпитке байланысты бірнеше рет ем алған, қысқа мерзімді оң әсермен. Ж-1, Б-1. Некеде тұрады, қорғанбайды. Етеккір циклы бұзылмаған. Соматикалық дені сау. Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Зәр шығаруы еркін, ауырсынусыз. Нәжісі ретсіз, 5 күнге дейін іш қатуы болып тұрады. Айнамен қарағанда: қынабы босанған әйелдікіндей, шырышы гиперемияленген, бөлінділері көп мөлшерде сірлі, жатыр мойны цилиндр тәрізді, таза. Бимануальды зерттеуде: жатыры ұлғаймаған, ауырсынусыз, қозғалмалы. Қосалқылары анықталмайды.

Зерттеу нәтижелері:

Тазалық дәрежесінің жұғынында: лейкоциттер –50 көру аймағында, эпителий-15 көру аймағында, флорасы коккты, көп мөлшерде, диплококктар мен трихомонадтар анықталмады.

ПЦР Chlamydia trachomatis- анықталмады, Mycoplasma genitalium- анықталмады, Gardnerella vaginalis- анықталмады, Neisseria gonorrhoeae- анықталмады, Trichomonas vaginalis- анықталмады, Ureaplasma urealyticum- анықталмады.

Қынаптан алынған материалды бактериологиялық зерттеуде- Staphylococcus aureus КОЕ 105, Streptococcus pyogenes КОЕ 106. Болжамды диагноз қойыңыз

- Вульвовагинит бейспецификалық этиологиялы
- Кандидозды вульвовагинит
- Бактериальды вагиноз
- Атрофиялық кольпит
- Созылмалы вульвит

= Наукас әйел В., 26 жаста, БМСК гинекологына, қынабындағы жағымсыз сезімдерге, ашу, қышу және көп бөлінділердің болуына шағымданып келді. Өзін 6 күн бойына аурумын деп санайды.

Анамнезінен: Етеккірі 13 жастан, бірден қалыптасқан (3—4 күннен, цикл 30 күн сайын), қалыпты, ретті, ауырсынусыз. Соңғы етеккірі 2 апта бұрын болған. Жыныстық өмірде 21 жастан, некесі бірінші. Екі жүктілік болған, оның біреуі босанумен аяқталған, екіншісі — абортпен (жүктіліктің 8 апталығында). Босанғаннан және аборттан кейін де асқынулар болмаған. Гинекологиялық аурулармен ауырмаған.

Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Тамыр соғысы 86 соққы минутына, толымдылығы мен кернелуі қанағаттанарлық. АҚ— 115/70 мм с.б. Дене температурасы 36,8°С. Соматикалық дені сау. Іші жұмсақ, пальпация кезінде ауырсынбайды.

Физиологиялық бөлінділері қалыпты.

Айнамен қарағанда: қынап пен жатыр мойнының шырышты қабаттары бірден қызғарған, ісінген. Бұл фонда ақшыл бляшкалар бар, олар дәке шарымен оңай алынып тасталады және сүзбе түріндегі бөлінділер бар. Жатыр мойны цилиндр тәрізді.

Қынаптық зерттеуде: қынабы – босанған әйелдікіндей. Жатыр мойны эластикалық консистенцияда, аңқасы жабық, жатыр мойнын қозғалтқанда ауырсынбайды. Жатыры қалыпты өлшемде, тығыз, қозғалмалы, дұрыс орналасқан. Қосалқылары екі жақтан да анықталмайды, ауырсынусыз. Қынаптық күмбездері терең. Тексерілді: Тазалық дәрежесінің жұғынында: лейкоциттер –50 көру аймағында, эпителий-25 көру аймағында, флорасы аралас, қалыпты, дрожждар+++, диплококктар мен трихомонадтар анықталмады.

Қынаптан алынған материалды бактериологиялық зерттеуде- Candidaalbicans КОЕ 106.

Диагноз қойыңыз

- Кандидозды вульвовагинит
- Бейспецификалық вульвит
- Бактериальды вагиноз
- Атрофиялық кольпит
- Созылмалы вульвит

= Наукас әйел П., 29 жаста, 4 жыл бойына бедеуліктің болуына, жалпы әлсіздікке, терлегіштікке, дене температурасының 37,2—37,5° ке дейін жоғарылауына, ішінің төменгі бөлігінің мезгілімен ауырсынып тұратындығына шағымданып келді.

Анамнезінен: бала кезінде қызылша, өкпе қабынуы, жиі баспамен ауырған, 14 жасында аппендэктомия жасаған, 18 жасында — тонзиллэктомия. Отбасында (П айтуы бойынша) туберкулезбен ешкім ауырмаған. Туберкулезбен ауыратын наукаспен жұмыста қарым-қатынас болған. Етеккірі 13 жастан, бірден қалыптасқан (5— 6 күннен, цикл 28 күндік), көп мөлшерде, мардымсыз ауырсынумен. Соңғы 3 жылда етеккірі кейде 5—10 күнге

тежеліп тұратын болған. Жыныстық өмірі 25 жастан, жүктілік болмаған, контрацепция құралдарын қолданбаған. Жыныстық өмір басталғаннан 2 жылдан кейін бедеулікке байланысты метросальпингография жасаған. Жатыр түтікшелері өтімсіз болған, рентгенограммада нақты көрініп тұр. Гинекологиялық аурулармен ауырмаған. Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Тамыр соғысы 78 соққы минутына, ырғақты, толымдылығы қанағаттанарлықтай. АҚ— 105/70 мм с.б. Тері жабынының аздап бозарғандығы байқалады. Дене бітімі дұрыс дамыған, тамақтануы төмен. Жүрек тондары таза, айқын, ырғақты. Өкпелерінде везикулярлы тыныс алу естіледі. Іші жұмсақ, пальпация кезінде ауырсынбайды. Бауыры мен көк бауыры анықталмайды, Пастернацкий симптомы екі жақтан да теріс, физиологиялық бөлінділері — қалыпты.

Айнамен қарағанда: қынаптың шырышты қабаты қызғылт түсте, жатыр мойны конус тәрізді, таза, аңқасы нүкте тәрізді. Бөлінділері –ақкір, қалыпты.

Қынаптық зерттеуде: сыртқы жыныс мүшелері дұрыс дамыған, түктенуі әйел типтес. Қынабы босанбаған әйелдікіндей. Жатыр мойны элстикалық консистенциялы, аңқасы жабық, жатыр мойнының қозғалуы ауырсынусыз. Жатыр көлемі қалыптыдан төмен, тығыз, қозғалмалы және ауырсынусыз, дұрыс орналасқан. Жатыр қосалқыларын пальпациялау барысында екі жақтан да қатайған (түйінді) учаскелер анықталады

Тексерілді:

ЖҚА – гемоглобин 120 г/л, эритроциттер  $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциттер  $6 \times 10^9$ /л, тромбоциттер  $248 \times 10^9$ /л, ЭТЖ 10 мм/с.

Қанның биохимиялық анализы - СРБ 6,0 мг/л

ЖЗА – мөлшері – 100,0, реакциясы қышқыл, ақуыз жоқ, ашық сары түсті, тығыздығы 1018, лейкоц 4-6 көру аймағында, жалпақ эпителий 2-4 көру аймағында

ПЦР Chlamydia trachomatis- анықталмады.

Гистологиялық зерттеуде: эндометриялық қырғышты зерттеу кезінде шырышты гиперплазия анықталды, туберкулездің зақымдануы анықталмады.

Микробиологиялық зерттеуде: эндометриялық қырғышты себу кезінде туберкулез микобактерияларының өсуі байқалды.

Реакция Манту –оң. Реакция Пирке- оң.

Рентгенологиялық зерттеу: кеуде клеткасында орналасқан мүшелер патологиясыз.

Диагноз қойыңыз

- Жыныс мүшелерінің туберкулезі. Біріншілік бедеулік
- Эндометрит спецификалық этиологиялы
- Вульвовагинит спецификалық этиологиялы
- Біріншілік бедеулік, эндокринды фактор
- Созылмалы аднексит. Созылмалы эндометрит

= Гинекологиялық бөлімнің қабылдау бөліміне 37 жастағы науқас В. түсті, шағымдары: сол жақ жыныс еріндері аймағының солқылдап ауырсынуы, дене температурасының 38,0С ге жоғарылауы, жалпы жағдайының нашарлауы, жалпы әлсіздік және мазасыздық.

Ауырсыну жүрген кезде және физикалық күш түскен кезде күшейеді және сол аяқ пен шатаралыққа беріледі. Аталған шағымдар үш күн бойына мазалауда. Түскен кездегі жалпы жағдайы қанағаттанарлықтай, дене температурасы 37,9оС, тамыр соғысы 92 соққы/мин, ырғақты, қанағаттанарлық, АҚ 130/70 мм с.б. Гинекологиялық қарау: сол жақ үлкен жыныс ерні ісінген және қызарған, қынапқа кіреберістегі үлкен безі аймағында 6х4 см мөлшердегі түзіліс пальпацияланады, қатты ауырады, жұмсақ консистенциясы бар, кейбір жерлерде тербелмелі; оның үстіндегі тері қызыл түсті, жергілікті гиперемия бар.

Айнамен қарауда жатыр мойны мен, қынаптық зерттеулердің нәтижелері ерекшеліксіз. ЖҚА: гемоглобин – 124 г/л, лейкоциттер –  $9,6 \times 10^9$  /л, ЭТЖ – 42 мм/с. Диагноз қойыңыз

- Бартолин безінің абсцесі
- Бартолин безінің кистасы

- Вульваның абсцессі
- Вульваның ойық жарасы
- Бартолинит

= Науқас М., 20 жаста, БМСК гинекологына ішінің төменгі бөлігінің ауырсынуына, дене температурасының 37,50 С ге дейін жоғарылауына шағымданып келді. Жоғарыда аталған шағымдармен етеккір циклының 7 күні бірден ауырған. Осының алдында жедел вирусты инфекциямен ауырған. Жыныстық өмірі 17 жастан, некеге тұрмаған, жүктіліктен сақтанбаған. Екі жыл бұрын жатыр қосалқыларының қабынуымен ауырып, амбулаторлы ем алған. Объективті: жағдайы қанағаттанарлық, іші ісінбеген, пальпация кезінде жұмсақ, төменгі бөліктерде ауырады. Шажырқайды тітіркендіру симптомы анықталмайды. Айнамен қарағанда: жатыр мойны үлкен көлемде эрозияланған, цервикальды өзекшеден көп мөлшерде шырышты-іріңді бөліністер бөлінуде. Бимануальды зерттеуде: жатыр денесі anteversio-flexio, қалыпты көлемде, консистенциясы жұмсақтау, пальпация кезінде және қозғағанда ауырсынады. Жатыр қосалқылары екі жақтан да қалындаған, ауырсынады. Күмбездері терең.

Тазалық дәрежесінің жұғынында: лейкоциттер –жаппай, эпителий-15 көру аймағында, флорасы аралас, диплококктар мен трихомонадтар анықталмады.

ПЦР Chlamydia trachomatis- анықталмады, Mycoplasma genitalium- анықталмады, Gardnerella vaginalis- анықталмады, Neisseria gonorrhoeae- анықталмады, Trichomonas vaginalis- анықталмады, Ureaplasma urealyticum- анықталмады.

Қынаптан алынған материалды бактериологиялық зерттеуде-Streptococcus pyogenes КОЕ 106. Болжамды диагноз қойыңыз

- Созылмалы эндометрит, өршу сатысында. Созылмалы екіжақты сальпингоофорит, өршу сатысында. Вульвовагинит бейспецификалық этиологиялы
- Жедел екіжақты сальпингоофорит. Вульвовагинит
- Созылмалы сальпингоофорит толық емес ремиссия сатысында
- Созылмалы эндометрит, өршу сатысында. Цервицит. Кольпит
- Жедел эндометрит. Жедел екіжақты сальпингоофорит. Вульвовагинит

= Науқас П., 23 жаста, гинеколог дәрігеріне зәр шығару кезіндегі ауырсынуға, дене температурасының 37,4°С дейін жоғарылауына жыныс жолдарынан іріңді бөліністердің пайда болуына шағымданып келді. Некеде тұрмаған, бірнеше жыныстық серіктесі бар, жүктіліктен қорғанбаған. Айнамен қарағанда: сыртқы уретра шырышты қабаты қызарған, қынаптың шырышты қабаты да қызарған, жатыр мойны коникалық формада, цервикальды өзекшенің сыртқы аңқа жағы да қызарған, бөліністері іріңді, көп мөлшерде. Бимануальды тексеруде: ішкі жыныс мүшелері патологиясыз. Қынаптан алынған материалды бактериологиялық зерттеуде: лейкоциттер –жаппай, эпителий-30 көру аймағында, диплококктар ішкі және сыртқы клеткаларда анықталды. Болжамды диагноз қойыңыз

- Гонореялық этиологиялы уретрит, эндоцервицит
- Трихомониаз
- Бейспецификалық вульвовагинит
- Кандидозды вульвовагинит
- Бактериальды вагиноз

= Гинеколог дәрігерінің қабылдауына, 24 жастағы науқас, ішінің төменгі бөлігінің ауырсынуына, дене қызуының 37,5°С дейін жоғарылауына және жыныс мүшелерінен іріңді бөліністердің бөлінуіне, зәр шығаруының ауырсынумен жүретіндігіне шағымданып келді. Анамнезінен: етеккір қызметі ерекшеліксіз. Жыныстық өмірі 17 жастан, некеге тұрмаған, қалаусыз жүктіліктен күнтізбелік әдіспен қорғанады, жүктілік болмаған. Жоғарыда аталған шағымдармен етеккір циклының 7 күні бірден ауырған. Объективті: жағдайы қанағаттанарлық, тамыр соғысы 96 соққы/мин, ырғақты, іші

кернелмеген, пальпация кезінде ішінің төменгі бөлігі ауырсынады. Гинекологиялық тексеруде: уретрасы инфильтрацияланған, жатыр мойны гиперемияланған, ісінген, үлкен эрозиямен, жатыр өзекшесінен көп мөлшерде шырышты-іріңді бөліністер анықталады. Жатыры пальпация кезінде ұлғаймаған, ауырсынады, қосалқылары екі жақтанда қалыңдаған, ауырсынады, күмбездері терең.

Жатыр мойнының өзекшесінен және уретрадан алынған материалды бактериологиялық зерттеуде: клеткаішінде және сыртында орналасқан диплококктар анықталды.

ПЦР *Chlamydia trachomatis*- анықталмады, *Mycoplasma genitalium*- анықталмады, *Gardnerella vaginalis*- анықталмады, *Neisseria gonorrhoeae*- анықталды, *Trichomonas vaginalis*- анықталмады, *Ureaplasma urealyticum*- анықталмады.

БМСК гинекологының тактикасы

- Науқасты әрі қарай терең тексеріп, емдеу үшін тері-венерологиялық диспансерге жолдау
- Амбулаторлық деңгейде емді бастау. Цефтриаксон бірінші қатардағы препарат болып табылады
- Гинекологиялық бөлімге жоспарлы түрде госпитализациялау
- Метронидазол 500 мг x 2 рет тәулігіне 14 күн бойына
- Гинекологиялық бөлімге шұғыл түрде госпитализациялау

= 25 жастағы науқас әйел, ішінің төменгі бөлігінің ауырсынуына, мазасыздану және дене қызуының 39°C дейін көтерілуіне, бірреттік қалтыраудың болуына шағымданып гинекологиялық стационарға түсті. Анамнезінен: медициналық түсік жасатқаннан кейінгі екінші күні жедел ауырған. Науқас бір таблетка аспиринді ішіп, «жедел көмекке» жүгінген. Ж-2 Б-1 А-1 (екі күн бұрын жатыр қуысын қырнаумен). Тексеру кезінде анықталды: тахикардия, тері жабынының бозаруы. Іші кәдімгі формада, жұмсақ, пальпация кезінде қасаға үстінен аздаған ауырсыну байқалады. Айнамен қарағанда: қынабы босанған әйелдікі, жатыр мойны цилиндр формасында, аңқасы саңылау тәрізді, жабық, цервикальды өзекшеден мардымсыз қанды бөліністер бар, иіссіз. Бимануальды зерттеуде: жатыры аздап ұлғайған, консистенциясы жұмсақтау, қозғалмалы, ауырсынады. ЖҚА: гемоглобин 110 г/л, эритроциттер  $3,2 \times 10^{12}/л$ , лейкоциттер  $10 \times 10^9/л$ , тромбоциттер  $230 \times 10^9/л$ , ЭТЖ 35 мм/с.

ЖЗА – мөлшері – 100,0, реакциясы қышқыл, ақуыз жоқ, ашық сарғыш түсті, тығыздығы 1018, лейкоц 4-6 көру аймағында, жалпақ эпителийі 2-4 көру аймағында.

Тазалық дәрежесіне алынған жұғында: лейкоциттер -45 көру аймағында, эпителий 15 көру аймағында, флорасы коккты, көп мөлшерде; трихомонадтар, гонококктар анықталмады.

Емдеу жоспарын жазыңыз

- Цефтриаксон 500 мг т/і/бұлшықетке 2 рет/т + доксициклин 100мг \* 2 рет/т + метронидазол 400 мг пероральды, 14 күн бойына. Қынапты санациялау
- Цефтриаксон 250 мг б/е бір рет + метронидазол 500 мг 2 рет/т
- Парацетамол 500-1000 мг per os 4-6 сағат талап бойынша, максимум 4000 мг күніне
- Амоксициллин+клавулон қышқылы 500 мг 3 рет күніне, per os
- Clotrimazole: 100 mg вагинальды таблеткаларды интравагинальды күніне 1 рет, түнде, 7 күн немесе күніне 2 рет 3күн бойына

= 28 жастағы науқас әйел, гинеколог қабылдауына, ішінің төменгі бөлігінің бірден ауырсынуына, жыныс жолдарынан көп мөлшердегі іріңді бөліністерге, зәр шығару кезінде ашитындығына, дене температурасының 38,5°C жоғарылауына шағымданып келді. Екі күннен бері аурумын деп санайды. Анамнезінен: Ж-0 Б-0. Некеге тұрмаған, тұрақты жыныстық серіктесі жоқ. Контрацепция: үзілген жыныстық акт екі күн бұрын болған. Етеккір циклы бұзылмаған. Объективті: жалпы жағдайы орташа ауырлықта. Іші кәдімгі формада, пальпация кезінде жұмсақ, төменгі бөлігінде айқын ауырсыну бар. Айнамен қарағанда: жатыр мойнының шырышты қабаты гиперемияланған, көп мөлшерде іріңді-шырышты бөліністер бар. Бимануальды зерттеуде: Жатыр мен қосалқылары екі жақтан да

ұлғаймаған, пальпация кезінде бірден ауырсынады. Қынаптан алынған материалды бактериологиялық зерттеуде: лейкоциттер жаппай, эпителий 30 көру аймағында, клеткаішілік және клеткасыртында диплококктар анықталды.

Осы жағдайда бірінші қатардағы препарат ретінде қайсысын тағайындауға болады

- Цефтриаксон
- Метронидазол
- Клотримазол
- Клиндамицин
- Флуконазол

= Науқас 24 жаста, тұрғылықты жеріндегі гинекологқа, сыртқы жыныс мүшелері аймағының ауырсынуына, үш күн бойына дене қызуының 37,8 °С жоғарылауына шағымданып келді. Анамнезінен: етеккір қызметі бұзылмаған. Б 1, 1 медициналық аборт.

Гинекологиялық аурулармен ауырмаған. Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық, тамыр соғысы минутына 84 соққы, АҚ 110/70 мм с. б. Қарау кезінде: сол жақ үлкен жыныс ернінде ісіктәрізді көлемі 3,0×3,5 см түзіліс анықталды, терісі қызарған.

Гинекологиялық статус: қынабы ерекшеліксіз, жатыр мойны таза, сыртқы аңқа саңылау тәрізді, жатыры антефлексияда, ұлғаймаған, ауырсынусыз. Жатыр қосалқылары екі жақтан да анықталмайды. Тексеру жүргізілді: ЖҚА - гемоглобин 110 г/л, эритроциттер  $3,2 \times 10^{12}/л$ , лейкоциттер  $9 \times 10^9/л$ , тромбоциттер  $250 \times 10^9/л$ , ЭТЖ 16 мм/с. Тазалық дәрежесіне алынған жұғында: лейкоциттер -15 көру аймағында, эпителий 4-6 көру аймағында, флорасы аралас, трихомонадтар, гонококктар анықталмады. Осы науқасты жүргізу тактикасы

- Өздігінен дренажды жеңілдету немесе кесуге және дренажға қолайлы кезеңге дейін даму үшін жергілікті жылы ванналар ұсынылады + анальгезия. Дренаждан кейін-кең спектрлі антибиотиктер
- Тек бақылау, жеткілікті гигиена және теңдестірілген тамақтану қажет
- Абсцесс кесу және дренаж, абсцесс қайталану қаупін азайту үшін марсупилизация
- Кең спектрлі антибиотиктер кем дегенде 7 күнге ұсынылады
- Жоспарлы түрде оперативті емдеу туралы мәселені одан әрі шеше отырып, қынапты санациялау

= Науқас В., 23 жаста, жыныс жолдарынан көп мөлшерде бөлінділердің болуына, сыртқы жыныс мүшелерінің қышуына, зәр шығару кезінде ашуына шағымданып гинеколог дәрігеріне қаралуға келді. Ауру анамнезінен: өзін 4 күннен бері аурумын деп анайды. Бір апта бұрын баспа ауруы қозып, жеті күн бойына антибактериальды терапияны амоксициллинмен қабылдаған. Анамнезінен: Ж-3, Б-3. Некеде тұрады, контрацепция ретінде барьерлік әдісті қолданады. Гинекологиялық аурулармен ауырмаған.

Соматикалық дені сау. Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Гинекологиялық статусы: жатыр мойны мен қынап қабырғалары гиперемияленген, ісіну, ақ ірімшік тәрізді бөліністер анықталады, мақтадан жасалған тампонмен сұрткенде оңай сылынады. Жатыры ұлғаймаған, пальпация кезінде ауырсынусыз, қосақылары екі жақтан да анықталмайды.

Тазалық дәрежесіне алынған жұғында: лейкоциттер 40 көру аймағында, эпителий 15 көру аймағында, флорасы аралас, дрождар +++.

Осы науқасқа арналған емдеу кестесін жазыңыз

- Clotrimazole: 100 mg вагинальды таблеткаларды интравагинальды күніне 1 рет түнде 7 күн немесе күніне 2 рет 3 күн бойына
- Метронидазол 500 мг 2 рет күніне 10-14 күн
- Метронидазол гелі 1% 5 гр-нан (1 аппликатор) интравагинальды түнде 1 рет 5 күн бойына
- Амоксициллин+клавулон қышқылы 500 мг күніне 3 рет per os

- Клиндамицин 2% жақпа майын интравагинальды 5 г –нан (1 аппликатор) түнгі уақытта 7 күн немесе вагинальды балауыздар 100 мг күніне 1 рет 3 күн немесе клиндамицин 300 мг күніне 2 рет 7 күн per os

= 28 жастағы науқас әйел, әйелдер кеңесіне жыныс жолдарынан көпіршікті көп мөлшердегі бөліністерге, қынаптың ашуы мен қышуына, жиі зәр шығарғысы келетін шағымдармен келді. Бір апта бұрын ауырған. Анамнезінен: жыныстық өмірі 17 жастан, некеге тұрмаған, контрацепция қолданбаған. Соматикалық дені сау. Гинекологиялық статусы: вульваның, қынап және жатыр мойнының шырышты қабаттары гиперемирленген, ісінген, нүктелік қан кетулермен. Жыныс жолдарынан бөлінділер көп мөлшерде, көпіршікті, сұр сарғыш түсті. Жатыры ұлғаймаған, пальпация кезінде ауырсынусыз, қосалқылары екі жақтан да анықталмайды. Тазалық дәрежесіне алынған жұғында: лейкоциттер жаппай, эпителий 15 көру аймағында, флорасы аралас. ПЦР Chlamydia trachomatis- анықталмады, Mycoplasma genitalium- анықталмады, Gardnerella vaginalis- анықталмады, Neisseria gonorrhoeae- анықталмады, Trichomonas vaginalis- анықталды, Ureaplasma urealyticum- анықталмады. Осы науқасқа арналған емдеу кестесін жазыңыз

- Инфекцияны тиімді иррадикациялау үшін жүйелі қолданылатын препараттар ұсынылады: Метронидазол 2 гр бірреттік немесе 500 мг күніне 2 рет 7 күн, тинидазол 2 г бірреттік
- Clotrimazole: 100 mg вагинальды таблеткалар интравагинальды түнде 1 рет 7 күн немесе 2 реттен 3 күн
- Цефтриаксон 250 мг б/е бір рет
- Амоксициллин+клавулон қышқылы 500 мг күніне 3 рет, peros
- Клиндамицин 2% жақпа майы бір рет интравагинальды 5 г (1 аппликатор) түнде 7 күн немесе вагинальды балауыз 100 мг күніне 1 рет 3 күн немесе клиндамицин 300 мг күніне 2 рет 7 күн, peros

= Гинекологтың қабылдауына 28 жастағы науқас әйел келді, жыныс жолдарынан көп мөлшердегі бөлінділерге шағымданады. Осы шағымдар созылмалы сальпингоофоритті антибактериальды емдеуден кейін, бір апта бойына мазалауда. Бөлінділер жағымсыз «шіріген балықтың» иісі сияқты, жыныстық қатынастан кейін күшейеді. Анамнезінен: Ж-1 Б-1. Етеккір циклы ретті. Некеде. Контрацепция: мүшеқаптармен. Гинекологиялық аурулары: созылмалы сальпингоофорит пен дрожды кольпит салдарынан бірнеше рет ем алған. Қынаптық зерттеуде: қынабы босанған әйелдікіндей, қынаптың шырышты қабаты бозғылт қызғылт түсті, жатыр мойны цилиндр тәрізді, эрозирленген. Бөлінділері жақпа май тәрізді жағымсыз «шіріген балықтың» иісімен. Жатыры ұлғаймаған, қозғалмалы, пальпация кезінде ауырсынусыз, қосалқылары екі жақтан да ауыр анықталады, ауырсынусыз. Күмбездері терең, бос.

Тазалық дәрежесіне алынған жұғында: лейкоциттер 15-20 көру аймағында, эпителий 35 көру аймағында, флорасы аралас, «кілтті» жасушалар анықталды. Қынаптың Ph - 5,2. Осы науқасқа қандай емдеу кестесі сәйкес келеді

- Клиндамицин 2% жақпа майы бір рет интравагинальды 5 г (1 аппликатор) түнде 7 күн немесе вагинальды балауыз 100 мг күніне 1 рет 3 күн немесе клиндамицин 300 мг күніне 2 рет 7 күн, peros
- Clotrimazole: 100 mg вагинальды таблеткалар интравагинальды түнде 1 рет 7 күн немесе 2 реттен 3 күн
- Амоксициллин+клавулон қышқылы 500 мг күніне 3 рет, peros
- Цефтриаксон 500 мг т/і/бұлшықетке 2 рет/т + доксицилин 100мг \* 2 рет/т + метронидазол 400 мг пероральды, 14 күн бойына
- Цефтриаксон 250 мг б/е бір реттік

= Наукас әйел С., 25 жаста, әйелдер кеңесіне жыныс жолдарынан көпіршікті көп мөлшердегі бөліністерге, қынаптың ашуы мен қышуына, жиі зәр шығарғысы келетін және қынаптағы ауырлық сезімі шағымдарымен келді. Бір апта бойына өзін аурумын деп санайды. Екі апта бұрын кездейсоқ жыныстық қатынас контрацепциясыз болған. Етеккірі ретті. Соңғы етеккірі 10 күн бұрын келген.

Айнамен қарауда: қынаптың шырышта қабаты бірден қызарған, жоғарғы бөлігінде ашық қызарған дақтар бар. Қынаптың қабырғаларын дәке шарымен сүрткен кезде, соңғысы қанмен боялған. Қынаптың артқы күмбезінде жасыл түсті сары іріңінің жиналуы бар, сұйық консистенциялы, көбікті түрде. Дәл осындай бөліну жатыр мойнының сыртқы аңқасында және уретраның сыртқы бөлігінде анықталады. Жатыр мойны гиперемирленген. Жатыры тығыз, қозғалмалы және ауырсынусыз, дұрыс орналасқан, қалыпты көлемде. Жатыр қосалқылары екі жақтан да анықталмайды, ауырсынусыз. Қынап күмбезі терең. Тазалық дәрежесіне алынған жұғында: лейкоциттер жаппай, эпителий 15 көру аймағында, флорасы аралас, диплококктар мен трихомонадтар анықталмады.

ПЦР *Chlamydia trachomatis*- анықталмады, *Mycoplasma genitalium*- анықталмады, *Gardnerella vaginalis*- анықталмады, *Neisseria gonorrhoeae*- анықталмады, *Trichomonas vaginalis*- анықталды, *Ureaplasma urealyticum*- анықталмады. Осы науқасқа арналған емдеу кестесін таңдаңыз

- Метронидазол 500 мг күніне 2 рет 7 күн немесе

Метронидазол гелі 1% 5 гр-нан (1 аппликатор) интравагинальды түнде 1 рет 5 күн.

- Clotrimazole: 100 mg вагинальды таблеткалар интравагинальды түнде 1 рет 7 күн немесе 2 реттен 3 күн

- Амоксициллин+клавулон қышқылы 500 мг күніне 3 рет, *per os*

- Цефтриаксон 500 мг т/і/бұлшықетке 2 рет/т + доксицилин 100мг \* 2 рет/т + метронидазол 400 мг пероральды, 14 күн бойына

- Цефтриаксон 250 мг б/е бір реттік

= Наукас әйел О., 29 жаста, дене қызуының 38,5 С көтерілуіне, жалпы әлсіздікке, ішінің төменгі бөлігінің қарқынды ауысынуына шағымданып гинекологиялық клиникаға түсті. Өзін үш күн бойына суықтағаннан кейін ауырдым деп санайды. Бұрын мұндай шағымдары болмаған. Өз бетінше парацетамол қабылдаған. Етеккірі ретті, соңғы етеккірі 2 бұрын болған. Паритет: Ж4: Б2, А-2. Гинекологиялық және венерологиялық ауруларды жоққа шығарады.

Айнамен қарағанда: жатыр мойны мен қынаптың шырышты қабаты қызарған. Қынабынан көп мөлшерде іріңді бөліністер бар. Цервикальды өзекшеден де көп мөлшерде іріңді бөліністер бөлінуде. Қынаптық зерттеуде: қынабы босанған әйелдікіндей. Жатыр мойны цилиндр формасында, кәдімгі консистенцияда, сыртқы аңқасы жабық. Жатыр денесі ұлғайған, консистенциясы жұмсақтау, пальпация кезінде, қозғаған кезде бірден ауырсынады. Қынаптық күмбезі бос, терең. Жатыр қосалқылары екі жақтан да анықталмайды.

Зертханалық берілімдері:

ЖҚА – гемоглобин 120 г/л, эритроциттер  $3,2 \times 10^{12}/л$ , лейкоциттер  $12 \times 10^9/л$ , тромбоциттер  $248 \times 10^9/л$ , ЭТЖ 26 мм/с.

Цервикальды өзекшеден алынған жұғынды бактериоскопиялық зерттеуде: лейкоциттер – жаппай, эпителий-15 көру аймағында, диплококктар мен трихомонадтар анықталмады.

ПЦР *Chlamydia trachomatis*- анықталмады.

КЖМ УДЗ - жатыр өлшемі 73 x 69 x 45 мм, *anteflexio*, алмұрт тәрізді, орналасуы кәдімгі, контурлары тегіс, миометрийі изоэхогенды біртекті, қуысы 7 мм дейін кеңейген, анэхогендік жолақ түрінде локализацияланған, эндометрия қалыңдығы 4 мм, изоэхогендік, қосымша эхо құрылымдардан бос. Аналық бездері ерекшеліксіз. Артқы кеңістікте ішкі шағылысусыз 40 мл біртекті сұйықтық бар. Емі

- Цефтриаксон 500 мг т/і/бұлшықетке 2 рет/т немесе цефокситин 2 грамма т/і/бұлшықетке \* 1 рет/т + доксициклин 100мг т/і немесе доксициклин 100мг \* 2 рет тәулігіне
- +метронидазол 400 мг пероральды, 14 күн бойына. Қынапты санациялау
- Цефтриаксон 250 мг б/е бір реттік
- Парацетамол 500-1000 мг peros 4-6 сағат сайын талап бойынша, максимум 4000 мг күніне
- Амоксициллин+клавулон қышқылы 500 мг күніне 3 рет, peros
- Clotrimazole: 100 mg вагинальды таблеткалар интравагинальды түнде 1 рет 7 күн немесе 2 реттен 3 күн

= Гинеколог дәрігерінің қабылдауына 38 жастағы науқас әйел келді. Шағымдары: дене қызуының 38 С дейін көтерілуі, жалпы әлсіздік, ішінің төменгі сол жақ бөлігінің ауырсынуы. Жоғарыда аталған шағымдармен өзін төрт күн бойына аурумын деп санайды. Суық тиюмен байланыстырады. Өз бетінше диклофенак қабылдаған. Анамнезінен: етеккір циклы ретті. Соңғы етеккірі 8 күн бұрын болған. Ж-3, Б-1, Т-2.

Гинекологиялық аурулары: Жатыр мойнының эрозиясы, оофорит.

Объективті тексеру: жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Пульс 92 соққы минутына, АҚ— 120/70 мм с.б. Дене қызуы 38°С.

Айнамен қарағанда: жатыр мойны таза, қынаптың шырышты қабаты қызғылт түсті, бөлінділері - ақкір, қалыпты мөлшерде.

Жатыр мойны цилиндрлік формада, консистенциясы кәдімгідей, сыртқы аңқа жабық.

Жатыры ұлғаймаған, ауырсынусыз, қозғалмалы. Қынаптың күмбезі бос, терең. Оң жақ қосалқылары анықталмайды. Сол жақ қосалқылары тығыз, пальпация кезінде ауырсынады.

Зертханалық берілімдері:

ЖҚА – гемоглобин 123 г/л, эритроциттер  $3,4 \times 10^{12}/л$ , лейкоциттер  $9 \times 10^9/л$ , тромбоциттер  $280 \times 10^9/л$ , ЭТЖ 24 мм/с.

ЖЗА – мөлшері – 100,0, реакциясы қышқыл, ақуыз жоқ, ашық сары түсті, тығыздығы 1018, лейкоц 4-6 көру аймағында, жалпақ эпителий 2-4 көру аймағында.

Тазалық дәрежесіне алынған жұғында: лейкоциттер – 10 көру аймағында, эпителий-4-6 көру аймағында, флорасы бациллярлы, диплококктар мен трихомонадтар анықталмады.

КЖМ УДЗ - жатыр өлшемі 55 x 49 x 44 мм, anteflexio, эндометрий қалыңдығы 8 мм. Оң жақ аналық без 32 x 18 мм, контурлары тегіс, орналасуы кәдімгідей, кесіндіде 2-3 фолликула бар.

Сол жақ аналық без 34 x 19 мм, овальды формада, контурлары тегіс, орналасуы кәдімгідей, кортикальды қабат пен орталық аймақ әлсіз сараланған, изоэхогенді, фолликулалар 1-2 кесіндіде; сол жақ фаллопиялық түтіктің қабырғаларының қалыңдауы бар. Жатырдың артқы кеңістігінде қалыпты мөлшерде бос сұйықтық бар.

Емі

- Цефтриаксон 500 мг т/і/бұлшықетке 2 рет/т немесе цефокситин 2 грамма т/і/бұлшықетке \* 1 рет/т + доксициклин 100мг т/і немесе доксициклин 100мг \* 2 рет тәулігіне
- +метронидазол 400 мг пероральды, 14 күн бойына
- Цефтриаксон 250 мг б/е бір реттік
- Парацетамол 500-1000 мг peros 4-6 сағат сайын талап бойынша, максимум 4000 мг күніне
- Амоксициллин+клавулон қышқылы 500 мг күніне 3 рет, peros
- Clotrimazole: 100 mg вагинальды таблеткалар интравагинальды түнде 1 рет 7 күн немесе 2 реттен 3 күн

= БМСК гинеколог дәрігеріне 33 жастағы әйел, ішінің төменгі бөлігінің тартып ауырсынуына, бір апта бойына жыныс жолдарынан іріңді бөлінулердің болуына, дене

температурасының 38,00С дейін жоғарылауына және де 7 жыл бойына бедеуліктің болуына шағымданып келді. Анамнезінен: Менархесі 14 жастан, етеккірі 5-6 күннен, 32-33 күн сайын, ретті қалыпты, кейде ауырсынумен жүреді. Жыныстық өмірі 19 жастан. Жүктілік 1, артифициальды түсікпен осыдан 8 жыл бұрын аяқталған. Гинекологиялық аурулары: жатыр мойнының эрозиясы, емделген (ДЭК), оофорит.

Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Тамыр соғысы 88 соққы минутына, АҚ 120/80 мм с.б., дене температурасы 37,80С. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Зәр шығаруы еркін, ауырсынусыз. St.genitalis: Сыртқы жыныс мүшелері дұрыс дамыған. Түктенуі әйел типтес. Per speculum: қынабы босанбаған әйелдікіндей, қынаптың шырышты қабаты мардымсыз сірлі-ірінді бөліністермен ылғалданған, жатыр мойны таза. Pervaginum: жатыры anteflexio versio, қалыпты өлшемде, тығыз, қозғалмалы, ауырсынусыз. Жатыр қосалқылары екі жақтан да пальпация кезінде ауырсынады. Күмбездері бос, терең.

Клиникалық, аспаптық-зертханалық зерттеулердің негізінде қойылған Диагноз:

Созылмалы екіжақты сальпингоофорит, өршу сатысында. Вульвовагинит. Емдеу жоспары - Цефтриаксон 500 мг т/і/бұлшықетке 2 рет/т немесе цефокситин 2 грамма т/і/бұлшықетке \* 1 рет/т + доксициклин 100мг т/і немесе доксициклин 100мг \* 2 рет тәулігіне +метронидазол 400 мг пероральды, 14 күн бойына

- Цефтриаксон 250 мг б/е бір реттік

- Парацетамол 500-1000 мг peros 4-6 сағат сайын талап бойынша, максимум 4000 мг күніне

- Амоксициллин+клавулон қышқылы 500 мг күніне 3 рет, peros.

- Clotrimazole: 100 mg вагинальды таблеткалар интравагинальды түнде 1 рет 7 күн немесе 2 реттен 3 күн

= Науқас әйел В., 26 жаста, БМСК гинекологына, қынабындағы жағымсыз сезімдерге, ашу, қышу және көп бөлінділердің болуына шағымданып келді. Өзін 6 күн бойына аурумын деп санайды.

Анамнезінен: Етеккір қызметі бұзылмаған. Соңғы етеккірі 2 апта бұрын болған.

Жыныстық өмірде 21 жастан, некесі бірінші. Екі жүктілік болған, оның біреуі босанумен аяқталған, екіншісі — абортпен (жүктіліктің 8 апталығында). Босанғаннан және аборттан кейін де асқынулар болмаған. Гинекологиялық аурулармен ауырмаған.

Айнамен қарағанда: қынап пен жатыр мойнының шырышты қабаттары бірден қызғарған, ісінген. Бұл фонда ақшыл бляшкалар бар, олар дәке шарымен оңай алынып тасталады және сүзбе түріндегі бөлінділер бар. Жатыр мойны цилиндр тәрізді.

Қынаптық зерттеуде: қалыптыға сай келеді. Тексерілді: Тазалық дәрежесінің жұғынында: лейкоциттер –50 көру аймағында, эпителий-25 көру аймағында, флорасы аралас, қалыпты, дрожждар+++ , диплококктар мен трихомонадтар анықталмады.

Қынаптан алынған материалды бактериологиялық зерттеуде- Candidaalbicans КОЕ 106.

Емі

- Мiconazole: 100 mg вагинальды балауыз түнде 1 рет 7 күн немесе күніне 2 реттен 3 күн бойына

- Метронидазол 500 мг күніне 2 рет 10-14 күн

- Метронидазол гелі 1% 5 гр-нан (1 аппликатор) интравагинальды түнде 1 рет 5 күн

- Амоксициллин+клавулон қышқылы 500 мг күніне 3 рет, peros

- Клиндамицин 2% жақпа майы бір рет интравагинальды 5 г (1 аппликатор) түнде 7 күн немесе вагинальды балауыз 100 мг күніне 1 рет 3 күн немесе клиндамицин 300 мг күніне 2 рет 7 күн, peros

= Гинекологиялық бөлімнің қабылдау бөліміне 37 жастағы науқас В. түсті, шағымдары: сол жақ жыныс еріндері аймағының солқылдап ауырсынуы, дене температурасының 380С ге жоғарылауы, жалпы жағдайының нашарлауы, жалпы әлсіздік және мазасыздық. Ауырсыну жүрген кезде және физикалық күш түскен кезде күшейеді және сол аяқ пен

шатаралыққа беріледі. Аталған шағымдар үш күн бойына мазалауда. Түскен кездегі жалпы жағдайы қанағаттанарлықтай, дене температурасы 37,9°C, тамыр соғысы 92 соққы/мин, ырғақты, қанағаттанарлық, АҚ 130/70 мм с.б. Гинекологиялық қарау: сол жақ үлкен жыныс ерні ісінген және қызарған, қынапқа кіреберістегі үлкен безі аймағында 6x4 см мөлшердегі түзіліс пальпацияланады, қатты ауырады, жұмсақ консистенциясы бар, кейбір жерлерде тербелмелі; оның үстіндегі тері қызыл түсті, жергілікті гиперемия бар. Айнамен қарауда жатыр мойны мен, қынаптық зерттеулердің нәтижелері ерекшеліксіз. ЖҚА: гемоглобин – 124 г/л, лейкоциттер – 9,6x10<sup>9</sup>/л, ЭТЖ – 42 мм/с.

Емі: Осы науқасты жүргізу тактикасы

- Өздігінен дренажды жеңілдету немесе кесуге және дренажға қолайлы кезеңге дейін даму үшін жергілікті жылы ванналар ұсынылады
  - Тек бақылау, жеткілікті гигиена және теңдестірілген тамақтану қажет
  - Абсцесс кесу және дренаж, абсцесс қайталану қаупін азайту үшін марсупилизация.
- Дренаждан кейін – кең спектрлі әсері бар антибиотиктер
- Кең спектрлі антибиотиктер кем дегенде 7 күнге ұсынылады
  - Жоспарлы түрде оперативті емдеу туралы мәселені одан әрі шеше отырып, қынапты санациялау

= Науқас П., 23 жаста, гинеколог дәрігеріне зәр шығару кезіндегі ауырсынуға, дене температурасының 37,4°C дейін жоғарылауына жыныс жолдарынан іріңді бөліністердің пайда болуына шағымданып келді. Некеде тұрмаған, бірнеше жыныстық серіктесі бар, жүктіліктен қорғанбаған. Айнамен қарағанда: сыртқы уретра шырышты қабаты қызарған, қынаптың шырышты қабаты да қызарған, жатыр мойны коникалық формада, цервикальды өзекшенің сыртқы аңқа жағы да қызарған, бөліністері іріңді, көп мөлшерде. Бимануальды тексеруде: ішкі жыныс мүшелері патологиясыз. Қынаптан алынған материалды бактериологиялық зерттеуде: лейкоциттер – жаппай, эпителий-30 көру аймағында, диплококктар ішкі және сыртқы клеткаларда анықталды. Осы науқасқа арналған жүргізу тактикасы

- Науқасты әрі қарай терең тексеріп, емдеу үшін тері-венерологиялық диспансерге жолдау
- Амбулаторлық деңгейде емді бастау. Цефтриаксон бірінші қатардағы препарат болып табылады
- Гинекологиялық бөлімге жоспарлы түрде госпитализациялау
- Метронидазол 500 мг x 2 рет тәулігіне 14 күн бойына.
- Гинекологиялық бөлімге шұғыл түрде госпитализациялау

= Гинеколог дәрігерінің қабылдауына, 28 жастағы науқас, ішінің төменгі бөлігінің ауырсынуына, жыныс жолдарынан қанды бөліністердің осыдан 7 күн бұрын жатырышлық спираль салдырғаннан кейін пайда болуына, дене қызуының 38,5°C дейін жоғарылауына шағымданып келді. Етеккірі 4 жастан, күннен, 30 сайын, көп мөлшерде, соңғы бір жылда, үшінші абортты жасатқаннан кейін ауырсынумен жүретін болған. Анамнезінен: Ж-5, Б-2, А-3, фолликулярлы псевдозерозия. Бимануальды зерттеуде: жатыры аздап ұлғайған, жатыр қосалқылары ұлғаймаған. Бөлінділері шырышты-қанды.

Зертханалық мәліметтері:

ЖҚА – гемоглобин 120 г/л, эритроциттер 3,2x10<sup>12</sup>/л, лейкоциттер 12x10<sup>9</sup>/л, тромбоциттер 248x10<sup>9</sup>/л, ЭШЖ 36 мм/с.

ЖЗА – мөлшері – 100,0, реакциясы қышқыл, ақуыз жоқ, ашық сарғыш түсті, тығыздығы 1018, лейкоциттер 4-6 көру аймағында, жалпақ эпителий 2-4 көру аймағында.

Тазалық дәрежесін анықтауға арналған жұғында: лейкоциттер – 15 көру аймағында, эпителий 4-6 көру аймағында, флорасы аралас, гонококктар мен трихомонадтар анықталмады.

КЖМ УДЗ- жатыр көлемі 60 x 56 x 45 мм, anteflexio, алмұрт тәрізді, орналасуы кәдімгі, контурлары тегіс, миометрийі изоэхогенды біртекті, қуысы деформирленбеген, ЖІС

көрінеді, эндометрий қалыңдығы 4 мм, изоэхогенды. Аналық бездері ерекшеліксіз.

Жатырдың артқы кеңістігінде 50 мл бос сұйықтық анықталады. Дәрігер тактикасы

- Антибактериальды, қабынуға қарсы, дезинтоксикациялық терапия. 48-72 сағат ішінде алған емнен оң нәтиже болмаған жағдайда, ЖІС алып тастау ұсынылады

- Гинекологиялық бөлімге жоспарлы түрде госпитализациялау

- Метронидазол 500 мг x 2 рет тәулігіне 14 күн бойына

- ЖІС алып тастап, терапияны тексерулердің қорытындысын алғаннан кейін бастау

(антибиотиктерге сезімталдықты анықтау мақсатында қынаптан бак себуге жұғын алу)

- Антибактериальды, қабынуға қарсы, дезинтоксикациялық терапия. ЖІС алып тастау әйелдің талабы бойынша

= Науқас А., 25 жаста, гинекологқа сыртқы жыныс мүшелері аймағында жиі ауырсынатын бөртпелердің пайда болуына шағымданып келді. Аталған шағымдар соңғы екі жылда мазалауда. Анамнезінен: етеккірі ретті, жүктілік болмаған. Суық тию ауруларымен жиі ауырады. Сыртқы жыныс мүшелерін қарауда: сыртқы жыныс мүшелері дұрыс дамыған, түктенуі әйел типтес. Шатаралық аймақта қызару мен ісіну бар, В области промежности гиперемия и отечность, көп везикулезды элементтер полициклды қаптама формасында мөлдір сұйықтықпен анықталды. Бимануальды тексерулер қорытындысы қалыпты.

Қойылған диагноз «Рецидивирлеуші генитальды герпес». Емі

- Жергілікті: ацикловир жақпа майы әрбір 2-4 сағат сайын + Ацикловир 200 мг 5 р / д peros. Емдеу курсы 5 күн

- Медикаментті терапия талап етілмейді. Жеке бас гигиенасын сақтау ұсынылады, салауатты өмір салты

- Супрастин 1 таб x 3 р/к айқын қышу болған жағдайда

- Метронидазол гелі 1% x 1 рет күніне, түнде 5 күн

- Клотримазол жақпа майы түнде 7-10 күн

= Облыстық аурухананың қабылдау бөлмесіне жедел жәрдем көлігімен 23 жастағы әйел жеткізілді. Жүрек айну, құсу, дене температурасының 39С дейін жоғарылауы, іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну туралы шағымдары бар. Анамнезден: ол қатты ауырды, бұл шағымдар 2 күн ішінде. Менархе 12 жаста, етеккір 4-5 күнде, 27-29 күнде, тұрақты, орташа, ауыртпалықсыз. 15 жастан бастап жыныстық өмір. Контрацепция: ҚАК (Линдинет 3 жыл ішінде) 2020 жылға дейін, бұдан әрі-физиологиялық әдістер. Бойдақ. Жүктілік болған жоқ.

Объективті: іштің пальпациясы кезінде гипогастрияда ауырсыну байқалады.

Шажырқайдың тітіркену симптомы теріс. St.genitalis: Сыртқы жыныс мүшелері дұрыс дамыған. Түктенуі әйел типтес. Perspeculum: Қынаптың шырышты қабаты орташа

шырышты іріңді секрециялармен ылғалданған. Жатыр мойны субклиникалық формада, таза. Жатыр мойнынан тартқанда ауырсынады. Pervaginum: жатыры anteflexioversio,

қалыптыдан аздап ұлғайған, консистенциясы жұмсақтау, қозғалмалы, ауырсынады.

Жатыр қосалқылары екі жақтанда анықталмайды, ауырсынбайды. Күмбездері бос, терең.

Артқы күмбезді пальпациялау кезінде ауырсынады.

Зертханалық берілімдері:

ЖҚА – гемоглобин 117 г/л, эритроциттер  $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциттер  $10,3 \times 10^9$ /л, тромбоциттер  $248 \times 10^9$ /л, ЭТЖ 23 мм/с.

Биохимиялық қан анализы– СРБ 15,0 мг/л.

ЖЗА –ашық сарғыш түсті, тығыздығы 1015, лейко 6 көру аймағында, жалпақ эпителийі 8 көру аймағында.

Вагинальды жұғынды микроскопия– лейкоциттері көп мөлшерде, эпителий 48 көру аймағында, микрофлорасы коккты, орташа, гонококктар, кандидалар, трихомонадтар анықталмады.

Онкоцитологияға алынған жұғында – жасушалардың қатерлі өсуі анықталмады.

Қабынған жасуша элементтері жаппай. Емі

- Ампициллин/сульбактам 3г-нан әрбір 6 сағат сайын – клиникалық жақсаруға дейін+доксикалин немесе тамырішілік әрбір 12 сағат сайын клиникалық жақсаруға дейін, әрі қарай 100 мг перорально – 14 күн

- Оперативті ем. Оперативті емнің көлемі интраоперационды шешіледі. Кең спектрлі антибиотиктер

- Цефтриаксон 250 мг б/е бірреттік

- Парацетамол 500-1000 мг peros 4-6 сағат сайын талап бойынша, максимум 4000 мг күніне

- Амоксициллин+клавулон қышқылы 500 мг 3 рет күніне, peros

= Босанған әйелде М, босанғаннан кейін 4 күн ішінде температура 38,0 С дейін көтерілді, іштің және белдің төменгі бөлігіндегі ауырсыну, жағымсыз иісі бар лохияның бөлінуі мазалайды. Босану уақытында болды, босану бала жолдасынын қолмен шығарумен асқынды. АҚ 120/80мм. сын. бағ.ЖҚА-да: лейкоциттер 12,0\*10<sup>9</sup>/л, таяқша ядролы нейтрофилдер 11%, СОЭ -40 мм/сағ, СРБ- 32. Жамбас ультрадыбыстық зерттеуіне: жатырдың субинволюциясы, лохиометр. Болжамды диагноз

- Эндометрит

- Вульвит

- Сальпингоофорит

- босанғаннан кейінгі жара

- Перитонит

= Босанған әйелде М, босанғаннан кейін 4 күн ішінде температура 38,0 С дейін көтерілді, іштің және белдің төменгі бөлігіндегі ауырсыну, жағымсыз иісі бар лохия мазалайды.

Босану уақытында болды, босану бала жолдасынын қолмен шығарумен асқынды. АҚ 120/80мм. сын. бағ.ЖҚА-да: лейкоциттер 12,0\*10<sup>9</sup>/л, таяқша ядролы нейтрофилдер 11%, СОЭ -40 мм/сағ, СРБ- 32. Жамбас ультрадыбыстық зерттеуіне: жатырдың субинволюциясы, лохиометр. Сіздің тактикаңыз

- вакуум-жатыр қуысының аспирациясы, АБ-терапия, утеротоника

- АБ терапиясы

- жатырдың ампутациясы

- жатырдың экстрапциясы

- Гистероскопия

= Гинекологиялық бөлімшенің қабылдау бөлмесіне 29 жастағы науқас іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну, жағымсыз иісті жыныс жолдарынан бөлінуге және дене температурасының 38,0 с дейін көтерілуіне шағымданып түсті. Бір апта бұрын спираль енгізілді. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Айнамен тексеру кезінде: іріңді бөлініс, ЖІС жіпшелері көрінеді, жатыр мойны таза. Бимануальды тексеру кезінде: жатыр пальпация кезінде ауырады, үлкеймеген, тегіс, қозғалмалы, тығыз. Екі жағындағы қосымшалар қалыңдатылған, ауырады. ЖҚА - да: Гемоглобин-99 г / л, лейкоциттер 10,0\*10<sup>9</sup> / л, эритроциттер– 3.9\*10<sup>12</sup>/ л, тромбоциттер- 202\*10<sup>9</sup>/л, СОЭ 20 мм/сағ. Диагноз

- босанғаннан кейінгі кеш кезең. Метроэндометрит, сальпингоофорит, Жатырішілік құрал

- босанғаннан кейінгі ерте кезең. Сальпингоофорит, Жатырішілік құрал

- босанғаннан кейінгі ерте кезең. Метроэндометрит, Жатырішілік құрал

- босанғаннан кейінгі кеш кезең. Босанғаннан кейінгі жара, Жатырішілік құрал

- Жатырішілік құрал Экспульсиясы

= Гинекологиялық бөлімшенің қабылдау бөлмесіне 29 жастағы науқас іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну, жағымсыз иісті жыныс жолдарынан бөлінуге және дене

температурасының 38,0 с дейін көтерілуіне шағымданып түсті. Бір апта бұрын спираль енгізілді. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Айнамен тексеру кезінде: іріңді бөлініс, ЖІС жіпшелері көрінеді, жатыр мойны таза. Бимануальды тексеру кезінде: жатыр пальпация кезінде ауырады, үлкеймеген, тегіс, қозғалмалы, тығыз. Екі жағындағы қосымшалар қалыңдатылған, ауырады. ЖҚА - да: Гемоглобин-99 г / л, лейкоциттер 10,0\*10<sup>9</sup> / л, эритроциттер— 3.9\*10<sup>12</sup>/ л, тромбоциттер- 202\*10<sup>9</sup>/л, СОЭ 20 мм/сағ. Тактика

- Жатыршілік құрал алып тастаңыз. Кешенді қабынуға қарсы терапия
- Жатыршілік құрал алып тастаңыз. Утеротониканы тағайындаңыз
- жатыр қуысын қалпына келтіруді тағайындаңыз
- Жатыршілік құрал алып тастаңыз, бақылау 24 сағат
- Жатыршілік құрал алып тастаңыз. Жатыр қуысының емдік-диагностикалық кюретажын жүргізу

= Д, 26 жастағы науқас тұрғылықты жері бойынша гинекологқа қышқыл иісі бар жыныс жолдарынан бөліну туралы шағымдармен келді. Анамнезде: контрацепцияны қолданбай, жаңа жыныстық серігі бар екенін айтты. Айнамен тексеру кезінде: көп мөлшерде сүзбетәрізді бөліністер байқалды, қынаптың шырышты қабаты гиперемияланған, жатыр мойны өзгермеген. Бимануальды тексеру кезінде: жатыр үлкеймеген, тегіс, қозғалмалы, ауыртпалықсыз. Қосымшалар пальпацияланбайды. Қынаптың тазалық дәрежесіне жағындыда: эпителий 5-6, лейкоциттер – 2-3, мицелий жіпшелері мен ашытқы споралары табылды. Сіздің диагнозыңыз

- ашытқылы колпит
- трихомонадты колпит
- бактериальді вагиноз
- гоноррея
- мерез

= Д, 26 жастағы науқас тұрғылықты жері бойынша гинекологқа қышқыл иісі бар жыныс жолдарынан бөліну туралы шағымдармен келді. Анамнезде: контрацепцияны қолданбай, жаңа жыныстық серігі бар екенін айтты. Айнамен тексеру кезінде: көп мөлшерде сүзбетәрізді бөліністер байқалды, қынаптың шырышты қабаты гиперемияланған, жатыр мойны өзгермеген. Бимануальды тексеру кезінде: жатыр үлкеймеген, тегіс, қозғалмалы, ауыртпалықсыз. Қосымшалар пальпацияланбайды. Қынаптың тазалық дәрежесіне жағындыда: эпителий 5-6, лейкоциттер – 2-3, мицелий жіпшелері мен ашытқы споралары табылды. Емдеу тактикасы

- антимикотикалық препараттар
- Бактерияға қарсы препараттар
- емдеуді қажет етпейді
- қынапты марганец ерітіндісімен санациялау
- түймедақ сорпасымен жуу

= Босанғаннан кейінгі 2-ші күні 35 жастағы босанған әйел шат аймағындағы ауырсынуға, қалтырауға, дене температурасының 37,5 С дейін көтерілуіне, жағымсыз иісі бар жыныс жолдарынан бөлінуіне шағымданады. Айнамен қарау кезінде: өп мөлшерде, серозды-іріңді бөліністер байқалады. Қынаптың оң жақ қабырғасында шырышты қабықтың жыртылуы, іріңді жабынды бар жерлер анықталады. Жатыр мойны өзгерген жоқ. Бимануальды тексеру кезінде: жатыр үлкеймеген, тегіс, қозғалмалы, ауыртпалықсыз. Қосымшалар пальпацияланбайды. Қынаптың тазалық дәрежесіне жағынды талдауда: эпителий 15-16, лейкоциттер-22-23, коккты флора. Жамбас мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеуі -патологиясыз. Болжамды диагноз

- босанғаннан кейінгі жара
- эндометрит

- жедел респираторлық ауру
- панкреатит
- симфизит

= Босанғаннан кейінгі 2-ші күні 35 жастағы босанған әйел шат аймағындағы ауырсынуға, қалтырауға, дене температурасының 37,5 С дейін көтерілуіне, жағымсыз иісі бар жыныс жолдарынан бөлінуіне шағымданады. Айнамен қарау кезінде: өп мөлшерде, серозды-іріңді бөліністер байқалады. Қынаптың оң жақ қабырғасында шырышты қабықтың жыртылуы, іріңді жабынды бар жерлер анықталады. Жатыр мойны өзгерген жоқ.

Бимануальды тексеру кезінде: жатыр үлкеймеген, тегіс, қозғалмалы, ауыртпалықсыз.

Қосымшалар пальпацияланбайды. Қынаптың тазалық дәрежесіне жағынды талдауда: эпителий 15-16, лейкоциттер-22-23, коккты флора. Жамбас мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеуі -патологиясыз. Жүргізу тактикасы

- жараның бетін бастапқы хирургиялық өңдеуді жүргізу. Тағайындау қабынуға қарсы қынаптық шамдар
- отыруға арналған ванналарды ұсыныңыз
- іріңді құрамның вакуумдық аспирациясын жүргізу
- калий перманганатының ерітіндісімен жуу
- НПВС тағайындау

= Босанғаннан кейінгі 4-ші күні 30 жастағы босанған әйел сүт бездерінің ауырсынуына, қалтырауға, дене температурасының 38,0 с дейін көтерілуіне шағымданады. Сүт безі пальпация кезінде қолмен ұстағанда өте ыстық және терісі гиперемияланған. Әйелдің айтуынша, жаңа туған бала емуден бас тартады. Биманальды тексерудің-ерекшелігі жоқ. Қандай диагноз ең ықтимал

- лактостаз
- лохиометр
- жедел респираторлық ауру
- эндометрит
- созылмалы пиелонефриттің өршуі

= Босанғаннан кейінгі 4-ші күні 30 жастағы босанған әйел сүт бездерінің ауырсынуына, қалтырауға, дене температурасының 38,0 с дейін көтерілуіне шағымданады. Сүт безі пальпация кезінде қолмен ұстағанда өте ыстық және терісі гиперемияланған. Әйелдің айтуынша, жаңа туған бала емуден бас тартады. Биманальды тексерудің-ерекшелігі жоқ. Жүргізу тактикасы

- Сорғы. Емшекпен емізу принциптерін түсіндіру.
- жамбас мүшелерін ультрадыбыстық зерттеу
- жатыр қуысынан аспиратты бактериологиялық зерттеу
- жалпы талдау қан анализі
- жалпы қан анализі

= 25 жастағы жүкті әйел іштің және төменгі бөлігінің ауырсыну туралы шағымдармен әйелдер кеңесіне жүгінді. Жүктілік мерзімі 14-15 апта. Анамнезінде 1рет босану, жатыр мойнының 1 дәрежелі жыртылуымен және жатыр қуысының кюретажымен және ерте кезеңдегі 1рет өздігінен түсік тастаумен асқынған. Қынаптық зерттеу кезінде: жатыр мойнының ұзындығы 3,0 см, сыртқы аран, жатыр мойны каналы ішкі аран1 көлденең саусақты өткізеді, жатыр жүктілік мерзіміне сәйкес ұлғайған, жыныс жолдарынан бөліну шырышты болады. Болжамды диагноз

- жатыр мойны жеткіліксіздігі
- қалыпты орналасқан плацентаның бөлінуі
- көпіршікті сырғанау

- плацента превиасы
- дамымайтын жүктілік

= 25 жастағы жүкті әйел іштің және төменгі бөлігінің ауырсыну туралы шағымдармен әйелдер кеңесіне жүгінді. Жүктілік мерзімі 14-15 апта. Анамнезінде 1 рет босану, жатыр мойнының 1 дәрежелі жыртылуымен және жатыр қуысының кюретажымен және ерте кезеңдегі 1 рет өздігінен түсік тастаумен асқынған. Қынаптық зерттеу кезінде: жатыр мойнының ұзындығы 3,0 см, сыртқы аран, жатыр мойны каналы ішкі аран 1 көлденең саусақты өткізеді, жатыр жүктілік мерзіміне сәйкес ұлғайған, жыныс жолдарынан бөліну шырышты болады. Болжамды тактика

- Ауруханаға Жатқызу. Жатыр мойнына лигатура қою туралы мәселені шешу
- 1 апта ішінде амбулаториялық бақылау
- гестагендік терапияны тағайындау
- спазмолитиктердің мақсаты, жыныстық және физикалық тыныштық
- ұрықтың ультрадыбыстық зерттеуі. Психологтың кеңесі.

= Науқас Ж, 25 жаста. Профилактикалық тексеруге келді. Ерекше шағымдар жоқ. Анамнезінде 2 жүктілік, 2 босану бар. Менструация 5-7 күн, 30 күннен кейін, орташа, ауыртпалықсыз, тұрақты. Контрацепция-барьерлі әдісі. Гинекологиялық аурулар: жоқ. Некеде. 18 жастан бастап жыныстық өмір, тұрақты. Айнамен қарағанда: қынаптың шырышты қабаты серозды секрециялармен ылғалданған, орташа, "шіріген балықтың" жағымсыз иісі бар. Жатыр мойны таза. Антефлексия деңгейінде жатырдың денесі үлкеймеген, ауыртпалықсыз, қозғалмалы, тегіс. Қосымшалар екі жағынан ерекшеліксіз. Күмбездер бос. Тазалық дәрежесіне жағынды: лейкоциттер 12, эпителий 10, флора аралас, "ключевые" негізгі жасушалар табылды. Болжалды диагноз

- бактериялық вагиноз
- вагинальды кандидоз
- вагинальды трихомониаз
- Уреаплазмоз
- Микоплазмоз

= Науқас Ж, 25 жаста. Профилактикалық тексеруге келді. Ерекше шағымдар жоқ. Анамнезінде 2 жүктілік, 2 босану бар. Менструация 5-7 күн, 30 күннен кейін, орташа, ауыртпалықсыз, тұрақты. Контрацепция-барьерлі әдісі. Гинекологиялық аурулар: жоқ. Некеде. 18 жастан бастап жыныстық өмір, тұрақты. Айнамен қарағанда: қынаптың шырышты қабаты серозды секрециялармен ылғалданған, орташа, "шіріген балықтың" жағымсыз иісі бар. Жатыр мойны таза. Антефлексия деңгейінде жатырдың денесі үлкеймеген, ауыртпалықсыз, қозғалмалы, тегіс. Қосымшалар екі жағынан ерекшеліксіз. Күмбездер бос. Тазалық дәрежесіне жағынды: лейкоциттер 12, эпителий 10, флора аралас, "ключевые" негізгі жасушалар табылды. Емдеу тактикасы

- протозойға қарсы қынаптық шамдар №7 күн
- сода ерітіндісімен 7 күн жуу
- түймедақ сорпасы бар отыратын ванналар 7 күн
- Т. Азитромицин 500 мг 1 т 2 рет / күн, 7 күн
- антимикотикалық қынаптық шамдар № 7 күн

= Науқас Ж, 25 жаста. Гинекологтың қабылдауында қынаптың мезгіл-мезгіл қышуы туралы шағымдармен келді. Анамнезінде: жүктілік-0. Менструация 5 күн, 30 күннен кейін, орташа, ауыртпалықсыз, тұрақты. Контрацепция- барьерлі әдісі. Гинекологиялық аурулар: жоқ. Некеде. 18 жастан бастап жыныстық өмір, тұрақты. Айнамен қарағанда: қынаптың шырышты қабаты сүзбе тәрізді бөліністермен ылғалдандырылған, орташа, қышқыл иісі бар. Жатыр мойны таза. Антефлексиядағы жатыр, денесі үлкеймеген,

ауыртпалықсыз, қозғалмалы, тегіс. Қосымшалар екі жағынан ерекшеліксіз. Қоймалар бос. Тазалық дәрежесіне жағынды: лейкоциттер 12, эпителий 10, аралас флора, мицелий жіптері табылды. Болжалды диагноз

- вагиналды кандидоз
- бактериялық вагиноз
- вагиналды трихомоноз
- Уреаплазмоз
- Микоплазмоз

= Науқас Ж, 25 жаста. Гинекологтың қабылдауында қынаптың мезгіл-мезгіл қышуы туралы шағымдармен келді. Анамнезінде: жүктілік-0. Менструация 5 күн, 30 күннен кейін, орташа, ауыртпалықсыз, тұрақты. Контрацепция- барьерлі әдісі. Гинекологиялық аурулар: жоқ. Некеде. 18 жастан бастап жыныстық өмір, тұрақты. Айнамен қарағанда: қынаптың шырышты қабаты сүзбе тәрізді бөліністермен ылғалдандырылған, орташа, қышқыл иісі бар. Жатыр мойны таза. Антефлексиядағы жатыр, денесі үлкеймеген, ауыртпалықсыз, қозғалмалы, тегіс. Қосымшалар екі жағынан ерекшеліксіз. Қоймалар бос. Тазалық дәрежесіне жағынды: лейкоциттер 12, эпителий 10, аралас флора, мицелий жіптері табылды. Емдеу тактикасы

- антимикотикалық қынаптық шамдар № 7 күн
- протозойға қарсы қынаптық шамдар №7 күн
- марганец ерітіндісімен 7 күн жуу
- түймедақ сорпасы бар отыратын ванналар 7 күн
- Т. Азитромицин 500 мг 1 т 2 рет / күн, 7 күн

= Науқас F, 20 жаста. Гинекологтың қабылдауында жыныс жолдарындағы бөліністер, қынапта мезгіл-мезгіл қышу туралы шағымдар бар. Анамнезінде: жүктілік-0. Менструация 5 күн, 30 күннен кейін, орташа, ауыртпалықсыз, тұрақты. Контрацепция-жоқ, қолданбайды. Гинекологиялық аурулары: жоқ. Некеде емес. 18 жастан бастап жыныстық өмір, тұрақты. Айнамен қарағанда: қынаптың шырышты қабаты мол көбіктенетін секрециялармен ылғалданған. Жатыр мойны гиперемиялық, петехиялық бөртпелермен. Антефлексиядағы жатырдың денесі үлкеймеген, ауыртпалықсыз, қозғалмалы, тегіс. Қосымшалар екі жағынан ерекшеліксіз. Күмбездер бос. Тазалық дәрежесіне жағындыда: лейкоциттер 38, эпителий 20, флора аралас. Болжамды диагноз

- вагиналды трихомоноз
- бактериялық вагиноз
- вагиналды кандидоз
- вагиналды Дисбиоз
- қант диабеті

= Науқас F, 20 жаста. Гинекологтың қабылдауында жыныс жолдарындағы бөліністер, қынапта мезгіл-мезгіл қышу туралы шағымдар бар. Анамнезінде: жүктілік-0. Менструация 5 күн, 30 күннен кейін, орташа, ауыртпалықсыз, тұрақты. Контрацепция-жоқ, қолданбайды. Гинекологиялық аурулары: жоқ. Некеде емес. 18 жастан бастап жыныстық өмір, тұрақты. Айнамен қарағанда: қынаптың шырышты қабаты мол көбіктенетін секрециялармен ылғалданған. Жатыр мойны гиперемиялық, петехиялық бөртпелермен. Антефлексиядағы жатырдың денесі үлкеймеген, ауыртпалықсыз, қозғалмалы, тегіс. Қосымшалар екі жағынан ерекшеліксіз. Күмбездер бос. Тазалық дәрежесіне жағындыда: лейкоциттер 38, эпителий 20, флора аралас. Жүргізу тактикасы

- ЖЖБИ-ға тексеру
- кіші жамбас УДЗ
- Кольпоскопия
- Гистероскопия

- Полипэктомия

= Науқас Ж, 30 жаста. Гинекологтың қабылдауында етеккір аралық кезеңде жыныс жолдарының қанды бөліністеріне, қынаптың мерзімді қышуына шағымдар бар екенін айтты. Анамнезінде: жүктілік 3, Р-0. Менструация 5 күн, 30 күннен кейін, орташа, ауыртпалықсыз, тұрақты. Контрацепция-жоқ, қолданбайды, жүктілікті жоспарлайды. Гинекологиялық аурулар: жоққа шығарады. Некеде. 20 жастан бастап жыныстық өмір, тұрақты. Айналарда: қынаптың шырышты қабатында қан араласқан бөліністер, сирек. Жатыр мойны таза. Антефлексиядағы жатырдың денесі үлкеймеген, ауыртпалықсыз, қозғалмалы, тегіс. Қосымшалар екі жағынан ерекшеліксіз. Күмбездер бос. Кіші жамбас ультрадыбыстық зерттеуінде: антефлексиядағы жатыр, 58\*50\* 52 мм. жатырдың түбінде 20 мм-ге дейін интерстициальды түзіліс локализацияланған. Артқы кеңістік бос сұйықтық жоқ. Болжамды диагноз

- жатыр миомасы
- жатыр денесінің полипі
- жатыр мойны эрозиясы
- Сальпингоофорит
- Колпит

= Науқас Ж, 30 жаста. Гинекологтың қабылдауында етеккір аралық кезеңде жыныс жолдарының қанды бөліністеріне, қынаптың мерзімді қышуына шағымдар бар екенін айтты. Анамнезінде: жүктілік 3, Р-0. Менструация 5 күн, 30 күннен кейін, орташа, ауыртпалықсыз, тұрақты. Контрацепция-жоқ, қолданбайды, жүктілікті жоспарлайды. Гинекологиялық аурулар: жоққа шығарады. Некеде. 20 жастан бастап жыныстық өмір, тұрақты. Айналарда: қынаптың шырышты қабатында қан араласқан бөліністер, сирек. Жатыр мойны таза. Антефлексиядағы жатырдың денесі үлкеймеген, ауыртпалықсыз, қозғалмалы, тегіс. Қосымшалар екі жағынан ерекшеліксіз. Күмбездер бос. Кіші жамбас ультрадыбыстық зерттеуінде: антефлексиядағы жатыр, 58\*50\* 52 мм. жатырдың түбінде 20 мм-ге дейін интерстициальды түзіліс локализацияланған. Артқы кеңістік бос сұйықтық жоқ. Болжамды жүргізу тактикасы

- жатыр қуысының диагностикалық кюретажы
- Кольпоскопия
- 1 айдан кейін кіші жамбас ультрадыбысын қайталаңыз
- Гистеросальпингография
- тазалық дәрежесіне жағынды

= Науқас Ж, 30 жаста. Гинекологтың қабылдауында етеккір аралық кезеңде жыныс жолдарының қанды бөліністер, қынапта мерзімді қышу туралы шағымдар бар. Анамнезінде: жүктілік 3, Р-0. Менструация 5 күн, 30 күннен кейін, орташа, ауыртпалықсыз, тұрақты. Контрацепция-жоққа шығарады, жүктілікті жоспарлайды. Гинекологиялық аурулар: жоққа шығарады. Некеде. 20 жастан бастап жыныстық өмір, тұрақты. Айнамен өарағанда: қынаптың шырышты қабаты қан ағымымен ылғалданған, сирек. Жатыр мойны таза. Антефлексиядағы жатырдың денесі үлкеймеген, ауыртпалықсыз, қозғалмалы, тегіс. Қосымшалар екі жағынан ерекшеліксіз. Күмбездер бос. Кіші жамбас ультрадыбыстық: антефлексиядағы жатыр, 58\*50\* 52 мм. Жатыр мойны екі ортасында 1.2 см-ге дейін гиперэхогендік түзіліс локализацияланған. Артқы кеңістікте бос сұйықтық жоқ. Болжамды диагноз

- жатыр денесінің полипі
- жатыр миомасы
- жатыр мойны эрозиясы
- Сальпингоофорит
- Колпит

= Науқас Ж, 30 жаста. Гинекологтың қабылдауында етеккір аралық кезеңде жыныс жолдарының қанды бөліністер, қынапта мерзімді қышу туралы шағымдар бар. Анамнезінде: жүктілік 3, Р-0. Менструация 5 күн, 30 күннен кейін, орташа, ауыртпалықсыз, тұрақты. Контрацепция-жоққа шығарады, жүктілікті жоспарлайды. Гинекологиялық аурулар: жоққа шығарады. Некеде. 20 жастан бастап жыныстық өмір, тұрақты. Айнамен өарағанда: қынаптың шырышты қабаты қан ағымымен ылғалданған, сирек. Жатыр мойны таза. Антефлексиядағы жатырдың денесі үлкеймеген, ауыртпалықсыз, қозғалмалы, тегіс. Қосымшалар екі жағынан ерекшеліксіз. Күмбездер бос. Кіші жамбас ультрадыбыстық: антефлексиядағы жатыр, 58\*50\* 52 мм. Жатыр мойны екі ортасында 1.2 см-ге дейін гиперэхогендік түзіліс локализацияланған. Артқы кеңістікте бос сұйықтық жоқ. Жүргізу тактикасы

- гистологиямен жатыр қуысының Кюретажы
- Кольпоскопия
- жатыр артерияларының эмболиясы
- жатырдың ампутациясы
- Гистеросальпингография

= Жүктіліктің 16-20 аптасында ұрықтың генетикалық патологиясына пренатальды скрининг кезінде қос биохимиялық тест жүргізу кезінде не зерттеледі

- АФП және ХГЧ
- ФСГ және ХГЧ
- ХГЧ және прогестерон
- АФП және пролактин
- плацентарлы лактоген және прогестерон

= Науқас а, 32 жыл жатырдың созылмалы қабынудың өршуіне және жедел эндометритке байланысты гинекологиялық стационарда болды. Шығарар алдында науқас гинекологқа контрацепция әдісі туралы кеңес беруін сұрады. Менструация 13 жастан 3-6 күнге дейін, 25-35 күннен кейін, ауыр 1 күн. Некеде. Жүктілік паритеті: Б4: Р-2, Аб-2. Жыныстық өмір тұрақты. Соңғы 2 жыл ішінде ол гинекологта жатыр қосымшаларының қабыну процесінің өршуіне байланысты екі рет емделді. Жатыр мойнының эктопиясы бар. Соматикалық патология жоқ. ЖҚА-гемоглобин 120 г / л эритроциттер  $4.5 \cdot 10^{12}$  /л, лейкоциттер  $6.7 \cdot 10^9$  /л, тромбоциттер  $180 \cdot 10^9$ /л, ЦП -85. Биохимиялық қан анализі-креатинин 60 ммоль / л, мочевина 3,0 ммоль / л, АЛТ15 бірлік / л, АСТ 20 бірлік / л, билирубин жалпы 16 мкмоль / л, тікелей 8 мкмоль/л. Қандай контрацепция әдісі осы пациентке ұсынылуы керек

- КОК
- ВМС
- хирургиялық зарарсыздандыру
- Спермицидтер
- Ритақты әдіс

= Науқас Ж, 25 жаста, динамикалық бақылау тобынан ЖФВ 1Б. соматикалық сау, жаман әдеттері жоқ, анамнезінде 2 жүктілік, 2 босану. Менструальдық цикл бұзылмаған. Гинекологиялық аурулар: жиі өршуі бар сальпингоофорит. Некеде. Жыныстық өмір тұрақты. ЖҚА-гемоглобин 120 г / л эритроциттер  $4.5 \cdot 10^{12}$  /л, лейкоциттер  $6.7 \cdot 10^9$  /л, тромбоциттер  $180 \cdot 10^9$ /л, ЦП -85. Биохимиялық қан анализі-креатинин 60 ммоль / л, мочевина 3,0 ммоль / л, alt 15 бірлік / л, АСТ 20 бірлік / л, билирубин жалпы 16 мкмоль / л, тікелей 8 мкмоль / л.. Ол контрацепция әдістері туралы кеңес алу үшін тұрғылықты жері бойынша гинекологқа жүгінді, өйткені күйеуі презервативтерге аллергиясы бар. Берілген ерлі-зайыптылар үшін контрацепцияның қандай әдісі мүмкіндігінше қолайлы болады

- КОК

- хирургиялық зарарсыздандыру
- тосқауыл әдісі
- Спермицидтер
- Ритақты әдіс

= Науқас Ж, 30 жаста, динамикалық бақылау тобынан ЖФВ 1Б. соматикалық: қант диабеті, эндокринологта қаралады. Жаман әдеттер жоққа шығарады, анамнезінде 2 жүктілік, 2 босану. Менструальды циклы бұзылмаған. Гинекологиялық аурулар: жоққа шығарады. Некеде. Жыныстық өмір тұрақты. ЖҚА-гемоглобин 120 г / л эритроциттер  $4.5 * 10^{12}$  /л, лейкоциттер  $6.7 * 10^9$  /л, тромбоциттер  $180 * 10^9$  /л, ЦП -85. Биохимиялық қан анализі-креатинин 54 ммоль / л, мочевина 3,0 ммоль / л, АЛТ15 бірлік / л, АСТ 20 бірлік / л, билирубин жалпы 16 мкмоль / л, тікелей 8 мкмоль / л.. Ол контрацепция әдістері туралы кеңес алу үшін тұрғылықты жері бойынша гинекологқа жүгінді, өйткені күйеуі презервативтерге аллергиясы бар. Берілген ерлі-зайыптылар үшін контрацепцияның қандай әдісі мүмкіндігінше қолайлы болады

- ВМС
- хирургиялық зарарсыздандыру
- тосқауыл әдісі
- Спермицидтер
- Ритақты әдіс

= ФЖӘ 1Б динамикалық бақылау тобынан 18 жастағы науқас. соматикалық сау. Жаман әдеттер жоққа шығарады, жүктілік тарихы 0. Менструация 5 күн, 25-35 күннен кейін, ауыртпалықсыз, орташа. Гинекологиялық аурулар: жоққа шығарады. Некеде емес. Жыныстық өмір тұрақты емес. Тұрақты жыныстық серіктес жоқ. ЖҚА - гемоглобин 120 г/л эритроциттер тапсырды  $4.5 * 10^{12}$  /л, лейкоциттер  $6.7 * 10^9$  /л, тромбоциттер  $180 * 10^9$  /л, ЦП-85. Контрацепция әдістері туралы кеңес алу үшін тұрғылықты жері бойынша гинекологқа жүгінді. Бұл пациентке контрацепцияның қандай әдісі мүмкіндігінше қолайлы болады

- тосқауыл әдісі
- хирургиялық зарарсыздандыру
- ВМС
- шағын ішімдік
- Ритақты әдіс

= Науқас Ж, 33 жаста. Ол контрацепция әдістері туралы кеңес алу үшін тұрғылықты жері бойынша гинекологқа жүгінді, өйткені күйеуі презерватив қолданудан бас тартады. Соматикалық анамнезінде: жеңіл анемия, дәрігердің есебінде. Жаман әдеттер жоққа шығарады, анамнезінде 2 жүктілік, 2 босану. Менструация 7-10 күн, 25 күннен кейін, ауыр, ауыртпалықсыз. . Гинекологиялық аурулар: бір ай бұрын менометроррагияға байланысты жатыр қуысының кюретажы жасалды. Некеде. Жыныстық өмір тұрақты. ЖҚА-гемоглобин 100 г/л эритроциттер  $3.5 * 10^{12}$  /л, лейкоциттер  $6.7 * 10^9$  /л, тромбоциттер  $180 * 10^9$  /л, ЦП -85. Биохимиялық қан анализі-креатинин 54 ммоль / л, мочевина 3,0 ммоль / л, АЛТ15 бірлік / л, АСТ 20 бірлік / л, билирубин жалпы 16 мкмоль / л, тікелей 8 мкмоль / л.. Берілген ерлі-зайыптылар үшін контрацепцияның қандай әдісі мүмкіндігінше қолайлы болады

- құрамында гормон бар ВМС
- хирургиялық зарарсыздандыру
- тосқауыл әдісі
- Ритақты әдіс
- Спермицидтер

= Наукас F, 40 жаста. Бұл гинекологта тұрғылықты жері бойынша диагноз қойылған: жүктілік 36 апта. Жатырдағы тыртық (5). Көпбосанушы әйел. Соматикалық: орташа Анемия, Гипотиреоз. Жоғары ауырлықтағы миопия. дәрігердің есебінде. Жаман әдеттер жоққа шығарады, анамнезінде 9 жүктілік, 7 босану (бес босану – кесарь тілігі). Менструация 5-7 күн, 25 күннен кейін, орташа, ауыртпалықсыз. Контрацепцияны діни себептермен қолданбайды. Гинекологиялық аурулар: жоққа шығарады. Некеде. 18 жастан бастап жыныстық өмір, тұрақты. ЖҚА-гемоглобин 69 г / л эритроциттер  $2.9 \cdot 10^{12}$  /л, лейкоциттер  $6.7 \cdot 10^9$  /л, тромбоциттер  $180 \cdot 10^9$ /л, ЦП -71. Берілген ерлі-зайыптылар үшін контрацепцияның қандай әдісі мүмкіндігінше қолайлы болады

- хирургиялық зарарсыздандыру
- тосқауыл әдісі
- ЖІС
- Спермицидтер
- Ритақты әдіс

= Наукас Ж, 38 жаста. Контрацепция әдістері туралы кеңес алу үшін тұрғылықты жері бойынша гинекологқа жүгінді. Соматикалық:сау. Жаман әдеттер-күніне 10-ға дейін темекі шегеді. Анамнезінде 2 жүктілік, 2 босану бар. Менструация 7 күн, 30 күннен кейін, ауыр, ауыртпалықсыз. Гинекологиялық ауруларды жоққа шығарады. Некеде. Жыныстық өмір тұрақты. ЖҚА-гемоглобин 120 г / л эритроциттер  $4.5 \cdot 10^{12}$  /л, лейкоциттер  $6.7 \cdot 10^9$  /л, тромбоциттер  $280 \cdot 10^9$ /л, ЦП -85. Жамбас ультрадыбыстық зерттеуі өтті : антефлексиядағы жатыр,  $68 \cdot 60 \cdot 55$  мм. жатырдың түбінде 40 мм-ге дейін субмукозды түіін пайда болуы анықталған. Аналық бездерде ерекшеліктері жоқ. Артқы кеңістікте бос сұйықтық жоқ. Берілген ерлі-зайыптылар үшін контрацепцияның қандай әдісі мүмкіндігінше қолайлы болады

- тосқауыл әдісі
- қынаптық сақина жаңа сақина
- ВМС
- Спермицидтер
- КОК

= Наукас Ж, 30 жаста. Гинекологтың қабылдауында іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну шағымдары бар. Анамнезінде: жүктілік 3, Р-0. Менструация 5 күн, 30 күннен кейін, орташа, ауыртпалықсыз, тұрақты. Контрацепция-жоққа шығарады, жүктілікті жоспарлайды. Гинекологиялық аурулар: жоққа шығарады. Некеде. 20 жастан бастап жыныстық өмір, тұрақты. Айналарда: қынаптың шырышты қабатында қанды бөліністермен ылғалданған, сирек. Жатыр мойны таза. Антефлексиядағы жатырдың денесі үлкеймеген, ауыртпалықсыз, қозғалмалы, тегіс. Қосымшалар екі жағынан ерекшеліксіз. Қоймалар бос. Кіші жамбас ультрадыбыстық: антефлексиядағы жатыр,  $58 \cdot 50 \cdot 52$  мм, диффузды, гетерогенді. М-эхо етеккір циклінің күніне сәйкес келеді. Аналық без оң жақта  $40 \cdot 30$  мм, 5-7 фолликулалар көрінеді. Аналық без сол жақта  $30 \cdot 25$  мм, ерекшелігі жоқ. Аз мөлшерде артқы кеңістіктегі бос сұйықтық анықталады. Болжамды диагноз

- оң жақ сальпингоофорит
- жатыр денесінің полипі
- жатыр миомасы
- жатыр мойны эрозиясы
- Колпит

= Наукас Ж, 30 жаста. Гинекологтың қабылдауында іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну шағымдары бар. Анамнезінде: жүктілік 3, Р-0. Менструация 5 күн, 30 күннен кейін, орташа, ауыртпалықсыз, тұрақты. Контрацепция-жоққа шығарады, жүктілікті жоспарлайды. Гинекологиялық аурулар: жоққа шығарады. Некеде. 20 жастан бастап

жыныстық өмір, тұрақты. Айнамен қарағанда: қынаптың шырышты қабаты қанды бөліністермен ылғалданған, сирек. Жатыр мойны таза. Антефлексиядағы жатырдың денесі үлкеймеген, ауыртпалықсыз, қозғалмалы, тегіс. Қосымшалар екі жағынан ерекшеліксіз. Қоймалар бос. Кіші жамбас ультрадыбыстық: антефлексиядағы жатыр, 58\*58\* 55 мм, сфералық, диффузды-гетерогенді. М-эхо етеккір циклінің күніне сәйкес келеді. Менструальдық циклдің 24-ші күні. Аналық бездерде ерекшеліктер жоқ. Артқы кеңістіктегі бос сұйықтық локализацияланбайды. Болжамды диагноз

- Аденомиоз
- жатыр денесінің полипі
- жатыр миомасы
- оң жақ сальпингоофорит
- Колпит

= Наукас F, 28 жаста. Гинекологтың қабылдауында жыныс жолдарынан бөлінуге шағымдар бар. Анамнезінде: жүктілік в-0. Менструация 5 күн, 30 күннен кейін, орташа, ауыртпалықсыз, тұрақты. Контрацепция-тосқауыл әдісі. Гинекологиялық аурулар: жоққа шығарады. 20 жастан бастап жыныстық өмір, тұрақты. Айналарда: қынаптың шырышты қабаты серозды секрециялармен ылғалданған, мол. Жатыр мойны таза. Антефлексиядағы жатырдың денесі үлкеймеген, ауыртпалықсыз, қозғалмалы, тегіс. Қосымшалар екі жағынан ерекшеліксіз. Қоймалар бос. Тазалық дәрежесіне жағынды лейкоциттер 28, эпителий 20, кокк флорасы. Болжалды диагноз

- Колпит
- жатыр денесінің полипі
- жатыр миомасы
- Аденомиоз
- оң жақ сальпингоофорит

= Наукас Ж, 28 жаста. Гинекологтың қабылдауында бірнеше күн бойы оң жақ үлкен жымыс ернінің ауырсынуына шағымдары бар. Анамнезінде: жүктілік в-0. Менструация 5 күн, 30 күннен кейін, орташа, ауыртпалықсыз, тұрақты. Контрацепция- барьерлі әдісі. Гинекологиялық аурулар: жоққа шығарады. 20 жастан бастап жыныстық өмір, тұрақты. Айналарда: қынаптың шырышты қабаты серозды секрециялармен ылғалданған, мол. Жатыр мойны таза. Антефлексиядағы жатырдың денесі үлкеймеген, ауыртпалықсыз, қозғалмалы, тегіс. Қосымшалар екі жағынан ерекшеліксіз. Күмбездер бос. Оң жақ жымыс ерні аймағында үштен бірінде дөңгелектелген түзіліс шамамен 2 см, қолмен ұстағанда ауырады. Тазалық дәрежесіне жағынды лейкоциттер 28, эпителий 20, кокк флорасы. Болжалды диагноз

- Бартолинит
- жатыр денесінің полипі
- Аденомиоз
- оң жақ сальпингоофорит
- Колпит

= Юлия, 42 жаста, жүктілікті жоспарлау мәселесімен акушер-гинекологқа жүгінді. Анамнезінен: АИТ, субклиникалық сатыдағы гипотиреоз диагнозымен есепте тұрады, тәулігіне 25 мкг Эутирокс қабылдайды. Менархе 13 жастан бастап, етеккір 4-5 күн, әр 28 күнде, тұрақты. 19 жастан бастап жыныстық өмірде, 1 неке тіркелген. Паритет: 2016 ж. 22-23 аптасында мерзімінен бұрын босану, ұрықтың антенатальды өлімі, 2018 ж. жатыр қуысын кюретажбен 7-8 апта аралығындағы өздігінен түсік болған, 2020 жылы 5-6 аптадағы дамымаған жүктілік, медициналық аборт. Бойы 172 см, салмағы 95 кг, ИМТ 32. Гормондар: АМГ 0,15, ФСГ 13,2, ЛГ 4,5, пролактин 20. Болжамды клиникалық диагноз

- Әдеттегі түсік, овариальді резервтің төмендеуі. Ұрықтың жоғалту синдромы. АИТ, субклиникалық гипотиреоз.
- Бедеулік – екіншілік түтіктік факторы. ОАА. АИТ, субклиникалық гипотиреоз
- Әдеттегі түсік. АИТ, субклиникалық гипотиреоз
- Қайталанатын түсік, ОАА. АИТ, субклиникалық гипотиреоз
- Қайталамалы түсік, аналық без қорының төмендеуі. АИТ, субклиникалық гипотиреоз

= Анель, 20 жаста, акушер-гинекологтың қабылдауында 2 жыл бойы жүктіліктің болмауына шағымданып келді. Анамнезінен: созылмалы пиелонефрит, бала кезінен созылмалы теміртапшылықты анемиямен ауырады. Менархе 13 жастан бастап, етеккір 7 күн, 30-45 күннен кейін, тұрақты емес. 18 жастан бастап жыныстық өмір, неке 1, тіркелген. Жамбас мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеуі бойынша екі мүйізді жатыр, мультифолликулярлы аналық бездер. Паритет: 2019 жылы- 4-5 аптада өздігінен түсік түсіру. 2020 жылы - 5-6 аптада өздігінен түсік түсіру. 2021 жылы - 5-6 аптада өздігінен түсік түсіру. Бойы 164 см, салмағы 54 см, ИМТ 27. Гормондар: АМГ 7,6, ФСГ 7,8, ЛГ 3,2, пролактин 18. ТТГ 2,5 Спермограмма бойынша нормозооспермия. Болжамды клиникалық диагноз

- Әдеттегі түсік. Ішкі жыныс мүшелерінің даму аномалиясы: қос мүйізді жатыр. СПКЯ
- Әдеттегі түсік. Қос мүйізді жатыр
- Қайталамалы түсік, СПКЯ
- Қайталанатын түсік, ОАА
- Қайталамалы түсік, бедеулік екіншілік эндокриндік фактор

= Әсемгүл, 35 жаста, 4 жыл бойы жүктіліктің болмауына шағымданып акушер-гинекологқа барған. Анамнезінен: созылмалы артериялық гипертензия диагнозымен кардиологта есепте тұрады, гипертензияға қарсы препараттарды үнемі қабылдайды. Мерзімді түрде мигреньдер пайда болады, олар ешқандай жолмен емделмейді және өздігінен кетеді. Менархе 14 жастан бастап, етеккір 2-3 күн, 30 күннен кейін, тұрақты. 18 жастан бастап жыныстық өмір, неке 1, тіркелген. Паритет: 2012 жедел босану, 3000г, нәресте тірі, сау. 2014 ж. - 7-8 апталық кезеңдегі дамымаған жүктілік, медициналық аборт. 2018 ж. - 5-6 апталық кезеңде дамымайтын жүктілік, медициналық аборт. 2020 жылы - 12-13 аптада өздігінен түсік тастау, жатыр қуысының кюретажы. Бойы 163 см, салмағы 65 кг, ИМТ 23. Гормондар: АМГ 1,1, ФСГ 5,96, ЛГ 2,41, Пролактин 12,36, ТТГ 2,8. ГСГ мәліметтері бойынша, жатыр түтіктері екі жағынан да өтуге қабілетті Болжамды клиникалық диагноз

- Белгісіз генезді екіншілік бедеулік. Әдеттегі түсік. Созылмалы артериялық гипертензия
- Әдеттегі түсік. Қос мүйізді жатыр. Созылмалы артериялық гипертензия
- Қайталамалы түсік, СПКЯ. Созылмалы артериялық гипертензия
- Қайталанатын түсік, ОАА. Созылмалы артериялық гипертензия
- Әдеттегі түсік. Созылмалы артериялық гипертензия

= Бибігүл, 33 жаста, жүктілікті жоспарлау мәселесімен акушер-гинекологтың қабылдауына келді. Анамнезінен: созылмалы пиелонефрит, оң жақ бүйректің толық екі еселенуі. Бала кезінен псориазбен ауырады. Менархе 12 жастан бастап, етеккір 5-6 күн, 28 күннен кейін. 29 жастан бастап жыныстық өмір, неке 1, тіркелген. Паритет: 2017 ж. - шұғыл жедел босану, плацентаның мерзімінен бұрын ажырауымен асқынған, бала 3940 тірі, сау. 2019 ж. - 5-6 аптадағы дамымайтын жүктілік, медициналық аборт. 2020 - 11-12 аптада дамымайтын жүктілік, медициналық аборт. 2022 - 16-17 аптада өздігінен түсік тастау, жатыр қуысын кюретажы.

Бойы 165 см, салмағы 114 кг, ИМТ 35. Жамбас мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеуіне сәйкес, аденомиоз түріне сәйкес миометрийдің диффузды өзгерістер. Гормондар: ТТГ 7,61, АМГ 14,02, ФСГ 8,6, ЛГ 4,2, пролактин 115. Болжамды клиникалық диагноз

- Екіншілік бедеулік, овуляцияның болмауымен байланысты. СПКЯ. Кәдімгі түсік. Жатыр тыртығы (1) Семіздік (ИМТ 35)
- Әдеттегі түсік. Жатыр тыртығы (1) Семіздік (ИМТ 35)
- Қайталамалы түсік, СПКЯ. Созылмалы артериялық гипертензия.
- Қайталамалы түсік, ОАА. Жатыр тыртығы (1) Семіздік (ИМТ 35)
- Қайталамалы түсік. Жатыр тыртығы (1) Семіздік (ИМТ 35)

= Елена, 36 жаста, акушер-гинекологқа 16 жыл бойы балаларының болмауына шағымданып жүгінді. Анамнезінен: созылмалы холецистит. Менархе 13 жастан бастап, етеккір 5-7 күн, 30 күннен кейін. 18 жастан бастап жыныстық өмір, неке 2 рет, тіркелген. 2015 жылы бедеуліктің себебін анықтау үшін диагностикалық лапароскопия жасалды (ХСС фаллопиялық түтіктер екі жағынан да өтеді) Паритет: 2006 ж. - 12-13 аптада дамымайтын жүктілік, жатыр қуысының кюретажы. 2017 ж. - дамымайтын жүктілік 7-8 апталық кезеңде, медициналық аборт. 2020 жылы - 19-20 аптада өздігінен түсік түсіру. Бойы 152 см, салмағы 74 кг, ИМТ 28. Кариотип 46XX. Гормондар: ТТГ 2,6, пролактин 20,67, АМГ 7,6. ФСГ 3,23, ЛГ 8,85. Болжамды клиникалық диагноз

- Екіншілік бедеулік, овуляцияның болмауымен байланысты. СПКЯ. Кәдімгі түсік. Семіздік (ИМТ 35)
- Әдеттегі түсік. Жатыр тыртығы (1) Семіздік (ИМТ 35)
- Қайталамалы түсік, СПКЯ. Созылмалы артериялық гипертензия
- Қайталамалы түсік, ОАА. Жатыр тыртығы (1) Семіздік (ИМТ 35)
- Қайталамалы түсік. Жатыр тыртығы (1) Семіздік (ИМТ 35)

= Катерина 33 жаста, 3 жыл бойына жүктілікті жоспарлап жүр. Анамнезінде: созылмалы соматикалық аурулары жоқ. Менархе 13 жастан, етеккір 5 күннен, 28 күн сайын, қалыпты. Жыныстық өмір 27 жастан, неке 1, тіркелген.

ЦМВИ созылмалы форма. Созылмалы жүре пайда болған токсоплазмоз. Жай герпес-инфекционист консультация жүргізілген, жолдасымен толық ем курсы алған.

Паритет:

2020жыл- жетілмеген жүктілік 6-7 апталық, жатыр ішін тазалау

2021жыл- жетілмеген жүктілік 7-8 апталық, жатыр ішін тазалау

2022жыл- жетілмеген жүктілік 8-9 апталық, жатыр ішін тазалау

Бойы 169см, салмақ 65, ДСИ 23.

Күйеуі 42жаста, спермограмма: сперматозоид 1мл 26млн А+В 41%, А 16%, патоморфология 96%6 МАР тест 11% Мүмкін болатын клиникалық диагноз

- Екіншілік бедеулік, овариальды резерв төмендеуі. Әдеттегі жүктілік көтере алмау
- Әдеттегі жүктілік көтере алмау. Жатырдағы тыртық (1) сезімдік ИМТ 35
- Әдеттегі жүктілік көтере алмау, СПКЯ. Созылмалы токсоплазмоз
- Әдеттегі жүктілік көтере алмау, ОАА. ЦМВИ созылмалы форма
- Әдеттегі жүктілік көтере алмау. Жатыр дамуының аномалиясы, екі мүйізді жатыр

= Назигуль 34 жаста, 5 жыл бойына жүктілік жоспарлап жүр. Анамнезінде: мерзімді түрде АҚ 160/100 мм.рт.ст көтеріледі, гипотензивті препараттар қабылдамайды. АҚ көтерілген кезде жедел жәрдем шақырады. Менархе 13 жастан, етеккір 7 күннен 26 күн сайын. Жыныстық өмір 19жастан, неке 1 тіркелген. Гормондар: ЛГ 2,11 ФСГ 5,34 пролактин 21,04 АМГ 1,32 ТТГ 2,812019 жылы жатыр денесіндегі полипті алып тастау мақсатында гистероскопия жасалған. Гистология нәтижесінде эндометрийдің безді гиперплазиясы, эндометрий полипі. Паритет:

2010 жыл- өздігімен босану, бала 3430 тірі, сау.

2011 жыл- өздігінен түсік 4-5 аптасында, жатыр ішін тазалау.

2012 жыл- өздігімен босану, бала 3500 сау.

2018 жыл- жетілмеген жүктілік 8-9 аптасында, медикаментозды аборт.

2019 жыл- өздігінен түсік 11-12 аптасында жатыр ішін тазалаумен.

2020 жыл- ерте мерзімдегі өздігінен түсік

2021 жыл сәуір айында кlostилбегитпен овуляция стимуляциясы жасалды, қазан айынан қантар айына дейін дюфастон етеккір циклінің 16 мен 25 күн аралығында етеккір цикл қалыпқа келтіру мақсатында қабылдаған. Мүмкін болатын клиникалық диагноз

- екіншілік бедеулік, эндокринді фактор. Әдеттегі жүктілік көтере алмау. Созылмалы артериалды гипертензия

- екіншілік бедеулік, түтіктік-перитониальды фактор. Әдеттегі жүктілік көтере алмау.

Жатырдағы тыртық(1) семіздік ДСИ 35

Әдеттегі жүктілік көтере алмау. СПКЯ. Көп босану

- Әдеттегі жүктілік көтере алмау. ОАА. ЦМВИ созылмалы форма

- Әдеттегі жүктілік көтере алмау. Етеккір циклінің бұзылысы опсоменорея типті

- Әдеттегі жүктілік көтере алмау. Жатыр дамуының аномалиясы, екі мүйізді жатыр

= Оксана 39 жаста, 7 жыл бойына жүктілік жоспаралауда. Анамнезінде: созылмалы пиелонефрит/ Менархе 14 жастан, менструация 3-5 күннен, 30 күн сайын. Жыныстық өмір 17 жастан, неке 1 тіркелген. Паритет:

2010 жыл- өздігінен босану, бала 3790 тірі, сау.

2012,2017 және 2021 жыл- жетілмеген жүктілік 9-10 аптасында, медикаментозды аборт.

Бойы 158 салмақ 60 ДСИ 23

Гормондар: АМГ 0,98 ФСГ 12,4 ЛГ 5,6 ТТГ 2 пролактин 18

ГСГ жатыр түтіктері екі жақтан бітелмеген.

Жолдасы 46 жаста, спермограмма нәтижесінде олигозооспермия 1 дәрежелі.

Мүмкін болатын клиникалық диагноз

- Екіншілік бедеулік, ер адамдық фактор. Овариалды резерв төмендеуі. Әдеттегі жүктілік көтере алмау

- Екіншілік бедеулік, түтіктік-перитониальды фактор. Әдеттегі жүктілік көтере алмау

- Екіншілік бедеулік, ер адамдық фактор. Әдеттегі жүктілік көтере алмау. СПКЯ

- Әдеттегі жүктілік көтере алмау. ОАА. ЦМВИ созылмалы форма.

- Әдеттегі жүктілік көтере алмау. Етеккір циклінің бұзылысы опсоменорея типті.

= Карина 32 жаста, 10 жыл бойына жүктілік жоспарлауда. Анамнезінде: созылмалы соматикалық аурулары жоқ. Менархе 12 жастан, етеккір 3-7 күн, 30 күн сайын, тұрақты. Жыныстық өмір 18 жастан, неке 1 тіркелген.

Гормондар: АМГ 0,35 ФСГ 9,8 ЛГ 4,5 ТТГ 2,8 пролактин 16

Кариотип 46XX

Паритет: 2016 жыл- өздігінен түсік 11-12 аптасында

2018 жыл- өздігінен түсік 9-10 аптасында

2020 жыл- өздігінен түсік 14-15 аптасында

Бойы 164 салмақ 70 ДСИ 25

Мүмкін болатын клиникалық диагноз

- Бедеулік екіншілік, овариалды резерв төмендеуі. Әдеттегі жүктілік көтере алмау

- Бедеулік екіншілік, түтіктік-перитониальды фактор. Әдеттегі жүктілік көтере алмау

- Бедеулік екіншілік, ер адамдық фактор. Әдеттегі жүктілік көтере алмау. СПКЯ

- Әдеттегі жүктілік көтере алмау. ОАА. ЦМВИ созылмалы форма

- Әдеттегі жүктілік көтере алмау. Етеккір циклінің бұзылысы опсоменорея типті

= Мадина 24 жаста, 2 жыл бойына жүктілік жоспарлауда. Анамнезінде: созылмалы пиелонефрит, нефроптоз 2 дәрежелі. Менархе 15 жастан, менструация 3 күн, 30 күн сайын, тұрақты. Жыныстық өмір 18 жастан, неке 1 тіркелген.

Паритет:

2016жыл- өздігінен түсік 4-5 аптасында, жатыр ішін тазалаумен.  
2017жыл- өздігінен түсік 56 аптасында, жатыр ішін тазалаумен.  
2019 жыл- 13 аптасында ұрық мойнында гигрома анықталған, медициналық көрсеткіш бойынша жүктілік тоқтатылды.

Бойы 154 салмақ 49кг ДСИ 23

Мүмкін болатын клиникалық диагноз

- Әдеттегі жүктілік көтере алмау
- Бедеулік екіншілік, түтіктік-перитониальды фактор. Әдеттегі жүктілік көтере алмау
- Бедеулік екіншілік, ер адамдық фактор. Әдеттегі жүктілік көтере алмау. СПКЯ
- Әдеттегі жүктілік көтере алмау. ОАА. ЦМВИ созылмалы форма
- Әдеттегі жүктілік көтере алмау. Етеккір циклінің бұзылысы опсоменорея типті.

= Елена, 42 жаста, жүктілікті жоспарлап отыр.

Анамнезден: созылмалы артериялық гипертензия (қан қысымының 100 мм.рт.ст-қа 200/100 -ге дейін жоғарылауы, гипертензияға қарсы препараттарды үнемі қабылдайды).

Менархе 12 жастан бастап, етеккір 4-5 күн, 25-26 күннен кейін.

Солитарлы кистозды мастопатия диагнозымен маммолог емдейді. 2018 жылы гематологта тексерілген, Гематолог Лейден мутациясына байланысты гематогенді тромбофилия диагнозын қойған.

Паритет:

2001 жыл жүктіліктің 12 аптасында тоқтатқан, жүкті әйелдердің құсуы ауыр дәрежеде.

2012 жыл 16 аптада дамымаған жүктілік, жүкті әйелдердің құсуы ауыр дәрежеде.

2016 жыл 7-8 апта аралығында дамымаған жүктілік, жүкті әйелдердің құсуы ауыр дәрежеде.

2018 жыл жүктілікті 8-9 апта ішінде тоқтатқан, жүкті әйелдердің құсуы ауыр дәрежеде.

Бойы 163 см, салмағы 56 кг, ИМТ 23.

Диагноз: біріншілік көтермеушілік. Созылмалы артериялық гипертензия. Лейден мутациясына байланысты гематогендік тромбофилия.

Жүктілікті жоспарлауға арналған ұсыныстарыңыз

- ВРТ көмегімен жүктілікті жоспарлау (ЭКҰ + суррогат ана бағдарламасын жүргізу).
- Жүктілікті жоспарлағана дейін 6 ай бұрын плазмаферез сеансын өту
- ВРТ көмегімен жүктілікті жоспарлау (донорлық ооциттермен ЭКҰ бағдарламасын жүргізу)
- ВРТ көмегімен жүктілікті жоспарлау (донорлық сперматозоидтармен ЭКҰ бағдарламасын жүргізу)
- Жүктілікті жоспарлауға тыйым салынады, ерікті хирургиялық зарарсыздандыру ұсынылады

= Анастасия, 28 жаста, жүктілікті жоспарлап отыр.

Анамнезден: созылмалы соматикалық ауруларды жоққа шығарады.

Менархе 14 жастан бастап, менструация 5-6 күн, 34 күннен кейін.

Жыныстық қатынас 18 жастан бастап. Неке 1, тіркелген.

Гормондар: АМГ 3,2, ФСГ 8,9, ЛГ 6,3, ТТГ 2,6, пролактин 18.

ГСГ жатыр түтіктері екі жағынан да өтеді.

Кіші жамбас мүшелерінің УДЗ кезінде патология анықталған жоқ.

Паритет:

2020 жыл 7-8 апта ішінде дамымаған жүктілік, жүктілік дәрі-дәрмекпен тоқтатылған.

2021 жыл үзіліс 13 апталық жүктілікті үзген ( ұрықта ОЖЖ ТДА: акрония ).

2022 жыл медициналық көрсеткіштерге байланысты жүктілікті тоқтату-анэмбриония.

Жүктілікті жоспарламас бұрын ерлі-зайыптыларға қандай қосымша зерттеу әдісі ұсынылады

- Екі ерлі-зайыптылардың кариотиптері, генетиктің консультация + спермограмма, морфология, МАР тест, сперматозоидтардың ДНК фрагментациясы.

- Жатыр түтіктердің өткізгіштігін тексеру.
- Серіктесті спермограммаға, морфологияға, МАР тестіне және андролог консультациясы.
- TORCH инфекциясына тексеруден өту.
- Ерлі-зайыптылардың каротиптері және имплантацияға дейінгі генетикалық скрининг жүргізу.

= Венера 37 жаста, 3 жыл бойы жүктілікті жоспарлайды.

Анамнезден: эндокринологтың есебінде диффузды-түйіндік зоб диагнозымен тұрады, күн сайын 50 мкг эутирокс қабылдайды.

Менархе 13 жастан бастап, менструация 2-3 күн, 24-25 күннен кейін, жүйелі түрде.

Жыныстық қатынас 25 жастан бастап, неке 1, 2018 жыл жатыр миомасы тіркелген.

Гормондар: ЛГ 4,04, ФСГ 6,82, пролактин 19,94, АМГ 0,7

2017, 2018, 2019 және 2020 жылдар дамымаған жүктілік 8-9 апта ішінде жүктілікті дәрі-дәрмекпен тоқтату жүргізілген.

Эндометрияға диагностикалық гистероскопия биопсиямен жасалған, эндометрияның гиперплазиясы анықталған, содан кейін 3 ай ішінде гормондық терапия қабылдаған.

ФСГ екі жағынан да жатыр түтіктерінің өткізгіштігі бұзылмаған.

Кариотип 46XX.

Бойы 163 см, салмағы 56 кг, ИМТ 23. Бқтимал клиникалық диагноз

- Біріншілік көтермеушілік. Жатыр миомасы. Диффузды- түйіндік зоб
- Біріншілік бедеулік, жатыр факторы. Біріншілік көтермеушілік
- Біріншілік көтермеушілік, жатырдың көп түйінді миомасы
- Біріншілік көтермеушілік, гиперполименорея типі бойынша етеккір циклінің бұзылуы
- Біріншілік көтермеушілік

= Әсел 37 жаста, 9 жыл бойы жүктілікті жоспарлап отыр.

Анамнезінен: 2011 жылы жатырдан тыс жүктілік әсерінен құрсақішілік қан кетуге байланысты гемотрансфузия жүргізілген.

Менархе 13 жастан бастап, етеккір 7 күн, 28 күннен кейін.

Жыныстық қатынас 19 жастан бастап, неке 1, тіркелген.

Паритет:

2005 жыл 4-5 апта ішінде өздігінен түсік болған, жатыр қуысын қырнау

2006 жыл 5-6 апта ішінде өздігінен түсік болған, жатыр қуысын қырнау

2007 жыл 5-6 апта ішінде өздігінен түсік болған, жатыр қуысын қырнау

2010 жыл жатырдан тыс жүктілік, лапаротомия + оң жақтағы тубэктомия

2011 жыл жатырдан тыс жүктілік, лапаротомия + сол жақтағы тубэктомия + қан кету + гемотрансфузия.

2012 жыл жатыр түтіктерінің жоқтығын ескере отырып, жүктілікті алу мақсатында ЭКҰ бағдарламасы жүргізілуде. ЭКҰ бағдарламасы жүктіліктің басталуымен аяқталады және 4-5 апта ішінде өздігінен түсік болады.

2013 жылы 2012 жылғы ЭКҰ бағдарламасынан қалған эмбрионды криоаудару жүргізілген, жүктілікке оң тест болған. Жүктілік өздігімен босанумен, салмағы 4150 болатын тірі толыққанды бала туылуымен аяқталады.

2022 жылы УДЗ мәліметтері бойынша оң жақ аналық бездің кисталық түзіліс анықталады, лапароскопия жүргізіледі, лапароскопия кезінде сына тәрізді резекциямен оң жақ аналық бездің кистасы алынған. Гистологияға сәйкес серозды өрескел папиллярлы цистаденома.

Гормондар: АМГ 2,44, ФСГ 5,64, ЛГ 1,92. ТТГ 4,2, пролактин 14,37.

Бқтимал клиникалық диагноз

- Екіншілік бедеулік, түтіктік факторы. Әдеттегі жүктілікті көтермеушілік
- Біріншілік бедеулік, овуляцияның болмауымен байланысты. Біріншілік көтермеушілік
- Екіншілік бедеулік, түтіктік факторы. Аналық бездердің мерзімінен бұрын сарқылуы
- Екіншілік бедеулік, түтіктік факторы. ОАА

- Біріншілік көтермеушілік. Біріншілік аналық без жеткіліксіздігі

= Перизат, 27 жаста, 5 жыл ішінде жүктілікті жоспарлайды.

Анамнезден: бала кезінен созылмалы темір тапшылықты анемия, бір ай бұрын анемияны емдеу мақсатында гемотрансфузия жүргізілді.

Менархе 14 жастан бастап, етеккір 4-5 күн, 30 күннен кейін, жүйелі түрде.

Жыныстық қатынас 21 жастан бастап. Неке 1. Тіркелген

Паритет:

2018 жыл ерте мерзімді дамымаған жүктілік, жатыр қуысын қырнау.

2021 жыл 5-6 аптада дамымаған жүктілік, жатыр қуысын қырнау.

2022 жыл өздігінен ерте мерзімді түсік тастау.

Гормондар: пролактин 16, ФСГ 13,47, АМГ 0,53, ЛГ 3,08, ТТГ 0,05.

ГСГ екі жақты гидросальпинкс белгілері.

Бойы 152 см, салмағы 44, ИМТ 23.

Ықтимал клиникалық диагноз

- Екіншілік бедеулік түтікті-перитониялды фактор. Екі жақты гидросальпинкс. Аналық бездердің қоры төмендеген. Біріншілік көтермеушілік. Созылмалы ТТА

- Аналық без қоры төмендеген. Екі жақты гидросальпинкс. Біріншілік көтермеушілік. Созылмалы ТТА

- Екіншілік бедеулік, түтікті фактор. Екі жақты гидросальпинкс. Созылмалы ТТА

- Біріншілік көтермеушілік. Екі жақты гидросальпинкс. Созылмалы ТТА

- Біріншілік көтермеушілік. Аналық бездердің қоры төмендеген. Созылмалы ТТА

= Назира 29 жаста, бір жыл ішінде жүктілікті жоспарлауда.

Анамнезінен: созылмалы соматикалық ауруларды жоққа шығарады.

Менархе 12 жастан бастап, етеккір 4-5 күн, 30 күннен кейін

Жыныстық өмір 23 жастан бастап, 1 неке, тіркелген

Паритет:

2017 жыл, жүктіліктің 5-6 апта кезеңінде аппендэктомия жүргізілген, кейін 6-7 апта мерзімінде тоқтатылған жүктілік, жүктілікті медикаментозды тоқтату

2017 жыл, 6-7 апта ішінде дамымаған жүктілік, жүктілікті медикаментозды тоқтату

2021 жыл 8-9 апта ішінде дамымаған жүктілік, жүктілікті медикаментозды тоқтату

ГСГ: жатыр түтіктері екі жағынан да өтімді, жатырдың екі еселенуі? ГСГ-дан кейін диагностикалық лапароскопия жүргізілді: ішкі жыныс мүшелерінің дамуында аномалия бар - жатырдың толық екі еселенуі.

Ықтимал клиникалық диагноз

- Екінші реттік бедеулік, жатырлық фактор. Ішкі жыныс мүшелерінің дамуындағы ауытқулар: жатырдың толық екі еселенуі. Созылмалы жүктілікті көтере алмаушылық

- Созылмалы жүктілікті көтере алмаушылық

- қайталама бедеулік, түтіктік фактор

- Жатырлық генезді, Созылмалы жүктілікті көтере алмаушылық

- Созылмалы жүктілікті көтере алмаушылық. Жатырдың даму аномалиясы (жатырдың екі еселенуі)

= 31 жастағы Айжан 7 жыл бойы жүктілікті жоспарлап отыр.

Анамнезінен: созылмалы соматикалық ауруларды жоққа шығарады.

Менархе 13 жастан бастап, етеккір 3-4 күн, 28 күннен кейін

25 жастан бастап жыныстық өмір. Неке 1, тіркелген

Гормондар: ТТГ 4,61, ЛГ 2,43, ФСГ 8,71, пролактин 32,52, АМГ 1,43

Паритет:

2016 жыл, өздігінен ерте түсік түсіру

2017 жыл, 7-8 апта мерзімінде өздігінен түсік түсіру

2020 жыл 5-6 апта ішінде дамымаған жүктілік, медикаментозды түсік.

Бойы 165 см, Салмағы 56 кг, ИМТ 23.

Ықтимал клиникалық диагноз

- Белгісіз генездік екіншілік бедеулік. Әдеттегі жүктілікті көтере алмаушылық
- Жатырлық факторға байланысты созылмалы жүктілікті көтере алмаушылық
- Қайталамалық бедеулік, түтіктік фактор. Жатыр мойны жеткіліксіздігі
- Созылмалы жүктілікті көтере алмаушылық. Жатыр мойны жеткіліксіздігі
- Созылмалы жүктілікті көтере алмаушылық. Төмендеген овариальді резерв

= Ирина 34 жаста, жүктілікті 3 жыл ішінде жоспарлайды.

Анамнезінен: созылмалы соматикалық аурулары жоқ

Менархе 13 жастан 6-7 күнге дейін, 35 күннен кейін

25 жастан бастап жыныстық өмір, неке 1, тіркелген

Гормондар: АМГ 5,46, ФСГ 9,8, ТТГ 1,52 пролактин 26,2

ГСГ жатыр түтіктері екі жағынан да өтімді

Паритет:

2017 жыл 5-6 апта ішінде дамымаған жүктілік. медикаментозды түсік

2019 жыл 7-8 апта ішінде дамымаған жүктілік, медикаментозды түсік

2020 жыл 7-8 апта ішінде өздігінен түсік түсіру. Жатыр қуысының кюретажы

Жұбайы 38 жаста. Спермограмма нормозооспермия

Диагноз: Анықталмаған генездік екіншілік бедеулік. Созылмалы жүктілікті көтере алмаушылық.

Әрі қарай пациентті жүргізу және емдеу тактикасы

- Ерлі-зайыптылардың екеуінің де кариотиптерін анықтау + генетик бойынша кеңес, сперматозоидтардың ДНК фрагментациясы + андрологпен кеңесу, имплантацияға дейінгі генетикалық скринингпен ЭКҰ бағдарламасын жүргізу, ерлі-зайыптылардың екеуіне де метафолин тағайындау
- Кіші жамбас астауының ультрадыбыстық зерттеуі, сүт бездерінің ультрадыбыстық және қалқанша безінің ультрадыбыстық зерттеуі. Клостилбегитпен овуляцияны ынталандыру
- 6 айға метафолиннің үлкен дозаларын тағайындап, содан кейін жүктілікті жоспарлау
- Гепатит В и С, ВИЧ, RW, TORCH инфекциялары + инфекционист консультациясы
- хламидиозға ИФА IgM анықтау, кіші жамбас астауының УДЗ-сы және сүт бездерінің УДЗ-сы + терапевт консультациясы, тәулігіне 400 мг фольк қышқылын қабылдау

= Диана, 34 жаста, 4 жыл ішінде жүктілікті жоспарлайды

Анамнезден: 1 дәрежелі диффузды-уйтты зоб диагнозы қойылған, эндокринологтың есебінде тұрады, үнемі 75 мкг эутирокс қабылдайды.

Менархе 15 жастан бастап, етеккір 3-4 күн, 28 күннен кейін

16 жастан бастап жыныстық өмір, неке 1 тіркелген

Паритет:

2016 жыл өздігінен ерте түсік түсіру, жатыр қуысының кюретажы

2017 жыл оң жақтағы эктопиялық жүктілік, лапароскопия, туботомия

2018 жыл 8-9 апта ішінде дамымаған жүктілік, медикаментозды түсік түсіру

2019 жыл 9-10 апта ішінде өздігінен түсік түсіру, жатыр қуысының кюретажы

Гормондар: АМГ 5,76, ТТГ 2,56, ЛГ 3,67, ФСГ 4,86, пролактин 20

ГСГ: гидросалпинкс оң жақта.

Жұбайы 32 жаста, спермограмма: астенотератозооспермия

Диагноз: қайталамалы бедеулік болып түтіктік-перитонеальді фактор. Созылмалы жүктілікті көтере алмаушылық.

Ықтимал емдеу тактикасы

- Ерлі-зайыптылардың екеуінің де кариотиптерін анықтау + генетик бойынша кеңес, имплантацияға дейінгі генетикалық скринингпен ЭЖҰ бағдарламасын жүргізу, ерлі-зайыптылардың екеуіне де метафолин тағайындау
- Кіші жамбас астауының ультрадыбыстық зерттеуі, сүт бездерінің ультрадыбыстық және қалқанша безінің ультрадыбыстық зерттеуі. Жатыр түтіктерінің өткізгіштігін қалпына келтіру мақсатында лапароскопия жүргізу
- 6 айға метафолиннің үлкен дозаларын тағайындап, содан кейін жүктілікті жоспарлау
- Гепатит В и С, ВИЧ, RW, TORCH инфекциялары + инфекционист консультациясы
- хламидиозға ИФА IgM анықтау, кіші жамбас астауының УДЗ-сы және сүт бездерінің УДЗ-сы + терапевт консультациясы, тәулігіне 400 мг фольк қышқылын қабылдау

= 31 жастағы Индира 5 жыл ішінде жүктілікті жоспарлауда.

Анамнезден: 2020 жылдан бастап қан қысымының 100 мм сынап бағанасынан 160-қа дейін жоғарылауы байқалады, стопрессті қабылдайды. орташа ауырлықтағы 2 типті қант диабеті диагнозы қойылған эндокринологтың есебінде – күн сайын 1000 мкг глюконил қабылдайды

Менархе 13 жастан бастап, етеккір 13 жастан бастап, 5-6 күннен кейін, 30 күннен кейін 18 жастан бастап жыныстық өмір, 3 неке, тіркелмеген

Гормондар: АМГ 1,81, ЛГ 3,23, ФСГ 8,86, ТТГ 1,74, пролактин 40,92

Паритет:

2017 жыл 6-7 апта ішінде дамымаған жүктілік, жатыр қуысының кюретажы

2018 жыл 9-10 апта ішінде дамымаған жүктілік, медикаментозды түсік түсіру

2019 жыл 19-20 апта ішінде өздігінен түсік түсіру, жатыр қуысының кюретажы

Бойы 165 см, салмағы 79 кг, ИМТ 32.

Жұбайы 33 жаста, спермограмма нормозооспермия

Диагноз: Қайтамалық бедеулік, Созылмалы жүктілікті көтере алмаушылық. Орташа ауырлықтағы 2 типті қант диабеті. Созылмалы артериялық гипертензия.

Бұл пациентті одан әрі жүргізудің ықтимал тактикасы

- Жүктілік мүмкіндігі туралы мәселені шешу мақсатында эндокринолог, кардиолог және акушер-гинеколог құрамында консилиум өткізу
- Кіші жамбас мүшелерінің УДЗ, сүт бездерінің УДЗ және қалқанша безінің УДЗ кейіннен ЭЖҰ бағдарламасын жүргізу
- 6 айға метафолиннің үлкен дозаларын тағайындап, содан кейін жүктілікті жоспарлау
- Гепатит В и С, ВИЧ, RW, TORCH инфекциялары + инфекционист консультациясы
- хламидиозға ИФА IgM анықтау, кіші жамбас астауының УДЗ-сы және сүт бездерінің УДЗ-сы + терапевт консультациясы, тәулігіне 400 мг фольк қышқылын қабылдау

= 36 жастағы Наталья 7 жыл ішінде екінші некеде жүктілікті жоспарлап отыр. Менархе 13 жастан бастап, етеккір 3-4 күнге дейін, 24 күннен кейін аз.

18 жастан бастап жыныстық өмір, 2-неке тіркелген.

2020 жылы лапароскопия жүргізілді (оң жақ аналық бездің апоплексиясы). Гормондар: пролактин 64, АМГ 1,69, FSH 5,58, LH 4,5, TSH 1,65.

Паритет:

2010 жыл шұғыл босану, 3700 бала тірі, дені сау, бұл бала 1 некеден.

2016 жыл 12 апталық дамымаған жүктілік, медициналық түсік.

2017 жыл 14 апталық дамымаған жүктілік, медициналық түсік.

2020 жыл 5-6 аптада өздігінен түсік түсіру.

2021 жыл оң жақтағы эктопиялық жүктілік, лапаротомия, оң жақтағы тубэктомия.

Жұбайы 47 жаста, тератозооспермия спермограммасына сәйкес.

Диагноз: екіншілік бедеулік түтік-перитонеальді фактор. Әдеттегі түсік.

Гиперпролактинемия.

Наукасты жүргізудің ықтимал тактикасы

- пролактин деңгейін қалыпқа келтіру, эндокринолог емі, имплантация алдындағы генетикалық скринингпен (ПГД) ЭЖҰ бағдарламасын жүргізу, метафолинді қабылда
- жамбас мүшелерінің ультрадыбыстық, сүт бездерінің ультрадыбыстық және қалқанша безінің ультрадыбыстық зерттеуі, содан кейін ЭЖҰ бағдарламасын жүргізу
- метафолиннің үлкен дозаларын 6 айға тағайындау содан кейін жүктілікті жоспарлау
- В және С гепатиті, АИТВ, RW, torch инфекциясы + жұқпалы аурулар бойынша кеңес
- IgM ХЛАМИДИОЗЫНА арналған ИФА, жамбас ультрадыбыстық және сүт бездерінің ультрадыбыстық зерттеуі + терапевтпен кеңесу, фолий қышқылын тәулігіне 400 мг қабылдау

= 35 жастағы Шолпан 5 жыл бойы жүктілікті жоспарлап отыр.

Анамнезден: созылмалы соматикалық ауруларды жоққа шығарады.

Менархе 14 жастан 5 күнге дейін, 30 күннен кейін..

20 жастан бастап жыныстық өмір, неке 1, тіркелген.

Паритет:

2019 жыл 5-6 апта мерзімінде өздігінен түсік.

2020 жыл 5-6 апта мерзімінде дамымаған жүктілік, медициналық түсік.

2021 жыл медициналық көрсетілімдер бойынша жүктілікті тоқтату 20-21 апта ұрықтағы ми кистасы.

2022 жыл 5-6 апта мерзімінде дамымаған жүктілік, медициналық түсік түсіру + жатыр қуысының кюретажы.

Гормондар: TSH 2,21, LH 9,63, FSH 5,65, пролактин 20,3, АМГ 0,98

Кариотип 46XX.

Жұбайы 38 жаста, 2 дәрежелі астенозооспермия спермограммасы бойынша.

Диагноз: Екіншілік бедеулік, еркек факторы. Әдеттегі түсік. Гиперпролактинемия.

Бұл науқасты ықтимал емдеу жоспары қандай

- пролактин деңгейін қалыпқа келтіру мақсатында эндокринолог емі, ПГД бар ЭЖҰ бағдарламасын жүргізу, метафолин қабылдау.
- жамбас мүшелерінің ультрадыбыстық, сүт бездерінің ультрадыбыстық және қалқанша безінің ультрадыбыстық зерттеуі, содан кейін ЭЖҰ бағдарламасын жүргізу
- метафолиннің үлкен дозаларын 6 айға тағайындау және күйеуіне андролог емі содан кейін жүктілікті жоспарлау
- В және С гепатиті, АИТВ, RW, torch инфекциясы + жұқпалы аурулар бойынша кеңес
- IgM ХЛАМИДИОЗЫНА арналған ИФА, жамбас ультрадыбыстық және сүт бездерінің ультрадыбыстық зерттеуі + терапевтпен кеңесу, фолий қышқылын тәулігіне 400 мг қабылдау

= Жанбота 38 жаста, 8 жыл бойы жүктілікті жоспарлап отыр.

Анамнезінен: 2018 жылдан бастап пролактиннің 40-қа дейін жоғарылағанын атап өтеді, достинексті ½ таблеткадан аптасына 1 рет қабылдайды, МРТ мәліметтері бойынша гипофиздің микроаденомасы сипатталған.

Менархе 14 жастан бастап, етеккір 5 күннен кейін, 28 күннен кейін.

19 жастан бастап жыныстық өмір, неке 1, тіркелген.

Гормондар: пролактин 33,7 (Достинекс қабылдау аясында) TSH 0,46, LK 8,05, FSH 7,91, АМГ2, 77.

Паритет:

2014 жыл шұғыл босану, бала 3200 тірі сау.

2019 жыл 11-12 апта мерзімінде өздігінен түсік түсіру, жатыр қуысының кюретажы.

2020 жыл дамымаған жүктілік 7-8 апта мерзімінде, жатыр қуысының кюретажы.

2021 жыл 10-11 апта мерзімінде өздігінен түсік түсіру, жатыр қуысының кюретажы.

Бойы 163 см, салмағы 65 кг, ВМІ 25.

Жұбайы 40 жаста, спермограмма бойынша нормозооспермия.

Диагноз: екіншілік бедеулік болып табылады Эндокриндік фактор. Әдеттегі түсік.

Гиперпролактинемия.

Осы науқасты емдеу жоспары

- пролактин деңгейін қалыпқа келтіру мақсатында эндокринолог емі, ПГД бар ЭКҰ бағдарламасын жүргізу, метафолин қабылдау.
- жамбас мүшелерінің ультрадыбыстық, сүт бездерінің ультрадыбыстық және қалқанша безінің ультрадыбыстық зерттеуі, содан кейін ЭКҰ бағдарламасын жүргізу
- метафолиннің үлкен дозаларын 6 айға тағайындау, ерлі-зайыптылардың екеуінің де кариотиптері + кеңес генетика, содан кейін жүктілікті жоспарлау
- В және С гепатиті, АИТВ, RW, torch инфекциясы + жұқпалы аурулар бойынша кеңес
- IgM ХЛАМИДИОЗЫНА арналған ИФА, жамбас ультрадыбыстық және сүт бездерінің ультрадыбыстық зерттеуі + терапевтпен кеңесу, фолий қышқылын тәулігіне 400 мг қабылдау

= 26 жастағы Айдана бір жыл ішінде жүктілікті жоспарлап отыр.

Анамнезінен: 2018 жылдан бастап созылмалы пиелонефрит, жылына 2 рет өршуін атап өтті, 2020 жылы көзіне лазерлік коррекция жүргізілді.

Менархе 13 жастан бастап, етеккір 5 күннен кейін, 30 күннен кейін.

19 жастан бастап жыныстық өмір, неке 1, тіркелген.

Паритет:

2018 жыл шұғыл жедел босану, ұрықтың жамбас тұсаукесері, бала 3500 тірі сау.

2020 жыл мерзімінен бұрын босану 32 апта мерзімінде, ПОНРП бала 1900 пневмониядан 3 айдан кейін қайтыс болды.

2021 жыл 11-12 апта мерзімінде дамымаған жүктілік, жатыр қуысының кюретажы.

2022 жыл 6-7 апта мерзімінде дамымаған жүктілік, жатыр қуысының кюретажы.

Гормондар: АМН 0,74, FSH 7,58, LH 2,54, TSH 2,5, пролактин 18,6.

Ерлі-зайыптылардың кариотипі: 46XX және 49XY.

Жұбайы 30 жаста спермограмма бойынша астенотератозооспермия.

Диагноз: әдеттегі түсік, аналық бездің резерві төмен. Жатырдағы тыртық (1).

Ерлі-зайыптыларды жүргізу жоспары

- жатыр қуысы мен тыртықтың жай-күйін бағалау мақсатында гистероскопия жүргізу, ЭКО + ПГД бағдарламасын жүргізу (пациентке донорлық ооциттерді пайдалану мүмкіндігі туралы хабарлау)
- кіші жамбас мүшелерінің УДЗ, сүт бездерінің УДЗ және қалқанша безінің УДЗ кейіннен ЭКО + ПГД бағдарламасын жүргізу
- донорлық ооциттермен ЭКҰ бағдарламасын жүргізу
- В және С гепатиті, АИТВ, RW, torch инфекциясы + жұқпалы аурулар бойынша кеңес
- IgM ХЛАМИДИОЗЫНА арналған ИФА, жамбас ультрадыбыстық және сүт бездерінің ультрадыбыстық зерттеуі + терапевтпен кеңесу, фолий қышқылын тәулігіне 400 мг қабылдау

= Лаззат, 30 жаста, бір жыл ішінде жүктілікті жоспарлайды.

Тарихтан: созылмалы соматикалық аурулар жоқ.

Менархе 12 жастан бастап, етеккір 6 күнге дейін, 28-30 күннен кейін.

21 жастан бастап жыныстық өмір. Неке 1, тіркелмеген.

Паритет:

2014 жыл - босану, 2900 бала тірі, сау.

2016 жыл - босану, бала 3100 тірі, сау.

2018 жыл 8-9 апта мерзімде дамымаған жүктілік, жатыр қуысының кюретажы.

2020 жыл 10-11 апта мерзімде өздігінен түсік түсіру.

2022 жыл 13-14 апта үшін мерзімде де өздігінен түсік түсіру.

Гормондар:: TSH 2,2, LH 3,67, FSH 7,11, пролактин 8,34, АМГ 2,53.

Диагноз: әдеттегі түсік.

Берілген пациенттің ықтимал жүргізу тактикасы

- жатыр түтіктерінің өткізгіштігін, спермограмманы, морфологияны және МАР тестін Андрологтың кеңесімен тексеріп, метофолинді қабылдауды бастау
- жамбас мүшелерінің ультрадыбыстық, сүт бездерінің ультрадыбыстық және қалқанша безінің ультрадыбыстық зерттеуі, содан кейін ЭКҰ бағдарламасын жүргізу
- метафолиннің үлкен дозаларын 6 айға тағайындау және күйеуіне андролог емі содан кейін жүктілікті жоспарла
- В және С гепатиті, АИТВ, RW, torch инфекциясы + жұқпалы аурулар бойынша кеңес
- IgM ХЛАМИДИОЗЫНА арналған ИФА, жамбас ультрадыбыстық және сүт бездерінің ультрадыбыстық зерттеуі + терапевтпен кеңесу, фолий қышқылын тәулігіне 400 мг қабылдау

= 35 жастағы Арайлым 5 жыл бойы жүктілікті жоспарлап отыр

Анамнезден: бала кезінен созылмалы темір тапшылығы анемиясы.

Менархе 15 жастан бастап, менструация 5-7 күн, 28 күннен кейін

20 жастан бастап жыныстық өмір, неке 1, тіркелген

Паритет:

2011 жыл 7-8 апта ішінде өздігінен түсік түсіру, жатыр қуысының кюретажы

2012 жыл дамымаған жүктілік 7-8 апта ішінде, жатыр қуысының кюретажы

2014 жыл 9-10 апта ішінде дамымаған жүктілік, жатыр қуысының кюретажы

2016 жыл 9-10 апта ішінде өздігінен түсік түсіру, жатыр қуысының кюретажы

2017 жыл 9-10 апта ішінде дамымаған жүктілік, жатыр қуысының кюретажы

Биіктігі 153 см., салмағы 45 кг, BMI 23

Гормондар: АМН 0,98, FSH 11,9, LH 3,5, TSH 2,8, пролактин 20

Жұбайы 38 жаста, 2 дәрежелі астенозооспермия спермограммасы бойынша

Диагноз: бедеулік қайталама, еркек факторы. Әдеттегі түсік

Бұл ерлі-зайыптыларды басқарудың мүмкін тактикасы

- ерлі-зайыптылардың екеуінің де Кариотиптері + генетика бойынша кеңес беру, пгд-мен ЭКҰ бағдарламасын жүргізу, метафолин қабылдау
- кіші жамбас мүшелерінің УДЗ, сүт бездерінің УДЗ және қалқанша безінің УДЗ кейіннен донорлық ооциттермен ЭКҰ бағдарламасын жүргізу
- метафолиннің үлкен дозаларын 6 айға тағайындаңыз және күйеуіңізге андрологпен емделіңіз содан кейін жүктілікті жоспарлаңыз
- В және С гепатиті, АИТВ, RW, torch инфекциясы + жұқпалы аурулар бойынша кеңес
- ИФА хламидиоз IG M, жамбас ультрадыбыстық және сүт бездерінің ультрадыбыстық + терапевт кеңесі, фолий қышқылын қабылдау тәулігіне 400 мг

= Наргиза, 39 жаста, 15 жыл бойы жүктіліктің жоқтығына шағымдары бар. Анамнезден:

АИТ диагнозы бар эндокринологтың есебінде тұрады, гипотериоз медикаментозды

компенсация сатысында. Күн сайын 100 мкг эутирокс қабылдайды

Менархе 13 жастан бастап, етеккір 4 күн, 24 күннен кейін

24 жастан бастап жыныстық өмір неке 1, тіркелген

2019 жылдан бастап эндометриоз диагнозы қойылды, гистероскопия жасалды, содан кейін бір жыл ішінде визанна қабылданды.

Паритет:

2008 жылы босану, бала 3900 тірі сау

2009 жыл медициналық көрсеткіштер бойынша жүктілікті тоқтату (ұрықтағы ВПР: мойын гигромасы)

2016 жыл өздігінен ерте түсік, жатыр қуысының кюретажы

2017 жыл 4-5 апта ішінде дамымаған жүктілік, медициналық түсік

Гормондар: АМГ 1,01, ФСГ12,8, ЛГ 3,5, ТТГ 2,8, пролактин 14,6

Жұбайы 43 жаста, спермограмма бойынша астенотератозооспермия  
Диагноз: бедеулік қайталама, эндокриндік фактор. Әдеттегі түсік. АИТ, дәрілік өтемақы сатысындағы гипотериоз

Бұл ерлі-зайыптыларды басқарудың мүмкін тактикасы

- жамбас мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеуі (аналық бездердің + жатырдың жағдайын бағалау) жатыр түтіктерінің күйін тексеру (гидросальпинксті болдырмау үшін ГСГ жасау) ЭКО + ПГД бағдарламасын жүргізу, матофолин қабылдауды бастау
- ерлі-зайыптылардың екеуінің де кариотиптері + кеңес беру генетика, жамбас ультрадыбыстық, сүт бездерінің ультрадыбыстық және қалқанша безінің ультрадыбыстық зерттеуі, содан кейін ЭКҰ бағдарламасын жүргізу
- метафолиннің үлкен дозаларын 6 айға тағайындаңыз және күйеуіңізге андрологпен емделіңіз содан кейін жүктілікті жоспарлаңыз
- В және С гепатиті, АИТВ, RW, torch инфекциясы + жұқпалы аурулар бойынша кеңес
- ИФА хламидиоз IG M, жамбас ультрадыбыстық және сүт бездерінің ультрадыбыстық + терапевт кеңесі, фолий қышқылын қабылдау тәулігіне 400 мг

= Сабина 30 жаста, 7 жыл бойы жүктілікті жоспарлап отыр.

Анамнезден: гематологпен кеңесіп, тромбофилия мен фолий циклінің геномының бұзылуын ескере отырып, жүктілік кезінде фраксипарин, жүктілікті жоспарлау кезінде Тромбо АСС және невролон ұсынылады

Менархе 13 жастан бастап, менструация 5-6 күн, 30-33 күннен кейін Дюфастон қабылдау аясында 10 мг, 1 таблеткадан күніне 2 рет етеккір циклінің 16-дан 25-ші күніне дейін, Дюфастон қабылдамаған кезде етеккір циклі жоқ.

21 жастан бастап жыныстық өмір, неке 1 тіркелген

Гистеросальпингография кезінде жатыр түтіктері екі жағынан да өтеді

Гистероскопия жүргізілді-жатыр денесінің полиптері диагнозы қойылды, полиптер жойылды

Паритет:

2015 жыл 6-7 апта ішінде өздігінен түсік түсіру, жатыр қуысының кюретажы

2018 жыл 6-7 апта ішінде өздігінен түсік түсіру, жатыр қуысының кюретажы

2019 жыл 6-7 апта ішінде дамымаған жүктілік, жүктіліктің дәрі-дәрмекпен тоқтатылуы

2020 жыл ВМИ-мен өтті, содан кейін жүктілік пайда болды және 6-7 апта ішінде дамымаған жүктілік, жүктіліктің медициналық үзілуі

2021 жылы ЭКҰ бағдарламалары жүргізілді 20 ооцит алынды – 2 ұрықтандырылды-2 эмбрион алынды криоперация жүргізілді, ол әсер етпеді

2022 жылы ЭКҰ бағдарламалары жүргізілді 18 ооцит алынды - 1 ұрықтандырылды- алынған 1 эмбрион криоперация әсерсіз

Гормондар: ТТГ 4,68, ЛГ 1,09, ФСГ 2,98, пролактин 14,23, эстрадиол 36, АМГ 3,16, прогестерон 0,1

Жұбайы нормозооспермия спермограммасы бойынша 26 жаста

Диагноз: бедеулік қайталама эндокриндік фактор PCOS әдеттегі түсік

Бұл ерлі-зайыптыларды басқарудың мүмкін тактикасы

- эко + ПГД бағдарламасын жүргізу (пациентке донорлық ооциттерді пайдалану мүмкіндігі туралы хабарлау) метафолинді қабылдауды бастау
- ерлі-зайыптылардың екеуінің де кариотиптері + кеңес беру генетика, жамбас ультрадыбыстық, сүт бездерінің ультрадыбыстық және қалқанша безінің ультрадыбыстық зерттеуі, содан кейін ЭКҰ бағдарламасын жүргізу
- метафолиннің үлкен дозаларын 6 айға тағайындаңыз содан кейін жүктілікті жоспарлаңыз
- В және С гепатиті, АИТВ, RW, torch инфекциясы + жұқпалы аурулар бойынша кеңес
- ИФА хламидиоз IG M, жамбас ультрадыбыстық және сүт бездерінің ультрадыбыстық + терапевт кеңесі, фолий қышқылын қабылдау тәулігіне 400 мг

= Жансая 33 жаста, 4 жыл бойы жүктілікті жоспарлап отыр.

Анамнезден: бала кезінен созылмалы темір тапшылығы анемиясы.

Менархе 17 жастан бастап, етеккір 3-4 күн, 28 күннен кейін

18 жастан бастап жыныстық өмір, неке 1, тіркелген

Паритет:

2017 жыл 9-10 апта ішінде өздігінен түсік түсіру, жатыр қуысының кюретажы

2018 жыл өздігінен ерте түсік түсіру, жатыр қуысының кюретажы

2019 жыл 6-7 апта ішінде дамымаған жүктілік, жатыр қуысының кюретажы

2021 жылы лапароскопия жасалды, онда сол жақта кистэктомия жасалды және ХСС мәліметтері бойынша жатыр түтіктері екі жағынан да өтпейді.

Гормондар: АМГ 2,52, ФСГ 9,8, ЛГ 5,6, ТТГ 2,5, пролактин 23

Жұбайы нормозооспермия спермограммасы бойынша 37 жаста

Диагноз: бедеулік-бұл қайталама құбырлы-перитоний факторы, әдеттегі түсік. Созылмалы ТДА.

Бұл ерлі-зайыптыларды басқарудың мүмкін тактикасы

- ЭКО + ПГД бағдарламасын жүргізу, метафолин мен темір препараттарын қабылдауды бастау

- ерлі-зайыптылардың екеуінің де кариотиптері + кеңес беру генетика, жамбас ультрадыбыстық, сүт бездерінің ультрадыбыстық және қалқанша безінің ультрадыбыстық зерттеуі, содан кейін ЭКҰ бағдарламасын жүргізу

- метафолиннің үлкен дозаларын 6 айға тағайындаңыз содан кейін жүктілікті жоспарлаңыз

- В және С гепатиті, АИТВ, RW, torch инфекциясы + жұқпалы аурулар бойынша кеңес

- ИФА хламидиоз IG M, жамбас ультрадыбыстық және сүт бездерінің ультрадыбыстық + терапевт кеңесі, фолий қышқылын қабылдау тәулігіне 400 мг

= Лейла 37 жаста, учаскелік гинекологпен кездесуге келді, өйткені ол 10 жыл бойы жүктілікті жоспарлап отыр. Анамнезден 2007 жылы С гепатиті инфекциямен емделді.

Менструация 12 жастан 4 күнге дейін, 28 күннен кейін. 22 жастан бастап жыныстық өмір, неке 1, тіркелген. 1998 жылы лапароскопия оң жақ аналық бездің аппоплексиясы. 2019 жылы лапаротомия оң жақ аналық бездің дермоидты кистасы + миомэктомия.

Паритет:

2015 жыл артифициальді аборт

2016 жыл өздігінен түсік 5-6 апта мерзімінде

2020 жыл 18 апталық медициналық аборт (ұрықта ахондродисплазия бар)

2021 жыл 5-6 апта мерзімінде дамымаған жүктілік, медициналық түсік

Бойы 174 см, салмағы 78 кг, ВМІ 23

Тексерілді: Гормондар: пролактин 16,26, ФСГ 6,76, АМГ 2,42 Кариотип 46XX

ГСГ мәліметтері бойынша жатыр түтіктері екі жағынан да өтпейді

Жұбайы: 3 дәрежелі астенозооспермия спермограммасына сәйкес 47 жаста

Кариотип 46XY

Диагноз: бедеулік қайталама болып табылады түтік-перитоний және ерлер факторы. Әдеттегі түсік.

Бұл ерлі-зайыптыларды басқарудың мүмкін тактикасы

- ЭКО + ПГД бағдарламасын жүргізу, метафолин мен темір препараттарын қабылдауды бастау

- ерлі-зайыптылардың екеуінің де кариотиптері + кеңес беру генетика, жамбас ультрадыбыстық, сүт бездерінің ультрадыбыстық және қалқанша безінің ультрадыбыстық зерттеуі, содан кейін ЭКҰ бағдарламасын жүргізу

- метафолиннің үлкен дозаларын 6 айға тағайындаңыз содан кейін жүктілікті жоспарлаңыз

- В және С гепатиті, АИТВ, RW, torch инфекциясы + жұқпалы аурулар бойынша кеңес

- ИФА хламидиоз IG M, жамбас ультрадыбыстық және сүт бездерінің ультрадыбыстық + терапевт кеңесі, фолий қышқылын қабылдау тәулігіне 400 мг

= Екатерина, 28 жаста, бірінші жүктілік, бірінші босану, 12 аптадан бастап емханада жүктілік есебінде тұрады. Жүктіліктің 25 аптасында Екатеринаның туған күніне 6 айлық мысық сыйлаған. Екатерина мысыққа өзі қараған және 3 аптадан кейін жалпы әлсіздік, мазасыздық, бұлшықеттерде ауырсыну, қалтырау және субфебрильды температураны байқаған. Тағы бір аптадан кейін конъюнктивит пайда болған. Екатерина есепте тұрған емханаға қабылдауға жүгінген. Тексеру кезінде жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Көруі анық. Бас ауруы.

АҚ 110/70 мм ртст, пульс 86 соққы минутына, дене температурасы 37,2 жүктілік мерзімі 29 апта.

Тексеру кезінде пальпациялағанда ауырсынатын мойын лимфа түйіндерінің ұлғаюы байқалады. Тері жамылғысы физиологиялық түсті. Іші жүкті жатырдың есебінен үлкейген. Нормотонустағы жатыр. Ұрықтың позициясы бойлай, басы кіші жамбастың кіреберісінен жоғары. Ұрықтың жүрек соғысы минутына 144 рет ритмді. Жыныс жолдарынан патологиялық бөліністер жоқ. Науқаста қандай диагноз болуы мүмкін

- Жүктілік 29 апта. Токсоплазмоз
- Жүктілік 29 апта. Қызамық
- Жүктілік 29 апта. Желшешек
- Жүктілік 29 апта. Созылмалы вирустық В гепатиті
- Жүктілік 29 апта. Хламидиоз

= Жанар, көп жүктілік, көп босанушы 35 апта жүктілік кезінде кіші баласының балабақшасындағы ертеңгілікке барған. 2 аптадан кейін Жанарда тізе, шынтақ және жамбас буындарында ауырсыну пайда болды. Келесі күні қызба мазалаған және бет терісінің өзгермеген түсінде қарсы қызғылт түсті кішкентай бөртпе пайда болған, содан кейін ол бүкіл дененің терісіне таралды. Жүкті әйел жедел жәрдем шақырды.

Науқаста қандай диагноз болуы мүмкін

- Жүктілік 37 апта. Қызамық
- Жүктілік 29 апта. Сіреспе
- Жүктілік 29 апта. Желшешек
- Жүктілік 29 апта. Созылмалы вирустық В гепатиті
- Жүктілік 29 апта. Хламидиоз

= Екатерина, 28 жаста, бірінші жүктілік, бірінші босану, 12 аптадан бастап емханада жүктілік есебінде тұрады. Жүктіліктің 25 аптасында Екатеринаның туған күніне 6 айлық мысық сыйлаған. Екатерина мысыққа өзі қараған және 3 аптадан кейін жалпы әлсіздік, мазасыздық, бұлшықеттерде ауырсыну, қалтырау және субфебрильды температураны байқаған. Тағы бір аптадан кейін конъюнктивит пайда болған. Екатерина есепте тұрған емханаға қабылдауға жүгінген. Тексеру кезінде жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Көруі анық. Бас ауруы. АҚ 110/70 мм ртст, Пульс 86 соққы минутына, Дене температурасы 37,2 Жүктілік мерзімі 29 апта.

Тексеру кезінде пальпациялағанда ауырсынатын мойын лимфа түйіндерінің ұлғаюы байқалады. Тері жамылғысы физиологиялық түсті. Іші жүкті жатырдың есебінен үлкейген. Нормотонустағы жатыр. Ұрықтың позициясы бойлық, басы кіші жамбастың кіреберісінен жоғары. Ұрықтың жүрек соғысы минутына 144 рет ритмді. Жыныс жолдарынан патологиялық бөліністер жоқ.

Диагноз: жүктілік 29 апта. Токсоплазмоз.

Диагнозды тексеру үшін қандай диагностикалық әдістер қажет

- Токсоплазмозға ИФА IgM және IgG анықтау үшін
- Биохимиялық қан анализі + коагулограмма
- Жалпы қан анализі және зәрдің бактериологиялық себу
- Зәр мен нәжістің бактериологиялық себу, қанды стерильділікке тапсыру

- Ұрықтың УДЗ + іш қуысының УДЗ

= Жанар, көп жүктілік, көп босанушы 35 апта жүктілік кезінде кіші баласының балабақшасындағы ертеңгілікке барған. 2 аптадан кейін Жанарда тізе, шынтақ және жамбас буындарында ауырсыну пайда болды. Келесі күні қызба мазалаған және бет терісінің өзгермеген түсінде қарсы қызғылт түсті кішкентай бөртпе пайда болған, содан кейін ол бүкіл дененің терісіне таралды. Жүкті әйел жедел жәрдем шақырды. Диагноз: жүктілік 37 апта. Қызамық. Жедел жәрдем науқасты қайда жеткізеді

- Перзентхананың қабылдау бөлімінде және босану қызметі болмаған жағдайда инфекциялық стационарға тексеру ұсынылады
- Жедел жәрдем ұсыныстарды беріп, науқасты үйде қалдырады
- Инфекциялық стационардың қабылдау бөліміне жеткізеді
- Перзентхананың қабылдау бөліміне жеткізеді
- Жедел жәрдем деректерді учаскелік гинекологқа береді және үй карантинін тағайындайды

= Науқас Г., 29 жаста, гинекологқа бастың арууына, жылағыштыққа, мазасыздыққа, тахикардияға, сүт бездерінің ісіну шағымымен келді. Бұл симптомдар етеккір циклінің 6-14 күн бұрын басталуына және етеккір келгенде жойылатындығын айтты. Етеккірі 14 жастан, бірден реттелді, 3-4 күндік, цикл 28 күн, аз мөлшерлі, ауырсынусыз. Өзін 3 жылдан кейін басының жарақаттануынан кейін басталғанын айтты. Жыныстық қатынасы 18 жастан, 4 жүктілік, соңғысы артифициалды абортпен аяқталған. Науқас бітімі қалыпты, толықтау. Іші ағза жағынан ешқандай патология жоқ. Қынаптық тексерісте: сыртқы жыныс мүшелері қалыпты дамыған, жатыр мойны цилиндр формалы, таза, жатыры қалыпты пішінді, ауырсынусыз, қозғалмалы, дұрыс қалыпты. Жатыр қосалқылары екі жақтан да анықталмайды, үмбезі терең. КЖМ УДЗ, қорытынды: Органикалық өзгерістері жоқ. Диагноз қойыңыз. Керек тексерулер жүргізіңіз

- Етеккір алды кернеуі синдромы. Тексерулер: пролактина, Е2, прогестерон, ФСГ, ЛГ, альдостерон тексеру. Бас миының МРТ, ЭЭГ, көз түбі және перифериялық көру алаңын жағдайын тексеру. Терапевт, невропатолог және психиатр кеңесі
- Етеккір циклінің бұзылысы. Дисменорея. Фиброэктоидты мастопатия. Тексеру: сүт бездерінің УДЗ. Пролактин, Е2, прогестерон, ФСГ, ЛГ деңгейін анықтау
- Фиброэктоидты мастопатия. Тексеру : сүт бездерінің УДЗ. Пролактин, Е2, прогестерон, ТТГ, Т4св, АнтиТПО, прогестерона, ФСГ, ЛГ деңгейін анықтау
- Аналық бездерінің мерзімінен бұрын сарқылу синдромы. Тексеру: ФСГ, ЛГ. АМГ, Е2, кіші жамбас мүшелер МРТ
- Гипотиреоз. Етеккір циклінің бұзылысы. Тексеру: Етеккір циклінің бұзылысы. Тексерулер: Қалқанша без УДЗ. Пролактин, Е2, ТТГ, Т4св, АнтиТПО, ФСГ, ЛГ деңгейін анықтау.

= Науқас Я., 28 жаста, 2-4 айда сирек келетін етеккір цикліне, 10 жыл бойы біріншілік бедеулікке, прогрессирленген семіздікке және гирсутизмге шағымданады. Анамнезінде. Менархе 12,5 жастан, ретті емес, сирек және көпе мөлшерде келеді. Гинекологиялық ауруларды жоққа шығарады. 16 жастан бастан дене салмағының жоғарылауын айтты.кезеңдеп диетада отырады, эффект болмаған. Диспансерлік тіркеуде болмаған. Дәрігерге қаралмаған

Объективті: Жағдайы қанағаттанарлық. Дене бітімі дұрыс, гиперстеникалық. 167 см, салмағы 97 кг. Тері жамылғысы таза, мойын және қолдық асты аймақ терісінде гиперпигментация байқалады.

Базальді температура монофазды, инсулин мМЕ/мл 56, қандағы қант 4,5 ммоль/л. Аменореи барысында ЛГ – 14,5 МЕ/л, ФСГ – 4,8 МЕ/л. Гестагенмен сынама оң мәнді. Диагноз

- Поликистозды аналық без синдромы. Гиперинсулинемия. Семіздік 1 дәрежесі
- 2 типті қант диабеті. Семіздік 1 дәрежесі. Бедеулік
- Гиперинсулинемия. Гиперандрогения. Семіздік 1 дәрежесі. Ановуляция.
- Поликистозды аналық без синдромы. Гиперинсулинемия. Семіздік 2 дәрежесі
- 1 типті қант диабеті. Семіздік 1 дәрежесі. Бедеулік 1

= Пациент М., 50 жаста, акушер-гинекологқа күніне 12 рет ысықтың болуы, тершеңдік, бастың айналуы, артериалды гипертензия, ұйқысыздық, мазасызды, қорқыныш үрей шағымдарымен келді. Соңғы жылдары ретсіз, 2-3 айда, ілсіз, ауырсынусыз келетін байқады. Гинекологиялық аурулары жоқ.

Объективті: Жағдайы қанағаттанарлық. АҚҚ 150/90мм с.б.б., Пульс 76рет минутына. Тері жамылғысы таза, қалыпты түсте. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Соққылау симптомы екі жақтан теріс мәнді.

St. genitalis: сыртқы жыныс қалыпты дамыған. Түктенуі әйел типтес. Айнамен қарағанда: қынап, жатыр мойны шырышты қабаты таза, шырышы жұқарған, бөлініс аз, ашық түсті. Бимануалды тексерісте патологиялар анықталмады. Тексеріс нәтижелері: ЛГ 14мМЕ/мл, ФСГ 35 мМЕ/мл, ТТГ 2,8 мкМЕ/мл, Т4св 13пмоль/л, КЖ УДЗ: жатыр 45\*37\*42 мм, Мэхо 3мм, оң аналық без 21\*17мм, 3 фолликул, 6 мм, сол аналық без 19\*15мм, аз фолликулдар, 4 мм шейін. Диагноз

- Климактериялық синдром орташа дәрежесі. Созылмалы артериалды гипертензия.
- Менопауза. Біріншілік гипотиреоз. Созылмалы артериалды гипертензия
- Климактериялық синдром ауыр дәрежесі. Созылмалы артериалды гипертензия
- Постменопауза. Біріншілік гипотиреоз. Созылмалы артериалды гипертензия
- Менопауза. . Созылмалы артериалды гипертензия

= Пациент П., 27 жаста, мазасыздыққа, әлсіздікке, жылағыштыққа, сүт бездерінің ісінуіне, бетінің, балтырының ісінуіне, салмағының жоғарылауы, терісінің қышынуы шағымданады. Бұл симптомдар етеккір алдында күшейіп етеккір келгенде жойылады. Басынан өткерген аурулары: екі жақты созылмалы оофорит. Айнамен қарағанда және бимануалды тексергенде патологиялық өзгерістер жоқ.

КЖ УДЗ: Жатыр 45\*38\*46мм, М-эхо 5мм (етеккір циклінің 6 күні), оң жақ аналық без 27\*19мм, 5-6 фолликул диаметрі 7 мм дейін, сол жақ аналық без 26\*20мм, 4 фолликул 3-4 мм шейін.

Гормон деңгейі етеккір циклінің 5 күні ФСГ 5мМЕ/мл, ЛГ 7мМЕ/мл, пролактин 336 мМЕ/л. Диагноз, емі

- Етеккір алдылық синдром, ісіну форма. Емі: психотерапия, дұрыс тамақтану, витаминотерапия, физиотерапевтік әдістер, простагландин синтезінің ингибиторлары, гормональді терапия
- Гиперпролактинемия. Емі : допамин рецепторгонисті, дұрыс тамақтану, витаминотерапия, физиотерапиялық әдістер
- Климактериялық синдром орташа дәрежесі. Емі: Менопаузальді гормональді терапия
- Поликистозды аналық без синдромы. Емі: комбинирленген оральді контрацептивтер, циклдік витаминотерапия
- Аналық бездің мерзімінен бұрын сарқылуы. Емі: орынбасушы гормональді терапия, циклдік витаминотерапия, физиотерапия

= Әйелдер кеңесіне 16 жастағы пациент О аз, сирек етеккір келу шағымымен дәрігерге көрінді. Қарағанда пациент орта бойлы, иықтары кең, жамбасы тар, аяқ-қолдары ішкентай, дене бұлшықеттері гипертрофирленген, сүт бездері дамымаған, түктенуі ерек типтес. Етеккірі 15 жастан, 38-49 кун арасында, аз көлемді, ауырсынусыз.

St/genitalis: сыртқы жыныс мүшелері әйел типтес, клитордың ұлғаюы бар, кіші және үлкен жыныс еріндері гипоплазиясы байқалады. Ректоабдоминалді тексергенде : жатыры

қалыптыдан төмен, тығыз, қозғалмалы, жатыр қосалқылары екі жақтан анықталмайды, аумағы ауырсынусыз. Аалдын ала диагноз қойылды: Аденогенитальді синдром.

Тексеру және емдеу жоспарын анықтаңыз

- Гормон деңгейін анықтау: ДГЭ-сульфат, 17-ОП, тестостерон, дексаметазонмен сынама; Кіші жабас мүшесі УДЗ, бүйрек үсті без компьютерлік томографиясы. Емі:

глюкокортикоидті гормондар.

- Гормон деңгейін анықтау: ФСГ, ЛГ, пролактин. Эхоэнцефалография, компьютерлі томография, түрік ерікшесі мен бас қаңқасының

- Гормон деңгейін анықтау: ФСГ, ЛГ, эстроген, прогестерон, тестостерон, ДГЭ-сульфат, 17-ОП; Кіші жабас мүшесі, бүйрек үсті без УДЗ, дексаметазонмен сынама, гипоталамо-гипофизарной аумағының компьютерлі томографиясы

- Гормон деңгейін анықтау: қанда: ДГЭ-сульфат, 17-ОП, тестостерон, сілекейде кортизол. КЖМ УДЗ. Емі оперативті

- Кариотипа және жыныс хроматинін анықтау, кіші жабас мүшелерін УДЗ, функциональді диагностика тесті

= Пациент А. Жасы -18 жас 2 ай. Шағымы: етеккірі 3- айда 1 рет келуіне шағымданады. Осы жағдай пациентті 1 жыл бойы мазалайды.

Балалық шағында ЖРВИ. Туберкулез, венерологиялық аурулар, гепатит болмаған.

Операция, жарақаттар болмаған. Созылмалы пиелонефритпен диспансерлік тіркеуде.

Аллергологиялық анамнезі тыныш. Менархе 13 жастан бастап, 3-5 күн, ретті, 28-30 күн сайын, бұзылыстарды соңғы жылы байқаған. Соңғы етеккірі 2 апта бұрын болған, мұның алдында 4 ай бұрын келген. Жыныстық қатынаста болмаған.

Объективті: Жағдайы қанағаттанарлық. Бойы 161 см. Салмағы 96. Тері жамылғысы қалыпты түсте. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Соққылау симптомы екі жақтан теріс мәнді. Зәр шғаруы қалыпты, ауырсынусыз.

St. Genitalis: Сүт бездері жұмсақ, ауырсынусыз. Үрпісі таза. Үрпіден патологиялық бөліністер жоқ. Үрпі аумағында 2,5 см ұзындықта бірнеше түктер байқалады.

Перифериялық лимфа түйіндері ұлғаймаған. Сыртқы жыныс мүшелері қалыпты дамыған. Түктенуі әйел типтес.

Тексеріс нәтижелері:

Т4 12 (қалыпты), Т3св 5,8 (қалыпты), анти-тпо 0,5 ( қалыпты ), ТТГ 2,14 ( қалыпты), ЛГ 8,8 мМЕ/мл . ФСГ 3,18мМЕ/мл, пролактин 899 (қалыптыда 530 шейін), тестостерон 2,0 ( қалыптыда 4шейін), эстрадиол, прогестерон (қалыпты)

ЛГ/ФСГ қатынасы= 2,76. Диагноз

- Поликистозды аналық без синдромы Семіздік 2 дәрежесі

- Гиперпролактинемия. Гиперандрогенемия

- Поликистозды аналық без синдромы. Гиперпролактинемия. Семіздік 1 дәрежесі

- Мультифолликулярлы аналық без. Гиперпролактинемия. Макропролактин анықтауға қан тапсыру. Гипофиз МРТ. Достинекс 0,5 мг 1т\*2 рет аптасына, 2 ай көлемінде

- Гиперпролактинемия

= Пациент М, 17 жаста гинекологқа бірінші рет етеккірдің келмеуіне шағымымен келді.

Ауру анамнезі: Етеккірі мүлдем болмаған. Дәрігерге қаралмаған, тексерілмеген.

Объективті тексерісте байқалады: бойының төмендегіне (142 см), тері қартпарымен қысқа мойын, құлақтарының төмен орналасуы, бөшетәріздес кеуде

St genitalis: Сүт бездері жоқ, қолтықасты және қасаға үсті түтенуі төмен, сыртық жыныс мүшелері әйел типтес, үлен және кіші жыныс еріндері төмен дамыған. Ректоабдоминальді тексеруде жатыры кішірейген, жатыр қосалқылары анықталмайды.

Тексеру нәтижелері: : ФСГ 82мМЕ/мл, ТТГ 2,02пмоль/л, Эстрадиол 18, пролактин 238 мМЕ/л, Кариотип 45X0

КЖМ УДЗ: жатыры қалыпты мөлшерде, жатыр қуысы деформацияланбаған, жатыр денесі мен мойны пропорциясы қалыпты. Аналық бездері екі жақтан тығыз, фолликулдар байқалмайды. Диагноз. Тактика

- Шерешевский-Тернер синдромы таза формасы. 1,5-2 жыл бойы таза эстрогенмен ОГТ, сосын комбинирленген препараттар
- Шерешевский-Тернер синдромы, мозаикалы форма. Менопаузаға дейін таза эстрогенмен ОНТ
- Гипофизарлы нанизм. Гормональной терапии қажет етпейді
- Нунан синдромы
- Төмен бойлы. Жоғарғы дозалы соматропты гормонмен 15 сүйетік жасқа дейін емдеу

= Пациент И., 27 жаста, 7 бойы етеккірдің елмеуіне және сол бір мезетте іштің ауырсыну шағымымен гинеологиялық бөлімге келді.

Ауру анамнезі. 8 апталық жүктілікті үзгеннен ейін басталуымен байланыстырады. Операциядан кейін гематометр дамуымен асқынған, қайты жатыр қуысын қырнау жүргізілген. Қайта қырнадан бір ай өткен соң іштің төменгі бөлімі қатты ауырсынған, жыныс жолдарынан қанды бөліністер болмаған. Келесі ай басынан бастап іште ауырсыну мазалаған, бірақ қанды бөліністер болмаған. Үш ай бұрын дәрігерге қаралған. Жатыр мойнын айнамен қарағанда жатыр мойны таза, қызғылт түсті, сыртқы аңқа сызықты, «қарашық» симптомы оң мәнді, шырышты созылу үші 8 см

Бимануалды тексерісте: жатырыздап ұлғайған, тығыз, қозғалмалы, ауырсынусыз. Жатыр қосалқылары пальпацияланбайды, ауырсынусыз.

Қосымша тексеру әдістер нәтижелері: 2 апта бұрын ауырсыну алдында базалді температура екі фазалы, 370С жоғарылаған. Кольпоцитология –жұғынды пролиферативті типті;

УДЗ– жатыршілік синехиялар;

Қан құрамындағы гормондар қалыпты, гормонды сынама теріс мәнді

Диагноз. Тактика

- Екіншілік аменорея, жатыршілік синехиялар. Тактика – гистероскопия, синехий бұзылысы, 2-3 айға ЖІС енгізу, цилдік гормондар тағайындау, антибактериалды терапия
- Біріншілік аменорея, жатыршілік синехиялар. Тактика – гистероскопия, синехий бұзылысы, цилдік гормондар тағайындау
- Біріншілік аменорея, жатыршілік синехиялар. Тактика – гистероскопия, синехий бұзылысы, цилдік гормондар тағайындау, антибактериалды
- Екіншілік аменорея. Созылмалы эндометрит. Тактика –антибактериальді және физиотерапия
- Біріншілік аменорея. Комбинирленген оралді контрацевтивті 6-9 ай бойы тағайындау

= Пациент Т., 24 жаста, 8 ай бойы етеккірді келмеуіне, сүт бездерінен ақшыл түсті бөлініс бөліну шағымымен әйелдер кеңесіне келді.

Анамнезінде менструация 12 жастан, тез реттелді, 3-4 күндік, интерал 28 күндік, ауырсынусыз, аз мөлшерлі. Босануы біреу, асқынусыз өткен.

Объективті: Сүт бездері жұмсақ, ауырсынусыз. Сыққанда уыз тәрізді бөлініс бөлінеді.

Перифериялық лимфатүйіндері ұлғаймаған. Гинеологиялық тесеру: сыртқы жыныс мүшелері гипертрофияланған. Айнада: «қарашық» симтомы теріс мәнді

Per vaginam: бимануалды тесерісте қынап тар. Жатыр anteversio-flexio, кішкентай, тығыз, қозғалмалы, ауырсынусыз. Жатыр қосалқылары анықталмады, ауырсынусыз. Түрік ершігі рентгенографияс өзгеріссіз. Гистологиялық тесеруде жатыр қуысынан жұғын алынды, шырышты қабаты атрофиялаған. Диагноз. Қосымша тексеру әдісі

- Галакторея. Аменорея. Тексеру жоспары: ФСГ, ЛГ, пролактин, макропролактин, түрік ершігі МРТ, көз түбі, өру алаңы

- Гиперпролактинемия. Аменорея. Тексеру жоспары ФСГ, ЛГ, пролактин, түрік ершігі МРТ, көз түбі, өру алаңы
- Гиперпролактинемия. Аменорея. Тексеру жоспары: ФСГ, ЛГ, пролактин, түрік ершігі МРТ, көз түбі, өру алаңы
- Галакторея. Аменорея. Тексеру жоспары: ФСГ, ЛГ, пролактин, макропролактин, түрік ершігі МРТ
- Гиперпролактинемия. Тексеру жоспары: ФСГ, ЛГ, пролактин, түрік ершігі МРТ, көз түбі, өру алаңы МРТ

= Пациент С., 37 жаста, 1,5 жыл бойы етеккірдің келмеуіне, ыстықтап терлеуіне шағымданады.

Анамнезінде: менструация 14 жастан, 16 жастан бері тұрақталған, 3-5 үндік, интервал 28 күндік, аз мөлшерлі, ауырсынусыз. Жыныстық қатынас 18 жастан. Жыныстық қатынаста 2 жылдан кейін жүтілікті көтерген, жүктілігі жиі қауіптерен өтен, босануы асқынусыз. Менструация босанудан кейін 8 айдан соң келген. 34 жасынан етеккірі аз мөлшерлі, 45-50 күн аралық интервалда болған. 36 жасынан бастап ұйқысыздық, тершендік, ыстықтағыштық мазалаған. Гинекологиялық аурулары жоқ. Ішкі ағзаларында патология жоқ.

St genitalis: Сүт бездері жұмсақ, ауырсынусыз. Перифериялық лимфатүйіндері ұлғаймаған. Айнамен қарағанда: қынап шырышы құрғақ. Жатыр мойны цилиндрлі, таза. Бөлініс ақшыл, аз өлемді.

Per vaginum: жатыр anteversio-flexio, қалыптыдан жоғары, ауырсынусыз, қозғалмалы. Жатыр қосалқылары анықталмайды, ауырсынусыз.

Диагноз. Тексеру жоспары және емі

- Аналық без әлсіреу синдромы. Тексеру жоспары: функциональді диагностикалау тесті, кіші жамбас УДЗ, гормональді профиль, гормональді сынама. Емдеу жоспары: табиғи менопауза жас кезеңіне дейін орын басушы гормоналды терапия
- Поликистозды аналық без синдромы. Тексеру жоспары: функциональді диагностикалау тесті, кіші жамбас УДЗ, гормональді профиль, гормональді сынама. Емдеу жоспары: табиғи менопауза жас кезеңіне дейін орын басушы гормоналды терапия.
- Климактериялық синдром. Тексеру жоспары: функциональді диагностикалау тесті, кіші жамбас УДЗ, гормональді профиль, гормональді сынама. Емдеу жоспары: табиғи менопауза жас кезеңіне дейін орын басушы гормоналды терапия.
- Посткастрационды синдром. Тексеру жоспары: функциональді диагностикалау тесті, кіші жамбас УДЗ, гормональді профиль, гормональді сынама, аналық без биопсиясы. Емдеу жоспары: табиғи менопауза жас кезеңіне дейін орын басушы гормоналды терапия
- етеккір алдылық синдром, ісіну формасы. Тексеру жоспары: функциональді диагностикалау тесті, кіші жамбас УДЗ, гормональді профиль, гормональді сынама, аналық без биопсиясы. Емдеу жоспары: табиғи менопауза жас кезеңіне дейін орын басушы гормоналды терапия

= Пациент Л., 4 жас 10 ай. Клиникаға жыныс мүшлерінің ерте ждамуымен түсті.

Анамнезінде: туылғандағы салмағы 2000г, ата-анасы сау, тұқымқуалаушылық аурулары жоқ. 6 айында пневмонимен ауырған. Осы уақытқа шейін ауытқулар болмаған. 3 жас 6 айында сүт бездері өсе бастаған, қасаға үстінде аздаған түктену байқалған. 4 жас 6 айында теккір секілді бөліністер болған, кезеңдік қайталанып отырды. Объективті: физикалық дамуы 8 жасқа сәйкес. (бойы 121см, салмағы 21,8 кг ).

Сол қолдың білезік буынының рентгенограммасында сүйек 7,5 жасына сәйкес келеді.

Психикалық дамуы бала жасына сай. Іші ағзаларында ауытқулар жоқ. Диагноз

- Шынайы мерзімінен бұрын жыныстық жетілу (конституциялы формасы). Гинеколог, эндокринолог және невропатологтың бақылауы

- Жалған шала жыныстық жетілу. Гинеколог, эндокринолог және невропатологтың бақылауы
- Жалған шала жыныстық жетілу (конституциялы формасы). Гинеколог, эндокринолог және невропатологтың бақылауы
- Жалған мерзімінен бұрын жыныстық жетілу. Гинеколог, эндокринолог және невропатологтың бақылауы
- Шынайы мерзімінен бұрын жыныстық жетілу (толық формасы). Гинеколог, эндокринолог және невропатологтың бақылауы

= Пациент К., 16 жаста, етеккірдің болмау шағымымен гинекологқа қаралды. Ата-анасы сау, туылғандағы салмағы 3600 г, бойы 52 см. Дамуы қалыпты. 10 жасында сүт бездері, 11 жасында қасаға үстінде, кейін қолтықтастында түктену байқалды. Қарағанда: бойы 167 см, салмағы 58 кг. Дене бітімі қалыпты. Май қабаты әйел типтес. Жыныстық даму формуласы: – МаЗРЗАхЗМе0. Гинекологиялық тесеруде: сыртқы жаныс мүшелері қалыпты дамыған. Үлкен еріндері кіші еріндер мен клиторды жауып тұрады. Сыртқы уретра, паруретралды айуақ, үлен вестибулярлы бездер патологиясыз. Қыздық пердесі бүтін, өзек диаметрі 0,6 см. Қынапты зондау теріс мәнді, зонд қынапқа 1 см енеді. Ректоабдоминалді тексеруде қынап түтікшелі, жатыр мойны, жатыр анықталмайды, жатыр қосалқы аумағында ісік, тығыздығы аналық бездерге сәйкес келеді. Кіші жамбас УДЗ жатыр анықталмайды, қосалқы аумағында аналық безге ұқсас құрылым анықталады. Генетика кеңесінде– кариотип 46 XX.

Диагноз

- Майер-Рокитанский-Кюстнер-Хаузер синдромы. Емі – жасанды қынап жасау
- Тестикулярлы феминизация синдромы. Емі – оперативті, қосалқы аумағындағы ісікті алып тастау
- Шерешевский Тернер синдромы, таза формасы. Емі – табиғи менопауза жас кезеңіне дейін орын басушы гормоналды терапия
- Шерешевский Тернер синдромы, мозаикалы формасы. Емі – керек жағдайда орын басушы гормонды ем
- Клайнфельтер синдромы. емі- орын басушы гормонды ем

= Пациент П., 8 жаста. Анасының айтуы бойынша 3 ай бұрын 3 күн аралығында жыныс жолдарынан қанды бөліністер болған, сүт бездері ұлғая бастаған. Баланың жалпы жағдайы қанағаттанарлық, дене бітімі астеникалы, тамақтануы төмен. Сүт бездерінің өсуі байқалады (Ма2). Қасаға және қолтық астынан түтенуі жоқ. Іштің төменгі бөлімінде ісік тәрізді тығыз, ауырсынусыз қозғалмалы ісік анықталады.

Гинекологиялық тексеру кезінде сыртқы жыныс мүшелері жасына сәйкес келеді, жас үшін әдеттен тыс вульваның шырындылығы байқалады. Қынаптан шырышты бөліну. Ректо-абдоминалды тексеруде қозғалмалы, ауырсынусыз, бұдырлы ісік анықталады, оң жақ аналық безден шыққан деген әсер; жатырдың денесі қалыптыдан сәл үлкен, сол жақ аналық безді пальпациялау мүмкін болмады.

Жамбас мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеуі оң жақ аналық безден шыққан ісіктің болуын растады. Диагноз. Емдеу

- Оң жақ аналық без гормонотерапиясымен ісік. Жалған мерзімнен бұрын жыныстық даму. Емі – ісікті алып тастау
- Оң жақ аналық без гормонотерапиясымен ісік. Емі – химиотерапия, антиэстрогенді препараттар
- Оң жақ аналық без гормонотерапиясымен ісік. Шынайы мерзімнен бұрын жыныстық даму. Емі – ісікті алып тастау
- Оң жақ аналық без ісігі Емі сәулелі терапия

- Оң жақ аналық без гормонопродуцирлеуші ісік. Жалған мерзімнен бұрын жыныстық даму. Емі гонадотропин рилизинг гормон агонистімен

= 35 жастағы науқас гинекологқа 12 ай бойы етеккірдің болмауына, үнемі бас ауруына шағымданып келді.

Анамнезінен: 2 босану, 1 асқынусыз медициналық түсік. Соңғы бір жылда дене салмағы 10 келіге артқан. Созылмалы соматикалық ауруларды жоққа шығарады. Бір жыл бойы ешқандай дәрі қабылдамаған.

Объективті: жағдайы қанағаттанарлық. Физикасы дұрыс. Бойы 162 см, салмағы 83 кг, тамыр соғысы 60 рет/мин, АҚ 100/60 мм с.б.б. Бимануальды тексеруде: жатыр денесі ұлғаймаған, қозғалмалы, ауырсынусыз. Екі жақтағы қосалқылар пальпацияланбайды. Гормональді тексерулер : пролактин — 55 нг/мл (қалыптыда 5,1–26,5), ТТГ — 20 мЕд/л (қалыптыда 0,3–4,2), Т4 бос — 3,8 пмоль/л (қалыптыда 9,0–22,0). Диагноз

- Гипофиз пролактиномасы
- Функциональді гиперпролактинемия
- Прогестеронді жетіспеушілі
- Біріншілік гипотиреоз
- Семіздік

= 16 жастағы қыз бала 2 айлық кешігуден кейін 8 күнге созылатын жыныс жолдарынан қанды бөлініске шағымданып дәрігерге жүгінді. Алғашқы етеккір 4 айда пайда болды. 28 күннен кейін 2 күн артқа, орташа ауырлықта, ауырсынусыз. Жыныстық өмір жоққа шығарылады. Объективті: Таннер бойынша жыныстық даму В3Р4Ме16. Дамуы дұрыс, физикалық жағынан жақсы қалыптасқан. Сыртқы жыныс мүшелері қалыпты дамыған. Түктенуі әйел типтес. Ректо-абдоминальды тексеруде патология анықталмады.

ЖҚА: Гемоглобин — 80 г/л, эр 2,8, лейкоциттер 5,6, тромбоциттер 237, ЭТЖ 3 мм/с

Алдын ала диагнозы

- Ювенильді жатырдан қан ету. Жеңіл дәрежедегі анемия
- Аномальді жатырлық қан кету— овуляторлы дисфункция. Орта дәрежедегі анемия
- Ювенильді жатырдан қан ету. Ауыр дәрежесіндегі анемия
- Аномальді жатырлық қан кету— аденомиоз. Орта дәрежедегі анемия
- Аномальді жатырлық қан кету— эндометриальді. Орта дәрежедегі анемия

= Науқас М., 17 жаста, етеккірдің болмауына шағымданып гинекологқа келді.

Анамнезінен: құрдастарына қарағанда тез өсіп, дамыған, спортпен белсенді және табысты айналысады. Балалық шақтық аурулары жоқ. Жыныстық қатынаста болмаған.

Объективті: бойы 158 см, салмағы 55 кг, жауырыны кең, жамбас сүйектері тар, сүт бездері гипопластикалы, санда, арқа, төс сүйегі, іштің ақ сызығы бойында, иек аймағында, жоғарғы ерін аумағында терминалды түктену байқалады. Пульс 72 рет минутына, АҚ 110/70 мм с.б.б. St/genitalis: Сыртқы жыныс мүшелері қалыпты дамыған, түктенуі ерле типтес. Ректоабдоминальды тексеруде жыныс мүшелерінің патологиясы анықталмады.

Зерттеу нәтижелері:

Тексеру нәтижесі: 17-ОНП, ДГЭА-С, АКТГ деңгейлері жоғарылаған, кортизол төмендеген. Диагноз

- Конституциональді гиперандрогения
- ВДКН классикалық формасы
- ВДКН классикалық емес формасы
- Андрогенпродуцирлеуші аналық без ісігі
- Метоболиалы синдромсыз СПКЯ

= 62 жастағы науқас сүйектері мен буындарының, омыртқа аймағындағы ауру сезіміне, соңғы жылы екі рет аяқ-қолының сынуына шағымданып келді.

Анамнезінен: менопауза 11 жаста. Анамнезінде: Артериялық гипертензия ІІІ, қауіп 3, Н0. Гинекологиялық тексеруде: айнада қараған кезде қынаптың шырышты қабаты жұқарған, атрофиялық, шырышты қабаттардың бөлінуі аз. Бимануальды тексеруде жатыр денесінің көлемі кішірейген, қозғалмалы, ауырсынусыз. Екі жақтағы қосалқылар пальпацияланбайды, ауырсынусыз. Қынап күмбезі кең. Диагноз

- Климактериялық синдромның кеш симптомы: постменопаузальді остеопороз.
- қалыпты жас
- Ауыр дәрежелі климактериялық синдромның уақытша симптомы
- Артериальді гипертензия
- екіншілік остеопороз

= Науқас Н., 15 жаста, гинекологиялық бөлімшеге жыныс жолдарынан көп мөлшерде қанды бөліністерге шағымданып түсті. 12 жастан бастап етеккір, жыныстық қатынаста болмаған.

8 күн бұрын ауырған, ол кезде 2 ай етеккір болмаған кезде жыныс жолдарынан орташа қан бөлінділері пайда болған. Келесі күндері қан кетудің қарқындылығы күшейді, әлсіздік, бас айналу пайда болды.

Қан анализі: гемоглобин 75г/л, эритроциттер – 2,7, тромбоциттер 189, ЭТЖ 8 мм/сағ  
St genitalis: В4Р4Ме12. Сыртқы жыныс мүшелері қалыпты дамыған. Түктенуі әйел типтес.  
Per vaginum қаралмады, жыныстық қатынаста болмаған. Қыздық перде бүтін.

Per rectum: Сфинктер тонусы сақталған. Тік ішек ампуласы кең. Жатыр денесі тығыз, мөлшері қалыптыдан аз, ауырсынусыз, қозғалмалы. Екі жағындағы қосымшалар б/о  
КЖМ УДЗ: Жатыр 37\*30\*32мм, М-эхо 16мм, сұйық қосындылармен эхогенділігі жоғарылаған. Оң жақ аналық безі 26\*19мм, кесіндісінде 7 фолликул, диаметрі 2-4мм. Сол жақ аналық безі 26\*21мм, 5 бөлімінде фолликула диаметрі 4-14 мм.

Диагноз. Науқасты емдеу жоспары

- Жыныстық жетілу кезінде етеккірдің көп болуы. Орташа ауырлықтағы анемия. Ұсынылады: Гормоналды гемостаз: КОК тәулігіне 3 таблеткадан, содан кейін күніне 2 таблеткадан, содан кейін күніне 1 таблеткадан 21-ші күнге дейін, содан кейін 7 күн үзіліс және контрацепция 2 циклдік режимінде. Антианемиялық терапиясы
- Ювенильді жатырдан қан кету. Ауыр анемия. Жатыр қуысын кюретаж жасау ұсынылады. Қан компоненттерімен гемотрансфузия. Антианемия терапиясы - Феркайл 2,0 б/е 1р/т 5 күн, утеротоникалық терапия: окситоцин 5ЕД 1,0 б/е күніне 2 рет 5 күн
- Ювенильді жатырдан қан кету. Ауыр анемия. Ұсынылды: гормоналды гемостаз: контрацепция режиміндегі КОК. Ұзақ уақыт бойы таблетка препараттарымен антианемиялық терапия
- Жыныстық жетілу кезінде етеккірдің көп болуы. Орташа ауырлықтағы анемия. Ұсынылды: гормондық гемостаз: контрацепция режимінде КОК (жоғары доза), тәулігіне 1 т \* 1 рет.
- Менопаузадан қан кету. Орташа ауырлықтағы анемия. Ұсынылады: Гормоналды гемостаз: КОК тәулігіне 3 таблеткадан, содан кейін күніне 2 таблеткадан, содан кейін күніне 1 таблеткадан 21-ші күнге дейін, содан кейін 7 күн үзіліс және контрацепция 2 циклдік режимінде.

= Науқас С., 25 жаста, 1,5-2 ай аралығында болатын ретсіз жатырдан қан кетуге, кезеңдік гемоглобиннің төмендеуіне, әлсіздікке, шаршағыштыққа шағымданды.

Менархе 12 жаста, 13 жастан бастап жатырдан қан кету болған, осыған байланысты балалар гинекологында емделген. 17 жастан бастап жыныстық өмір, ол жүктілікке қызығушылық танытпады, контрацепциялық режимде новинет препаратын қабылдады, соңғы айында некеге байланысты қабылдауды тоқтатуды шешті. Препаратты

тоқтатқаннан кейін үш күннен кейін жыныс жолдарынан ациклді қанды бөліністер басталды.

УДЗ: жатыр 50x32x49 мм, эндометрий 7 мм, контурлары анық емес, жатыр қуысы шамалы кеңейген. Аналық бездер: оң жақта -35x26x32 мм, сол жақта - 36x25x30 мм, фолликулдар диаметрі 5-7мм, доминантты фолликул жоқ.

ЖҚА: Нь 89 г/л, эр 3,8. Лейкоциттер 6,4, тромбоциттер 243. ЭТЖ 9 мм/сағ

Диагностика, емдеу тактикасы

- Тұрақсыз циклмен мол, жиі етеккір. Орташа анемия. Жатыр қуысының диагностикалық кюретажы, содан кейін гистологияны алғаннан кейін. 3-4 айға циклдің 11-ден 25 күніне дейін гестагендер. Антианемия терапиясы 2-3 ай

- Тұрақты циклмен мол, жиі етеккір.

- Тұрақсыз циклмен мол, жиі етеккір. Орташа анемия. Гормоналды кюретаж: КОК тәулігіне 3 таблеткадан, содан кейін күніне 2 таблеткадан, содан кейін күніне 1 таблеткадан 21-ші күнге дейін, содан кейін 7 күн үзіліс және контрацепция режимінде 2 цикл. Антианемия терапиясы

- Репродуктивті жастағы дисфункционалды жатырдан қан кету. Жеңіл анемия.

Гормоналды кюретаж: КОК тәулігіне 3 таблеткадан, содан кейін күніне 2 таблеткадан, содан кейін күніне 1 таблеткадан 21-ші күнге дейін, содан кейін 7 күн үзіліс және контрацепция режимінде 2 цикл. Антианемия терапиясы

- Тұрақты емес циклмен мол, жиі етеккір. Жеңіл анемия. Утеротоникалық терапия бұлшықетішілік окситоцин №5, гемостатикалық терапия Тренакс 500 мг 2 таб \* күніне 3 рет №3. 3 ай бойы антия

= Наукас Р., 29 жаста, гинекологиялық бөлімшенің қабылдау бөліміне келесі етеккірдің 3 айға кешігуінен кейін жыныс жолдарынан ұзаққа созылған қанды бөлініске шағыммен жүгінді. Хорионалық гонадотропинін тесті теріс. Объективті: жағдайы қанағаттанарлық. Физикасы дұрыс. Бойы 162 см, салмағы 64 кг. Терісі қалыпты түсті, таза. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Соққылау симптомы екі жақта да теріс. Жыныс жолдарынан орташа дәрежелі қан кетулер.

Бимануальды тексеру және айналар арқылы тексеру патологиялық өзгерістер анықталмады.

Гистероскопия бақылауымен жатыр қуысына емдік-диагностикалық кюретаж жүргізілді.

Гистологиялық зерттеу нәтижесі: пролиферацияның кеш фазасының эндометрийі.

Диагноз. Тактика

- АЖҚк-О. Репродуктивті жоспарларға байланысты екінші фазада ұсынылатын КОК немесе гестагендер

- Репродуктивті жастағы ДЖҚ. эндометрияның гиперплазиясы. Ұсынылған: ЖІС-Mirena

- Ерте мерзімдегі дамымайтын жүктілік. Барьерлік контрацепция немесе төмен дозадағы КОК

- АЖҚк. Диеногест тәулігіне 2 мг ұзақ уақыт, 6-9 ай

- АЖҚк-М. одан әрі емдеу жоспарын шешу үшін онкогинекологпен кеңесу

= Наукас И., 38 жаста, қынаптың құрғауына және қышуына, жыныстық қатынас кезіндегі ауырсынуға шағымдарымен босанғанға дейінгі емханаға түсті. Диффузды перитонит, метрoэндометрит, екі жақты ірінді тубо-аналық түзілістерге байланысты лапаротомия, жатырды екі жақты алып тастау арқылы гистерэктомия жасалған кезде өзін 3 жыл бойы аурумын деп санайды. Операциядан кейінгі кезеңде бактерияға қарсы, детоксикация, десенсибилизация, қалпына келтіру терапиясы жүргізілді. Тігістері өз уақытында жазылып, 15-ші күні ауруханадан шығарылды. Операциядан кейін 2 аптадан кейін «тершендік» пайда болды, ол 8 ай бойы сақталды, кейін тоқтады. Оған медициналық көмек көрсетілмеді.

Айнадан қарағанда: қынаптың шырышты қабаты жұқарған, мөлдір тамыр торы бар, бөліндісі аз. Бимануальды тексеру: қынап шектелген. Жатыр мойны, жатыр денесі және қосалқылары жоқ. Кіші жамбаста түзілістер жоқ

- Кастрациядан кейінгі синдром. Емі: таза эстрогендермен ауызша немесе трансдермальді түрде ОГТ

- Орташа ауырлықтағы менопауза синдромы. Емі: МГТ біріктірілген эстроген + гестаген немесе трансдермальды эстроген + пероральді прогестоген.

- Жамбас мүшелерінің адгезиялық ауруы. Емі: тік ішек суппозиторийлеріндегі НҚҚП препараттары, ферментті препараттар. Физиотерапия. Диагностика, емдеу жоспары

- Кастрациядан кейінгі синдром. Емі: қынапқа эстриолды суппозиторийлер, аптасына күніне 1 суппозиторийден бастап. Дозаны аптасына 2 рет 1 суппозиторийге дейін азайту

- Кастрациядан кейінгі синдром. Емі: ОГТ біріктірілген эстроген + гестаген немесе трансдермальды эстроген + ауызша гестаген

= Наукас Ю., 23 жаста, 7 ай бойы етеккірдің болмауына, бедеулікке шағымданады. 13 жастан бастап етеккірі ретсіз, 2-3 айға кешіктірілген, аз, ауырсынусыз. 13 жастан бастап жамбастың артқы жағында, жіліншіктерде және еріннің үстінде түктену байқалады. Некеде 3 жыл, жүктіліктен қорғалмаған, жүктілік болмайды. Соңғы етеккірі 1,5 ай бұрын келген.

Қарап тексергенде – терінің гипертрихозы; аксиларлы, шап аймағында, сүт бездерінің астындағы пигментация және гиперкератоз; май тінінің біркелкі таралуымен семіздік.

Бимануальды тексеру: жатыр денесі anteversio-flexio, көлемі қалыпты, тығыз, қозғалмалы, ауырсынусыз. Екі жағында аздап ұлғайған, тығыз, ауырсынусыз аналық бездер пальпацияланады.

Тексеру нәтижесі: КЖМ УДЗ: жатыр 49\*38\*48мм, М-эхо 4мм, оң аналық без 41\*19\*19мм, көлем 14,8 см<sup>3</sup>, 16 фолликул, диаметрі 6-7 мм, сол жақ аналық без 36\*20\*21мм, көлем 15,2 см<sup>3</sup>, 19 фолликул, диаметрі 3-4 мм.

Гормон деңгейі: ФСГ 2,9 мМЕ/мл, ЛГ 9,2 мМЕ/мл, пролактин 421 мМЕ/л

Диагноз. Жүргізу жоспары

- СПКЯ. Тексеру керек: св.тестостерон, ДГЭ-сульфат, 17-ОП, инсулин, қандағы қант. Дексаметазонмен сынама. Антиэстрогенмен овуляцияға жеткізу.

- СПКЯ. Тексеру керек. Тестостерон, ДГЭ-сульфат, 17-ОП. Ұзақ эффективті андрогенмен КОК

- Мультифолликулярлы аналық без. Гиперпролактинемия. Қанды макропролактинді анықтау. МРТ гипофиза. Достинекс 0,5 мг 1т\*2 рет аптасына, 2 ай

- Бедеулік. Гиперандрогения. Кортизол, св.Тестостерон тексеру. 1 жыл бойы антиандрогенді эффектпен КОК

- Мультифолликулярлы аналық без. Гиперпролактинемия. Қанды макропролактинді анықтау. МРТ гипофиз. Достинекс 0,5 мг 1т\*2 рет аптасына 2 ай бойы, үндізгі стационарда қабынуға қарсы терапия

= Наукас Р., 24 жаста, сирек, аз етеккірге шағымданады. 17 жастан бастап етеккірлер тұрақты емес, 45-60 күннен кейін, әрқайсысы 2-3 күннен, аз, ауырсынусыз. Үйленгеніне 3 жыл. Оның бір жүктілігі болды, ол ерте мерзімде өздігінен аяқталды. Қазіргі уақытта ол докторантураға түскендіктен жүктілікті жоспарлап отырған жоқ.

Объективті: дене бітімі спортты, сүт бездері гипопластикалық, конустық пішінді, аяқ-қолдарда, санның ішкі бөлігінде, іштің төменгі бөлігінде түктенудің шамадан тыс өсуі байқалады; бетте, арқада және кеудеде - акне вульгарис байқалады. .

St.genitalis: сыртқы жыныс мүшелері дұрыс дамыған, клитор сәл ұлғайған.

Қынапқа: қынап тар, жатыр мойны конустық асты, жатыр мойны жабық. Жатырдың денесі қалыптыдан біршама кішірек, тығыз, қозғалмалы, ауырсынусыз. Аналық бездері көлемі ұлғайған, оң жақ бөлігі сол жақтан сәл үлкенірек, тығыз, ауырсынусыз.

УДЗ мәліметтері: жатыр гипоплазиясы, аналық бездері шамалы, асимметриялық ұлғайған, щеткалары 5-7 мм диаметрлі, олардың капсуласы қалыңдамаған. Функционалды диагностика сынақтары бойынша эстрогеннің төмен қанығуы анықталды. Гормоналды зерттеу жүргізу кезінде: 17-ОН-прогестерон, ДЭА жоғарылаған, ЛГ / ФСГ қатынасы 1,5: 1, дексаметазонмен сынамасы оң. Диагностика, емдеу

- Поликистозды аналық без синдромы. Емі. КОК (этинилэстрадиол 20мкг+ дроспиренон3 мг)

- Поликистозды аналық без синдромы. Емі. КОК (этинилэстрадиол30мкг+левоноргестрел 0,15мг)

- Поликистозды аналық без синдромы. Емі. КОК (этинилэстрадиол 20мкг +гестоден 75 мкг)

- Поликистозды аналық без синдромы. Емі. КОК (этинилэстрадиол 30мкг+диеногест 0,03 мг)

- Поликистозды аналық без синдромы. Емі. КОК (эстрадиол 20 мкг+левоноргестрел 150 мкг)

= Наукас А., 19 жаста, 1,5 жыл бойы етеккірдің болмауына шағымданып келді.

Анамнезінен: етеккір 13 жастан бастап, бірден белгіленген, 17 жасқа дейін тұрақты, 28 күннен кейін 4-5 күннен кейін, орташа ауырсынады, көп емес. 17 жасынан бастап ол тамақпен шектеле бастады, өйткені ол салмағын артық салмақ деп санады. Бір жыл ішінде 10 кг салмақ тастаған, етеккір тоқтаған. Денсаулық жағдайы қанағаттанарлық. Тамақтануы қалыптыдан аз, мұны тамақты жек көрумен түсіндірді. Кезеңдеп іш жүргізетін дәрілерді қабылдайды. Жыныстық өмір сүрмейді.

Объективті: бойы 164 см, салмағы 43 кг. Тері жабындылары бозғылт, шынтақ аймағында тері жамылғысы құрғақ. Сүт бездері солған. АҚҚ 90/60 мм.сын.б.б. Дене температурасы – 36,2°C. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Соққылау симптомы екі жақта да теріс мәнді.

Гинекологиялық тексеру кезінде сыртқы жыныс мүшелері гипотрофиялы, вульваның шырышты қабаты бозарған, құрғақ. Ректоабдоминалды тексеру кезінде жатыр көлемі кіші, тығыз, қозғалмалы, ауырсынусыз, екі жақтағы қосалқылар анықталмайды, олардың аймағы ауырсынусыз.

УДЗ-де жатырдың денесінің өлшемі 30x30x21 мм, эндометрий визуалды емес, М-эхо сызықты. Оң жақ аналық безінің көлемі 3,8 см<sup>3</sup>, сол жақ аналық безінің көлемі 3,2 см<sup>3</sup>. Фолликулярлық аппарат дамымаған.

Диагноз. Емдеу жоспары

- Анорексия кезіндегі аменорея. Емі: дене салмағын қалыпқа келтіру, психотерапия, витаминдік терапия, 3-6 айға циклдік гормондық терапия

- Гипопитуитаризм. Емі: гормондарды алмастыру терапиясы

- Стресстік аменорея. Емі: психотерапия, седативтер, витаминдік терапия

- Поликистозды аналық без синдромы. Емі: дене салмағын қалыпқа келтіру, психотерапия, витаминдік терапия, 3-6 айға біріктірілген пероральді контрацептивтермен гормондық терапия

- Аналық бездердің мерзімінен бұрын сарқылуы. Емі: гормондарды алмастыру терапиясы

= Наукас Т., 7 жаста, ата-анасынан сау, тұқым қуалаушылық ауыртпалықсыз туылған. Үш жасқа дейін ол қалыпты өсіп, дамыды. 3 жасында туберкулезді менингоэнцефалитпен ауырып, 4 жыл бойы мамандандырылған емханада емделген. 6 жасында қыз балада екіншілік жыныстық белгілер пайда болды (сүт бездері алдымен ұлғая бастады, содан кейін лоб пен қолтықта шаштың өсуі пайда болды), 6 жас 7 айлығынан ретсіз, аз қанды бөлінділер пайда болды. жыныс жолдары пайда болды.

Объективті түрде қыз жасынан үлкен көрінеді (9-10 жаста). Бойы 134 см, салмағы 31 кг. Ауыстырылған менингоэнцефалиттің кейбір салдары байқалады: оң жақты гемипарез,

моторлы афазия, ауыр орташа тежелу. Психикасы балаша, көп сөйлейді, үйлесімсіз, айқын жалпы қозғалыс қозғыштығы байқалады.

Таннер бойынша жыныстық жетілу дәрежесі: V2P2. Ректоабдоминальды тексеруде жатырдың айтарлықтай ұлғаюы, қосалқылары жоқ. Сыртқы жыныс мүшелері нәрестелік. Зертханалық клиникалық, рентгенологиялық және эндокринологиялық зерттеулер патологиялық белгілерді анықтаған жоқ. Диагнозы: ерте жыныстық жетілу

Диагноз. Емдеу

- Церебральды генездің шынайы изосексуалды ерте жыныстық дамуы. Емдеу - кем дегенде 12 жылға дейін гонадолибирин суперагонистерімен терапия

- Ісік генезінің шынайы изосексуалды ерте жыныстық дамуы. Емдеу – негізгі ауруды емдеу

- Жалған ерте жыныстық даму. Емі – кіші жамбастағы ісіктерін хирургиялық алып тастау

- Церебральды шыққан нағыз гетеросексуалды ерте жыныстық жетілу. Емдеу - кем дегенде 12 жылға дейін гонадолибирин суперагонистерімен терапия

- Ерте жыныстық дамудың толық емес түрі. Витаминдік терапия, психотерапия.

= Әйел қызымен бірге қабылдау бөліміне ішінің төменгі бөлігіндегі ауру сезіміне шағымданып келді. Анамнезінен: 13,5 жасар қыз бала 5 ай бойы ішінің төменгі бөлігінде мезгіл-мезгіл ауырсынулар. Объективті: екіншілік жыныстық белгілер дұрыс дамыған. Жыныстық формула: МазАхзРзМео. Ішті пальпациялағанда тугеластикалық түзіліс анықталады, оның жоғарғы полюсі жатырдан 2 саусақ жоғары. Сыртқы жыныс мүшелерін тексергенде: қыздық перде томпайып, көкшіл-күлгін түсті. Кіші жамбаста ректоабдоминальды тексеру тығыз-эластикалық түзіліспен анықталады.

Болжам диагноз. Тексеру. Емдеу тактикасы

- Қыздық перде атрезиясы. Гематокольпоз, гематометр. Жамбас мүшелерінің МРТ.

Қыздық перденің крест тәрізді кесілуі

- Кіші жамбастың ісігі. Жамбас мүшелерінің МРТ. Ісікті хирургиялық алып тастау

- Жатыр мойны каналының атрезиясы. Гематометр. Лапароскопия. Мазмұнға ұмтылу

- Қыздық перде атрезиясы. Гематокольпоз, гематометр. 6-9 ай бойы үздіксіз режимде гестагендермен терапия

- Жатыр миомасы. Миоматозды түйіннің тууы. Гистероскопия. Миоматозды түйінді алып тастау

= Науқас 17 жаста, ішінің төменгі бөлігіндегі құрысу ауруына, жыныс жолдарынан көп мөлшерде қанды бөліністерге шағымданып ауруханаға жеткізілді. Науқастың айтуы бойынша, алдыңғы түнде етеккірдің 3 апта бойы кешігуінен кейін іштің төменгі бөлігінде және бел аймағында тартылу ауруын сезінді, жыныс жолдарынан дақты қанды бөлінділер пайда болды; таңертең ауырсынулар құрысу сипатына ие болды, жыныс жолдарынан бөлінділер көп болды, ұйыған қан пайда болды.

Анамнезінен: етеккір 12 жылдан бастап, тұрақты етеккір 28-29 күн сайын 5-6 күн. Науқас жыныстық қатынаста болмаған.

Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық, пульс 72 рет минутына, АҚ 120/80 мм сын.бағ. Өнер. Іші пальпацияда жұмсақ, төменгі бөлімдерінде аздап ауырсынады, Щеткин-Блюмберг симптомы теріс.

St genitalis: Сыртқы жыныс мүшелері дұрыс дамыған. Қыздық перде бүтін. бөлңңс қанды, көп, ұйыған. Тік ішек арқылы: Жатыр денесі ұлғаймаған, тығыз, қозғалмалы, пальпацияда ауырсынусыз. Екі жақтағы қосалқылар пальпацияланбайды, ауырсынусыз. Қынаптың қоймалары бос.

Қарау нәтижесі: ЖҚА гемоглобин 87 г/л, эр 2,8, тромбоциттер 190, ЭТЖ 13 мм/сағ. КЖМ УДЗ қорытындысы: фолликулярлық киста. Эндометрияның гиперплазиясы (М-эхо 19,5 мм). Тактика

- Гормоналды гемостаз, анемияға қарсы терапия, қабынуға қарсы терапия

- Хирургиялық дефлорация, жатыр қуысы мен жатыр мойны каналының кюретажы. Антибактериалды терапия
- Утеротоникалық, анемияға қарсы, қабынуға қарсы терапия
- Тәулігіне 3 таблеткадан, содан кейін күніне 2 таблеткадан және 21 күнге дейін 1 таблеткадан бастап КОК-пен гормоналды гемостаз
- Жатыр қуысының ішіндегі заттардың вакуумдық аспирациясы, жатыротоникалық, анемияға қарсы терапия

= 27 жастағы науқас етеккірдің сирек келуіне және дене салмағының артуына шағымданып гинекологқа қаралды. Анамнезінен: етеккір 12 жаста. Менструация 3-4 күн, 45-60 күннен кейін аз, ауырсынусыз. Жүктілік болған жоқ.

Объективті: жағдайы қанағаттанарлық. Физикасы дұрыс. Бойы 160 см, салмағы 85 кг, қан қысымы 140/100 мм с.б.б.. Бел шеңбері / Жамбас шеңбері= 0,86. Тері жабындылары майлы, бетінде безеу, иек аймағында, үстіңгі ерін аймағында жалғыз терминалды шаштың өсуі.

St geniyalis: Сыртқы жыныс мүшелері дұрыс дамыған. Түктенуі әйел типтес.

Қынаптық тесеру: жатырдың орналасуы антефлексия, көлемі біршама кішірейген, қозғалмалы, ауырсынусыз. Оң және сол жақ қосалқылар аймағында 4x4 см түзілістер пальпацияланады, тығыз эластикалық консистенциялы, қозғалмалы, ауырсынусыз. Қынап күмбезі терең. Бөлінулер аз мөлшерде жеңіл.

Тексеру нәтижесі: КЖМ УДЗ жатыр 42\*30\*40мм, М-эхо 2 мм, оң жақ аналық безі 17 см3 көлемінде, 20 фолликул кесіндісінде 4-5 мм дейін, Сол жақ аналық безі көлемі. 19 см3 кесіндіде 23 фолликула диаметрі 3-4 мм дейін.

Қандағы қант 5,6, Инсулин 27мМЕ/мл, ФСГ 4,6 мМЕ/мл, ЛГ 8,9мМЕ/мл, пролактин 321мМЕ/л. Тактика

- КОК (Джес, Димиа және т.б.), Метформин, диета, спорт, гипотензивті препараттар
- Метформин, диета, достинекс, овуляцияны стимуляциялау
- КОК (жанин, Силуэт және т.б.), достнекс, диета, спорт, гипотензивті препараттар
- Натуральді эстрогендер (прогинова, дивигель), метформин, диета спорт
- КОК, Инсулин қысқа әсерлі, диета, спорт, достинекс

= Менингит кезінде диагностикалаудың негізгі әдісі

- люмбальді пункция
- нейросонография
- электроэнцефалография
- қанның биохимиялық анализі
- бас миының томографиясы

= Полиомиелит кезінде мидың қандай бөліктері зақымдалады

- Жұлын және бас миының мотонейрондары
- Жүйкелік импульстарды жүргізу үшін синапстар
- Бас миының сұр заты
- Бас миының ақ заты
- Жүйкенің миелінді қабығы

= Қызамықтың типті ағымы кезінде қандай негізгі бөртпе элементтері байқалады

- Ұсақ дақты
- Буллезді бөртпе
- Уртикарлы бөртпе
- Розеолезді бөртпе
- Геморрагиялық бөртпе

= Көкжөтелдің орташа түрінде тәулігіне жөтел ұстамаларының жиілігі қандай

- 15-25
- 1-10
- 10-15
- 45-55
- 30-45

= Менингиттің қандай түріне лимфоцитарлы цитоз тән

- Энттеровирусты менингит
- Пневмококкты менингит
- Гемофильді менингит
- Менингококкты менингит
- Стафилококкты менингит

= 1 жасқа дейінгі балаларда менингитке тән симптом

- Лессаж симптомы
- төменгі Брудзинский симптомы
- ортаңғы Брудзинский симптомы
- Керниг симптомы
- жоғары Брудзинский симптомы

= Балалардағы вирустық гепатит кезіндегі жүрек-тамыр жүйесіндегі өзгерістерге тән

- Брадикардия
- Тахикардия
- Пароксизмальді аритмия
- «Галоп» ырғағы
- V нүктеде қатты ысқырықты шум

= Науқастың бадамша бездерінде қанға малынған, кір қара түсті, тығыз, алынуы қиын пленкалық жабындылар анықталды. Жабындыларды алып тастағаннан кейін, орналасқан жері қанталайды. Баланың терісінде инъекция орындарында қан кетулер бар. Балада дифтерияның қандай түрі бар екенін болжаңыз

- геморрагиялық формасы
- гипертоксикалық формасы
- оңашаланған формасы
- жайылған формасы
- токсикалық формасы

= 3 жасар бала 2-ші күні ауырады. Ауру дене қызуының 37,4С дейін көтерілуінен және бөртпеден басталды. Терінің өзгермеген фонында бөртпе, көп емес, ұсақ дақтар мен везикулалар түрінде. Келесі күні бөртпе элементтерінің саны өсті, бірең сараң қабыршақтар анықталды. Сіздің болжамды диагнозыңыз

- Жел шешек
- Қызылша
- Қызамық
- Скарлатина
- Псевдотуберкулез

= Бала 5 жаста. Бет терісінде, жазылу беткейінде бөртпе қызғылт түсті, дақты, қосылмайды, шүйде лимфа түйіндерінің ұлғаюы байқалады. Сіздің диагнозыңыз

- қызамық
- қызылша

- скарлатина
- лимфаденит
- паротит

= Бала 8 айлық. Т-39 градус, аз көлемді сұйық нәжіс, шырышпен, қанмен, еріндері құрғақ, әрбір дәрет алдында бетінің қызаруы, жылау. Іші аздап үрілген, сол жақ мықын аймағында ауырсыну. Ең ықтимал диагноз қандай

- Шигеллөз
- Сальмонеллез
- Ротавирусты гастроэнтерит
- Холера
- Энтеровирусты инфекция

= 12 жастағы бала ВГВ инфекциясынан кейін 8 ай ішінде биохимиялық ремиссияда. Бауырдың мөлшері жас нормасында. Шағымдар жоқ. Төмендегі серологиялық көрсеткіштердің қайсысы инфекциялық процестің аяқталуын көрсетеді

- Анти-НВс IgG
- НВе Ag
- Анти-НВс IgM
- НВс Ag
- Анти-НВе - IgM

= Бала 2 айлық, тәбет төмендеген, құлықсыз ішеді. Тері қабаты сұрғылт реңкке ие, ұстағанда құрғақ, тіндердің тургоры төмендеген, тері қатпары өте баяу жазылады. Үлкен еңбегі түскен. Көздері шүңірейген. Шырышты қабаттары құрғақ. Ауырғанға дейінгі салмағы 3500 кг, түскенде 3000 кг болды. Бұл жағдайда баладағы экзикоздың дәрежесі қандай?

- 3
- 1
- 2
- 4
- сусыздану жоқ

= Балада бауырының ұлғаюы анықталды. Қанда: ИФА - анти НАV 1gM. Ең ықтимал диагноз қандай?

- ВГА
- ВГД
- ВГВ
- ВГС
- ВГЕ

= 10 жасар бала емханаға ауруының 1-ші күні келді. Қонақта болғаннан кейін 5 сағаттан соң жедел ауырып қалды: эпигастрийде және кіндік маңында ауру сезімі, жүрек айну, 3-4 рет құсу. Нәжісі көлемді, шырыс араласқан, қою-жасыл түсті, сасық иісті. Төмендегі диагноздардың қайсысы ең ықтимал

- сальмонеллез
- холера
- дизентерия
- эшерихиоз
- амебиаз

= 14 жастағы бала ауруының бірінші күні аймақтық дәрігерге мұрнының ағуына, бас ауруына, тамақтың ауыруына, құрғақ жөтелге, көзінің күйіп ашуына шағымдарымен қаралды. Объективті: Температура 38,5С. Ауыз-жұтқыншақтың шырышты қабаттары айқын гиперемияланған, жұтқыншақтың артқы қабырғасы түйіршікті, іріңді жабындылар жоқ. Склерада тамырлы инъекция. Мұрын арқылы тыныс алу қиын, серозды-шырышты сипатқа ие. Жөтел құрғақ, продуктивті емес. Өкпесінде тынысы везикулярлы, сырылдар жоқ. Жүрек тондары анық, ырғақты. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Бұлшықет ішіне цефазолин, схема бойынша тамифлю тағайындайды, тамақты фурациллин ерітіндісімен шаю, парацетамол, нафтизин. Тапсырмалардағы қатені табыңыз

- цефазолин б/і
- тамифлю схема бойынша
- парацетамол
- нафтизин
- тамақты фурациллин ерітіндісімен шаю

= 15 жастағы бала, әлсіздікке, жүрек айнуына, 2 ретке дейін құсуға, зәрінің қараюына шағымданады. Тері жамылғысының түсі орташа сары түсті, склерасы субиктериялық, бауыры + 2,0 см. Қанның б/х анализі: билирубин 120 ммоль/л, тікелей 98 ммоль/л, АЛТ – 463 бірл/л (қалыптыда - 44 бірлік/л), тимол сынамасы 15 бірлік, ИФА талдауы – аHAV IgM – оң. Ауру ошағында қатынасқа түскендерді бақылау ұзақтығы қандай

- 35 күнге
- 7 күнге
- 14 күнге
- 3 айға
- 6 айға

= Жедел ішектік инфекциямен сырқаттанған баланың нәжісінде қан бар. БЖАИЖ бағдарламасы бойынша баланың еміне қандай дәріні таңдайсыз

- ципрофлоксацин
- амикацин
- пенициллин
- цефтриаксон
- фуразолидон

= Ауызжұтқыншақ дифтериясы диагнозы қойылған 3 жастағы балада көзінің асты мен аяқтарының таңертеңгі уақытта ісіп тұруы байқалған, жалпы зәр талдауын тексеру кезінде анықталғаны: протеинурия, гематурия, цилиндрурия, соққылау симптомы оң. Дәрігер бірінші кезекте бұл аурудың қандай асқынуы туралы ойлауы керек

- гломерулонефрит
- пиелозктазия
- зәр шығару жолдарының инфекциясы
- зертас ауруы
- нефроптоз

= Қабылдау бөліміне іріңді баспа диагнозымен бала түсті. Объективті: ауыздан тәтті-қанты иіс, ауыз-жұтқыншақтың орташа гиперемиясы, бадамша бездерінде ақ-сұр түсті жабынды байқалады, шпательмен алу қиын, жабындыны алып тастағаннан кейін «шық» симптомы байқалады. Аңқадан жұғындыны ВL-ға алу сынамасы оң. Осы науқасты бастапқы емдеу тактикасы қандай?

- дифтерияға қарсы сарысуды еңгізу
- гаммаглобулин еңгізу
- ботулинге қарсы сарысу еңгізу

- иммуноглобулин еңгізу

= Препаратқа ерекше реакциясы бар бала жансақтау бөліміне түсті. Тұқым қуалайтын ферментопатиялар тудыратын препараттарға сезімталдықтың жоғарылауымен және реакциясының өзгеруімен сипатталатын құбылыс қалай аталады?

- Идиосинкразия
- Тәуелділік
- Тәуелділік
- Қорытындылау
- Кумуляция

= Перзентханада қолы дамымаған сәби дүниеге келген. Ұрықта туа біткен ақауларды тудыратын дәрілердің әрекетін қандай терминмен сипаттайды

- Тератогенді
- Кацерогенді
- Аллергия
- Жергілікті
- Резорбтивтік

= Тетрациклин тобының антибиотиктерін антацидтермен бір мезгілде қолданғанда олардың сіңуі төмендейді. Бұл жағдайда сәйкессіздіктің қандай түрі байқалады?

- Фармакокинетикалық үйлесімсіздік
- Дәрілік заттардың синергизмі
- Фармакодинамикалық үйлесімсіздік
- Фармацевтикалық сәйкессіздік
- Дәрілік заттардың функционалды антагонизмі

= Неліктен антацидтерді темір препараттарымен бір мезгілде қолдану ұсынылмайтыны туралы интерн дәрігермен кеңесіңіз.

- Темірдің сіңуі бұзылған
- Қан ақуыздарымен байланысуын арттырады
- Темірдің ағзаға түсуі бұзылады
- Темірдің интоксикациясы күшейеді
- Темір препараттарының шығарылуы тездетіледі

= Тыныс алу мүшелерінің ауруы бар 10 жасар балаға дене температурасын төмендету үшін парацетамол тағайындалды. Бұл емді фармакотерапияның қандай түріне жатқызу керек?

- Симптоматикалық
- бейімделгіш
- Этиотропты
- Патогенетикалық
- Ауыстыру

= Дәріханада дәрі-дәрмек беру кезінде фармацевт цианокобаламин мен тиамин хлоридін бір мезгілде қолданудың орынсыздығына назар аударды. Осы препараттардың өзара әрекеттесу түрі қалай аталады?

- Фармацевтикалық
- Синергизм
- Фармакокинетикалық
- Фармакодинамикалық
- Антагонизм

= Инъекция орнынан жүйелі қан айналымына түсетін препараттың салыстырмалы мөлшерін қалай атайды?

- Биожетімділігі
- Жартылай жойылу кезеңі
- Жартылай шығарылу кезеңі
- Тарату көлемі
- Жартылай сіңу кезеңі

= Атропинді фосфорорганикалық улану кезінде қолданады. Антидот әрекетінің негізінде қандай құбылыс жатыр?

- Антагонизм
- Тәуелділік
- Синергизм
- Потенциация
- Химиялық үйлесімсіздік

= Тубокурарин бұлшықет босаңсытқышын қолданатын операция кезінде науқаста прозеринді енгізгеннен кейін жойылған тыныс алу бұзылысы пайда болды. Дәрілер арасындағы көрсетілген өзара әрекеттесу қай терминге сәйкес келеді

- Антагонизм
- Кумуляция
- Синергизм
- Тахифилаксия
- Сәйкессіздік

= Неге тән жәнеонизденген қосылыстар

- асқазан-ішек жолында нашар сіңеді
- асқазан-ішек жолында жақсы сіңеді
- бүйрек түтікшелерінде жақсы реабсорбцияланады
- иондалмағандар сияқты тасымалданады
- қан-ми тосқауылына оңай енеді

= Тағайындалған дәрілік заттардың сипатты белгісі қандайбауыр мен бүйректің функционалдық жеткіліксіздігі жағдайында

- бүйрек жеткіліксіздігінде жалпы азаяды
- көптеген дәрілік заттардың клиренсі және олардың жойылу жылдамдығы, сондықтан әдеттегідей

Дәрілік заттарды енгізу режимдері дәрілік заттардың жинақталуына және олардың уыттылығының жоғарылауына әкелуі мүмкін. Сондай-ақ, бауыр жеткіліксіздігі жағдайында метаболизм өзгереді, ол баяулауы мүмкін - содан кейін жинақталуы немесе тез, содан кейін белсенді метаболиттердің күрт секіруі немесе өзара әрекеттесу өзгеруі - бұл да уыттылыққа әкелуі мүмкін.

- дәрілік заттардың биотрансформациясы жеделдейді
- дәрілік заттардың белсенділігі төмендейді
- дәрілік заттардың әсер ету ұзақтығы артады
- дәрілердің ағзадан тезірек шығарылуы байқалады

= Рецепторлардың бір түрімен агонист, екіншісімен антагонист ретінде байланысатын зат қалай аталады?

- агонист – антагонист
- бәсекелес антагонист

- қайтымсыз антагонист
- кері агонист
- бейтарап антагонист

= FDA адамдарға тағайындалған дәрілер үшін А, В, С, D және Х әріптерін белгілейді. Бұл классификация не үшін қажет?

- жүкті әйелге енгізгенде ұрық үшін қауіп
- плазмалық креатинин клиренсі төмендеген жағдайда, азайту үшін қажетті препарат дозасының мөлшері
- бауыр дисфункциясы кезінде төмендетілетін дәрілік препарат дозасының мөлшері
- қауіпсіздіктің салыстырмалы дәрежесі
- бүйрек қызметі бұзылған жағдайда төмендетуге қажетті препарат дозасының мөлшері

= Дәрілік заттардың жанама әсері қандай доза диапазонында көрінеді?

- емдік
- біргеүйрек
- Токсидті
- ләлетал
- курстық жұмыс

= Қандай молекулалық өзгерістер жүйке жасушаларының мембраналарын жергілікті анестетиктерге сезімтал етеді

- жасушадан тыс  $K^+$  концентрациясының жоғарылауы
- $Ca^{++}$  жасушадан тыс концентрациясының жоғарылауы
- жасушадан тыс  $Na^+$  концентрациясының жоғарылауы
- жасушадан тыс  $Cl^-$  концентрациясының төмендеуі
- $Mg^{++}$  жасушадан тыс концентрациясының жоғарылауы

= Жергілікті анестетиктер қандай мақсатта тұз қышқылының тұздары түрінде өндіріледі?

- үлкен тұрақтылық пен суда ерігіштігінің жоғарылауы үшін
- уыттылықты азайту үшін
- тұрақтылығын арттыру және липофильділігін арттыру
- тіннің зақымдалуын азайтып, белсенділігін арттырады
- белсенділігін арттыру

= Неліктен прокаинді сульфаниламидтермен біріктіруге болмайды

- сульфаниламидтердің антагонисті болып табылады
- сульфаниламидтердің синергисті болып табылады
- сульфаниламидтердің шамадан тыс жинақталуына ықпал етеді
- сульфаниламидтік топтарды блоктайды
- сульфаниламидтердің мембраналар арқылы енуіне жол бермейді

= Бұл не? қабынуда жергілікті анестетиктердің белсенділігінің төмендігінің себебі

- қабыну ошағындағы қышқыл орта және негізге жылжу мүмкін еместігі
- қабыну ошағындағы сілтілі орта және анестетиктерді инактивациялау
- тіндердің ишемиясы және анестетиктердің сіңуінің төмендеуі
- анестетиктердің суда ерігіштігінің төмендеуі
- липофильділіктің жоғарылауы

= Төменде көрсетілген препараттардың қайсысы қант диабетімен ауыратын науқастарды емдегенде гипогликемия белгілерін жасыра алады?

- бета-адренергиялық антагонист

- альфа-адренергиялық агонист
- адренергиялық антагонист
- бета-адренергиялық агонист
- холинергиялық агонист

= Бұл препарат сульфонилмочевина препараттарының тобына жатады. Қант диабетінде оны қолданудың кемшіліктері төзімділіктің жылдам дамуы болып табылады. Біз қандай дәрі туралы айтып отырмыз?

- глибенкламид
- лираглутид
- пиоглитазон
- ситаглиптин
- репаглинид

= Эпинефриннің фармакологиялық дозасын енгізген кезде (басқа әсерлермен қатар) жүрек соғу жиілігінің, жиырылу қабілетінің және өткізгіштігінің тікелей жоғарылауы байқалады. Бұл жүрек әсерлеріне қандай адренорецептор жауап береді?

- бета1
- альфа1
- альфа2
- бета2
- бета3

= Созылмалы ашық бұрышты глаукоманы емдеу үшін қолданылатын әртүрлі әсер ету механизмдері бар әртүрлі офтальмологиялық препараттар бар. Қайсысы көзішілік сұйықтықтың түзілуін азайту арқылы көзішілік қысымды төмендетеді?

- тимолол
- эхогиофат
- изофлуорофат
- неостигмин
- пилокарпин

= Аспиринмен салыстырғанда жоғары селективті COX-2 тежегіштері қабынуға қарсы әсерге ие және асқазанның шырышты қабығына шамалы жанама әсерлері бар. Бұл препараттардың әсері қандай және аспириннің қандай әсері бар?

- антиагрегат
- анальгетик
- қабынуға қарсы
- қызуды түсіретін
- COX тежелуі

= Қандай гипноздық препарат ГАМК макромолекулярлық кешенімен аллостериялық әрекеттесу кезінде хлор ионофорларының жиірек ашылуына әкеледі?

- феназепам
- этаминальды натрий
- патриум гидроксibuтираты
- солпидем
- мэллатонин

= Қайсы Подагра артритін емдеу үшін қолданылатын препарат, сонымен қатар шала туылған нәрестелердегі артериозды жабу үшін қолданылады?

- индометацин

- алтын препараттары
- кеторолак
- фенилбутазон
- метотрексат

= Аспирин сияқты NSAID-тер кейбір науқастарда аллергиялық реакцияларды тудыруы мүмкін. Дәрілік аллергияны болдырмау үшін нені блоктау керек

- липоксигеназа
- фосфолипаза А-2
- COG-1
- COX-2
- лейкотриенді рецепторлар

= Ауырсынуды басу және шеткергі қан тамырларын кеңейту үшін қандай препарат қолданылады

- морфин
- налоксон
- налтрексон
- лоперамид
- кодеин

= Наркотикалық анальгетиктердің артық дозалануының диагностикалық триадасына не кіреді?

- миоз, тіздегі жұлқу, инъекция белгілері
- мидриаз, кома және гипервентиляция
- мидриаз, қызба, іштің ауыруы
- миоз, тремор, құсу
- мидриаз, құсу

= Анестетиктермен біріктірілгенде морфиннің әсері қалай өзгереді?

- күшейеді
- төмендейді
- өзгермейді
- сіңіруді бәсеңдетеді
- зат алмасуды жоғарылатады

= ТОқандай диуретик гиперурикемия мен гипوماгнемияны тудырады

- гидрохлоротиазид
- триамтерен
- спиронолактон
- ацетазоламид
- амилорид

= Сепсистің дэскалациялық фармакотерапиясы кезінде бактерияға қарсы препараттың фармакологиялық әсерінің «жинақталуы» байқалды. Бұл клиникалық жағдайда қандай құбылыс орын алады?

- функционалдық жинақтау
- потенцияция
- тахифилаксия
- абстиненция
- синергизм

= Қандай пероральді имидазол туындысы беткей және жүйелі микоздарды емдеу үшін қолданылады. Препарат жоғары гепатотоксикалық

- кетоконазол
- микогептин
- амфотерицин В
- тербинафин
- нистатин

= Фуросемидпен тежелетін  $\text{Na}^+ \text{K}^+ 2\text{Cl}^-$  ко-тасымалдаушы қайда?

- Генле ілмектерінің көтерілу мүшесі
- жинақтаушы түтікшелер
- циклдің кему бөлігі
- проксимальды түтікше
- түтікшенің дистальды бөлігі

= 1 Аллергиялық демікпесі бар 0 жасар қыз балаға натрий кромогликаты тағайындалды. Препараттың әсер ету механизмі қандай

- медиатордың босатылуын тежеу
- мускариндік рецепторлардың тежелуі
- 5-липоксигеназаның тежелуі
- фосфодиэстеразаны тежеу
- $\beta$ -адренергиялық рецепторлардың активтенуі

= 16 жасар қыз балаға қаңқа бұлшықеттерінің жиырылуын (тремор) тудыратын астмаға қарсы препарат тағайындалды. Қандай препарат мұндай әсерлерді тудырады

- салбутамол
- беклометазон
- кромолин
- ипратропий
- монтелукаст

= FDA сальметерол сияқты селективті бронходилататорларды ұзақ уақыт қолданғаннан кейін демікпемен ауыратын науқастарда өлім-жітімнің көбейгенін атап өтеді. Төмендегі құбылыстардың қайсысы осы өлімге әкелетін жанама әсерді түсіндіреді

- бета-2 рецепторларға төзімділік – тұтқыр қақырықпен бронхиолалардың спазмы
- анафилактикалық шок
- гипертониялық криз
- синтездің тежелуі, кортизонның бөлінуі
- тұтқыр қақырықпен бронхиолалардың спазмы

= Глюкокортикоидтар әртүрлі қабыну ауруларын емдеуде кеңінен қолданылады.

Глюкокортикоидтарды фармакологиялық дозада тағайындау кезіндегі әрекеттің негізгі мақсаты қандай

- фосфолипаза А2
- циклооксигеназа
- гистидиндекарбоксилаза
- 5 –липоксигеназа
- ксантиноксигеназа

= Патологиялық реакциялардың көптеген түрлері (қабыну, өкпе ісінуі, шок) тамырлардың өткізгіштігінің жоғарылауымен бірге жүреді. Аталған құбылыстарды жою үшін аталған заттардың қайсысын қолдануға болады

- Преднизолон
- Ацетилсалицил қышқылы
- Димедрол
- Прометазин
- Индометацин

= 12 жасар бала бронхопневмониямен емханаға түсті. Созылмалы отитпен ауырады. Бұл жағдайда антибиотиктердің қандай тобы қарсы

- аминогликозидтер
- пенициллиндер
- макролидтер
- линкосамидтер
- цефалоспориндер

= Аурухананың жұқпалы аурулар бөліміне менингит диагнозымен бала жатқызылды. Зертханалық зерттеулер қоздырғыштың көптеген микробқа қарсы агенттерге сезімталдығын көрсетті, бірақ науқаста анемия белгілері байқалды. Науқасқа қандай препарат қарсы көрсетілімді?

- Левомецетин
- Гентамицин сульфаты
- Ампициллин тригидраты
- Амоксициллин
- Ванкомицин

= Неліктен имипенемді циластатинмен бірге тағайындайды?

- циластатин бүйректегі имипенемді бұзатын ферментті тежейді
- циластатин әсерді күшейтеді
- циластатин жанама әсерлердің алдын алады
- циластатин сінуін жақсартады
- циластатин зат алмасуды арттырады

= Лейкозбен емделіп жатқан 16 жастағы науқаста дене қызуы көтерілді. Дәрігер бактерияға қарсы, вирусқа қарсы және саңырауқұлақтарға қарсы қасиеттері бар бірнеше препараттарды тағайындады. 2 күннен кейін жедел бүйрек жеткіліксіздігі дамыған. Бұған қандай препарат жауапты

- амфотерицин В
- флуконазол
- нистатин
- итраконазол
- леворин

= Туберкулезбен ауыратын балаға аралас терапия бөлігі ретінде изониазид тағайындалды. Дәрігер В6 витаминін қосымша тағайындауды шешті. В6 витаминін тағайындаудың негізгі себебі неде

- изониазидтің жанама әсерлерін болдырмайды
- туберкулезге қарсы әсерін күшейтеді
- сіңіруді күшейтеді
- шығарылуын арттырады
- зат алмасуды жоғарылатады

= Туберкулезге қарсы препараттың метаболизмі генетикалық бақылауда

- Изониазид

- Рифампицин
- Стрептомицин
- Этамбутол
- Пиразинамид

= Науқас Б., 16 жаста, диагнозы: Асқазанның ойық жарасы. Он екі елі ішектің ойық жарасы, жедел сатысы, эрадикациялық терапия тағайындалды: омепразол 40 мг/тәу+ кларитромицин 1000 мг/тәу+ амоксициллин 1000 мг/тәу. Бұл клиникалық жағдайда қандай препаратты және оның дозалау режимін таңдау қисынсыз

- амоксициллин жеткіліксіз дозада
- жеткіліксіз дозада омепразол
- кларитромициннің жоғары дозасы
- омепразол жоғары дозада
- кларитромицин жеткіліксіз дозада

= Науқас К., 10 жаста, өт жолдарының дискинезиясын емдеу фонында диспепсиялық синдромның (қыжыл) клиникалық көрінісі дамыды. Осы клиникалық жағдайда қыжылды басуға арналған қандай дәрілік препарат ең қолайлы?

- магний гидроксиді
- омепразол
- ранитидин
- мисопростол
- висмут субцитраты

= Науқас И., 16 жаста, жаңадан анықталған он екі елі ішектің ойық жарасы жедел сатысында, эрадикациялық терапия тағайындалған. Осы клиникалық жағдайда қандай емдеу режимі ең ұтымды болып табылады?

- омепразол + кларитромицин + амоксициллин
- рабепразол+метронидазол+амоксициллин
- омепразол + кларитромицин + ампициллин
- лансопразол + метронидазол + висмут субцитраты
- рабепразол+кларитромицин+ранитидин

= 6 жасар балада созылмалы пиелонефрит, жасырын ағымы, белсенділігі I, өршу сатысы, СРФ 0. Осы клиникалық жағдайда қандай антибактериалды препаратты қолдануға болмайды.

- ципрофлоксацин
- цефаклор
- амоксициллин/клавуланат
- цефуросксим
- нитрофурантоин

= Науқас М., 14 жаста, жедел циститтің клиникалық көрінісі дамыған. Осы клиникалық жағдайда эмпирикалық терапияға арналған қандай препарат ең қолайлы?

- цефуросксим
- цефазолин
- цефепим
- метронидазол
- гентамицин

= Науқас У., 6 жаста, жедел пиелонефритпен, дәрігердің рецептісіз бактерияға қарсы препаратты қабылдау кезінде (көршісінің кеңесі бойынша) тіс эмальының гипоплазия

және түсінің өзгеруі, сүйек сүйектерінің сызықты өсуінің баяулауы байқалды. Қандай бактерияға қарсы агентті қолдану осы клиникалық жағдайда жағымсыз жанама әсерлердің дамуына себеп болды

- тетрациклин
- бензилпенициллин
- эритромицин
- гентамицин
- линкомицин

= Науқас Д., 15 жаста, ауруханаға дейінгі кезеңде бүйрек коликінің ұстамасы дамыған.

Осы клиникалық жағдайда шұғыл көмек көрсету кезінде анальгетикалық мақсатта қандай препаратты тағайындау НЕҒҰРЛЫМ ұтымды?

- ибупрофен
- ацетаминофен
- ацетилсалицил қышқылы
- фентанил
- омнопон

= Науқас А., 14 жаста, созылмалы екіншілік пиелонефрит, жедел сатысы, белсенділік II, СРФ I. Осы клиникалық жағдайда эмпирикалық терапия үшін қандай дәрілік препарат дұрыс емес?

- азитромицин
- ципрофлоксацин
- амоксициллин/клавуланат
- цефуроксим
- цефтриаксон

= Науқас Е., 5 жаста, жедел циститтің клиникалық симптомдары дамыған. Осы клиникалық жағдайда қандай антибактериалды препаратты тағайындау ұтымды емес?

- эритромицин
- цефтазидим
- фосфомицин
- цефуроксим
- нитрофурантоин

= Науқас В., 15 жаста, жедел пиелонефрит диагнозы қойылды. Науқастың ауру тарихында пенициллиндік препараттарға төзбеушілік бар. Осы клиникалық жағдайда қандай антибактериалды препаратты эмпирикалық түрде тағайындау ең ұтымды болады?

- цефуроксим
- ципрофлоксацин
- цефтазидим
- левомецетин
- амикацин

= 6 жасар балаға жеңіл дәрежедегі қоғамнан алынған пневмония диагнозы қойылды. Ілеспе патология анықталмады. Осы науқаста эмпирикалық антибактериалды терапия үшін қандай препарат ең қолайлы?

- амоксициллин
- гентамицин
- ко-тримоксазол
- левофлоксацин
- левомецетин

= Жедел пневмонияның клиникалық белгілерімен 10 жасар бала педиатрға қаралды. Бактерияға қарсы препараттардың қандай топтары балаларға қолдануға рұқсат етілген

- цефалоспорины
- аминогликозидтер
- фторхинолондар
- сульфаниламидтер
- тетрациклиндер

= Созылмалы бронхитпен ауыратын 15 жастағы балаға орташа ауырлықтағы пневмония диагнозы қойылды; амбулаториялық жағдайда амоксициллин/клавуланат 625 мг-нан тәулігіне 2 рет ішке тағайындалды. 2-ші күні науқас балада қышыну, есекжем пайда болды. Осы клиникалық жағдайда жағымсыз жанама әсерлердің дамуын ескере отырып, пневмонияны емдеуге қандай антибактериалды агент балама болып табылады?

- азитромицинді ішке қабылдау
- цефуросимді ішке қабылдау
- бензилпенициллин в\м
- моксифлоксацинді ішке қабылдау
- ампициллин и.м.

= Науқас бала дәрігерге жөтелге, дене қызуының 39 С-қа дейін көтерілуіне, кеуде тұсының ауру сезіміне шағымдарымен қаралады. Оң жақты пневмония диагнозы қойылған. Антибиотиктен кейінгі әсері бар препарат 3 күн бойы тағайындалады. Осы клиникалық жағдайда қандай антибактериалды препарат тағайындалды?

- Азитромицин
- Ампициллин
- Цефтриаксон
- Цефазолин
- Эритромицин

= Науқас бала, 15 жаста, педиатрда амбулаториялық жағдайда: Жедел оң жақты ошақты пневмония диагнозымен бақылауда. Дәрігер науқасқа эмпирикалық ем ретінде гентамицин 160 мг/тәу. Осы клиникалық жағдайда гентамицинді тағайындау негізді ме?

- жоқ, өйткені гентамицин қоғамнан алынған пневмонияны емдеу үшін таңдаулы дәрі емес.
- иә, өйткені аминогликозидтердің әсер ету спектрі кең
- жоқ, өйткені ұсынылатын тәуліктік доза төмендетілді
- жоқ, өйткені препаратты қабылдау қажетсіз жанама әсерлерді тудыруы мүмкін
- иә, өйткені аминогликозидтер қоғамнан алынған пневмонияны емдеу үшін қолданылады

= 14 жастағы науқас бала дене қызуының 38°C дейін көтерілуіне, кеуденің оң жақ жартысының ауырсынуына, шырышты-іріңді қақырықты жөтелге, әлсіздікке, бас ауруына шағымданып, педиатрға қаралды. Ол гипотермиядан кейін қатты ауырды. Объективті тексергенде науқастың жағдайы салыстырмалы түрде қанағаттанарлық, интоксикация белгілерімен ауырады. Төменгі бөлімдерде перкуссияда оң жақта қысқарған өкпе дыбыстары анықталады, аускультацияда крепитация естіледі. Жалпы қан анализінде лейкоцитоз 15,0x10<sup>9</sup>/л дейін, ЭТЖ 30 мм/сағ жоғарылауы анықталады. Осы клиникалық жағдайда қандай препаратты тағайындаған НЕҒҰРЛЫМ дұрыс?

- амоксициллин/клавуланат
- гентамицин
- кларитромицин
- имипенем

- оксациллин

= Оң жақты пневмония диагнозымен 10 жасар балада амоксициллин/клавуланат, қақырық түсіретін дәрілер, детоксикация терапиясы 3 күннен кейін антибактериалды терапиядан кейін жағдайы жақсармаған және гипертермия сақталады. Осы клиникалық жағдайда қандай тактика ең қолайлы?

- бактерияға қарсы препараттың өзгеруі
- бактерияға қарсы препараттың дозасын жоғарылату
- препараттың ауызша түріне көшу
- бактерияға қарсы препараттың дозасын төмендету
- қосымша бактерияға қарсы препаратты тағайындау

= Наукас А., 15 жаста, диагнозы: Бронх демікпесі, аралас түрі, тұрақты ағымы, ауырлығы орташа, өршу фазасы, ДН II, емдеу кезінде, ауыз қуысында құрғақтық пен күйдіру сезіміне, тамақтың ауруына қосымша шағымдар пайда болды. Қарап тексергенде ауыз қуысының шырышты қабаты гиперемияланған, ақшыл бөртпелер бар. Дәрілік заттардың қай тобын қолдану осы клиникалық жағдайда жағымсыз жанама әсердің дамуын тудыруы мүмкін

- ингаляциялық глюкокортикостероидтар
- лейкотриенді рецепторлардың блокаторлары
- ұзақ әсер ететін  $\beta_2$ -адренергиялық агонистер
- М-антихолинергиялық заттар
- қысқа әсерлі  $\beta_2$ -адренергиялық агонистер

= Бұл құрылғы өткізуге арналған ингаляциялар, препараттардың ультра жұқа дисперсиясын қолдану. Бұл кезде препаратты жеткізудің оңтайлы құралы болып табылады bronх демікпесі және т.б.тыныс алу жолдарының аурулары мамандандырылған бөлімшелер мен реанимация бөлімшелеріндегі балаларда, сондай-ақ жедел жәрдемде. Біз қандай құрылғы туралы айтып отырмыз?

- набулайзер
- өлшемді доза ингаляторы (MDI)
- ұнтақ ингаляторы (PI)
- аралық құрылғы
- спингалер

= Ингаляциялық глюкокортикостероидтарды қабылдаған балаларда ең жиі байқалатын жанама әсер қандай?

- ауыз қуысының кандидозы
- остеопороз
- бүйрек үсті безінің жеткіліксіздігі
- диарея
- ісіну

= Наукас бала дәрігерге жөтелге, дене қызуының 39 С-қа дейін көтерілуіне, кеуде тұсының ауру сезіміне шағымдарымен қаралады. Оң жақты пневмония диагнозы қойылған. Педиатриялық тәжірибеде қай антипиретик ең қауіпсіз?

- парацетамол
- ацетилсалицил қышқылы
- диклофенак натрий
- индометин
- метамизол натрийі

= Науқас бала жөтелге, дене қызуының 39С-қа дейін көтерілуіне, кеуде тұсының ауру сезіміне шағымдарымен дәрігерге қаралуда. Оң жақты пневмония диагнозы қойылған. Педиатриялық тәжірибеде қандай препарат альтернативті антипиретик болып табылады?

- ибупрофен
- парацетамол
- мельноксикам
- нимесулид
- индометацин

= Дәрігерге науқас бала жөтелге, дене қызуының 39 С-қа дейін көтерілуіне, кеуде тұсының ауру сезіміне шағымданып келді. Оң жақты пневмония диагнозы қойылған. Гипертермиясы бар балаларға ибупрофеннің ұсынылатын дозасы қандай?

- 6-10 мг/кг
- 10-20 мг/кг
- 1-2 мг/кг
- 30-50 мг/кг
- 24-32 мг/кг

= Науқас бала жөтелге, дене қызуының 39С-қа дейін көтерілуіне, кеуде тұсының ауру сезіміне шағымдарымен дәрігерге қаралуда. Оң жақты пневмония диагнозы қойылған. Гипертермиясы бар балаларға парацетамолдың ұсынылатын дозасы қандай?

- 10-15 мг/кг
- 20-25 мг/кг
- 30-35 мг/кг
- 40-45 мг/кг
- 50-55 мг/кг

= Науқас С., 10 жаста, темір препараттарын қабылдаған. Қандай өнім бір мезгілде қабылдағанда темірдің сіңуін төмендетуі мүмкін?

- шай
- жемістер
- ет
- жарма
- шоколад

= Науқас С., 15 жаста, темір препараттарын қабылдаған. Темір препараттарының қандай тәуліктік дозасынан асқанда дозаға тәуелді жанама әсерлердің дамуын күтуге болады?

- 100 мг/тәу
- 50 мг/тәу
- 40 мг/тәу
- 60 мг/тәу
- 70 мг/тәу

= Балада ЖРВИ фондында температура жоғары, педиатр парацетамол тағайындады. Балаларға парацетамолдың максималды тәуліктік дозасы қандай?

- 60 мг/кг
- 100 мг/кг
- 15 мг/кг
- 120 мг/кг
- 150 мг/кг

= Науқас С., 5 жаста, темір препараттарын қабылдайды. 5 жасқа дейінгі балалардағы темір тапшылығы анемиясын емдеу үшін темір препараттарын қандай босату түрінде тағайындаған дұрыс

- ішуге арналған ерітінді немесе сироп
- таблеткалар немесе дражелер
- таблеткалар немесе капсулалар
- таблеткалар немесе түйіршіктер
- таблеткалар немесе пастилкалар

= 15 жастағы науқасқа ювенильді артериялық гипертензия диагнозы қойылды. Ілеспе патология анықталмады. Жоғарыда аталған гипертензияға қарсы препараттардың қай тобын тағайындаған ЕҢ қолайлы? осы клиникалық жағдайда

- кальций каналдарының блокаторлары
- бета-блокаторлар
- диуретиктер
- симпатолитиктер
- Альфа-2-агонистер

= 17 жастағы жасөспірімге артериялық гипертензия диагнозы қойылды. Сондай-ақ фондық патология бар - 1 типті қант диабеті. Тізімде көрсетілген дәрілік топтардың қайсысынан ең қолайлы гипертензияға қарсы препараттарды тағайындауқатар жүретін патологияны ескере отырып

- АСЕ ингибиторлары
- кальций каналдарының блокаторлары
- альфа-блокаторлар
- диуретиктер
- симпатолитиктер

= Балаға артериялық гипертензия диагнозы қойылды. Балалардағы артериялық гипертензияны бақылау үшін қай топтағы препараттар жиі қолданылады

- АСЕ ингибиторлары
- бета- адренергиялық блокаторлар
- ілмектік диуретиктер
- симпатолитиктер
- вазодилаторлар

= Науқасқа ювенильді ревматоидты артрит диагнозы қойылды. Сульфасалазинмен емдеу кезінде жанама әсер пайда болды, оның дамуы препараттың дозалау режиміне байланысты. Сульфасалазинді қабылдағанда төменде көрсетілген жағымсыз әсерлердің қайсысы дозаға тәуелді?

- диспетикалық құбылыстар
- есекжем
- фиброзды альвеолит
- агранулоцитоз
- эксфолиативті дерматит

= Келесі терминдердің қайсысына келесі анықтама қолданылады: "арнайы клиникалық жағдайларда тиісті диагностикалық және терапиялық әдісті таңдауда дәрігерге көмектесу үшін жүйелі түрде әзірленген мәлімдемелер немесе ұсыныстар

- клиникалық нұсқаулық
- клиникалық хаттама
- емдеу стандарты

- қамқорлық картасы
- медициналық алгоритм

= Қандағы триглицерид деңгейін төмендетуге арналған жаңа препараттың клиникалық сынағы кезінде пациенттер кездейсоқ түрде екі топқа бөлінді. Бірінші топтағы науқастар препаратты, ал екінші топтағылар плацебо алды. Пациенттер қай топта екенін білді.

Қандай зерттеу дизайны сипатталған

- ашық RCT
- когорттық зерттеу
- бір соқыр РТКТ
- екі соқыр RCT
- үштік соқыр РТКТ

= Ауруханада туа біткен патологиямен туылған балалардың жағдайлары тіркелді.

Дәрігерлер жүктілік кезінде Бендектин препаратын қабылдаған аналардың арасындағы байланыс пен тератогендік әсердің дамуы туралы гипотезаны алға тартты. Қандай зерттеу дизайны сипатталған

- жағдайды немесе жағдайлар қатарын сипаттау
- когорттық зерттеу
- жағдайларды бақылау
- рандомизациясыз бақыланытын сынақ
- мета-анализ

= Ұзақ мерзімді (кемінде 1 ай) антиагреганттық терапияның жүрек-қантамырлық асқынулар қаупіне әсерін анықтау үшін біз ұзақ мерзімді антиагреганттық терапия мен плацебо әсерін салыстырған 145 рандомизацияланған сынақтың және әртүрлі антиагреганттық терапия режимдерін салыстырған 29 рандомизацияланған сынақтың нәтижелерін талдадық. Қандай зерттеу дизайны сипатталған

- РТЖ-ға жүйелі шолу
- рандомизацияланған клиникалық сынақ
- когорттық зерттеу
- жағдайлар қатарын сипаттау
- жағдайларды бақылау

= Төмендегі анықтама деңгейлерінің қайсысына сәйкес келеді: «дәлелдер бұлтартты: бұл әдісті қолданудың пайдасына күшті дәлелдер бар

- А
- Б
- С
- D
- E

= Төмендегі анықтама деңгейлерінің қайсысына сәйкес келеді: «дәлелдемелердің салыстырмалы күші: ұсынысты ұсыну үшін жеткілікті дәлелдер бар.

- Б
- А
- С
- D
- E

= Төмендегі анықтама деңгейлерінің қайсысына сәйкес келеді: «жеткіліксіз дәлелдер: қолда бар дәлелдер ұсыныс жасау үшін жеткіліксіз, бірақ ұсынымдар басқа жағдайларды ескере отырып жасалуы мүмкін.

- C
- A
- B
- D
- E

= Төмендегі анықтама деңгейлерінің қайсысына сәйкес келеді: «жеткілікті теріс дәлелдер: берілген жағдайда бұл әдісті қолдануға қарсы ұсыныс жасауға жеткілікті дәлелдер бар

- D
- A
- B
- C
- E

= Қабынуға қарсы мақсатта науқасқа NSAID тобынан препарат тағайындалды. Осы топтың препараттарын қолданғанда дамуы мүмкін негізгі жанама әсер қандай?

- қан кету
- абстиненция синдромы
- ОЖЖ депрессиясы
- дизурия
- бірлескен контрактура

= Бұл препарат стероид емес қабынуға қарсы препараттар тобына жатады. Ол COX1 үшін селективті. Біз қандай дәрі туралы айтып отырмыз?

- целекоксиб
- парацетамол
- натрий диклофенак
- ацетилсалицил қышқылы
- ибупрофен

= Жаңа препараттың фармакокинетикасын зерттеу барысында жалпы клиренсі есептелді. Препараттың қандай параметрлерін анықтау үшін алынған ақпарат оны клиникалық тәжірибеде қолданған жағдайда қажет

- демеуші дозаны таңдау
- клиникалық тиімділігін болжау
- уыттылық, емдік көрсеткіш
- дозалау режимі, дозалар арасындағы интервал
- жанама әсерлерді болжау

= Медициналық кітапшаны ретроспективті клиникалық және фармакологиялық тексеру кезінде клиникалық фармаколог негізгі ауруды емдеу кезінде бір науқаста тым көп дәрілік заттарды (көбінесе негізсіз) бір мезгілде қолдануды атап өтті. Бұл жағдайда қандай құбылыс болып жатыр?

- полифармация
- потенцияция
- әсерлердің жиынтығы
- синергизм
- антагонизм

= Науқас терапевтік диапазоны тар препаратпен фармакотерапиядан өтуі керек. Артық дозалану қаупін азайту үшін дәрігер қандай енгізу жолын таңдауы керек?

- венаға енгізу
- тік ішек
- ауызша
- тері
- тілді

= Бұл бактерияға қарсы препарат грам (+) және грам (-) бактерияларды, анаэробтарды, спирохеталарды, риккетсияларды қоса алғанда, кең әсер ету спектріне ие. Дегенмен, бұл препаратты клиникалық қолдану гемопоэздің ауыр бұзылыстары (апластикалық анемия) қаупіне байланысты шектеулі. Біз қандай дәрі туралы айтып отырмыз?

- левомецетин
- азтреонам
- гентамицин
- оксациллин
- фуразолидон

= Бұл препараттың бронходилататорлық әсер ету механизмі постсинапстық мембрана деңгейінде ацетилхолиннің М-холинергиялық рецепторлармен әрекеттесуінің әлсіреуі немесе тоқтатылуына байланысты. Біз қандай дәрі туралы айтып отырмыз?

<нұсқа>Ипратропий бромиді

- Монтелукаст
- Сальбутамол
- Формотерол
- Теофиллин

= 3 жасар науқаста жеңіл дәрежедегі қоғамнан алынған пневмония бар. Науқастың ауру тарихында пенициллинге және цефалоспориндік препараттарға аллергиясы бар. Осы жағдайда эмпирикалық антибактериалды терапия үшін қандай препараттар тобын тағайындау НЕҒҰРЛЫМ сәйкес келеді?

- макролидтер
- нитроимидазолдар
- аминогликозидтер
- қарбапенемдер
- монобактамдар

= Науқаста бронходилататорды ингаляциялық түрде бақылаусыз қабылдау салдарынан гипокалиемия дамыған. Бұл клиникалық жағдайда жанама әсердің дамуына қандай дәрі себеп болуы мүмкін?

- салбутамол
- теофиллин
- беклометазон
- кромоглик қышқылы
- зафирлукаст

= Науқас А., 10 жаста, диарея белгілері, диетадағы қателіктен және жүйке-психиатриялық бұзылудан инфекциялық емес. Осы клиникалық жағдайда қандай іш қату агенті көрсетілген?

- лоперамид
- макрогол
- панкреатин

- метоклопрамид
- бисакодил

= Бұл препарат құсуға қарсы. Әсер ету механизмі орталық және шеткергі 5HT<sub>3</sub>-серотониндік рецепторлардың бәсекеге қабілетті жоғары селективті блокадасына байланысты. Цитотоксикалық химиотерапевтік агенттерді, сәулелік терапияны қолдану кезінде жүрек айнуы мен құсудың алдын алу үшін қолданылады. Біз қандай дәрі туралы айтып отырмыз?

- ондансетрон
- домперидон
- омепразол
- метоклопрамид
- циметидин

= Дәрілердің бұл тобы асқазан сөлінің протеолитикалық белсенділігін төмендете отырып, оның түзілуіне әсер етпей, асқазандағы тұз қышқылын бейтараптайды. Біз қандай препараттар тобы туралы айтып отырмыз?

- антацидтер
- гастроцитопротекторлар
- гистаминді H<sub>2</sub> рецепторларының блокаторлары
- протонды сорғы ингибиторлары
- ферменттік препараттар

= Бұл препарат B12 витамині тапшылығын алмастыратын терапияның негізі болып табылатын жоғары белсенді гемопоэтикалық, метаболикалық агент болып табылады. Біз қандай дәрі туралы айтып отырмыз?

- цианокобаламин
- эритропозтин
- темір сульфаты
- фитоменадион
- никотин қышқылы

= Бұл препараттың антиаритмиялық әсері жасуша жарғақшаларындағы кальций өзекшелерінің селективті бөгелуіне байланысты, бұл деполяризацияның тежелуіне және «баяу жауап» бар тіндерде өткізгіштігінің баяулауына әкеледі, ең алдымен жалпы атриовентрикулярлық түйінде. Біз қандай дәрі туралы айтып отырмыз?

- дилтиазем
- амиодарон
- бисопролол
- лидокаин
- пропafenон

= Бұл антиагреганттың әсер ету механизмі арахидон қышқылының метаболизміне әсер етуіне байланысты. Біз қандай дәрі туралы айтып отырмыз?

- ацетилсалицил қышқылы
- теofilлин
- клопидогрел
- абциксимаб
- дипиридамол

= Ацикловирдің вирусқа қарсы әрекетінің негізінде жатқан әсер ету механизмі қандай

- ДНҚ-полимеразаны тежейді және герпес ауруларында қолданылады

- РНҚ синтезін тежейді және тұмауға қарсы қолданылады
- вирустық ДНҚ-ның кері транскриптазасын тежейді және СПИД-те қолданылады
- вирозксисті тежейді және жіті респираторлық вирустық инфекциялар үшін қолданылады

= Реанимация бөліміне препаратқа ерекше реакциясы бар науқас түсті. Тұқым қуалайтын ферментопатиялар тудыратын препараттарға сезімталдықтың жоғарылауымен және реакциясының өзгеруімен сипатталатын құбылыс қалай аталады?

- Идиосинкразия
- Тәуелділік
- Тәуелділік
- Қорытындылау
- Кумуляция

= Перзентханада қолы дамымаған сәби дүниеге келген. Ұрықта туа біткен ақауларды тудыратын дәрілердің әрекетін қандай терминмен сипаттайды

- Терагогенді
- Кацерогенді
- Аллергия
- Жергілікті
- Резорбтивтік

= Нашәқорлық бөліміне апиынға тәуелділік синдромы (ICD коды) бар науқас түсті. F11.2) Дәрігер морфиннің фармакологиялық белсенділігінің төмендеуін атап өтті. Дәрілік препаратты қайта енгізгенде оның тиімділігінің төмендеуін сипаттайтын құбылыс қалай аталады?

- Тәуелділік
- Антагонизм
- Материалдың жинақталуы
- Қорытындылау
- Функционалды жинақтау

= Стенокардия ұстамаларының алдын алу үшін изосорбид мононитратын ұзақ уақыт қолданғаннан кейін пациент соңғысының әсерінің төмендеуін байқады. Қандай құбылыс болды

- Төзімділік
- Аллергия
- Кумуляция
- Потенциация
- Физикалық тәуелділік

= Нашәқорлар есірткінің әсері өткеннен кейін ауыр психикалық, неврологиялық және соматикалық бұзылыстарды дамытады. Бұл симптомдық кешен қалай аталады?

- Астасу синдромы
- Кумуляция
- Идиосинкразия
- Сенсбилизация
- Төзімділік

= Тетрациклин тобының антибиотиктерін антацидтермен бір мезгілде қолданғанда олардың сіңуі төмендейді. Бұл жағдайда сәйкессіздіктің қандай түрі байқалады?

- Фармакокинетикалық үйлесімсіздік
- Дәрілік заттардың синергизмі

- Фармакодинамикалық үйлесімсіздік
- Фармацевтикалық сәйкессіздік
- Дәрілік заттардың функционалды антагонизмі

= Неліктен антацидтерді темір препараттарымен бір мезгілде қолдану ұсынылмайтыны туралы интерн дәрігермен кеңесіңіз.

- Темірдің сіңуі бұзылған
- Қан ақуыздарымен байланысуын арттырады
- Темірдің ағзаға түсуі бұзылады
- Темірдің интоксикациясы күшейеді
- Темір препараттарының шығарылуы тездетіледі

= Тыныс алу мүшелерінің ауруы бар 10 жасар балаға дене температурасын төмендету үшін парацетамол тағайындалды. Бұл емді фармакотерапияның қандай түріне жатқызу керек?

- Симптоматикалық
- бейімделгіш
- Этиотропты
- Патогенетикалық
- Ауыстыру

= Дәріханада дәрілік заттарды беру кезінде фармацевт пациенттің назарын цианокобаламин мен тиамин хлоридін бір мезгілде қолданудың орынсыздығына аударды. Осы препараттардың өзара әрекеттесу түрі қалай аталады?

- Фармацевтикалық
- Синергизм
- Фармакокинетикалық
- Фармакодинамикалық
- Антагонизм

= Дәріханаға бір ай бойы феназепам қабылдаған науқас келді. Науқас феназепамсыз өзін нашар сезінетінін айтып, осы препараттың тағы екі пакетін сатып алуды талап етті.

Науқаста дамыған препараттың жанама әсерінің негізі неде

- Нашақорлық
- Афтерэффекттік синдром
- Төзімділік
- Идиосинкразия
- Кумуляция

= Аллергиялық ринитпен ауыратын науқасқа мұрын тамшылары эфедрин тағайындалды. Мұрын тамшылары науқастың жағдайын айтарлықтай нашарлатты, бұл препаратты әр 2 сағат сайын қолдануға түрткі болды, бірақ нәтиже болмады. Дамыған құбылыс қалай аталады?

- Тахифилаксия
- Кумуляция
- Нашақорлық
- Аллергия
- Идиосинкразия

= Инъекция орнынан жүйелі қан айналымына түсетін препараттың салыстырмалы мөлшерін қалай атайды?

- Биожетімділігі

- Жартылай жойылу кезеңі
- Жартылай шығарылу кезеңі
- Тарату көлемі
- Жартылай сіңу кезеңі

= Атропинді фосфорорганикалық улану кезінде қолданады. Антидот әрекетінің негізінде қандай құбылыс жатыр?

- Тәуелділік
- Синергизм
- Антагонизм
- Потенциация
- Химиялық үйлесімсіздік

= Тубокурарин бұлшықет босаңсытқышын қолданатын операция кезінде науқаста прозеринді енгізгеннен кейін жойылған тыныс алу бұзылысы пайда болды. Дәрілер арасындағы көрсетілген өзара әрекеттесу қай терминге сәйкес келеді

- Антагонизм
- Кумуляция
- Синергизм
- Тахифилаксия
- Сәйкессіздік

= Ұзақ уақыт бойы фенобарбитал қабылдаған науқасқа дәрігер диклофенак натрийін тағайындаған. Алайда диклофенақтың қабынуға қарсы әсері осы препараттардың фармакокинетикалық өзара әрекеттесуіне байланысты күтілгеннен әлсіз болды. Дәрілердің мұндай әрекеттесуі қандай процестерге әкелуі мүмкін

- Бауырда дәрілік зат алмасу жылдамдығының жоғарылауы
- рецепторлардың сезімталдығының өзгеруі
- Бауырда дәрілік зат алмасу жылдамдығының төмендеуі
- Қан плазмасындағы ақуыз концентрациясының төмендеуі
- Дәрілік заттардың дозасын арттыру

= Неге тән жәнеонизденген қосылыстар

- асқазан-ішек жолында нашар сіңеді
- асқазан-ішек жолында жақсы сіңеді
- бүйрек түтікшелерінде жақсы реабсорбцияланады
- иондалмағандар сияқты тасымалданады
- қан-ми тосқауылына оңай енеді

= Тағайындалған дәрілік заттардың сипатты белгісі қандайбауыр мен бүйректің функционалдық жеткіліксіздігі жағдайында

- дәрілердің токсикалық әсер ету қаупі артады
- дәрілік заттардың биотрансформациясы жеделдейді
- дәрілік заттардың белсенділігі төмендейді
- дәрілік заттардың әсер ету ұзақтығы артады
- дәрілердің ағзадан тезірек шығарылуы байқалады

= Рецепторлардың бір түрімен агонист, екіншісімен антагонист ретінде байланысатын зат қалай аталады?

- агонист – антагонист
- бәсекелес антагонист
- қайтымсыз антагонист

- кері агонист
- бейтарап антагонист

= FDA адамдарға тағайындалған дәрілер үшін A, B, C, D және X әріптерін белгілейді. Бұл классификация не үшін қажет?

- жүкті әйелге енгізгенде ұрық үшін қауіп
- плазмалық креатинин клиренсі төмендеген жағдайда, азайту үшін қажетті препарат дозасының мөлшері
- бауыр дисфункциясы кезінде төмендетілетін дәрілік препарат дозасының мөлшері
- қауіпсіздіктің салыстырмалы дәрежесі
- бүйрек қызметі бұзылған жағдайда төмендетуге қажетті препарат дозасының мөлшері

= Дәрілік заттардың жанама әсері қандай доза диапазонында көрінеді?

- емдік
- біргеуірек
- Токсидті
- ләлетал
- курстық жұмыс

= Қандай молекулалық өзгерістер жүйке жасушаларының мембраналарын жергілікті анестетиктерге сезімтал етеді

- жасушадан тыс  $K^+$  концентрациясының жоғарылауы
- $Ca^{++}$  жасушадан тыс концентрациясының жоғарылауы
- жасушадан тыс  $Na^+$  концентрациясының жоғарылауы
- жасушадан тыс  $CL^-$  концентрациясының төмендеуі
- $Mg^{++}$  жасушадан тыс концентрациясының жоғарылауы

= Жергілікті анестетиктер қандай мақсатта тұз қышқылының тұздары түрінде өндіріледі?

- үлкен тұрақтылық пен суда ерігіштігінің жоғарылауы үшін
- уыттылықты азайту үшін
- тұрақтылығын арттыру және липофильділігін арттыру
- тіннің зақымдалуын азайтып, белсенділігін арттырады
- белсенділігін арттыру

= Неліктен прокаинді сульфаниламидтермен біріктіруге болмайды

- сульфаниламидтердің антагонисті болып табылады
- сульфаниламидтердің синергисті болып табылады
- сульфаниламидтердің шамадан тыс жинақталуына ықпал етеді
- сульфаниламидтік топтарды блоктайды
- сульфаниламидтердің мембраналар арқылы енуіне жол бермейді

= Бұл не? қабынуда жергілікті анестетиктердің белсенділігінің төмендігінің себебі

- қабыну ошағындағы қышқыл орта және негізге жылжу мүмкін еместігі
- қабыну ошағындағы сілтілі орта және анестетиктерді инактивациялау
- тіндердің ишемиясы және анестетиктердің сіңуінің төмендеуі
- анестетиктердің суда ерігіштігінің төмендеуі
- липофильділіктің жоғарылауы

= Бұл препарат сульфаниламидтер тобына жатады. Қант диабетінде оны қолданудың кемшіліктері төзімділіктің жылдам дамуы болып табылады. Біз қандай дәрі туралы айтып отырмыз?

- глибенкламид

- лираглутид
- пиоглитазон
- ситаглиптин
- репаглинид

= Эпинефриннің фармакологиялық дозасын енгізген кезде жүрек соғу жиілігінің, жиырылу қабілетінің және өткізгіштігінің тікелей жоғарылауы байқалады (басқа әсерлермен қатар). Бұл жүрек әсерлеріне қандай адренорецептор жауап береді?

- бета1
- альфа1
- альфа2
- бета2
- бета3

= Созылмалы ашық бұрышты глаукоманы емдеу үшін қолданылатын әртүрлі әсер ету механизмдері бар әртүрлі офтальмологиялық препараттар бар. Қайсысы көзішілік сұйықтықтың түзілуін азайту арқылы көзішілік қысымды төмендетеді

- тимолол
- эхотиофат
- изофлуорофат
- неостигмин
- пилокарпин

= Аспиринмен салыстырғанда жоғары селективті COX-2 тежегіштері қабынуға қарсы әсерге ие және асқазанның шырышты қабығына шамалы жанама әсерлері бар. Бұл препараттардың әсері қандай және аспириннің қандай әсері бар?

- антиагрегат
- анальгетик
- қабынуға қарсы
- қызуды түсіретін
- COX тежелуі

= Қандай гипноздық препарат ГАМК макромолекулярлық кешенімен аллостериялық әрекеттесу кезінде хлор ионофорларының жиірек ашылуына әкеледі?

- феназепам
- этаминальды натрий
- патриум гидроксibuтираты
- солпидем
- мэлтонин

= Қайсы Подагра артритін емдеу үшін қолданылатын препарат, сонымен қатар шала туылған нәрестелердегі артериозды жабу үшін қолданылады

- индометацин
- алтын препараттары
- кеторолак
- фенилбутазон
- метотрексат

= Аспирин сияқты NSAID-тер кейбір науқастарда аллергиялық реакцияларды тудыруы мүмкін. Дәрілік аллергияны болдырмау үшін нені блоктау керек

- липоксигеназа
- фосфолипаза A-2

- COG-1
- COX-2
- лейкотриенді рецепторлар

= Ауырсынуды басу және шеткергі қан тамырларын кеңейту үшін қандай препарат қолданылады

- морфин
- налоксон
- налтрексон
- лоперамид
- кодеин

= Наркотикалық анальгетиктердің артық дозалануының диагностикалық триадасына не кіреді?

- миоз, тіздегі жұлқу, инъекция белгілері
- мидриаз, кома және гипервентиляция
- мидриаз, қызба, іштің ауыруы
- миоз, тремор, құсу
- мидриаз, құсу

= Анестетиктермен біріктірілгенде морфиннің әсері қалай өзгереді?

- күшейеді
- төмендейді
- өзгермейді
- сіңіруді бәсеңдетеді
- зат алмасуды жоғарылатады

= Тоқандай диуретик гиперурикемия мен гипомагниемияны тудырады

- гидрохлоротиазид
- триамтерен
- спиронолактон
- ацетазоламид
- амилорид

= Қандай пероральді имидазол туындысы беткей және жүйелі микоздарды емдеу үшін қолданылады. Препарат жоғары гепатотоксикалық

- кетоконазол
- микогептин
- амфотерицин В
- тербинафин
- нистатин

= Фуросемидпен тежелетін  $Na^+ K^+ 2Cl^-$  ко-тасымалдаушы қайда?

- Генле ілмектерінің көтерілу мүшесі
- жинақтаушы түтікшелер
- циклдің кему бөлігі
- проксимальды түтікше
- түтікшенің дистальды бөлігі

= 1Аллергиялық демікпесі бар 0 жасар қыз балаға натрий кромогликаты тағайындалды. Препараттың әсер ету механизмі қандай

- медиатордың босатылуын тежеу

- мускариндік рецепторлардың тежелуі
- 5-липоксигеназаның тежелуі
- фосфодиэстеразаны тежеу
- $\beta$ -адренергиялық рецепторлардың активтенуі

= 16 жасар қыз балаға қаңқа бұлшықеттерінің жиырылуын (тремор) тудыратын астмаға қарсы препарат тағайындалды. Қандай препарат мұндай әсерлерді тудырады

- салбутамол
- беклометазон
- кромолин
- ипратропий
- монтелукаст

= FDA сальметерол сияқты селективті бронходилататорларды ұзақ уақыт қолданғаннан кейін демікпемен ауыратын науқастарда өлім-жітімнің көбейгенін атап өтеді. Төмендегі құбылыстардың қайсысы осы өлімге әкелетін жанама әсерді түсіндіреді

- бета-2 рецепторларға төзімділік – тұтқыр қақырықпен бронхиолалардың спазмы
- анафилактикалық шок
- гипертониялық криз
- синтездің тежелуі, кортизонның бөлінуі
- тұтқыр қақырықпен бронхиолалардың спазмы

= Глюкокортикоидтар әртүрлі қабыну ауруларын емдеуде кеңінен қолданылады.

Глюкокортикоидтарды фармакологиялық дозада тағайындау кезіндегі әрекеттің негізгі мақсаты қандай

- фосфолипаза A2
- циклооксигеназа
- гистидиндекарбоксилаза
- 5 –липоксигеназа
- ксантиноксигеназа

= Патологиялық реакциялардың көптеген түрлері (қабыну, өкпе ісінуі, шок) тамырлардың өткізгіштігінің жоғарылауымен бірге жүреді. Аталған құбылыстарды жою үшін аталған заттардың қайсысын қолдануға болады

- Преднизолон
- Ацетилсалицил қышқылы
- Димедрол
- Прометазин
- Индометацин

= 12 жасар бала бронхопневмониямен емханаға түсті. Созылмалы отитпен ауырады. Бұл жағдайда антибиотиктердің қандай тобы қарсы

- аминогликозидтер
- пенициллиндер
- макролидтер
- линкосамидтер
- цефалоспориндер

= Аурухананың жұқпалы аурулар бөліміне менингит диагнозымен науқас жатқызылды. Зертханалық зерттеулер қоздырғыштың көптеген микробқа қарсы агенттерге сезімталдығын көрсетті, бірақ науқаста анемия белгілері байқалды. Науқасқа қандай препарат қарсы көрсетілімді?

- Левомецетин
- Гентамицин сульфаты
- Ампициллин тригидраты
- Амоксициллин
- Ванкомицин

= Неліктен имипенемді циластатинмен бірге тағайындайды?

- циластатин бүйректегі имипенемді бұзатын ферментті тежейді
- циластатин әсерді күшейтеді
- циластатин жанама әсерлердің алдын алады
- циластатин сіңуін жақсартады
- циластатин зат алмасуды арттырады

= Лейкозбен емделген 16 жастағы науқаста дене қызуы көтерілді. Дәрігер бактерияға қарсы, вирусқа қарсы және саңырауқұлақтарға қарсы қасиеттері бар бірнеше препараттарды тағайындады. 2 күннен кейін жедел бүйрек жеткіліксіздігі дамыған. Қандай препарат ЖРФ дамуына себеп болуы мүмкін?

- амфотерицин В
- флуконазол
- нистатин
- итраконазол
- леворин

= Туберкулезбен ауыратын науқасқа аралас терапия бөлігі ретінде изониазид тағайындалды. Дәрігер В6 витаминін қосымша тағайындауды шешті. В6 витаминін тағайындаудың негізгі себебі неде

- изониазидтің жанама әсерлерін болдырмайды
- туберкулезге қарсы әсерін күшейтеді
- сіңуін күшейтеді
- шығарылуын арттырады
- зат алмасуды арттырады

= Туберкулезге қарсы препараттың метаболизмі генетикалық бақылауда

- Изониазид
- Рифампицин
- Стрептомицин
- Этамбутол
- Пиразинамид

= Науқаста бета-гемолитикалық стрептококк тудырған жедел тонзиллит диагнозы қойылды. Осы аурудың дамуының этиологиялық факторын ескере отырып, аталған бактерияға қарсы препараттардың қайсысын тағайындаған дұрыс?

- амоксициллин
- гентамицин
- цефтазидим
- линкомицин
- ко-тримоксазол

= Науқаста жеңіл дәрежедегі қоғамнан алынған пневмония диагнозы қойылды. Ілеспе патология анықталмады. Осы науқаста эмпирикалық антибактериалды терапия үшін қандай препарат ең қолайлы?

- амоксициллин/клавуланат

- гентамицин
- ко-тримоксазол
- левофлоксацин
- эритромицин

= Науқасқа орташа ауырлықтағы пневмония диагнозы қойылды; амбулаториялық жағдайда амоксициллин/клавуланат 625 мг-нан тәулігіне 3 рет ішке тағайындалды. 2-ші күні науқаста есекжем және бронх түйілуі пайда болды. Осы клиникалық жағдайда жағымсыз жанама әсерлердің дамуын ескере отырып, пневмонияны емдеуге қандай антибактериалды агент балама болып табылады?

- азитромицин IV
- азтреонам IV
- бензилпенициллин IM
- гентамицин i/m
- ампициллин IM

= Ауылдан тыс пневмониямен ауыратын науқасқа амбулаториялық жағдайда күніне 2 рет 3 млн ХБ спирамицин ішке тағайындалды. Емдеудің 2-ші күні интенсивті гастралгия, жүрек айну, бір реттік құсу байқалды. Осы клиникалық жағдайда жағымсыз жанама әсерлердің дамуын ескере отырып, пневмонияны емдеуге қандай антибактериалды агент балама болып табылады

- цефуросим
- азитромицин
- кларитромицин
- амикацин
- клиндамицин

= Жүктілігі 9-10 апталық әйел науқас қыздың 38°C дейін көтерілуіне, кеуденің оң жақ жартысының ауырсынуына, шырышты-іріңді қақырықты жөтелге, әлсіздікке, бас ауруына шағымданып отбасылық дәрігерге қаралды. Ол гипотермиядан кейін жедел ауырды. Объективті қарауда науқастың жағдайы салыстырмалы түрде қанағаттанарлық, интоксикация белгілерімен ауырады. Төменгі бөлімдерде перкуссияда оң жақта қысқарған өкпе дыбыстары анықталады, аускультацияда крепитация естіледі. Жалпы қан анализінде лейкоцитоз 15,0x10<sup>9</sup>/л дейін, ЭТЖ 35 мм/сағ жоғарылауы анықталады. Осы клиникалық жағдайда қандай препаратты тағайындаған НЕҒҰРЛЫМ дұрыс?

- амоксициллин
- гентамицин
- кларитромицин
- имипенем
- оксациллин

= Бронходилляторлық препаратты ингаляциялық түрде бақылаусыз қабылдау салдарынан науқаста бронх өткізгіштігінің күрт нашарлауы, «ребаунд синдромы» дамыған. Осы клиникалық жағдайда жанама әсердің дамуына қандай дәрілік зат себеп болуы мүмкін?

- салбутамол
- теofilлин
- беклометазон
- кромоглик қышқылы
- зафирлукаст

= Науқас В., 26 жаста, бронх демікпесі, аралас түрі, персистирлеуші ағымы, ауырлығы орташа, ремиссия фазасы, ДН II. Бронх демікпесін емдеудің сатылы тәсілін ескере

отырып, бұл науқасқа аралас терапия тағайындалады. Осы клиникалық жағдайда қандай препараттар комбинациясы НЕҒҰРЛЫМ сәйкес келеді?

- формотерол + будесонид
- сальметерол + формотерол
- формотерол + салбутамол
- будесонид + кетотифен
- фенотерол + салбутамол

= Науқас В, 56 жаста, бронх демікпесі диагнозы қойылған, атопиялық түрі, персистирлеуші ағымы, ауырлығы орташа, тыныс жетіспеушілігінің өршу кезеңі II. Будесонидпен 500 мкг/тәу дозада + сальметерол 100 мкг/тәу + салбутамол 100 мкг сұраныс бойынша емдеу кезінде 5 ай бойы тұрақты ремиссия байқалады. Осы клиникалық жағдайда емделушіні басқарудың тағы қандай тактикасы ең қолайлы?

- глюкокортикостероидты препараттың дозасын төмендету
- бронходылататын дозаның жоғарылауы
- терапияны түзетпей науқасты бақылауды жалғастыру
- бронходылататын дәріні ауыстыру
- қосымша бронходилататорлық препаратты тағайындау

= Науқас А., 30 жаста, күнделікті демікпе симптомдары бар, түнгі симптомдар аптасына бір реттен жиі кездеседі, өршу кезінде жұмыс қабілеті және ұйқысы бұзылады, салбутамолды күнделікті қолданады. FEV1 60-80% күтілетін, PSV күн сайынғы ауытқуы >30%. Осы клиникалық жағдайда негізгі терапия үшін қандай препараттардың комбинациясы НЕҒҰРЛЫМ сәйкес келеді?

- Ұзақ әсер ететін  $\beta_2$ -адренергиялық агонистер + орташа дозадағы ИКС
- лейкотриенді рецепторлардың блокаторлары + қысқа әсер ететін  $\beta_2$ -адренергиялық агонистер
- жоғары дозалы ИКС + мастикалық жасуша мембранасының тұрақтандырғыштары
- М-антихолинергиялық заттар + лейкотриенді рецепторлардың блокаторлары
- метилксаниттер + қысқа әсер ететін  $\beta_2$ -адренергиялық агонистер

= Бұл препараттың бронходилататорлық әсер ету механизмі постсинапстық мембрана деңгейінде ацетилхолиннің М-холинергиялық рецепторлармен әрекеттесуінің әлсіреуі немесе тоқтатылуына байланысты. Біз қандай дәрі туралы айтып отырмыз?

<нұсқа>Ипратропий бромиді

- Монтелукаст
- Салбутамол
- Формотерол
- Теофиллин

= Науқас А., 34 жаста, диарея белгілері бар, инфекциялық емес диарея, диетадағы қателіктен және жүйке-психикалық бұзылыстардан. Осы клиникалық жағдайда қандай іш қату агенті көрсетілген?

- лоперамид
- макрогол
- панкреатин
- метоклопрамид
- бисакодил

= 50 жастағы науқасқа бауыр циррозы диагнозы қойылды. Бауыр энцефалопатиясының алдын алу үшін қандай дәрілік препаратты қолдану ЕҢ ұтымды?

- лактулоза

- essentielle
- адиметионин
- силимарин
- урсодезоксихолий қышқылы

= Созылмалы акалькулезді холецистит, жедел сатысы диагнозымен 45 жастағы науқасқа учаскелік дәрігер келесі ем тағайындады: амоксициллин 2000 мг/тәу, омепразол 40 мг/тәу, платифиллин гидротартраты 0,2% 2,0 мл/тәу, панкреатин барлығы 40,000 IU. таблетка/күн. Осы клиникалық жағдайда қандай дәрі-дәрмектің қисынсыз екенін анықтаңыз.

- аллохол
- амоксициллин
- омепразол
- платифиллин гидротартраты
- панкреатин

= Бұл препарат құсуға қарсы. Әсер ету механизмі орталық және шеткергі 5HT3-серотониндік рецепторлардың бәсекеге қабілетті жоғары селективті блокадасына байланысты. Цитотоксикалық химиотерапевтік агенттерді, сәулелік терапияны қолдану кезінде жүрек айнуы мен құсудың алдын алу үшін қолданылады. Біз қандай дәрі туралы айтып отырмыз?

- ондансетрон
- домперидон
- омепразол
- метоклопрамид
- циметидин

= Науқас В., 33 жаста, диагнозы: Ойық жара ауруы. Он екі елі ішектің ойық жарасы, жедел сатысы, даму себебі Н.рylogі екені анықталды. Осы клиникалық жағдайда қандай препараттардың комбинациясы ең ұтымды?

- рабепразол+кларитромицин+амоксициллин
- омепразол+эритромицин+ампициллин
- рабепразол+тетрациклин+азитромицин
- ранитидин + амоксициллин + висмут субцитраты
- фамотидин+ампициллин+метронидазол

= Дәрілердің бұл тобы асқазан сөлінің протеолитикалық белсенділігін төмендете отырып, оның түзілуіне әсер етпей, асқазандағы тұз қышқылын бейтараптайды. Біз қандай препараттар тобы туралы айтып отырмыз?

- антацидтер
- гастроцитопротекторлар
- гистаминді H2 рецепторларының блокаторлары
- протонды сорғы ингибиторлары
- ферменттік препараттар

= 29 жастағы науқас әйел, жүктілігі 18 апта, эзофагитсіз гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы анықталды. Бұл жағдайда симптоматикалық фармакотерапия мақсатында қандай дәрі-дәрмектерді тағайындауға болады?

- антацидтер, альгинаттар
- антибиотиктер
- протонды сорғы ингибиторлары
- гистаминді H2 рецепторларының блокаторлары

- прокинетика

= 50 жастағы науқас: Бауыр циррозы, токсикалық этиологиясы, белсенді фазасы, белсенділігі орташа, декомпенсация сатысы. Спленомегалия. Шиеленісті асцит. I-II дәрежелі өңештің варикоздары. Бауыр жасушаларының жеткіліксіздігі, декомпенсация кезеңі. Ісіну-асциттік синдромның фармакотерапиясы үшін қандай препараттардың комбинациясы ЕҢ ұтымды?

- фуросемид+спиронолактон
- индапамид+спиронолактон
- гидрохлоротиазид+ацетазоламид
- фуросемид+гидрохлоротиазид
- триамтерен+ацетазоламид

= Науқас В., 44 жаста, гиперкоагуляция синдромының белгілері бар. Дәрігер тәулігіне 20 мг эноксапарин натрийін дипиридамол 150 мг/тәу. Осы клиникалық жағдайда өзара әрекеттесудің қандай түрі мүмкін?

- антикоагулянттық әсердің күшеюі
- антитромботикалық әсердің әлсіреуі
- дипиридамолдың шығарылуының жоғарылауы
- дипиридамолдың сіңуінің жылдамдауы
- натрий эноксапаринінің таралуының баяулауы

= Науқас В., 45 жаста, созылмалы бүйрек жеткіліксіздігімен, 3-дәрежелі темір тапшылығы анемиясымен ауырады. Темір сульфаты 200 мг/тәу терапиясы аясында одан әрі емдеуге мүмкіндік бермейтін ауыр жүрек айнуы мен құсуды байқады. Осы клиникалық жағдайда науқасты басқарудың келесі тактикасы қандай?

- препараттың парентеральді түрін тағайындау
- дәрілік дозаның төмендеуі
- дәрілік заттарды енгізу жиілігін арттыру
- ішу арқылы басқа препаратпен алмастыру
- құсуға қарсы дәріні қосымша енгізу

= Бұл препарат В12 витамині тапшылығын алмастыратын терапияның негізі болып табылатын жоғары белсенді қан түзетін, метаболикалық агент болып табылады. Біз қандай дәрі туралы айтып отырмыз?

- цианокобаламин
- эритропозтин
- темір сульфаты
- фитоменадион
- никотин қышқылы

= Бұл препараттың гипотензиялық әсер ету механизмі орталық жүйке жүйесіндегі имидазолин рецепторларының белсендірілуіне байланысты. Біз қандай дәрі туралы айтып отырмыз?

- моксонидин
- празозин
- метилдопа
- клонидин
- гуанфацин

= 60 жастағы науқас, коронарлық артерия ауруы, стенокардия, ФК III диагнозы қойылған. Синусты тахикардия. Қолқаның атеросклерозы. Екіншілік артериялық гипертензия, 2

кезең, қауіп 3 (ЖСЖ, стенокардия, ретинальды ангиопатия). НС I. ӨСОА, жедел сатысы, орташа ауырлық дәрежесі. DN II. Тағайындалған терапия: атенолол 50 мг/тәу, лизиноприл 10 мг/тәу, ацетилсалицил қышқылы 250 мг/тәу, симвастатин 20 мг/тәу, ипратропий бромиді 160 мкг/тәу. Қандай препаратты тағайындау дұрыс емес?

- атенолол
- лизиноприл
- ацетилсалицил қышқылы
- симвастатин
- ипратропий бромиді

= 68 жастағы коронарлық артерия ауруы бар науқаста жүрек жеткіліксіздігінің үдемелі белгілері бар. Ілеспе диагноз - 2 типті қант диабеті. Осы клиникалық жағдайда қандай диуретик ең қолайлы?

- индапамид
- фуросемид
- ацетазоламид
- спиронолактон
- триамтерен

= Науқас В., 65 жаста, жүрек жеткіліксіздігіне байланысты ісіну синдромын жеңілдету үшін диуретик қабылдау кезінде есту өткірлігінің төмендеуіне қосымша шағымдар пайда болды. Осы жанама әсердің дамуына ықпал еткен қандай диуретик тағайындалды?

- фуросемид
- спиронолактон
- индапамид
- ацетазоламид
- гидрохлоротиазид

= Науқас 34 жаста, жүктілік 12-13 апта. Екі жақты нефроптоз фонында созылмалы екіншілік пиелонефрит диагнозы қойылды, жасырын емі, белсенділігі 0. СРФ I. Екіншілік артериялық гипертензия 2 саты, қауіп 3 (ЛВГ), НКІ. Қандай препаратты гипотензиялық мақсатта тағайындаған дұрыс

- метилдопа
- лизиноприл
- эпросартан
- спиронолактон
- празозин

= 55 жастағы науқасқа 3-дәрежелі эссенциалды гипертензия диагнозы қойылған (ТЖ, ретинальды ангиопатия) гипотензиялық мақсатпен НКІ атенолол 50 мг/тәу + верапамил 240 мг/тәу. Осы клиникалық жағдайда гипертензияға қарсы препараттарды біріктіру орынды ма?

- жоқ, бұл комбинация ұтымды емес
- иә, препараттардың өзара әрекеттесуі гипотензиялық әсерді күшейтеді
- иә, препараттардың гипотензиялық әсері бар
- жоқ, верапамилдің гипотензиялық әсері жоқ
- жоқ, атенололдың дозасы жеткіліксіз

= Науқас гипотензиялық мақсаттағы препаратты қабылдау кезінде бетінің қызаруына, бас ауруына, бас айналуына шағымданды. Осы жанама әсерлердің дамуын ең ықтимал қандай дәрілік зат тудырды?

<вариант>нифедипин

- эналаприл
- фуросемид
- бисопролол
- ацетазоламид

= 50 жастағы науқаста қант диабетімен және диабеттік нефропатияның үдеуімен бірге жүретін артериялық гипертензия бар. Гипертензияға қарсы препараттардың қай тобының ерте тағайындалуы бүйрек асқынуларының дамуына жол бермеуі мүмкін

- АСЕ ингибиторлары
- альфа-блокаторлар
- кальций каналдарының блокаторлары
- диуретиктер
- симпатолитиктер

= 45 жастағы науқас әйелге жүректің ишемиялық ауруы, ФК II стенокардия және қарыншалық экстрасистолия диагнозы қойылды. Гипертиреоз да анықталды. Мақсаты неаталған антиаритмиялық препараттардың бірі қалқанша безінің қызметіне әсер етуі мүмкін

- амиодарон
- этазицин
- хинидин
- дигоксин
- лидокаин

= Науқас П., 67 жаста, жүрекшелер фибрилляциясында тромбоэмболиялық асқынулардың алдын алу үшін варфариндік терапиядан өтеді. Осы клиникалық жағдайда варфаринмен емдеу кезінде коагуляция сынағының қандай көрсеткішін бақылау керек?

- МНО
- АРТТ
- тромбоциттер
- протромбиндік уақыт
- РТІ

= 55 жастағы науқаста вазоспастикалық (вариантты) стенокардия анықталды. Төменде көрсетілген дәрілік топтардың қайсысы осы науқаста кардиалгияның алдын алу үшін ең қолайлы?

- кальций антагонистері
- нитраттар
- бета-блокаторлар
- метилксантиндер
- антиагреганттар

= 48 жастағы науқаста 3-ші сатыдағы эссенциалды артериялық гипертензия, 4-қауіптілік (ЖСЖ, ретинальды ангиопатия, қант диабеті) НК I қант диабеті 2 типті қант диабеті, орташа ауырлық дәрежесі, компенсация сатысы. Эналаприлді қабылдау кезінде ол ауыратын құрғақ жөтелді байқайды. Науқасты басқарудың тағы қандай тактикасы ең ұтымды болып табылады?

- эпросартанмен алмастыру
- эналаприл дозасын төмендету
- лизиноприлмен алмастыру
- пропранололды қосымша енгізу
- фуросемидпен алмастыру

= Науқас Г., 40 жаста Диагнозы: 2 типті қант диабеті, инсулинге тәуелсіз, ауырлығы орташа, компенсация фазасы. 5 жыл бойы гипогликемиялық препараттарды (ГЛД) қабылдайды. Қазіргі уақытта жүктілік диагнозы қойылды. Осы клиникалық жағдайда пациентті басқарудың қандай тактикасы ең ұтымды болып табылады?

- инсулин терапиясына көшу
- ССП бір дозада қабылдау
- SSP дозасын азайту
- ӘҚҚ қосымша мақсаты
- инсулинді қосымша енгізу

= 2 типті қант диабеті диагнозы бар науқас Г.-ға гипогликемиялық препараттармен (ГЛД) біріктірілген ем тағайындалады. Осы клиникалық жағдайда қандай HLD комбинациясы ең ұтымды болып табылады?

- метформин + саксаглиптин
- эксенатид + репаглинид
- гликлазид + глибенкламид
- ситаглиптин + саксаглиптин
- пиоглиитаон + инсулин

= Науқас Л., 56 жаста, айқын клиникалық симптомдары бар жаңадан анықталған 2 типті қант диабеті анықталды. Гликозилденген (гликирленген) гемоглобиннің (HbA1c) деңгейі мақсатты деңгейден 9%-дан жоғары. Осы клиникалық жағдайда пациентті басқарудың ең ұтымды тактикасы қандай?

- инсулин терапиясының рецепті
- акарбозаны тағайындау
- динамикалық бақылау
- лираглутидті тағайындау
- SSP комбинациясын тағайындау

= Науқас Ф., 66 жаста, 2 типті қант диабеті расталған. Дәрігер пиоглиитазонды тағайындауды жоспарлап отыр. Бұл гипогликемиялық препараттың кемшіліктерін ескере отырып, бұл жағдайда қандай жанама әсерлер болуы мүмкін?

- әйелдерде түтікше сүйектерінің сыну қаупінің жоғарылауы
- гипергликемияның жоғары қаупі
- панкреатиттің даму қаупі
- тиімділігі төмен
- антиденелердің түзілуі

= Науқас Ж., 33 жаста, жүктіліктің 10-11 аптасында жедел цистит дамыған. Осы клиникалық жағдайда эмпирикалық терапияға арналған қандай препарат ең қолайлы?

- цефуроксим
- ципрофлоксацин
- цефазолин
- метронидазол
- гентамицин

= Науқас Ж., 33 жаста, жедел циститтің клиникалық симптомдары дамыған. Осы клиникалық жағдайда эмпирикалық терапияға арналған қандай препарат ең қолайлы?

- ципрофлоксацин
- цефазолин
- фурагин

- метронидазол
- гентамицин

= Науқас В., 75 жаста, ауруханаға дейінгі кезеңде бүйрек коликінің ұстамасы дамыған. Осы клиникалық жағдайда шұғыл көмек көрсету кезінде анальгетикалық мақсатта қандай препаратты тағайындау НЕҒҰРЛЫМ ұтымды?

- диклофенак
- ацетаминофен
- ацетилсалицил қышқылы
- фентанил
- омнопон

= Науқас В., 72 жаста, осы бактерияға қарсы препаратты қабылдау кезінде созылмалы пиелонефриттің өршуімен, тендовагинит (қабыну және сіңірдің үзілуі) дамыды. Қандай бактерияға қарсы агентті қолдану бұл жанама әсердің дамуына себеп болуы мүмкін

- норфлоксацин
- кларитромицин
- азитромицин
- тикарциллин
- цефуросксим

= Науқаста жергілікті анестетикті енгізу фонында анафилактикалық шок дамыған. «Анафилактикалық шок» клиникалық хаттамасына сәйкес осы клиникалық жағдайда қандай препаратты тағайындау ең қолайлы

- эпинефрин
- преднизолон
- дексаметазон
- аминофиллин
- хлорпирамин

= Дәрігердің қабылдауында науқас әлсіздікке, бас ауруына шағымданып, қан қысымын өлшегенде 160 және 90 мм сын.бағ. құрады. Осы клиникалық жағдайда науқасты басқару тактикасы қандай?

- каптоприл 25 мг тіл астына
- нитроглицерин 0,5 мг тіл астына
- магний сульфаты 4г көктамыр ішіне
- эналаприлат 0,625 мг көктамыр ішіне
- клонидин 0,15 мг пероральді

= Науқасқа асқынбаған гипертониялық криз диагнозы қойылды. Осы клиникалық жағдайда гипертониялық кризді жеңілдету үшін қандай препарат таңдаулы болып табылады?

- нифедипин
- фентоламин
- эналаприлат
- пропранолол
- клонидин

= Келесі терминдердің қайсысына келесі анықтама қолданылады: "арнайы клиникалық жағдайларда тиісті диагностикалық және терапиялық әдісті таңдауда дәрігерге көмектесу үшін жүйелі түрде әзірленген мәлімдемелер немесе ұсыныстар

- клиникалық нұсқаулық

- клиникалық хаттама
- емдеу стандарты
- қамқорлық картасы
- медициналық алгоритм

= Қандағы триглицерид деңгейін төмендетуге арналған жаңа препараттың клиникалық сынағы кезінде пациенттер кездейсоқ түрде екі топқа бөлінді. Бірінші топтағы науқастар препаратты, ал екінші топтағылар плацебо алды. Пациенттер қай топта екенін білді. Қандай зерттеу дизайны сипатталған

- ашық RCT
- когорттық зерттеу
- бір соқыр РТКТ
- екі соқыр RCT
- үштік соқыр РТКТ

= Ауруханада туа біткен патологиямен туылған балалардың жағдайлары тіркелді. Дәрігерлер жүктілік кезінде Бендектин препаратын қабылдаған аналардың арасындағы байланыс пен тератогендік әсердің дамуы туралы гипотезаны алға тартты. Қандай зерттеу дизайны сипатталған

- жағдайды немесе жағдайлар қатарын сипаттау
- когорттық зерттеу
- жағдайларды бақылау
- рандомизациясыз бақыланып отырған сынақ
- мета-анализ

= Ұзақ мерзімді (кемінде 1 ай) антиагреганттық терапияның жүрек-қан тамырлық асқынулар қаупіне әсерін анықтау үшін біз ұзақ мерзімді антиагреганттық терапия мен плацебо әсерін салыстырған 145 рандомизацияланған сынақтың және әртүрлі антиагреганттық терапия режимдерін салыстырған 29 рандомизацияланған сынақтың нәтижелерін талдадық. Қандай зерттеу дизайны сипатталған

- РТЖ-ға жүйелі шолу
- рандомизацияланған клиникалық сынақ
- когорттық зерттеу
- жағдайлар қатарын сипаттау
- жағдайларды бақылау

= Төмендегі анықтама деңгейлерінің қайсысына сәйкес келеді: «дәлелдер бұлтартты: бұл әдісті қолданудың пайдасына күшті дәлелдер бар

- A
- B
- C
- D
- E

= Төмендегі анықтама деңгейлерінің қайсысына сәйкес келеді: «жеткілікті теріс дәлелдер: берілген жағдайда бұл әдісті қолдануға қарсы ұсыныс жасауға жеткілікті дәлелдер бар

- D
- A
- B
- C
- E

= Құрамында РНҚ бар вирустар тудыратын ауруларға қандай препарат қолданылады

- зидовудин
- ацикловир
- метизазон
- вальцикловир
- видарабин

= Ацикловирдің вирусқа қарсы әрекетінің негізінде жатқан әсер ету механизмі қандай

- ДНҚ-полимеразаны тежейді және герпес ауруларында қолданылады
- РНҚ синтезін тежейді және тұмауға қарсы қолданылады
- вирустық ДНҚ-ның кері транскриптазасын тежейді және СПИД-те қолданылады
- вироэксисті тежейді және жіті респираторлық вирустық инфекциялар үшін қолданылады
- вирустық нуклеин қышқылдарының синтезін тежейді
- вирустық нуклеин қышқылдарының синтезін тежейді

= Науқас А., 69 жаста, шүйде аймағындағы бас ауырсынуына, көз алдында шіркейлердің ұшуына, құлақтағы шуылға шағымданады. Бас ауырсынуы 20 жыл бойы мазалайды, сол уақыттан бастап АҚ 180/110 мм с.б.б дейін жоғарлағанын анықтаған. Дәрігерге қаралмаған. Жағдайының нашарлауы 2 сағат бұрын, эмоционалдық күштемелермен байланыстырады. Анамнезінде ІІ типті қант диабеті. Объективті: жағдайы орташа ауырлық дәрежеде. Жүрек тондары әлсіз естіледі, ритм дұрыс. АҚ 200/110 мм сын. бағ., ЖЖЖ – 112 рет/мин.

Болжамды диагноз

- АГ ІІІ дәр. қауіп ІІІ. ІІ типті дағдарыс
- АГ ІІ дәр. қауіп ІІІ. ІІ типті дағдарыс
- АГ ІІІ дәр. қауіп ІІІ. Криз ІІ
- АГ ІІ дәр. қауіп ІІІ. І типті дағдарыс
- АГ ІІ дәр. қауіп ІІ. ІІ типті дағдарыс І

= Науқас 40 жаста. Жедел жәрдем келгеннен кейін, кенеттен басталған басының ауырсынуы, жүрегінің айнуы, құсу, аяқ-қол бұлшықеттерінің тартылуы мен қан қысымының 300/110 мм сын. бағ жоғарлауына шағымданады. Жағдайының нашарлауын психо-эмоционалді қобалжумен байланыстырады. 1 жыл ішінде қатты салмақ тастаған және осындай ұстамалардың психо-эмоционалді жүктемелерден кейін болып тұратынын байқаған. Болжамды диагноз

- феохромоцитома кезіндегі гипертониялық криз
- тиреотоксикалық криз
- гипертониялық энцефалопатия
- гипертониялық криздің нейровегетативті нұсқасы
- гипертониялық криздің тырысу нұсқасы

= Науқас Л, 47 жаста, 20-25 минут бұрын пайда болған кеуденің қатты ауырсынуына, ентігуге, бас айналуына, оң жақ қабырға астындағы ауырсынуға, іштің кебуіне, құсуға, күрт әлсіздікке шағымданады. Объективті: жағдайы ауыр. Денеңің үстіңгі жағында терінің айқындалған цианозы, мойын тамырлары ісінген, аяғы ісінген. Тынысы сирек, аритмиялық, аускультацияда-оң жақ бөлігінде тынысы әлсізденген. Жүрек тондары әлсіреген, өкпе артериясында акцент және ІІ тон екіеселенуі, сол жерде систолиялық шу. ЖЖЖ 120 рет минутына. АҚ 80/50мм с.б.б. Іші кепкен, оң жақ қабырға асты ауырсынады. Бауыры +4 см, ауырсынады.

Болжамды диагноз

- ТЭЛА
- Өкпе ісінуі

- Миокардың жіті инфаркті
- Ауруханадан тыс пневмония
- Астматикалық статус+

= Егде жастағы науқаста төс артында кенет ауырсыну, кейін құрғақ жөтел, бас айналуы пайда болды. Сәл кейінірек инспираторлық еңтігу және терінің бозаруымен қосарласқан цианоз пайда болды. Визуалді эпигастралдық аймақта патологиялық пульсация анықталады. Перкуторлық – жүректің оң жақ бөлігінің кеңеюі, аускультативті- II тонның акценті және оның өкпе артериясының үстінде екіеселенуі байқалады.

Болжамды диагноз

- өкпе артериясының тромбоэмболиясы
- астматикалық статус
- жедел миокард инфарктысы
- өкпенің интерстициалдық ісінуі
- крупоздық пневмония

= 32 жастағы ер адам электр тоғына ұшырады. Объективті: есінен танған. Терісі бозарған, ұстағанда суық. Тынысы жоқ. Ұйқы артериясында пульс анықталмайды. Қарашықтар жарыққа әсер етпейді.

Жүрек ырғағының ықтимал бұзылысын көрсетініз

- қарыншалар фибрилляциясы
- электромеханикалық диссоциация
- асистолия
- қарыншалық тахикардия
- АВ блокад

= Науқас С, 54 жаста, 17 жыл қант диабетімен ауырады. Қарау кезде: науқас ес түссіз. Объективті: тері жамылғылары бозарған, құрғақ, тургоры төмендеген. Қарашығы тарылған, пульсі жіптәрізді, аузынан ацетон иісі шығады. Куссмауль типті патологиялық тыныс алу. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты. АҚ 100/60 мм с.б.б., қандағы глюкоза мөлшері 35 ммоль/л. Команың түрін көрсетініз

- кетоацидозды
- гиперлактацедемиялық
- гиперосмолярлық
- церебралдық
- бауырлық

= Науқас М., 57 жаста. кенеттен пайда болған жиі жүрек соғысы туралы БК бригадасын шақырды. Анамнезде бұрын жүрек нарушенияғының бұзылу эпизодтары болған. Жедел жәрдем дәрігері сол жақ қарыншаның төменгі қабырғасының жедел миокард инфарктісін, атриальды пароксизмальды фибрилляцияны, кардиогендік шокты анықтады. Кардиогенді шок нұсқасын анықтаңыз

- аритмиялық
- перифериялық
- абдоминалдық
- демікпелік
- ауырсынусыз

= Науқас А., 45 жаста денеде бөртпенің пайда болуына, тері қышуына шағымданады. Бұл жағдай левомецетин таблеткасын қабылдағаннан кейін бір сағаттан кейін жедел пайда болды. Объективті: мойын, кеуде бөлімінде көпмөлшердегі емес, айқын гиперемияленген,

ірідақты бөртпелер мен тырнақ іздері байқалады. АҚ 120/70 мм сын.бағ., дене температурасы 36,9<sup>0</sup> С.

Болжамды диагноз

- локализацияланған есекжем
- генерализенген есекжем
- анафилактикалық шок
- аллергиялық дерматит
- Лайелла синдромы

= Науқас С., 70 жасар, кардиология бөлімінде жедел миокард инфарктісіне байланысты стационарлық ем кезінде, 11 тәулікте кеуде клеткасында ауырсыну, енгігу мен қызба пайда болды. Аускультация кезінде: перикардтің үйкеліс шуы, тынысы әлсіреген, өкпенің екі жағынан артқы төменгі бөлімдерінде ылғалды сырылдар естіледі. ТЖ 28 минутына. Науқаста миокард инфарктісінің қандай асқынысын болжауға болады:

- Дресслер синдромы
- нозокомиалды пневмония
- миокардтың зақымдалу аймағының жайылуы.
- идиопатиялық перикардит
- жүрек хордаларның жыртылуы

= Жедел жәрдем шақыруға келген кезде, өмір белгілері жоқ 40 жасар әйелді анықталған. Туыстарының айтуы бойынша, он минут бұрын есінен танған, бұрындары ауырмаған. Объективті: естүссіз, ұйқы артерияларындағы пульс, тынысы, көз қарашықтарының жарыққа әсері анықталмайды, тері жамылғылары бозғылт, жылы. Жүрек-өкпелік реанимация жүргізілді. Жедел жәрдем дәрігері жүрек-өкпелік реанимацияның тиімділігін қандай критерилермен бағалау керек.

- ұйқы артериясында пульстің пайда болуы+
- қарашықтардың кеңейуі
- қасаң қабықтың құрғауы
- «мысықтың көзі» симптомы
- қасаң қабықтың бұлынғырлануы

= Науқас Г., 50 жаста. Кеуде артындағы ауырсынуына, құрғақ жөтел және бас айналуына шағымданады. Соңынан инспираторлық типтегі енгігу, терінің бозаруы мен цианоз пайда болды. Тексеру кезінде эпигастральды аймақтағы патологиялық пульсация анықталады. Перкуторлық жүрек оң шекарасының кеңеюі анықталады. Аускультативтік: II тонның акценті және өкпе артериясының үстінде екіеселенуі байқалады.

Болжамды ықтимал диагноз

- өкпе артериясының тромбоэмболиясы
- астматикалық статус
- жедел миокард инфарктысы
- спонтандық пневмоторакс
- крупозды пневмония

= Әйел адам 50 жаста, дәрігерге АҚ көтерілуіне, басының айналуы мен қорқыныш үрей сезіміне шағымданды. Қараған кезде: беті бозарған, суық. ТЖ 100 рет минутына. АҚ 260/140 мм сын.бағ.

Болжамды диагноз

- гипертониялық криз
- тиреотоксикалық криз
- гипертониялық энцефалопатия
- нейровегетативті дистония

- микседема көрінісі

= Науқас А., 56 жаста. Бастың қатты ауырысынуына. Шүйде аймағында басымырақ сезілетін басының ауырысынуына, жүрек айну, құлақтағы шу, денедегі дірілге шағымданады. Анамнезінде: артериалды гипертензия бойынша «Д» тіркеуде тұрады. Үздіксіз кальций антогонистер тобының гипотензивті дәрілік заттарын қабылдайды. Жағдайының нашарлауы бірнеше сағаттай, психо-эмоционалды қобалжумен байланыстырады. Қараған кезде: жағдайы орташа ауырлық дәрежеде. Жүрек тондары әлсіреген, ырғақты. ЖЖЖ – 112 с/мин., АҚ 190/110 мм сын.бағ. Бір сағат ішінде гипертониялық дағдарыстың осы түрімен қан қысымының төмендеуінің қажетті деңгейінің пайызы

- 25%
- 15%
- 10%
- 30%
- 35%

= Науқас С., 45 жаста, дәрімен улануға байланысты жедел жәрдем шақыртқан. Басының ауырысуы, жүрек айнуы мен бірнеше рет құсуға шағымданады. Науқастың айтуы бойынша жедел жәрдемге дейін, бір сағат бұрын 10 таблетка (атауы белгісіз) суицид мақсатында белгісіз дәрі қабылдаған. Қараған кезде: науқас қобалжыған, тынымсыз, айқын гипергидроз, тахикардия 120 рет минутына, еңтігу 25 рет минутына, АҚ 160/100 мм сын.бағ.

Қандай медикаментозды улану туралы ойлауға болады

- эфедринмен
- но-шпамен
- клофеллинмен
- аспиринмен
- седуксенмен

= Науқас, 37 жаста, анамнезінде аяқтың терең веналарының тромбофлебиті, кенет дамыған еңтігу, кеуде келеткасындағы ауырысу, қан жағындыларымен жөтел, жүрек қағу мазалайды. Бұл жағдайдың мүмкін болатын себебі болып табылады

- өкпе артериясының тармақтарының тромбоэмболиясы
- бронхылық демікпесінің ұстамасы
- тыныс жолдарындағы бөтен дене
- өкпе артериясының ауалы эмболиясы
- спонтандық пневмоторакс

= Науқас 45 жаста, қандай да бір дәрілік заттармен уланумен келесі симптомдарды анықтайды:: психомоторлық қозу, мидриаз, аккомодация салдануы, тахикардия, сілекей бездерінің секрециясының азаюы, тері жамылғыларының құрғақтығы

Уланудың себебі ретінде ең ықтимал дәрілік зат

- атропин
- прозерин
- ацетилхолин
- пилокарпин
- галантамин

= Әйел адам, 45 жаста. Денесінің бүкіл аймақтарында қышымалы бөртпелердің пайда болуына, тыныс алудың қиындауына, еріннің, қабақтың ісінуіне шағымданады. Анамнезінде: ЖРВИ дан кейінгі қатты жөтелден соң өздігінен б/і цефтриаксон

қабылдаған. Антибактериалдық препараттардың қай топтары науқаста осындай реакция тудыруы мүмкін

- цефалоспорины
- аминогликозидтер
- пенициллины
- макролиды
- фторхинолоны

= Артериялық гипертензиямен сырқаттанатын 65 жастағы науқаста тұншығу және инспираторлық енгізу дамыды. Науқас мәжбүр қалпында отыр. Өкпесінде көптеген әртүрлі калибрлі ылғалды сырылдар естіледі. АҚ қалыпты, тахикардия. Болжамды диагнозыңыз

- өкпенің кардиогенді ісінуі
- жіті обструктивті бронхит
- инфаркті пневмония
- респираторлы дистресс-синдром
- астматикалық статус

= Жүректің жұмысының бұзылуына байланысты жедел жәрдемге науқас шағымданған. Объективті: жағдайы қанағаттанарлық, терісі қалыпты. Жүрек тондары тұйық, аритмиялы. ЖЖЖ 90 рет 1 минутына. АҚ 120/80 мм сын.бағ. ЭКГ: ритм синусты, ұзын паузамен жалғасқан, жіңішке ретсіз QRS комплексімен үзілген. Науқаста ритм бұзылысының қандай түрі.

- суправентрикулярлы экстрасистолия
- синусты тахикардия.
- синусты аритмия
- қарыншалық экстрасистолия
- жыбыр аритмиясы

= ЖМК-ны 12 жастағы қызға шақыру. Анамның айтуы бойынша, Мен кездейсоқ ыстық сорпа табасын аударып алдым. Тексеру кезінде: тежелген. Дененің, жамбастың алдыңғы бетінің терісі күрт гиперемияланған, көпіршіктер бар, кейде геморрагиялық құрамы бар, дермис аймақтары бар. Тозақ 90/60 мм сын. бағ.ст., жүрек соғу жиілігі 108 уд./мин.

Алдын ала диагноз

- Термиялық күйік III дәрежесі, күйіктік шок
- Термиялық күйік II дәрежесі, күйіктік шок
- Термиялық күйік III дәрежесі
- Термиялық күйік IV дәрежесі күйіктік шок
- Термиялық күйік IV дәрежесі

= Науқас 33 жаста. Шақыру себебі: улану. Анамнезінде: судың орнына байқамастан, 30 мл белгісіз сұйықтық ішіп қойған. Бірден аузында, өңеш пен асқазан бойымен аурынууды сезінген. Қан аралас құсқан. Қараған кезде: ауыз қуысында – колликвационды некроз белгілері. АҚ 90/60 мм сын. бағ. ЖСЖ 98 рет 1 мин. Қандай токсикалық затпен жанасу уланудың себебі болып табылады.

- ащы сілтімен
- сірке қышқылымен
- метил спиртімен
- этил спиртімен
- күкірт қышқылымен

= Жедел жәрдемге шақыру келіп түсті: 46 жасар әйел, тамақ әзірлеу кезінде өзіне бір шара борщты құйып алған. Жедел жәрдем келгенде: науқас ауырсынудан айқайлап жатыр, қобалжулы. Тізе буынынан табан буындарына дейінгі, білезік және білек терісіндегі тері ісінген, гиперимияланған. Мөлдір сұйықтыққа толы көпіршіктермен қапталған. Жарылған көпіршік түбі, ауырсынады, кей жерлерде ақшыл құрғақ келеді. ТЖ 86 с./мин., АҚ140/90мм сын.бағ. Термиялық күйіктің дәрежесі

- II-IIIА
- I-IIIБ
- I-II
- II-IIIБ
- IIIА

= Аспазшы қазір ғана дайындалған ботқаны үстіне аударып алды. Ауырсынудан айқайлауда, мазасыз, қозғыш. Екі санының, балтырдың алдыңғы беткейінде жабысқақ сұйық ботқа, бос аймақтарындағы тері гиперимирленген, ісінген, ашық сұйықтыққа толы көпіршіктермен қамтылған.

Жарылған көпіршіктердің түбі – қып-қызыл, жылтыр, ауырсынулы; кей аймақтарда құрғақ ақ нүктелер. АҚ 110/75 мм.с.б., пульс 86 соққы минутына,ритмді. Термиялық күйіктің мүмкін дәрежесі

- 3А дәреже
- 2 дәреже
- 1 дәреже
- 3Б дәреже
- 4 дәреже

= 43 жастағы ер адам 103 шақырды. Кеуде қуысында кенеттен пайда болған ауырсыну бойынша «03» шақырды. Объективті: жағдайы өте ауыр. Тері жамылғылары бозарған, ылғалды. Ерні көгерген. Өкпеде тынысы везикулярлы, сырыл жоқ. ТАЖ 20 рет мин. Жүрек тондары тұйықталған, ритімі дұрыс. ЖЖЖ 100, пульс 100 соққы мин. Әлсіз толымды. АҚ 120/80 мм с.б. Іші пальпацияда жұмсақ, ауырсынусыз. Бауыры ұлғаймаған. ЭКГ-да ритімі синусты, дұрыс. ЖЖЖ 100 мин. I, aVL, V1-V4 тіркемелерінде ST тісшесінің көтерілуі.

Миокард зақымдануын оқшаулау

- сол қарыншаның алдыңғы қабырғасы
- сол қарыншаның бүйір қабырғасы
- аралық аймақ
- сол қарыншаның артқы бүйір қабырғасы
- оң қарынша

= 45 жастағы ер адам жүрек дене қызуының 38,5<sup>0</sup> дейін көтерілуіне, тыныштың жағдайда ендігу, жүрек аймағында қысып ауырсынуға, тыныс алғанда ауырсынудың күшеюіне нитроглицерин қабылдағанда басылмайтын шағымдармен клиникаға жеткізілді. ЭКГ-да синусты тахикардия, I, II, III, aVL, aVF, V<sub>2</sub>-V<sub>5</sub>, тіркемелерінде ST сегментінің 0,5 мм-ге куполо тәрізді элевациясы, PR сегментінің депрессиясы. Мүмкін болатын болжам диагноз

- перикардит
- оң жақ қарыншаның жедел миокард инфарктісі;
- өкпе артериясының бұтақтарының тромбоэмболиясы;
- кеуде аортасының жыртылған аневризмасы;
- сол қарыншаның алдыңғы қабырғасының желдел миокард инфарктісі

= Ер адам 58 жаста кеуде қуысының қыздырып ауырсынуына, ауырсынудың иыққа, мойынға берілуіне шағымданады. Ауырсыну 40 минут бұрын пайда болған, ауыр

психологиялық стреспен байланыстырады. Бұрын өзін сау адам деп санаған. Қарау барысында: тері жамылғылары бозарған, суық тер; АҚ 110/60 мм.с.б., ЖЖЖ – 98 мин, ТАЖ- 20 мин. Жүрек тондары тұйықталған, ритімді. Өкпенің екі жағының төменгі бөліктернен ұсақ көпіршікті сырыл естіледі. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Бауыр ұлғаймаған. Перифериялы ісінулер жоқ. ЭКГ-да I, aVL, V<sub>1</sub>-V<sub>6</sub> тіркемелерде ST сегментінің 4 мм-ге жоғарылауы, III, aVF ST сегментінің 2 мм депрессиясы.

Болжамды диагноз

- сол қарыншаның алдыңғы бүйір қабырғасының ST сегментінің жоғарылауымен жүретін жедел коронарлы синдром
- жедел перикардит
- екі жақты төменгі бөлікті пневмония;
- сол қарыншаның төменгі бүйір қабырғасының ST сегментінің жоғарылауымен жүретін жедел коронарлы синдром
- Принцметал стенокардиясы

= Әйел 30 жаста қантты диабет I типімен ауырады, инсулин қабылдайды. Кенеттен пайда болған әлсіздікке, денесінің түршігуіне, қатты терлегіштікке, жайсыз сезінуіне шағымданады. Терісі ылғалды, денесі түршіккен. Жүрек тондары тұйықталған, ритімді. ЖЖЖ 110 мин., АҚ 140/50 мм.с.б., ТАЖ 18 рет мин. Пайда болған жағдай келесі себеппен байланысты

- гипогликемиялар
- гиперлактацидотты кома
- кетоацидотты кома
- гиперосмолярлы кома
- нейроциркуляторлы дистония

= Ер адам 72 жаста екі жақты төменгі бөліктік пневмониямен, кенет әлсіздік, бас айналу, құлағының шуылдауы, жүрек айну, құсқысы келген. Объективті: t<sup>0</sup>- 39,1<sup>0</sup>, бозарған, айқын акроцианоз, суық жабысқақ тер. Өкпесінде тынысы қатқыл, екі жақта төменгі бөлікте әлсіреген, ұсақ көпіршікті ылғалды сырылдар естіледі. ТАЖ 30 рет мин. Жүрек тондары тұйықталған, ритімді. ЖЖЖ 120 мин., жіп тәрізді пульс. АҚ – 80/50 мм.с.б. Жағдайының күрт нашарлауы келесі жағдайдың дамуына байланысты

- инфекциянды-токсикалық шок
- кардиогенді шок
- гиповолемиялық шок
- өкпе артериясының тромбоэмболиясы
- жедел респираторлы дистресс-синдромы

= 55 жастағы ер адамға екі рет есінен тануына байланысты жедел жәрдем шақырылды. ЖЖЖ келгенде басының айналуына, жалпы әлсіздікке шағымданды. Объективті: жағдайы орташа ауырлық дәрежеде. Есі анық. Жүрек тондары тұйықталған, ритімді, айқын брадикардия. ЖЖЖ 35 мин., пульс 35 соққы мин. АҚ 120/80 мм.с.б. Ошақты неврологиялық симптомдар анықталмайды. ЭКГ-да байланыссыз жүрекшелердің ритмі 100 мин., қарыншалардың ритімі 35 мин., QRS комплексі – 0,16 сек, деформирленген.

Тропонин жоғарыламаған. Берілген науқаста қандай жағдай дамыды

- толық атриовентрикулярлы блокада
- идиовентрикулярлы ритм
- синоаурикулярлы блокада
- синусты брадикардия
- жүрекшелердің фибрилляциясы, брадисистолиялық түрі

= Әйел адам 28 жаста экссудативті перикардитпен кенет айқын еңтігу, мойын веналарының ісінуі, суық жабысқақ тер, бетінің мойнының ісінуі, акроцианоз, жіп тәрізді пульс пайда болды. АҚ күрт төмендеді.

Экссудативті перикардиттің ықтимал асқынуы

- жүрек тампонадасы
- инфекциянды-токсикалық шок
- миокардтың жырттылуы
- жедел оң қарыншалық жеткіліксіздік
- жедел сол қарыншалық жеткіліксіздік

= 50 жастағы әйел, 10 күн бұрын холецистэктомияны бастан өткерген. Кенет еңтігу, кеуде қуысында ауырсыну, қақырықты жөтел «тот басқан» түсті. АҚ – 110/70мм.с.б., пульс-90соққы/мин, ТАЖ – 30 рет мин. Дене температурасы 37,0 гр.

Болжамды диагноз

- өкпе артериясының бұтақтарының эмболиясы
- аспирационды пневмония
- бауырасты абсцесс
- жіті холангит
- жіті панкреатит

= Науқас Н., 22 жаста, басының қатты ауырсынуына, женілдік әкелмейтің екі рет құсуына, жарықтаң қорқуға, дене қызуының 40<sup>0</sup> С дейін жоғарлауына шағымданады. Ауырғанын салқын тиюімен байланыстырады. Объективті: санасы анық, бірақ көзің жауып жатыр, сұраққа дұрыс бірақ ынтасыз жауап береді (басының ауырғанына байланысты). Тері жамылғысы таза, бозарған, көзалманың қабығы инъецирленген. Аңқа айқын гиперемирленген. Кернинг симптомы оң және шүйде бұлшықет регидтілігі байқалады.

Болжамды диагноз.

- менингит
- парагрипп
- қызамық
- скарлатина
- субарахноидальды қан кету

= Науқас, 30 жаста спорт залында штанганы көтеру кезінде кенеттен кеуде қуысында өткір ауырсынды сезінді, еңтігу, құрғақ жөтел пайда болды. Объективті: ортопноэ, кез-келген қимыл ауырсыну туғызады, тері жамылғысы бозғылт, суық жабысқақ тер, тахикардия, АҚ-90/60 мм.с.б., зақымдалған кеуде қуының бөлігі тыныс алу актісіне қатыспайды, дауыс дірілі бірден әлсіреген, перкуторлы зақымдалған аймақта тимпанит, аускультация кезінде тыныс әлсіреген. Болжамды диагноз

- спонтанды пневмоторакс
- ӨАТЭ
- өкпе туберкулезі
- сол жақты пневмония
- обструктивті бронхит

= Жол-көлік апатынан жараланған науқаста еңтігу, айқын цианоз, тахикардия, оң жақта тимпанит, көкірекаралықтың солға қозғалуы, кенеттен оң жақта тыныстың әлсіреуі анықталады. Болжамды диагноз

- пневмоторакс
- перикард тампонадасы
- асқазан мен ішектің плевральды қуысына жылжуымен қосарланаған жарақаттық диафрагма

- көкірекаралық эмфизема

- гидроторакс

= Науқас әйел адам, 60 жаста, дене қызуының жоғарлауына, оң жақ кеуде бөлігінің ауырсынуына, жөтелген кезде күшеюіне, еңтігуге, тот басқан түсті қақырық түсуімен жөтелге шағымданады. Ауруы салқын тиюден кейін жедел басталған. Ауырғанына 3 күн болды. Объективті: дене температурасы 39,4<sup>0</sup>С. Жалпы жағдайы ауыр. ТАЖ - 34 минутына. Тексергенде: оң жақ кеуде клеткасы тыныс алғанда артта қалады. Пальпацияда: дауыс дірілі оң жақта күшейген; перкуссияда: оң жақта төменгі бөліктің үстінде дыбыстың тұйықталуы анықталады; аускультацияда: оң жақта төменгі бөлік үстінде везикулярлы тыныс әлсіреген, ұсақ көпіршікті ылғалды сырылдар. Жүрек тондары әлсіреген, ритмі дұрыс. Пульс-110 соққы мин., ритмі дұрыс, АҚ- 110/70 мм с.б. Абдоминальды патология анықталған жоқ.

Болжамды диагноз

- төменгі оң жақ пневмония

- өздігінен пневмоторакс

- инфарктты пневмония

- өкпе туберкулезі

Т)жедел обструктивті бронхит

= Жедел жәрдем бригадасы дәрілік улануға байланысты шақыруға шықты. Жасөспірім Д., 14 жаста, жұтқыншақ пен аузының құрғауына, сөйлеу мен жұтынудың бұзылуына, басының ауруына, жарықтан қорқуға, жүрек қағысы мен еңтігуге шағымданады. Қараған кезде: терісі құрғақ, қызарған. Қарашығы кеңейген, жарыққа әсер етпейді. Жақыннан көргіштік бұзылған. Диплопия. Пульс 110 рет минутына. Науқастың қандай дәрілік затпен уланғанына күмандануға болады

- атропин (белена, белладонна)

- фенотиазин туындылары (аминазин)

- морфинмен

- хининмен

- клофелинмен

= Науқас 59 жаста, бас ауруына, қол бұлшық еттерінің тартылуына, жалпы әлсіздік, тершендікке шағымданады. Физикалық жүктемеден кейін нашарлау кенеттен болды. Анамнезінде қант диабеті (инсулин алады), артериялық гипертензия. Объективті: науқас эйфоричен, гипергидроз, қол саусақтарының треморы, қол бұлшық етінің гипертонусы. Өкпеде везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты. ЖЖЖ 1 минутына 90 рет. АҚ 160/100 мм сын.бағ. Глюкотест-2,7 ммоль / л.

Болжамды диагноз

- гипогликемиялық жағдай

- гипертониялық криз

- кетоацидоз

- тиреотоксикалық криз

- феохромоцитома

= 38. Әйел адам, 60 жаста. ЖЖ кедген кезде ішінің жоғарғы бөлімінің белдемелі ауырсынуына, жүрек айнуына, жеңілдік әкелмейтін қайталамалы құсуға, ішінің кебуіне шағымданады. Науқастың айтуы бойынша: жағдайының нашарлауы 2 сағат болған, майлы қуырылған балық асқа қабылдауымен байланыстырады. Анамнезінде: холецистэктомия 2 жыл бұрын. Объективті: жалпы жағдайы орташа ауырлық дәрежеде. ЖЖЖ- 90 соққы 1 мин. АҚ- 120/80 мм с.б. Тілі құрғақ, сарғыш жабындымен қапталған. Іші шамалы үрленген, жұмсақ, эпигастрий аймағында ауырсынады. Ішастардың тітіркену симптомы

әлсіз, Мейо-Робсон симптомы күмәнді. Ішек перистальтикасы әлсіз. Үлкен дәрет бүгін болған жоқ. Болжамды диагноз

- жедел панкреатит
- мезентериальды тамыр тромбозы
- тағам улануы
- постхолецистэктомиялық синдром
- жедел ішек өтімсіздігі

= Ер кісі 35 жаста. ЖЖ келген кезде: жедел қатты бел аймағының ауырсынуына, жиілеген, ауырсылулы зәр шығаруға, зәр түсінің өзгеруіне (ет жуындысы түсті) шағымданады. Жағдайының нашарлауы 3-4 сағат, сол кезде алғаш рет жоғарыдағы шағымдар мазалаған. Алдында ауырмаған. Болжамды диагноз

- зәр тас ауруы
- В)нефроптоз
- С)гидронефроз
- Д)бүйрек поликистозы
- Е)бүйрек артериясының тромбозы

= Науқас, 20 жаста. ЖЖ шақыру себебі: ішінің ауырсынуы.

Эпигастрий аймағының ауырсынуына, жүрек айнуына, бір ретті құсуға шағымданады. Жағдайының нашарлауы 2-3 сағат болған, еш нәрсемен байланыстыра алмайды. Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Санасы анық. Дене температурасы- 37,0<sup>0</sup>С. Тілі құрғақтау, ақ жағындымен қапталған. Іші қалыпты формалы, қатайған, оң жақ мықын аймағында ауырсынады. Щеткин-Блюмберг, Ровзинг, Ситковский симптомдары әлсіз оң. Гинекологиялық анамнез – ерекшеліксіз.

Болжамды диагноз

- жедел аппендицит
- тоқ ішекті өтімсіздік
- жедел холецистит
- жедел панкреатит
- Т)аналық без апоплексиясы

= Ер кісі 57 жаста, жедел жәрдем бригадасы шақырылды, шақыру себебі: 1 сағат аралықта кеуде қуысында ауырсырудың пайда болуы. Тексергенде: жалпы жағдайы ауыр, терісі бозарған, мәр-мәр түсті, суық жабысқақ тер. Жүрек тоңдары тұйықталған. Пульс 110 соққы минутына., перифериялық тамырларда қиын анықталады. Артериалды қысым 70/50 мм с.б. Өкпесінде – везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. ЭКГ-да: Ритм синусты, дұрыс, 110 рет мин., I, II, AVL, V<sub>1</sub>-V<sub>4</sub> тіркемелерінде патологиялық Q тішесі, ST сегменті изолиниядан жоғарлаған. Науқастың жағдайы жүрек-тамыр терапиясына қарамастан нашарлап жатты, 20 минуттан соң жүректің тоқтауы анықталды.

Науқастың қайтыс болуының МҮМКІН СЕБЕПТЕРІ

- шынайы кардиогенді шок
- аорта аневризмасының ажырауы
- миокардтың жыртылуы
- өкпе артериясының тромбоэмболиясы
- аритмиялық шок

= Науқас., 75 жаста. Шақыру себебі: тұңшығу. Жедел жәрдем келген кезде шағымдары: ауа жетпеу сезіміне, тыныштық қалыпта еңтігуге, басының ауырсынуына, басының айналуына. Анамнезінде: бұрын артериалды қан қысымының жоғарлауы болған. Жағдайлық адельфан қабылдаған. Жағдайының нашарлауы бір сағат көлемінде, психо-эмоциональды қозудан кейін басталған. Объективті: жағдайы ауыр. Ортопноэ.

Акроцианоз. Өкпесінде – барлық өкпенің алаңдарында көптеген әр-түрлі калибрлі ылғалды сырылдар. ТАЖ – 38 минутына. Жүрек тондары әлсіреген, ритмі дұрыс. АҚ 260/120 мм с.б. Пульс- 122 соққы минутына. Болжамды диагноз

- кардиогенді өкпе ісінуі
- өкпе артериясының тромбоэмболиясы
- тұрақсыз стенокардия
- миокард инфарктісі
- пневмония

= Науқас, 68 жаста, кеуде артында қысып, басып ауырсынуына, оның арқаға берілуіне, ауа жетпеу сезіміне шағымданады. Ауырсыну тыныштық жағдайда пайда болған, жарты сағат бойы жалғасуда, изокет-спрей - 2 доза қабылдаған- нәтижесіз болған. Науқас соңғы аптада аздаған физикалық күш түскенде ауырсынулардың жиілеуін және ауырсынудың күшеюін байқаған. Нитраттардың әсері төмендеген. Анамнезінде: ЖИА, Күштежелі стенокардиясы, БӨМИ (3 жыл бұрын).

Объективті: жалпы жағдайы орташа ауырлық дәрежеде. Терісі құрғақ, таза. АҚ – 120/80 мм.с.б. ЭКГ-да ритм синусты, ырғақты. ЖЖЖ – 80 соққы мин. III, AVF-те патологиялық Q тішесі (Q 3 жыл бойы барлық ЭКГ-да анықталады). V<sub>2</sub>- V<sub>4</sub> тіркемелерде T тішесі теріс (оған дейінгі ЭКГ-да T тішесі оң).

Болжамды диагноз

- ЖКС, ST сегментінің көтерілуінсіз. БӨМИ
- күштежелі стенокардиясы, ФК 4. БӨМИ
- күштежелі стенокардиясы, ФК 3. БӨМИ
- Q- позитивті МИ. БӨМИ
- ТЭЛА

= ЖМК шақырту түсті: науқас әйел адам, 60 жаста, дене қызуының жоғарлауына, оң жақ кеуде бөлігінің ауырсынуына, жөтелген кезде күшеюіне, еңтігуге, тот басқан түсті қақырық түсуімен жөтелге шағымданады. Ауруы салқын тиюден кейін жедел басталған. Екінші күн ауырғанына. Объективті: дене температурасы 39,4<sup>0</sup>С. Жалпы жағдайы ауыр. ТАЖ - 28 минутына. Тексергенде: оң жақ кеуде клеткасы тыныс алғанда қалып тұрады. Пальпацияда: дауыс дірілі оң жақта күшейген; перкуссияда: оң жақта төменгі бөліктің үстінде дыбыстың тұйықталуы анықталады; аускультацияда: оң жақта төменгі бөлік үстінде везикулярлы тыныс әлсіреген, ұсақ көпіршікті ылғалды сырылдар. Жүрек тондары әлсіреген, ритмі дұрыс. Пульс-110 соққы мин., ритмі дұрыс, АҚ- 110/70 мм с.б. Абдоминальды патология анықталған жоқ. Болжамды диагноз

- бронхоспазм
- интерстициалды өкпе ісінуі
- көмейдің ісінуі
- ларингоспазм
- бронхоэкталды ауру

= Әйел кісі 45 жастағы, шақыру түсті. Теріде бөртпелердің пайда болуына, қышынуына шағымданады. Анамнезінде: тәулік бойы ішке левомецетин таблеткасын қабылдаған. Объективті: дене температурасы 37<sup>0</sup>С. Ішінде, кеудесінде аздаған, тері беткейінен шығып тұратын, ақшыл қызғылт бөртпелер, қасыған іздер анықталады. АҚ 120/70 мм.с.б. Науқаста қандай жағдай дамыды

- шектелген есекжем
- Лаелла синдромы
- Стивенс-Джонсон синдромы
- генерализденген есекжем
- ангионевротикалық Квинке ісіну

= Әйел кісі 30 жаста, салқын тигеннен кейін мұрыннан су ағу, құрғақ жөтел, 37,5<sup>0</sup>С дене қызуының жоғарлауына шағымданады. Соған байланысты өзі б/е цефазолин қабылдаған. Үшінші инъекциядан кейін көп мөлшерде, қатты қыштын барлық денесінде бөртпелер пайда болған, беті мен жыныс еріндері ісіп кеткен, жедел жалпы әлсіздік, ауа жетпеу сезімі пайда болған. АҚ-60/40 мм.с.б. Пульс - минутына 130, ТАЖ-минутына 22. Дене температурасы-36,0<sup>0</sup>С.

Қандай ЖАҒДАЙҒА бірінші кезекте барлық шаралар бағытталу керек

- анафилактикалық шок
- аннафилактоидты реакция
- генерализденген есекжем
- жедел тыныс жеткіліксіздігі
- ЖРВИ

= Реополиглюкиннің к/і инфузиясы кезінде науқас жедел жалпы әлсіздікті, басының айналуын сезген. Тексерген кезде: мойында және кеуде клеткасында – есекжем типті бөртпелер. Тыныс алуы беткей, жиілеген. АҚ - 60/30 мм с. б., ЖЖЖ – минутына 128. Осы науқаста қандай жағдай дамыды

- анафилактикалық шок
- шектелген есекжем
- генерализденген есекжем
- СтивенсДжонсон синдромы
- ангионевротикалық ісіну

= Науқас, 34жаста. Жедел дене қызуы көтеріліп ауырды. Дене қызуы 39<sup>0</sup> С, қалтырау, бастың қатты ауруы, маңдай және самай бөлімдерінде, дененің барлық жерінің, буындардың ауруы, мұрынның бітелуі, құрғақ жөтел, көкірек тұсының ауруы мазалаған.

Объективті: терінің бозаруымен беті қызғарған, конъюнктивит, жұтқыншақтың гиперемиясы мен артқы қабырғасының түйіршіктенуі. Өкпеде тынысы везикулярлы.

Болжамды диагноз

- тұмау
- қатаральды баспа
- энцефалит
- бруцеллез
- Т)менингит

= Науқас, 30 жаста, қатты бас ауруына, дене температураның 40<sup>0</sup>С-қа дейін көтерілуіне, жарықтан қорқу, екі ретті құсу -жеңілдік әкелмуге шағымданады. Ауруын салқындаумен байланыстырады. Объективті: есі сақталған, көзін жауап жатады, дұрыс жауап береді, бірақ ықыласпен емес (бас ауыру себебінен). Склерасы қызарған. Терісі таза, бозарған.

Аңқа жұтқыншақтың артқы қабырғасы гиперемияланған. Екі жақтан Кернинг симптомы оң және мойын бұлшықетінің ригидтілігі анықталады. Болжамды диагноз

- менингит
- тұмау
- энцефалит
- бруцеллез
- дифтерия

= Науқас, 35 жаста, ауыз ашуының қиындығы туралы, мимикалық бұлшықеттің тырысуына шағымданады, ауру себебінен бет әлпеті « сардоникалық күлкіні» еске салады. 13 күн бұрын жерге құлау себебінен мұрынның оң жағынан жаралап алды, теріні зақымдаумен. Болжамды диагноз

- сіреспе
- истерия
- қояншық
- құтыру
- ботулизм

= Қыз бала, 24 жаста. Шағымдары: әлсіздіктің пайда болуымен, «тұман», көруде екі еселенуі, жұтыну кезіндегі қиындық, дауыстың қарлығы, бас ауруы, бастың айналуына шағымданады, кешке қарай жедел ауырып қалған.

Консервіленген азық-түлікті, тұздалған саңырауқұлақты және үй жағдайында жасалған шырындарды асқа пайдаланғанын айтады. Объективті: жағдайы орташа ауырлық дәрежеде. Беті бозарған. Дем алу жиілігі минутына 28. Жүрек тондары тұйықталған. Тілі күрең ақ-сары түсті жабындымен қапталған. Іші жұмсақ, ауырмайды. Неврологиялық симптомдары: сол жақтағы көзі ашылмайды, көз қозғалысының шектелуі, сұйықтықты жұтудың қиындауы, дауыстың қарлығы, сөйлеу қиындығы анықталады. Болжамды

диагноз

- ботулизм
- ми ісіктері
- құтыру
- менингит

Т)ми қан айналымының бұзылуы

= Науқас 45 жаста, ЖЖ шақырған. Шақырту себебі: жағдайы нашар. ЖЖ келгенде бас ауруына, құсуға, жүрек айнуға, көрудің бұзылысына, аяқтағы ауырсынуға шағымданды. Анамнезінен кешке жұмыс аяқталғаннан кейін, жұмысшы алып келген бір спирт бөтелкесін ішкен. Түнде, жоғарыда көрсетілген шағымдары басталды. Объективті: жағдайы орташа ауырлықта. Санасы анық, қозған. Жарыққа реакция әлсіз, аузынан алкоголь иісі шығады, әлсіз масаю, терінің және шырышты қабаттары құрғақ, қызыл, көкшіл реңкі бар, пульсі- 96 мин., АҚ- 90/60 мм сн.б. Жүрек тондары әлсіреген, бауыр пальпациясы ауырсынумен. **БОЛЖАМДЫ УЛАНУДЫ** анықтаңыз

- метил спирті
- этил спирті
- >гидролиз спиртпен
- сульфитті спиртпен
- денатуратпен

= Науқас, 46 жаста, ауруханаға жедел жәрдеммен жеткізілген. Науқастың айтуы бойынша бас киімсіз жағажайда сағат 11-ден 17-ге дейін 30°C ауа температурасында болған. Қатты басының ауырсынуына, бас айналу, құсуға шағымданады. Қарауда: Терісі гиперемияланған, температура 38,5°C, АҚ 90/60 мм.с.б, пульс 95 рет мин. Болжамды

диагноз

- күн өту
- ваго-инсулярлы криз
- физикалық күштеме
- бас ми қанайналымы бұзылысы
- дегидратация

= Өндірістік құрылымның апатынан кейін 20 сағаттан соң тазалау барысында ер кісі табылған. 38 жаста, оң жақ аяғы ортаңғы үштен бір бөлігі үлкен плитамен басылып қалған. Жалпы жағдайы ауыр. Науқас шаршаған, тежелген. АҚ 90-60 мм сын.бағ. ЖЖЖ минутына 110. Пульс минутына 110. ТАЖ минутына 22. Оң қолдың төменгі жағы қара-

қоңыр түсті, суық, ісіну, ағаш тығыздығы, серозды - геморрагиялық сипаттағы көптеген көпіршіктер бар. Болжамды диагноз

- ұзақ жаңшылу синдромы
- Рейно синдромы
- эндартериит
- беткей веналардың тромбофлебиті
- терең веналардың тромбофлебиті

?Әйел адам, 40 жаста, жол көлік апатында ішінің тұйық жарақатын алған. Жалпы жағдайы ауыр. Есі сақталған АҚ 90-60 мм сын.бағ. ЖЖЖ минутына 110 соққы. Пульс минутына 110. ТАЖ минутына 22. «Ваньки–встаньки» симптомы оң. Құрсақ мүшелерінің болжамды жарақаттануы

- бауыр, көк бауыр
- қуық, ішектер
- фаллопиев түтігі, жатыр
- асқазан, ішектер
- жатыр, қуық

= Науқас 17 жаста. Шақыру себебі: ес түссіз жағдайда. Объективті: науқас ес түссіз. Ауырсындыру тітіркендіргішіне әлсіз жауап береді. Тері жамылғысы құрғақ, жұмсақ тің тургоры төмендеген. Көз алмасы пальпациялағанда жұмсақ. Ауызынан ацетон иісі шығады. Жүрек тондары ритмді. ЖЖЖ – минутына 110 соққы. АҚ – 110/70 мм.с.б. Тынысы шулы, терең. ТАЖ – минутына 25. Тілі құрғақ, қоңыр-кір түсті жағындымен қапталған, шырышты қабаты құрғақ. Іші жұмсақ. Болжамды диагноз

- гипергликемиялық кома
- алкогольді кома
- жабық басми жарақаты
- гипогликемиялық кома

Т)естен тану

= Әйел, 79 жаста. Қиындықтың себебі: адам жаман. Туыстарының айтуынша, ол ми ісігі бойынша онкологтың "Д" есебінде тұрады. Бір күн бұрын әл-ауқат күрт нашарлады, сөйлесуді тоқтатты, қоңырауларға жауап берді. Тексеру кезінде: сана, тыныс алу сирек, фотореакциялар, рефлексдер жоқ; брадикардия минутына 20 соққы.

Глазго шкаласы бойынша сананың қысымының дәрежесі

- 3 дәрежелі кома
- сопор
- 2 дәрежелі кома
- 1 дәрежелі кома
- терең саңырау

= 7 айлық бала. Анасының айтуы бойынша – жағдайының нашарлауын жана тағам түрін прикорм қосуымен байланыстырады. Бала мазасызданған,екі ретті құсу болған, үлкен дәретінде қан мен шырыш анықталған, «таңқурай желесі» тәріздес.

Болжамды диагноз

- ішек инвагинациясы
- дизентерия
- алиментарлы диспепсия
- жедел аппендицит
- сальмонеллез

= Ұл бала 3 жаста. Шақыру себебі: еңтігу, бөртпе. Анамнезінде: бұрын балада анықталмаған антибиотикке аллергиясы болған.Жедел жәрдем келгенге дейін 30 минут

алдында ампициллиннің бірінші инъекциясы екі жақты пневмонияға байланысты жасалған, кейін еңтігу күшейіп, барлық денесінде бөртпе мен қышыну пайда болды. Тексергенде: бала тежелген. Бетінде, денесінде, аяқ-қолда – уртикарлы бөртпе пайда болған. Инспираторлы тыныс. Т-37,8<sup>0</sup>, ТАЖ 56 минутына. Өкпесінде: екі жақты тыныс алуы бірдей, екі жақтан төменгі бүйірлік аймақтарда ұсақ көпіршікті ылғалды сырылдар естіледі. Жүрек тондары әлсіреген, ритмді. Пульс 160 минутына. АҚ – 60/40 мм.с.б. Сонғы бір сағатта кіші дәретке бармаған. Болжамды диагноз

- анафилактикалық шок
- жедел зәрдің тоқтауы
- крупозды пневмония
- инфекциянды-токсикалық шок
- генерализденген есекжем

= Жедел жәрдемге шақыру түсті. Шақыру себебі: бетінің ісінуі, ішінің ауырсынуы. Ұл бала 5 жаста. Ерін аймағының ісінуіне, ішінің ауырсынуына, құсуға, екі ретті сұйық дәретке шағымданады. Анамнезінде: оmlет жеген. Сиыр сүтіне, мандаринге аллергиясы бар. Тексергенде: тері жамылғысы қалыпты түсті, құрғақ. Еріні, тілі, қабағы ісінген. Өкпесінде: тыныс қатқыл сырыл жоқ. ТАЖ – 25 минутына. Жүрек тондары анық, ритмді. ЖЖЖ – 92 минутына. Іші жұмсақ, тоқ ішек бойымен шұрыл анықталады. Үлкен дәреті сұйық ақшыл шырышпен. Болжамды диагноз

- Квинке ісінуі
- тағам токсикоинфекциясы
- дизентерия
- жедел панкреатит
- жедел аппендицит

= ЖЖ дәрігерін шақырды. Шақыру себебі: дене қызуының көтерілуі. Бала 4 жаста. Шағымы: дене қызуының көтерілуі, тұмауратуы, «үрген» жөтел, дауысының қарлығыуы, тыныстың қиындауы, шулы тыныс.

Анамнезінде: сол күні жедел ауырған. Тексергенде: Жалпы жағдайы орташа ауырлық дәрежеде. Дене қызуы 38,5<sup>0</sup>С. Тері жамылғысы таза, беті-қызарған. Мұрын ерін ұшбұрышының цианозы. Аңқаның шырышты қабаты гиперемияленген., жабынды жоқ. ТАЖ – 45 мин. Тынысы қиындаған, шулы, тыныс алуы алыстан естіледі, «үрген» жөтел, дауысының қарлығыуы анықталады. Жүрек тондары анық, ритмді. ЖЖЖ -126 соққы минутына. АҚ- 85/45 мм.с.б. Жетекші патологиялық синдром

- жедел тыныс жетіспеушілігі
- жедел бауыр жеткіліксіздігі
- жедел церебральды жеткіліксіздік
- жедел бүйрек жеткіліксіздігі
- жедел жүрек жеткіліксіздігі

= Бала 7 айлық, анасының айтуы бойынша: алаңдаушылық, ұйқышылдыққа ауысуы, дене температурасының 39,5<sup>0</sup>С –қа көтерілуіне, қайталамалы құсуға шағымданады. Жағдайының нашарлауы түннен. Объективті: жағдайы ауыр, бала жігерсіз, тежелген. Тері жамылғылары - бозарған – сұр түсті, алақаны, табаны суық. Бөртпелер жоқ. Жұтқыншақтың айқын гиперемиясы, ринит белгілері. Үлкен еңбегі томпайған, қатайған. t<sup>0</sup> -39,0<sup>0</sup>С көтерілген. Тынысы пуэрильді, сырылдар жоқ. ТАЖ- 53 минутына. Жүрек тондары әлсіреген, ырғақты. Мойын бұлшықетінің ригидтілігі, Лессаж симптомы оң. Үлкен дәреті тәулігіне 2 рет ботқа тәрізді болған. Болжамды диагноз

- менингококкты инфекция
- жіті респираторлы вирустық инфекция (ЖРВИ)
- жедел ішек инфекциясы

- қызылша
- дифтерия

= 3 жасар бала, шақыру себебі: жоғары температура. Анасының айтуы бойынша дене температурасы 39,8°C-қа дейін кенеттен көтерілген, бала енжар, тамақтан бас тартады, бөксесінде бірен саран бөртпелер пайда болды. ЖЖ келген кезде: бала ес- түссіз, тері жамылғылары бозарған, геморрагиялық бөртпелер, жұлдызша пішінді, бір-біріне қосылуға тән, бөксенің сыртқы жағында, көзі тірісінде өлім дақтары пайда болған. Артериялық қысым 40/0 мин.с.б. ЖЖЖ-150 соққы минутына. Науқаста жағдайының нашарлауы мына асқыныспен байланысты

- Уотерхаус-Фридериксен синдромы
- жедел бауыр жеткіліксіздігі
- жедел жүрек жеткіліксіздігі
- жедел бүйрек жеткіліксіздігі
- жедел церебралды жетіспеушілік

= ЖЖ шақыру түсті. Шақыру себебі: күйіп қалу. Қыз бала 3 жаста, ыстық шәйнекті үстіне төгіп алған. Тексергенде: баланың есі анық, психомоторлы қозу, жылап жатыр. Бетінің, мойының, оң қолының терісінде гиперемия аймақтары, мөлдір сұйықтығы бар көпіршіктер анықталады. ТАЖ – 26 минутына. Пульс- 120 соққы 1 мин., толуы мен қысымы жақсы. АҚ- 100/50 мм с.б.

Болжамды диагноз

- бетінің, мойының, оң қолының термиялық күйігі II дәрежесі
- бетінің, мойының, оң қолының термиялық күйігі I дәрежесі
- бетінің, мойының, оң қолының термиялық күйігі III дәрежесі
- бетінің, мойының, оң қолының термиялық күйігі III дәрежесі
- T)бетінің, мойының, оң қолының термиялық күйігі IV дәрежесі

= Науқас 14 жаста. Шақыру себебі: ес түссіз. Объективті: науқас ес түссіз. Тітіркендіргіштерге әлсіз жауап береді. Тері жабындылары құрғақ. Жұмсақ тіндердің тургоры төмендеген. Көз алмасы пальпация кезінде жұмсақ. Аузынан ацетонның иісі шығады. Жүрек тондары ырғақты. ЖЖЖ 110 рет минутына, АҚ-95/65 мм.с.б. Тыныс алуы шулы, терең. ТАЖ 26 рет минутына. Тілі құрғақ, сұр түсті жағындымен, ауыз шырышты қабаты құрғақ. Іші жұмсақ. Қандағы глюкоза – 22,5 ммоль/л. Болжамды диагноз

- гипергликемиялық кома
- жедел басми қан айналымының бұзылысы
- жабық сүйек-ми жарақаттары
- гипогликемиялық кома
- естен тану

= Науқас М. 42 жаста. Тұншығу, тері қышуы, айқын білінетін жалпы әлсіздік, бас айналу, жүрек соғуы шағымданады. Анамнезінен: поливалергиямен зардап шегеді. Осыдан жарты сағат бұрын жоғарғы ерінге ось шаққан. Объективті: жағдайы өте ауыр, сана шатасқан. Айқын қозғалыс мазасыздығы. Тері жамылғылары гиперемияленген, жабысқақ термен жабылған. Қабақтың, еріннің ісінуі. Аускультация кезінде өкпенің везикулярлы тыныс алуы, құрғақ ысқырық сырылдарының массасы естіледі. Жүрек тондары тұйықталған, ритм дұрыс. ЖЖЖ минутына 140. АҚ 40/0 мм сын. бағ. Іште ерекшеліктері жоқ.

Болжамды диагноз

- инсектті аллергия. Анафилактикалық шок
- инсектті аллергия. Квинке ісінуі
- инсектті аллергия. Лайелла Синдромы
- бронх демікпесі, атопиялық түрі

- инсектті аллергия. Есекжем

= Науқас 52 жаста. Кенеттен есін жоғалтты. Жақындарының айтуы бойынша, қант диабетімен ауырады, инсулин тері астына қабылдайды. Жағдайы ауыр, тері жамылғысы бозғылт, мол тер. Өкпеде везикулярлы тыныс. Жүрек тондары тұйықталған, ырғағы дұрыс, ЖЖЖ минутына 90, АҚ 120/60 мм сын. бағ. Іші жұмсақ, ауырсынусыз, бауыр қабырға доғасының шетінде. Болжамды диагноз

- гипогликемиялық кома
- ишемиялық инсульт
- гипергликемиялық кома
- жіті миокард инфарктісі, кардиогенді шок
- геморрагиялық инсульт

= Көшедегі естүссіз жас бала, жағдайы өте ауыр. Қарау кезінде дене жарақаттары жоқ. Тері қабаттары айқын цианоз, қолында инъекция іздері бар. Тынысы сирек, беткей. Жүрек тондары тұйықталған, ритм дұрыс, ЖЖЖ минутына 70, АҚ 100/60 мм сын. бағ. Болжамды диагноз

- есірткі комасы
- алкогольды кома
- гипогликемиялық кома
- жіті жүрек жеткіліксіздігі
- апоплекстік кома

= Науқас 52 жаста, алғаш рет сол жауырынға иррадиациясы бар кеуде ауырсынуы пайда болды. Ауырсыну 15 минутқа созылды, ЖЖ шақырылды.

Объективті: жағдайы ауыр. Тері бозғылт, ылғалды. Еріннің цианозы. Өкпесінде тынысы қатқыл, сырылдар жоқ. ТАЖ минутына 20 соққы. Жүрек тондары саңырау, ритм дұрыс. ЖЖЖ минутына 100-110. Пульс минутына 100, әлсіз толуы, АҚ 90/60 мм сын.бағ. Іші жұмсақ, пальпация кезінде ауырсынусыз. ЭКГ: I – да ST көтерілуі, , AVL, V1-V6 көтерілуі. Миокард зақымдануын оқшаулау

- сол қарыншаның алдыңғы-бүйір қабырғалары
- сол жақ қарыншаның бүйір қабырғасы
- сол жақ қарыншаның алдыңғы қабырғасы
- сол қарыншаның артқы қабырғасы
- оң қарынша

= Артериялық гипертензиямен зардап шегетін 65 жастағы науқаста тұншығу ұстамасы дамыды. Объективті жағдайы ауыр. Ортопноэ, инспираторлық ентігу. Өкпеде барлық өрістер бойынша ылғалды ірікалибрлі сырылдар массасы естіледі. ТАЖ минутына 38. АҚ 210/120 мм сын.бағ., ЖЖЖ минутына 110.

Болжамды диагноз

- өкпенің альвеолярлық ісінуі
- өкпенің интерстициальді ісінуі
- респираторлық дистресс-синдром
- астматикалық статус
- крупозды пневмония

= Жедел медициналық көмек бригадасына өмірінде алғаш рет тырысқақ ұстамасы дамыған науқасқа үйге шақыру түсті. Туыстарының айтуы бойынша, соңғы үш күн ішінде науқастың дене температурасы 39-40°C-қа дейін жоғарылап, бас ауруы, жарықтан қорқу сезімдері пайда болған.

Болжамды диагноз

- менингоэнцефалит
  - бас ми ісігі
  - полирадикулоневрит
  - созылмалы субдуральды гематома
- Т)эпилепсия

= 69 жастағы науқасқа кенеттен физикалық жүктемесі кезінде ентігу, қан түкіру пайда болды. Анамнезінде оң аяқтың тромбофлебит Объективті: жағдайы ауыр, бет және кеуде қуысының жоғарғы бөліктерінің цианозы. Аускультация кезінде өкпенін оң жақ бөлігінде дыбыссыз, ұсақ көпіршікті сырылдар. ТАЖ минутына 28. Жүрек тондары тұйықталған, ритм дұрыс, ЖЖЖ минутына 96. АҚ 90/60 мм сын. бағ. Іші жұмсақ, ауырсынусыз.. ЭКГ R-pulmonale II, III, avF, ГИС шоғырының оң аяғы блокадасы.

Болжамды диагноз

- ӨАТЭ
- миокардтың жіті инфарктісі
- спонтанды пневмоторакс
- ыдырайтын аневризм
- созылмалы обструктивті бронхиттің асқынуы

= Ер адам үйде дайындалған консервіленген саңырауқұлақтарды жеген. 3 сағаттан кейін 2 рет құсу, іштің толғақ тәрізді ауруы, жұтынудың қиындауы, ауыздың құрғауы, дауыстың қарлығыуы, ашулану, көздің екі еселенуі, көздің алдындағы тұман, сұйық дәрет пайда болды.

Болжамды диагноз

- ботулизм
- тағамдық токсикоинфекция
- сальмонеллез
- энтерит
- жедел гастрит

= 48 жастағы ер кісі, есі қалыпты, диванда жатыр. Әйелінің сөзіне қарағанда, күйеуі шүйде аймағында сол жағында басының қатты ауруына, әлсіздікке, оң жақ аяғының ұюына шағымданады. Анамнезінде 8 жыл бойы артериялық гипертензиямен амбулаторлық емделді, жүйелі емес.

Объективті: жағдайы ауыр. Сана терең тежелген. Дизартрия.  $t_0$  37,20 С, ТАЖ минутына 18, ЖЖЖ минутына 66, АҚ 170/100 мм с.б.

Неврологиялық статусы: бұлшықеттердің ригидтілігі, Кернинг симптомының сол жағында – оң. Оң жақты гемипарез.

Болжамды диагноз

- сол гемисферде орналасқан геморрагиялық инсульт
- субарахноидальды қан құйылу
- менингоэнцефалит
- сол ортаңғы ми артериясының бассейнінде ишемиялық инсульт
- вертебробазилярлық бассейнде ОНМК

= Науқас К., 43 жаста. Жөтел, қақырық, ентігу, қалтырау, дене қызуының 38,7°С дейін көтерілуі, кеуде қуысының ауруына шағымданады. 4 тәулік бойы ауырады, салқын тиюмен байланыстырады. Қызу түсіретін дәрілер қабылдаған. Жағдайы жақсармаған. ЖЖ шақырылған. Жағдайы орташа ауыр.  $t^0$  38.9<sup>0</sup> С, ТАЖ минутына - 22. Аускультация кезінде өкпенің оң жақ бөлігінде ылғалды ұсақ көпіршікті сырылдар естіледі.

Болжамды диагноз

- ауруханадан тыс оң жақты төменгі пневмония

- бронхоэктатикалық ауру
- жіті плеврит
- өкпе туберкулезі
- жедел бронхит

= Науқас С. 68 жаста. Кеуденің қатты ауырсынуына, қысатын сипатқа, жүрек соғуына, өлімнің қорқыныш сезімі, жалпы әлсіздік сезіміне шағымданады. Бұл жағдайын психоэмоционалдық күйзеліспен байланыстырады, шамамен 2 сағатқа созылған. 3 рет нитроглицерин қабылдау аз және қысқа әсер берді. Анамнезінде артериялық гипертензиямен 15 жыл бойы ауырады, гипотензиялық препараттарды уақытында қабылдамайды.

Объективті: жағдайы орташа ауырлық дәреже, есі анық. Тері жамылғылары бозарған, акроцианоз, суық термен жабылған. ТАЖ минутына 20 соққы. Жүрек тондары тұйықталған, ритм дұрыс, ЖЖЖ минутына 88, пульс минутына 88, АҚ 170/90 мм.сын.бағ. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Перифериялық ісінулер жоқ. ЭКГ-да ритм синусты, дұрыс минутына 88 соққы. III, AVF бөліктеріндегі Q тістері кең, терең, осы бөліктердегі ST сегменті, изоэлектрлік желіден 4 мм жоғары.

Болжамды диагноз

- ЖИА. Сол жақ қарыншаның артқы қабырғасының ірі ошақты миокард инфарктісі.
- ЖИА. Үдемелі стенокардия
- С)ЖИА. Сол қарыншаның алдыңғы қабырғасының трансмуральды миокард инфарктісі.
- Д)ЖИА. Стенокардия Принцметал
- ЖИА. Сол қарыншаның артқы қабырғасындағы ұсақ ошақты миокард инфарктісі

= Науқас 50 жаста, кенеттен пайда болған еңтігуге байланысты ЖЖ шақырды. Анамнезінде: аяқ тромбофлебиті. Объективті: бет және дененің жоғарғы жартысының цианозы. Мойын веналары ісінген, пульсацияланады. Өкпеде: везикулярлы тыныс алуы әлсіреген. Жүрек шекарасы оңға кеңейтілді. Аускультативті: өкпе артериясының үстінде 2 тонның екпіні. АҚ 90/60 мм рт. сын.бағ. ЖЖЖ минутына 100.

Осы патологияға сәйкес ЭКГ – белгілер

- жүректің оң жақ бөлімінің күш түсу белгілері, QIII- S1
- патологиялық Q тізшесі, ST сегментінің I, II, AVL көтерілуі
- I, II, AVL, V1-V4 тіркемелерінде ST сегментінің элевациясы
- ЭОС солға ығысуы, сол жақ қарыншаның гипертрофиясы
- I, II, AVL ST сегментінің депрессиясы

= Науқас Д. 28 жаста. Кенеттен генерализацияланған клоника-тоникалық тырысулар пайда болды, науқас есін жоғалтқан, тілі тұншыққан, бет цианозы дамыды, ауыздан көбік пайда болды. Тыныс алу, сырылды, ритмсіз. Пульс минутына 80, қанағаттанарлық қасиеттер, АҚ-130/80 мм.сын.бағ. 1-2 минуттан кейін құрысулар тоқтап, жағдайы жақсарды.

Болжамды диагноз

- эпилептикалық ұстама`
- ӨАТЭ
- Жедел бас ми қан айналымының бұзылысы.
- эпилептикалық статус
- миокард инфарктісі

= Науқас 68 жаста, қысып, кеуде артының арқаға басып ауырсынуға, ауаның жетіспеу сезіміне шағымданады. Ауырсыну тыныштықта пайда болды, жарты сағатқа жуық созылады, изокет - спрей-2 дозасын қабылдау әсер берген жоқ. Объективті: ауырсыну

синдромы айқын. Тері ылғалды, таза. АҚ-120/80мм.рт.ЭКГ: ритм синусты, дұрыс, ЖЖЖ-80 мин. ST сегментінің көтерілуі, II-III, AVF ауытқуларда Q патологиялық тістері ЖКС типтік түрінің негізгі клиникалық белгісі

- ұзақтығы 20 минуттан астам кеудеденің ауыруы
- төменгі жақтың иррадиациясы
- іштің ауыруы
- жалпы әлсіздік, бас айналу
- жүрек жұмысындағы іркілістер

= ЖЖ шақыру түсті. Науқас С. 30 жаста. Іштің үрленуіне, сұйық сулы дәретке және көп мөлшерде құсуға, әлсіздікке, бас айналуына шағымданады. Түнде ауырған. Объективті: жағдайы ауыр, есі анық, акроцианоз, шырышты қабаты құрғақ, көз алмасы шүңірейген, бет әлпеті үшкірленген, тері тургоры айқын төмендеген, “рука прачки” сиптомы, тері қатпары баяу жазылады. Аяқ қолдары суық, дене қызуы 35,8°C, пульс жіп тәрізді, минутына 130 соққы, АҚ 60/30 мм сын.бағ. Пальпация кезінде іші ауырсынусыз. Менингеалды сиптомдары теріс. Дәретін тексеру: сұйық, су тәріздес, “күріш қайнатпасы” тәріздес, кіші дәретке отырмаған. Эпид анамнезінен: науқас 2 күн бұрын Қытайдан келген, өзеннен су ішкен.

Болжамды диагноз

- холера
- сальмонеллез
- иерсиниоз
- малярия
- ботулизм

= 57 жастағы ер кісіге ЖЖ бригадасы шақырылды :Шақыру себеб: кеуде тұсындағы ауырсыну, 1 сағат көлемінде дамыған. Қарау кезінде: жағдайы ауыр, терісі мраморлы бозарған түсті, суық жабысқақа тер. Жүрек тондары тұйықталған. Пульс минутына 90 соққы, перифериялық тамырларында әрен естіледі. АҚ 70/50 мм сын.бағ. Өкпесінде тынысы везикулярлы, сырылдар жоқ. ЭКГ-да: синусты тахикардия минутына 90, патологиялық Q тісшесі, I , II, AVL, V1-V4 тіркемелерінде ST сегментінің элевациясы. Көрсетілген көмекке қарамастан науқастың жағдайы нашарлай түсіп 20 минуттан кейін жүрегі тоқтап қалды. Науқасты өлімге алып келген жағдайы

- шынайы кардиогенді шок
- қолқаның аневризмасының ажырауы
- миокардың жарылуы
- өкпе артериясының тромбоэмболиясы
- аритмиялық шок

= Жана туылған нәресте-12 күн. Жалпы жағдайы ауыр. Мұрын ерін ұшбұрышының цианозы, ентігу, өт аралас құсу. Тексергенде: кеуде клеткасының асимметриясы, сол жақ кеуде клеткасының томпаюы. Өкпесінде – перкуторлы дыбыстың тұйықталуы, тынысы әлсіреген, ішектік шулар естіледі. Іші жабысқан, ладья тәрізді. АЛҒАШҚЫ ДИАГНОЗ

- туа біткен диафрагмальды жарық
- Өңеш атрезиясы
- Өкпенің секвестрациясы
- туа біткенн өңеш трахея жылан көзі
- өкпенің аплазиясы.

= Әйел адам, 26 жаста, ЖМК шақырған. Шақыру себебі: әлсіздікке, басының айналуына, ішінің төменгі аймағында жедел ауырсынуға, оның тік ішекке берілуіне, қынаптан аздаған қанды бөліністің бөлінуіне шағымданады. Соңғы етеккірі 5 апта бұрын болған. Оң жақ

мықын аймақта ауырсынулы, аз қозғалмалы түзіліс пальпацияланады. АЛҒАШҚЫ ДИАГНОЗЫНЫЗ:

- бұзылған жатырдан тыс жүктілік
- Сальпингофорит
- Аналық без кистасы
- перфорациямен жедел аппендицит
- Жатыр миомасы

= Науқас, 40 жаста, эпигастрий аймағындағы ауырсыну, әлсіздік, бас ауруы, жүрек айну, құсу, тәбеттің болмауы, жоғары температура, зәрдің қаралау түсті туралы шағымдар. Анамнезден жағдайының нашарлауы 4 күн ішінде. Ол көкөніс нарығында сатушы болып жұмыс істейді, гигиена ережелерін әрдайым сақтай бермейді-кейде жуылмаған жемістерді жейді.

Алдын ала диагноз

- = А)А гепатиті
- В гепатиті
- холецистит
- панкреатит
- гепатоцеллюлярлық қатерлі ісік

= 50 жастағы ер адам кенеттен қорылдап, құлап, бір реттік жайылған тонико-клоникалық құрысулар пайда болды. Пульс орталық тамырларда анықталмайды. Пайда болған жағдайдың түрін және сіздің әрекет тактикаңызды болжаңыз:

- қарыншалық фибрилляция, жүрек-өкпе реанимациясы
- ӨАТЭ, өкпе артериясының катетеризациясын орындау
- жүрекше фибрилляциясы, науқасты Тренделенбург жағдайына келтіру
- эпилепсиялық ұстама, жүрек өкпе реанимациясы
- қарыншалық фибрилляция, науқасқа су беріңіз

= Жұлдызды аспанның сұлулығына таңданған кезде, егде жастағы ер адам бас айналып, есінен танып қалды. Бірнеше минуттан кейін сана өздігінен қалпына келді. Ер адам өздігінен тұрып, өзін-өзі сілкіп тастады, дегенмен болған оқиғаларға таңдану оның көңіл-күйін түсірді. Мұның себебі не болуы мүмкін

- = <variant>жыбыр аритмиясы
- <variant>вертебробазилярлық жеткіліксіздік +
- <variant>қарыншалық фибрилляция
- <variant>субарахноидальды қан кету
- <variant>өкпе артериясы тармақтарының тромбоэмболиясы

= Фосфорорганикалық заттармен уланудың жеңіл дәрежесінде зардап шеккен адам саналы, бас ауруы, әлсіздік, бейсаналық қорқыныш, жүрек айнуы туралы алаңдайды. Бұл жағдайда қандай белгі жоқ

- = А)миоз
- психомоторлы қозу
- қанмен құсу
- құрғақ шырышты
- Т)көз алмасының ауыруы

= Гипертониямен ауыратын 65 жастағы науқаста тұншығу және тыныс алудың қиындауы дамыды. Науқас мәжбүрлі қалыпта. Өкпеде бірнеше құрғақ ысқырықтар естіледі. Артериялық гипертензия бар, тахикардия. Алдын ала диагноз.

- кардиогенді өкпе ісінуі
- миокард инфарктісі
- крупозды пневмония
- астматикалық статус
- респираторлық дистресс синдромы

= Жас жігіт, 18 жаста, анализ тапсыру үшін емханаға келді. Биохимиялық талдау үшін қан алу кезінде науқас кенеттен есінен танып қалды. Анасының айтуы бойынша: дәрігерлердің есебінде жоқ, жаман әдеттер жоқ. Тұқым қуалайтын және аллергоанамнез ауыртпалықсыз.

Объективті: тері бозғылт, қалыпты ылғалдылық, пульс минутына 90 соққы, ритмді, әлсіз толымды. АҚ 115/70 мм сын. бағ. ст.

Сіздің алдын ала диагнозыңыз.

- естен тану
- эпилепсиялық ұстаманың абсансы
- жедел миокард инфарктісі
- ОНМК
- гипогликемиялық кома

= Түнгі кезекшілікте дәрігер "Госпитальдық пневмония" диагнозымен емделіп жатқан 40 жастағы науқасқа шақырылды. 30 минут бұрын төсектік режимді бұзып, өзімді нашар сезіндім: әлсіздік, бас айналу, көздің алдында шыбындардың жыпылықтауы пайда болды. Объективті: орташа ауырлықтағы жағдай, сана сақталған, науқас қорқып қалған, терісі бозғылт, суық жабысқақ термен мол жабылған. АҚ 80/50 мм сын.бағ. ст., жіп тәрізді пульс 100 мин.

Науқаста не деп ойлайсыз

= А)Коллапс

- эпилепсиялық ұстама
- жедел миокард инфарктісі
- ОНМК
- гипогликемиялық кома

= 50 жастағы ер адам қатты еңтігу, жөтел туралы шағымдарға байланысты жедел медициналық көмекке жүгінді.

Науқас бронх демікпесімен ауырады, беродуальды қабылдайды. Бұл денсаулық жағдайының нашарлауы ЖРВИ - мен байланысты. Беродуалдың санын 10 есеге дейін арттыруға тура келеді. Соңғы екі күнде шабуылды толығымен тоқтата алмады. Пульмонологтың есебінде тұрады. Тұқым қуалайтын анамнез ауыртпалықсыз. Жусанға аллергиясы бар. Объективті: жағдайы ауыр, ортопноэ. Тері цианозды, термен жабылған. Ұстама тәрізді экспираторлық еңтігу. Аускультация кезінде: шулы ысқырықты дем шығару, әлсіреген тыныс, "үнсіз" өкпе аймақтары. ТАЖ 24 мин. АҚ 140/90 мм сын. бағ. ЖЖЖ-120 минутына.

Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

- бронх демікпесі. 2 дәрежелі астматикалық статус+
- бронх демікпесі. 1 дәрежелі астматикалық статус
- ӨСОА
- пневмония
- спонтанды пневмоторакс

= Ер адам, 60 жаста. Шақыру себебі: сананың жоғалуы. Сананың ауырлығына байланысты шағымдарды анықтау мүмкін емес.

Anamnesis morbi: қоршаған адамдардың айтуы бойынша, шамамен 2 минут бұрын ер адам кенеттен дәріханада ес-түссіз құлап, көк түске боялған. Бірден ЖМК шақырылды, реанимациялық іс-шаралар өткізілмеді.

Өмір тарихы белгісіз. Объективті: науқастың жағдайы өте ауыр, сана - Глазго шкаласы бойынша 3 балл. Позасы - шалқасынан жатыр. Қарашық кеңейіп, жарыққа жауап бермейді. Тері цианотикалық реңкпен бозғылт, ылғалды. Ұйқы артериясындағы пульсация анықталмайды, жүрек тондары тыңдалмайды. Жүрек соғу жиілігі-0, жүрек соғу жиілігі-0, АД-0. Тыныс алу агональды. Еріксіз зәр шығару тіркелді.

Диагностиканың аспаптық әдістері: дефибриллятор мониторында-қарыншалық фибрилляция.

Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

- клиникалық өлім
- биологиялық өлім
- ӨАТЭ
- жедел миокард инфарктісі
- ОНМК

= Жедел жәрдем дәрігері науқасты қабылдау бөлмесіне жеткізді. Тексеру кезінде: ес - түссіз, қарашық кеңейген, терісі бозғылт сұр түсті, ұйқы артерияларында пульс және тыныс алу анықталмайды. ЭКГ - да хаотикалық, күрт деформацияланған, биіктігі, ені және пішіні әртүрлі фибрилляцияның жоғары амплитудалық толқындары минутына 500-700 жиілікте тіркелген. Жүрек-өкпе реанимациясы жүргізілді. Бір құтқарушы реанимациялық шараларды орындау кезінде арақатынасты ұстануы керек:

- 30 компрессия + 2 тыныс
- 15 компрессия + 2 тыныс
- 15 компрессия +1 тыныс
- 5 компрессия + 2 тыныс
- 30 компрессия + 1 тыныс

= Қиындықтың себебі: көшеде адам өзін жаман сезінеді. БК келгеннен кейін: 40 жастағы әйел, басқалардың айтуы бойынша, көшеде есінен танып қалды. Объективті: терінің бозаруы, тыныс алу жоқ, каротид артерияларында импульс анықталмайды, оқушылар жарыққа жауап бермейді. Жүрек-өкпе реанимациясы (ЖЖЖ) жүргізілді.

CPR тиімділігінің критерийлері:

- каротид артериясында импульстің пайда болуы
- оқушылардың кеңеюі
- бет терісінің бозғылт сұр түсінің пайда болуы
- цианоз
- тоникалық құрысулардың пайда болуы

= Қант диабетімен ауыратын бала инсулин инъекциясынан кейін қатты бас ауруы, жалпы әлсіздік, аяқ-қолдардың дірілдеуі, аштық сезімі, тершеңдік туралы шағымданған.

Баламен не болды

= А) гипогликемиялық жағдай

- гипергликемиялық жағдай
- естен тану
- анафилактикалық шок
- коллапс

= 52 жастағы ер адам медицина қызметкеріне эпигастрийдегі қатты ауырсыну, жүрек айну, 2-і ретті құсу туралы шағымдармен жүгінді. Сапасыз тағамдарды жеу жоққа шығарады. АҚ 100/60 мм сын.бағ. фельдшер асқазанды шаюды жүргізді, содан кейін жағдайы күрт нашарлады. Науқас санасы тежелген. Ылғалды, бозғылт тері. АҚ 80/60 мм сын.бағ. ст., жіп тәрізді пульс, тахикардия 1 мин. 110 дейін. науқаста қандай жағдайды болжауға болады

= А)кардиогенді шок

- тағамдық токсикоинфекция
- ойық жара ауруы
- стенокардия
- өт тас ауруы

= Ер адам, 47 жаста. Таңертең серуендеу кезінде қолдың ұюымен төс сүйегінің артында қысқа мерзімді қысып ауырсыну сезімі пайда болады. Терең тыныс алғанда ауырсыну күшеймейді. Ауырсыну кезінде науқас жүруді баяулатады және тоқтайды. Мұндай белгілер алғаш рет шамамен бір ай бұрын пайда болды. Сіздің алдын ала диагнозыңыз

= А)стенокардия

- миокард инфарктісі
- остеохондроз
- артериялық гипертония
- пневмония

= Науқас, 24 жаста. Эпигастрийдегі кенеттен "қанжар сұққандай" ауырсынуға, жалпы әлсіздік туралы шағымданды. Анамнез-бұрын күзгі-көктемгі уақытта аштық сезімімен ауырсыну болатын, тамақ ішкеннен кейін басылатын. Объективті - "тақта тәрізді іш", эпигастрийдегі өткір ауырсыну. АҚ 85/45 мм сын.бағ. жүрек соғу жиілігі 104 мин. Сіздің алдын ала диагнозыңыз?

- тесік жарасы
- тағамдық токсикоинфекция
- созылмалы гастриттің өршуі
- өт жолдарының дискинезиясы
- аппендицит

= Науқас, 20 жаста, жөтелмен және ысқырықты сырылдар, экспираторлық тұншығудың мезгіл-мезгіл шабуылдарына шағымданады. Ұстамалар түнде жиі кездеседі және өздігінен басылады. Бала кезінен аллергиялық ринитпен ауырады. Сіздің алдын ала диагнозыңыз?

- бронх демікпесінің ұстамасы
- жүрек демікпесінің астмасы
- өкпенің созылмалы обструктивті ауруы
- истерия
- нейроциркуляторлық дистония

= Науқас, 48 жаста, мазасыз, бір орында отырмайды, сол жақ бел аймағындағы қатты ұстамалы ауырсынулар мазалайды, шап аймағына иррадиацияланады. Болжамды диагноз?

- бүйрек коликасы
- жедел аппендицит
- тесік жарасы
- ішек өтімсіздігі
- қысылған жара

= Сезімталдықтың қай түрі проприоцептивтіке жатады:

- ауырсыну
- тактильдік
- температуралық
- бұлшықет- сіңірлік
- ішкі мүшелерден

= Сезімталдықтың қай бұзылыс типінде аяқ-қолдың дистальді бөлімдерінде симметриялы сезімталдық бұзылысы дамиды:

- полиневропатиялық
- өткізгіштік
- сегментарлы
- церебральді
- жүйкелік

= Сезімталдықтың қай бұзылыс типі жұлынның артқы мүйізі зақымдалғанда дамиды:

- полиневропатиялық
- өткізгіштік
- сегментарлы –диссоцирленген
- церебральді
- жүйкелік

= Сегментарлы-диссоцирленген бұзылыс типі кезінде қандай сезімталдық түрі бұзылады

- ауырсыну және температуралық
- кеңістік сезімі
- вибрациялық
- тактильді және бұлшықет- сіңірлік
- қысым сезімі

= Келесі анатомиялық құрылымның бұзылысы сезімталдықтың өткізгіштік типте зақымдалуын тудырады:

- жұлынның көлденең зақымдалуы
- жұлын түйінінің
- шеткері жүйке
- жұлынның артқы мүйізі
- ат құйрығы

= Науқас сол жағында болып жатқан жағдайларға мән бермейді, сол жақтан барлық стимулдарға мән бермейді, қандай клиникалық синдром?

- Анозогнозия
- Аутопгнозия
- Сол жақтық кеңістік агнозиясы
- Афазия
- Апраксия

= Көру алаңының концентрациялық тарылуынан толық емес қысылуғаалып келеді?

- көру қиылысы
- көру трактысы
- сыртқы тізелі дене
- көру сәулесі
- көру жүйкесі

= Мишықтың жоғарғы аяқшасынан қандай жол өтеді?

- артқы жұлын-мишықтық
- маңдай-көпір-мишықтық
- алдыңғы жұлын-мишықтық
- шүйде-самай-көпір-мишықтық
- ретикуло-жұлындық

= Жоғары қарай қарау парезі және конвергенция бұзылысы кезінде ошақ қай жерде орналасады?

- ортаңғы мидың жамылғысының дорсальды бөлімі
- ми көпірінің жоғарғы бөлімдерінде
- ми көпірінің төменгі бөлімдерінде
- ми аяқшаларында
- сопақша мида

= Қандай жүйке мойын өрімінің тармағы болып табылады?

- жауырынасты жүйке
- кәрі жіліктік жүйке
- ортаңғы жүйке
- кіші шүйделік жүйке
- шынтақтық жүйке

= Қандай жүйке иықтық өрімнің тармағына жатады?

- диафрагмальды жүйке
- бұғанаүстілік жүйке
- жауырынасты жүйке
- үлкен құлақтық жүйке
- шүйделік жүйке

= Ми бағаны зақымдануының қай деңгейінде децеребрационды ригидтілік пайда болады?

- қызыл ядро
- сопақша мидың жоғарғы бөлімдері
- сопақша мидың төменгі бөлімдері
- ми көпірі
- мишық

= Жүйке талшығының миелин қабығы анықтайды:

- аксон ұзындығы және өткізу дәлдігі
- аксонның ұзындығы
- сезімтал өткізгіштерге тиесілі
- жүйке импульсін өткізу жылдамдығы
- қозғалтқыш өткізгіштерге тиесілігі

= Қатты ми қатпары түзілулерге қатысады:

- веноздық синустар, ми орағы және мишық шатыры
- бас сүйегінің жабық сүйектері
- қантамырлық өрілу
- бас сүйегінің түбіндегі тесіктер
- бас сүйек тігістері

= Процесс медиаторлардың және оларды катализдейтін ферменттердің биосинтезін нейрон денесінен аксонға аксональды микротүтікшелер арқылы жылжыту деп аталады?

- Плазматикалық транспорт
- Аксоналды транспорт
- Капиллярлы транспорт
- Микроплазматикалық транспорт
- Медиаторлық транспорт

= Орталық жүйке жүйесінде миелин қабығы пайда болады?

- Олигодендроциттермен
- Леммоциттермен
- Микроглия
- Астроциттермен
- Эпендимальды жасушалар

= Ранвье тосқауылдары бойынша әрекет потенциалын өткізу деп аталады?

- Екі жақты өткізу
- Сальтаторлық өткізумен
- Үздіксіз жүргізу
- Оқшауланған өткізу
- Шексіз өткізу

= Перифериялық жүйке жүйесінде миелин қабығы пайда болады?

- Леммоциттермен
- Олигодендроциттермен
- Микроглия
- Астроциттермен
- Эпендимальды жасушалар

= Қозудың ең жоғары жылдамдығы 120 м/с дейін:

- А типті қалың миелинді талшықтар
- В типті жұқа миелинді талшықтар
- С типті миелинсіз талшықтар
- А және В типті миелинді талшықтар
- Талшықтардың миелинизация дәрежесі қозу жылдамдығына әсер етпейді

= ОЖЖ - де ең көп таралған қоздырғыш медиатор

- ГАМК
- Глутамат
- Ацетилхолин
- Норадреналин
- Дофамин

= ОЖЖ-де ең көп таралған тежегіш медиаторы

- ГАМК
- Глутамат
- Ацетилхолин
- Норадреналин
- Дофамин

= Бір тежегіш нейрон басқа тежегіш нейронмен тежелген кезде негізгі нейрондарға тежегіш әсерінің төмендеуі қалай аталады?

- Кері тежегіш
- Тікелей тежегіш
- Кері қозу
- Тікелей қозу
- Тежелу

= Рецепторлармен байланысатын медиаторлардың босатылуымен ақпарат беру арқылы жүзеге асырылады?

- Синапс
- Коннексон
- Саңылау қосылымы
- Дұрыс жауап жоқ
- Барлық жауаптар дұрыс

= Маңдай бөлігі мен желке бөлігін бөліп тұрған ойықша (борозда) қалай аталады?

- Сильвиева ойықшасы
- Бүйірлік ойықша
- Роландова ойықша
- Шұңқыр ойықша
- Дұрыс жауап жоқ

= Бұлшықет кернеуіне жауап беретін рецепторлар?

- Меркель мен Ватер-Пачини денесінің дискісі
- Краузе колбалары мен Руфин денелері
- Мейснер денелері және бос жүйке ұштары
- Гольджи интрафузальды бұлшықет талшықтары және Гольджи мүшесі
- Гольджи органы және Ватер-Пачини денесі

= Қашықтағы рецепторлар қабылдай ма?

- Жанасу және қысым
- Дыбыс және жарық дәрежесі
- Жылу және суық
- Ауырсыну
- Бас және буын кеңістігіндегі позиция мен қозғалыс, бұлшықет, сіңір кернеуі

= Проприорецепторлар қабылдай ма?

- Бас және буын кеңістігіндегі позиция мен қозғалыс, бұлшықет, сіңір кернеуі
- Дыбыс және жарық дәрежесі
- Жанасу және қысым
- Жылу және суық
- Ауырсыну

= Кері тартушы жүйке зақымданған кезде бұлшықеттің сал ауруы пайда болады

- сыртқы түзу
- жоғарғы түзу
- төменгі түзу
- төменгі қиғаш
- жоғарғы қиғаш

= Мидриаз зақымданған кезде пайда болады

- окуломоторлы нервтің үлкен жасушалы ядросының жоғарғы бөлігі
- окуломоторлы нервтің үлкен жасушалы ядросының төменгі бөлігі

- окуломоторлы нервтің кіші жасушалы қосымша ядросы
- орташа жұпталмаған ядро
- медиальды бойлық сәуленің ядролары

= Егер ауырсыну сезімталдығының өткізгіштік бұзылыстарының жоғарғы шекарасы дерматоманың T10 деңгейінде анықталса, жұлынның зақымдануы сегмент деңгейінде локализацияланған

- T6 немесе T7
- T8 немесе T9
- T9 немесе T10
- T10 немесе T11
- T11 немесе T12

= Перифериялық пирамидалық сал ауруында байқалайды

- нервтер мен бұлшықеттердің электрлік қозғыштығының бұзылуы
- бұлшықет күшінің төмендеуі
- сіңір рефлекстерінің жоғарылауы
- патологиялық қол белгілері
- патологиялық аяқ белгілері

= Ромберг позасында көзді жұмған кезде тұрақсыздық мәнді түрде күшейе бастайды, атаксия болған жағдайда

- сенситивті
- мишық
- вестибулярлы
- кортикальды
- психогенді

= Тізе рефлексі соққыдан туындайды:

- санның квадрицепс сіңірінде тізе қабығынан төмен
- шынтақ буынының үстіндегі бицепс сіңірі
- трицепс сіңірі бойынша шынтақ сүйегінен 1-1, 5 см жоғары
- кәрі жілік сүйегінің қылқан тесігі
- өкше сіңірі бойынша

= Табан рефлекс доғасы жұлынның сегменттерінде жабылады, қай нервтің бөлігі?

- L1-L2, жамбастық-жыныстық жүйке
- L2-L4, жамбас жүйкесі
- L5-S2, сиастикалық жүйке
- S4-S5, срамной нерв
- S1-S2, жіліншік нерві

= Терең рефлексстердің жоғарылауы зақымданудың көрсеткіші болып табылады:

- Перифериялық нервтер
- Жұлын
- Мишық
- Жүйке-бұлшықет синапсы
- Бұлшықеттер

= Ахиллов рефлексстерінің жоғарылауы төмендегілерді көрсетеді:

- Тексеруден бір ай бұрын пайда болатын кортико-спинальды трактінің зақымдануы
- Сіңірдің созылу рецепторларынан сезімтал нервтердің зақымдануы

- С5 деңгейінде жұлынның өткір көлденең үзілісі
- Гипотиреоз
- Қант диабеті

= Қолдар мен аяқтардағы шаншу сезіміне шағымдану кезінде "қолғап пен шұлық" түріндегі сезімталдықтың бұзылуы әдетте ауруларда болады:

- Жұлын
- Ми бағаналары
- Перифериялық нервтер
- Көрнекі туберкулез
- Үлкен мидың париетальды бөлігі

= Маңдайдың ортасына бекітілген дыбыстық шаншқы қай құлақты орнатуға мүмкіндік береді:

- Жиілікті қабылдаудың үлкен диапазоны бар
- Сыртқы құлақ арнасы үлкенірек
- Өткізгіш немесе сенсорлық есту қабілетінің жоғалуы бар
- Төменде орналасқан
- Есту түтігінің ұзындығы ұзағырақ

= Биназальды гемианопсия зақымданған кезде пайда болады

- оптикалық нервтердің сыртқы бөлімдері
- оптикалық нервтердің орталық бөлімдері
- көрнекі сәулелену
- көру жолдары
- желке қабығының қабығы

= Көру тракт зақымданған кезде гемианопсия пайда болады

- биназальды
- битемпоральды
- гомонимді
- төменгі квадрант
- жоғарғы квадрант

= Гетеронимді гемианопсия зақымдалған кезде байқалмайды

- көрнекі крест
- көру жолы
- көрнекі сәулелену
- ішкі капсула
- көрнекі сәулелену және ішкі капсула

= Иіс галлюцинациясы зақымдалған кезде байқалады

- самай бөлігі
- иіс сезу доғашығы
- иіс сезу шамдары
- иіс эпителийі
- төбе бөлігі

= Гиперакузия бас сүйек нервiнiң бiр жағында зақымдалған кезде бiр құлақта пайда болуы мүмкiн:

- V
- VII

- VIII
- IX
- X

= Бір аяқтың өкшесін екінші аяқтың саусақтарына кезек-кезек қою арқылы түзу сызықпен жүре алмау мыналарға байланысты

- Церебральды зақымдану
- Мидың париетальды бөлігінің зақымдануы
- Мидың уақытша бөлігінің зақымдануы
- Мидың желке бөлігінің зақымдануы
- Аяқтардағы сезімталдықты жоғалту

= Тілдің бүйірге ауытқуы және оның жартысының атрофиясы бас сүйек нервтерінің зақымдалуын көрсетеді:

- V
- VII
- X
- XI
- XII

= Беттік сезімталдық жолдарының бірінші нейроны орналасқан:

- Жұлын түйіндерінде
- Таламус
- Көру төмпешігінде
- Сопақша мидың жіңішке және сына тәрізді ядроларында
- Төбе бөлікте

= Сезімталдықтың бұзылуының өткізгіштік нұсқасы келесі құрылымдар зақымданған кезде пайда болады, келесіні қоспағанда:

- Перифериялық нервы
- Жұлынның артқы арқаншалары
- Жұлынның бүйір арқаншалары
- Таламус
- Ішкі капсулалар

= Өздігінен пайда болған сұққылау сезімі, алдын-ала тітіркенусіз "бөртулер" жорғалауы деп аталады?

- Парестезия
- Дизестезия
- Полиестезия
- Аллохейрия
- Гиперестезия

= Ми бағанының қай бөлігінде окуломоторлы жүйке ядролары орналасқан?

- ми көпірі
- ортаңғы ми
- сопақша ми
- негіздік түйіндер
- мишық

= Патологиялық процестен басқа тармаққа тітіркенген нервтің бір тармағынан таралатын ауырсыну деп аталады?

- Сәулелендіру
- Шағылысқан
- Елес
- Жергілікті
- Проекциялық

= Жәтелгенде, түшкіргенде, сондай-ақ сау аяқ-қолдардың бұлшық еттерінде ұзақ уақыт шиеленіскенде пайда болатын салданған аяқ-қолдардың еріксіз қозғалысы?

- Гиперкинездар
- Штрюмпеля феномені
- Глобалды синкинезиялар
- Бұлшықет қаттылығы
- Бабинский Синкинезиясы

= Миотомдық парез зақымданған кезде пайда бола ма?

- Мидың маңдай бөлігі
- Жұлынның алдыңғы мүйіздері
- Ішкі капсула тізесі
- Жұлынның артқы тамырлары
- Жұлынның бүйір арқаншалары

= Гиперкинез, айқын локомоторлық әсері бар кездейсоқ еріксіз қозғалыстармен сипатталады, дененің әртүрлі бөліктерінде тыныштықта және ерікті қозғалыстарда?

- Хорея
- Атетоз
- Дистония
- Миоклония
- Баллизм

= Мишықтың құрт зақымдаған кезде дамиды?

- Динамикалық атаксия
- Сезімтал атаксия
- Вестибулярлық атаксия
- Статикалық-қозғалыс атаксиясы
- маңдай атаксия

= Ми бағанының қай бөлігінде әкететін жүйке ядролары орналасқан?

- ортаңғы ми
- ми көпірі
- сопақша ми
- негіздік түйіндер
- мишық

= Науқасты тексергенде сол жақтық миоз және энофтальм, сол көз саңылауы тарылуы анықталды. Синдромды атаңыз:

- Клод Бернара Горнер синдромы
- Аргайла-Робертсона синдромы
- Вебера синдромы
- Джексона синдромы
- Мийяра-Гублера синдромы

= Менингеальды симптомдарға қандай симптомдар жатады?

- Нери симптом, Брудзинский симптомы, Лассег симптомы
- Вассерман симптомы, Нери симптомы, Брудзинский симптомы
- Лассег симптомы, Вале симптомы, Макарова симптомы
- Шүйде бұлшықетінің ригидтілігі, Керниг симптомы, Лесаж симптомы
- Лесаж симптомы, Нери симптомы, Пастернацкий симптомы

= Ми бағанының қай бөлігінде үш тармақты жүйке ядролары орналасқан?

- ми көпірі
- ортаңғы ми
- сопақша ми
- негіздік түйіндер
- мишық

= Бет нервінің орталық параличінде қандай симптомдар пайда болады:

- Белла феномені
- лагофтальм
- маңдай қатпарының тегістелуі
- мұрын ерін қатпарының тегістелуі
- көзден жас ағу

= Бір жақты аносмия қандай бұзылыске зіндепайда болады?

- иіс буылтығы, тракта
- біріншылық иіс сезу орталығында
- мидың самай бөлігінің ішкі бетінде
- мидың төбе бөлігінде
- мидың шүйде бөлігінде

= Дисфагия, дизартрия, дисфония, тілдің атрофиясы тән:

- псевдобульбарлы салдану
- VII жұптың зақымдануы
- тек XII жұптың зақымдануы
- бульбарлық салдану
- IX жұптың зақымдануы

= Басыңызды оңға бұрып, сол иық пен сүйкеу қай нервтің зақымдану кезінде мүмкін болмайды:

- сол жақ сәуле нерві
- иық өрімінің жоғарғы бөлігі
- қосымшанерв (XI) солжақта
- иық өрімі төменгі бөлігі
- оң жақ қосымша нерві

= Квандрантты гомонимді гемианопсия қай ошақ зақымданғанда пайда болады:

- бас миының шүйде үлесі
- хиазманың ішкі бөлігі
- хиазманың сыртқы бөлігі
- көру нерві
- қыртыс асты көру орталықтары

= Ми бағанының қай бөлігінде тілжұтқыншақ жүйкесі ядролары орналасқан?

- сопақша ми
- ми көпірі

- ортаңғы ми
- негіздік түйіндер
- мишық

= Ми бағанының қай бөлігінде бет жүйкесі ядролары орналасқан?

- ортаңғы ми
- ми көпірі
- сопақша ми
- негіздік түйіндер
- мишық

= Ми бағанының қай бөлігінде кезбе жүйке ядролары орналасқан?

- ми көпірі
- негіздік түйіндер
- мишық
- сопақша ми
- ортаңғы ми

= Екінші тармақтың үш тармақты жүйкесінің шығу орны:

- Дөңгелек тесік
- Ішкі есту арнасы
- Жыртылған тесік
- Сопақша тесік
- Жоғарғы орбиталық саңылау

= Бассүйектен тілді жұту нервысының шығу орны:

- Мойын тесігі
- Жыртылған тесік
- Сопақша тесік
- Дөңгелек тесік
- Жоғарғы орбиталық саңылау

= Көз қозғалтқыш жүйкесінің шығу орны:

- Жоғарғы орбиталық саңылау
- Мойын тесігі
- Жыртылған тесік
- Сопақша тесік
- Дөңгелек тесік

= Бірінші тармақтың үш тармақты жүйкесінің шығу орны:

- Жоғарғы орбиталық саңылау
- Мойын тесігі
- Жыртылған тесік
- Сопақша тесік
- Дөңгелек тесік

= Мүйізді рефлекс доғасы деңгейде жабылады:

- V (афферентті сілтеме) VII (эфферентті сілтеме)
- V (афферентті сілтеме) V (эфферентті сілтеме)
- II (афферентті сілтеме) VII (эфферентті сілтеме)
- II (афферентті сілтеме) V (эфферентті сілтеме)
- III (афферентті сілтеме) VII (эфферентті сілтеме)

= Цилиоспинальды орталық орналасқан?

- C8 – Th2 деңгейінде жұлынның бүйір мүйіздерінде
- Жұлынның артқы мүйіздерінде C8 – Th2 деңгейінде
- Гипоталамустың супрахиазмальды ядросы
- Жұлынның бүйір мүйіздерінде S2-S4 деңгейінде
- Жұлынның артқы мүйіздерінде Th1-L2 деңгейінде

= Вестибулярлық ядролар кешені мыналардан тұрады:

- Бехтерева ядросы, Дейтерс ядросы, Швальбе ядросы, Роллер ядросы
- Дейтерс ядросы, Швальбе ядросы, Роллер ядросы
- Бехтерева ядросы, Дейтерс ядросы, Швальбе ядросы
- Бехтерева ядросы, Дейтерс ядросы
- Эдингера-Вестфал ядросы, Бехтерева ядросы, Дейтерс ядросы, Швальбе ядросы

= Бастың жылдам қозғалыстарынан кейін көп ұзамай пайда болатын қарқынды жүйелік бас айнарудың қысқа шабуылдары?

- Дауыс байланыстарының парезі
- Агеузия тілдің артқы үштен бірінде
- Жұтқыншақ пен таңдай рефлекстерінің төмендеуі
- Жұтынудың орташа бұзылуы
- Сілекейдің бөлінуінің төмендеуі

= Янишевскийдің ұстау симптомы, Маринеску-Радовичи симптомы, пробоскопиялық рефлекс зақымдануды көрсетеді?

- Кортикоспинальды жолдар
- Спиноталамикалық трактаттар
- Кортиконуклеарлы трактаттар
- Руброспинальды трактаттар
- Спиноцеребеллярлық жолдар

= Жұлынның жарты диаметрлі зақымдануы (Браун-Секар синдромы) фокустық жағында орталық сал ауруымен сипатталады

- сезімталдықтың барлық түрлерінің бұзылуымен-керісінше
- ошақ жағында терең сезімталдықтың және қарама - қарсы жағында ауырсыну мен температураның сезімталдығының бұзылуымен
- ошақ жағында ауырсыну және температура сезімталдығының бұзылуымен
- ошақ жағындағы сезімталдықтың барлық түрлерінің бұзылуымен
- фокус жағында ауырсыну мен температураға сезімталдықтың бұзылуымен және қарама - қарсы жағында терең сезімталдықпен

= Нағыз астереогноз жеңіліске байланысты

- төбе бөлігі
- маңдай бөлігі
- самай бөлігі
- желке бөлігі
- дұрыс жауабы жоқ

= Амнестикалық афазия зақымданған кезде байқалады

- маңдай бөлігі
- төбе бөлігі
- самай мен төбеннің түйісуінде

- маңдай мен төбенің түйісуінде
- самай бөлігінде

= Жұтылу мен фонацияның бұзылуы, дизартрия, жұмсақ таңдайдың парезі, жұтқыншақ рефлексі мен тетрапарездің болмауы зақымдануды көрсетеді

- мидың аяқтары
- ми көпірі
- ортаңғы мидың шиналары
- ұзынша мишық
- мишық

= Өз денесінің бөліктерін танудың бұзылуы деп аталатын Синдром?

- Аутоагнозия
- Абазия
- Дисдиадохокинез
- Апраксия
- Астазия

= Ми бағанының қай бөлігінде қосымша жүйке ядролары орналасқан?

- сопақша ми
- ортаңғы ми
- ми көпірі
- негіздік түйіндер
- мишық

= Фостер Кеннеди синдромы мидың қай бөлігіне әсер еткенде пайда болады?

- Маңдай бөлігі
- Төбе бөлігі
- Желке бөлігі
- Самай бөлігі
- Төбе және самай бөлігі

= Моторлы афазия зақымданған кезде пайда болады

- доминант шардың маңдай бөлігі
- доминант шардың төбе бөлігі
- доминант емес шардың маңдай бөлігі
- доминант емес шардың төбе бөлігі
- доминант емес шардың желке бөлігі

= Сенсорлық афазия қандай бөлікке әсер еткенде пайда болады?

- Ми бағаналары
- Самай бөлігі
- Маңдай бөлігі
- Желке бөлігі
- Төбе бөлігі

= Менингеальды синдромның патогенезі?

- ми қабығының тітіркенуі
- мидың қарыншалық эпэндимасының қабынуы
- жұлын тамырларының кернеуі
- мидың көлемді түзілуі
- көру нервісінің қабынуы

= Базальды ганглийлердің зақымдануының клиникалық синдромдары төмендегілердің барлығы, тек келесіден басқа?

- Паркинсонизм Синдромы
- Хорея
- Атетоза
- Моторлы Афазия
- Дистония

= Қандай зақымдануда амавроз дамиды?

- Көру анализаторлары
- Есту анализаторлары
- Вестибулярлы анализаторлары
- Иіс сезу анализаторы
- Дәм анализаторы

= Менингиальды синдромға жатпайды?

- Белла симптомы
- Лесаж симптомы
- Керниг симптомы
- Фалькони симптомы
- Бехтерев симптомы

= Терең сезімталдықтың ткізгіштік типтегі бұзылысы қай жер зақымдалғанда туындайды?

- жұлынның артқы бағаны
- жұлынның бүйір бағаны
- шеткері жүйке
- жұлынның артқы түбіршегі
- жұлынның артқы мүйізі

= Көрудің жарты шар парезі (науқас зақымдану ошағына қарайды) қандай бөлімнің зақымдалуымен байланысты

- маңдай
- самай
- төбе
- желке
- маңдай, төбе

= Мидың компьютерлік томографиясы мүмкіндік бермейді

- мидың сұры және ақ заттарын ажыратуға
- ликвор жолдарының жағдайын анықтауға
- ісіктің гистологиялық құрылымын ажыратуға
- ишемия мен қан қйылу аймақтарын анықтауға
- перифокальды ісіну аймағын анықтауға

= Келесі бас сүйек жүйкесі ішкі ағзалардың жұмысын жүйкелендіреді:

- кезбе
- үштік
- бет
- тіл асты
- қосымша

= Сөйлеудің бұзылысы тіласты жүйкенің зақымдалуына тән:

- дизартрия
- дисфония
- дисфазия
- логоневроз
- дислалия

= Келесі бас сүйек жүйкенің зақымдануы бет аймағындағы пароксизмальды ауырсынумен көрінеді:

- бет
- көзқозғалтқыш
- шығыршық
- үштік
- қосымша

= Келесі симптом бет жүйкенің зақымдалуына тән:

- мимикалық бұлшықет парезі
- бетінің жартысында ауырсынуы
- жарты бет гипестезиясы
- шайнайтын бұлшықет парезі
- птоз

= Келесі жүйке шайнау қызметіне жауап береді:

- бет
- тілжұтқыншақ
- үштік
- қосымша
- тіл асты

= Бет жүйкенің зақымдалуы кезінде көздің жабылуының болмауы қалай аталады:

- лагофтальм
- птоз
- офтальмоплегия
- амавроз
- гемианопсия

= Науқастың аяғы салбырап, "степпаж" сияқты жүрісі, аяқтың артқы жағындағы гипестезия. Қандай жүйке зардап шегеді?

- үлкен жіліншік жүйке
- отырықшы жүйке
- кіші жіліншік жүйке
- феморальды жүйке
- полиневропатия

= Инсульт кезінде таза қозғалыс тапшылығы келесі зақымдануды көрсетуі мүмкін?

- Маңдай бөлігінің прецентральды гирусы
- Церебральды жарты шарлар
- Каудат ядросы
- Уақытша лобтың жоғарғы-уақытша гирусы
- Pariетальды лобтың бұрыштық гирусы

= Инсульттің таза сенсорлық жетіспеушілігі зақымдану кезінде мүмкін бе?

- Көру төмпесі (таламус)
- Ішкі капсулалар
- Мишық
- Көпір
- Бозғылт шар

= Келесі тәсіл бас сүйек жүйкесінің VIII жұбының функцияларын тексеру үшін қолданылады:

- камертон
- хош иістер жиынтығы
- әр түрлі дәмдегі ерітінділер жиынтығы
- сантиметрлік таспа
- ине

= Моторлы афазиямен ауыратын науқасты қарау кезінде

- аударылған сөйлеуді түсінеді, бірақ сөйлей алмайды
- аударылған сөйлеуді түсінбейді және сөйлей алмайды
- сөйлей алады, бірақ аударылған сөйлеуді түсінбейді
- сөйлей алады, бірақ сөйлеу шырқалады
- сөйлей алады, бірақ заттардың атауларын ұмытады

= Сенсорлық афазиямен ауыратын науқасты тексеру кезінде

- аударылған сөйлеуді түсінбейді және өзін-өзі басқара алмайды
- сөйлей алмайды және сөйлеуді түсінбейді
- аударылған сөйлеуді түсінеді, бірақ сөйлей алмайды
- сөйлей алады, бірақ заттардың атауларын ұмытады
- аударылған сөйлеуді түсінбейді, бірақ өзінің сөйлеуін басқарады

= Амнестикалық афазияны тексеру үшін не істеу қажет:

- ауызша санауын тексеру
- науқасқа берілген мәтінді оқуды ұсыну
- науқасқа айтылған сөзді түсінуін бағалау
- науқасқа айналасындағы заттарды атап беруді ұсыну
- жазбаша санауды тексеру

= Мишық зақымданған науқасты тексеру кезінде қандай белгілерді байқайтыныңызды көрсетіңіз?

- Стюарт-Холмс симптомы, Ожеховский симптомы, Шилдер сынағы, қасақана тремор
- Бұлшықет қаттылығы, олигобрадикинезия, тыныштық треморы, дауысты сөйлеу
- Бұлшықет гипертониясы, гиперрефлексия, металлография
- Вернике-Манна позасы, аяқтардағы спастикалық гипертония, микрография
- Бабинский симптомы, макрография, гиперрефлексия

= L4 - S2 деңгейінде жұлынның зақымдануынан туындаған синдром?

- Эпиконустың зақымдану синдромы
- Ми конусының зақымдану синдромы
- Ат құйрығының зақымдану синдромы
- Браун-Секар Синдромы
- Белдің қалыңдауы деңгейінде жұлынның зақымдану синдромы

= Төмендегілердің барлығы Ромбергтің оң сынуымен көрінеді, тек осыдан басқа:

- Артқы бас сүйек шұңқырының менингиомалары
- Нейросифилис
- Белла параличы
- Созылмалы сенсорлық полиневропатия
- Мишыққа қан құйылу

= Егер дені сау адам басын көтеріп ( $30^0$ ) оң жақ сыртқы есту жолдарына жылы су құйса, онда ол пайда болады:

- Екі көздің оң құлақ бағытындағы нистагмасы
- Көздің оңға қарай тоникалық ауытқуы
- Қатысатын құлақтың жағында орналасқан бір көздің тоникалық ауытқуы
- Екі көздің нистагмасы сол жақ бағытында
- Екі көздің де тартылған құлаққа қарама-қарсы бағытта тоникалық ауытқуы

= Ес білу мен команың деңгейін бағалау кезінде Сіз қандай шкаланы қолданасыз?

- NIHSS шкаласы
- MMSE шкаласы
- Глазго шкаласы
- Хачинский шкаласы
- BARHTEL шкаласы

= Бұлшықет қаттылығымен сипатталатын Синдром, олигобрадикинезия, тыныштық треморы, брадилалия, " аралас " жүріс деп аталады?

- Псевдобульбарлық синдром
- Бульбар синдромы
- Браун-Секар Синдромы
- Паркинсонизм синдромы
- Церебральды атаксия синдромы

= Тексеру кезінде көру жүйкесі зақымданған науқаста байқалады?

- Екі жаққа қараған қылилық, мидриаз, птоз
- Бет гемигипестезиясы, жүйке шығу аймағындағы ауырсыну
- Бір-біріне қараған қылилық, диплопия
- Лагофталм, феномен Белла, гиперкузия
- Гемианопсия, амблиопия

= Парино синдромы, көздің жоғары және төмен сал ауруымен сипатталады, зақымданған кезде пайда болады?

- Четверохолмия
- Медиальды бойлық байлам
- Көзқозғалту нервтің үлкен жасушалы ядросы
- Перлиа ядросы
- Эдингера-Вестфал ядросы

= Гертвиг-Мажанди синдромы бар науқасты қарау кезінде медиальды бойлық байламның ішінара зақымдануы байқалады?

- Жоғары және төмен қараудың сал ауруы
- Тігінен екі жаққа бөлінетін қылилық
- Мидриаз, птоз және энофталм
- Екі жаққа бөлінетін қылилық, мидриаз, птоз
- Экзофталм, миоз және көз саңылауының кеңеюі

= Ми инфарктісінің ең көп тараған себебі?

- Ми артерияларының атеросклерозы
- Фибро-бұлшықет дисплазиясы
- Аневризма
- Гипертониялық интимдік гиперплазия
- Ми қабығының тамырларының қабынуы

= Келесі анатомиялық құрылым зақымдануында Лассег симптомы байқалады:

- сан жүйке
- жұлындық түбіршек L2
- жұлындық түбіршек L3
- жұлындық түбіршек S3
- құйымшақ жүйке

= Үштік жүйке невралгиясына тән ауырсыну ұстамалары жалғасуда:

- Секундтар
- Минуттар
- Сағаттар
- Күндер
- Апталар

= Науқас әдеттегі жерде радиус сынғаннан кейін, 1,2,3 саусақта әлсіздік пен парестезия бар, жүйке зақымдалуы мүмкін?

- бұлшықет-тері жүйке
- сәулелік жүйке
- жауырын асты жүйке
- орталық жүйке
- ұзын кеуде жүйке

= Алкогольді асыра пайдаланған науқас оң қолында ыңғайсыздық сезімімен оянды, тексеру кезінде қолдың дорсальды кеңеюінің әлсіздігі анықталды, жүйке зақымдалуы мүмкін?

- Сәулелі жүйке
- Шыңтақ жүйкесі
- Ортаңғы жүйке
- бұлшықет-тері жүйке
- Иық нерві

= Ми тамырларының патологиясын диагностикалау үшін қосымша зерттеу әдістерінің қайсысы қолданылмайды:

- Компьютерлік ангиография
- Транскраниальды доплерография
- Церебралды ангиография
- Электроэнцефалография
- УЗДГ БЦА

= Субарахноидты қан кету диагнозын растау үшін келесі зерттеу әдісі қолданылады:

- Цереброспинальды сұйықтықты зерттеу
- Эхоэнцефалография
- Краниография
- Липидограмма
- Гемоглобин деңгейін анықтау

= Бұлшықеттердің электрлік белсенділігін зерттеу әдісі

- ЭХО ЭГ
- ТКДГ
- ЭЭГ
- ЭНМГ
- МРТ

= Бастың негізгі артерияларын дуплексті сканерлеу

- Патологиялық шаршау шағымдары үшін зерттеу қажет
- Перифериялық жүйке жүйесінің ауруларында қолданылады
- Зерттеу демиелинизация ошақтарын анықтауға мүмкіндік береді
- Жұлын аурулары үшін қолданылады
- Зерттеу ми тамырларының патологиясын анықтауға мүмкіндік береді

= Наукаста күні бойы бірнеше секундқа "өшіруді" атап өтеді, оның барысында ол бір қалыпта қатып қалады, сұраққа жауап бермейді, ұстамалар туралы ештеңе есінде жоқ. Диагнозды нақтылау үшін қандай зерттеу әдісін қолдану керек?

- Бас сүйегінің рентгенографиясы
- Эхоэнцефалоскопия
- Электроэнцефалография
- Бастың компьютерлік томографиясы
- Туындаған потенциалдарды зерттеу

= Перифериялық жүйке жүйесінің зақымдануын және Гильен-Барре синдромының диагнозын растауға, сондай-ақ патологиялық өзгерістердің сипатын (демиелинизациялық немесе аксональды) және олардың таралуын нақтылауға мүмкіндік беретін аспаптық диагностикалық әдіс.

- ЭНМГ
- ЭЭГ
- туындаған потенциалдар
- контрастымен МРТ
- Доплерография

= Генерализацияланған эпилепсияға тән.

- афония
- гиперкинез
- гемианопсия
- сананың жоғалуы
- вегетативті бұзылулар

= Науқасты тексеру кезінде Паркинсон ауруы кезінде келесі синдромдар бөлінеді:

- акинетикалық-ригидті синдром
- гиперкинетикалық синдром
- вестибуломеребральды синдром
- цефалгиялық синдром
- радикулярлық синдром

= Науқас ұстамалар туралы шағымдармен жүгінді көру өрістерінің оң жақ жартысының пролапсы түріндегі көру қабілетінің бұзылуы, шамамен жарты сағатқа созылады, содан кейін сол жақ фронтоорбитальды аймақта өткір ауырсыну пайда болады, бастың жартысына дейін жүрек айну, құсу, фотофобиямен таралады?

- Қысыммен бас ауруы
- Аурасыз мигрень
- Үштік нервының невралгиясы
- Аурасымен мигрень
- Гипертониялық бас ауруы

= Науқаста орташа екі жақты бас ауруы туралы шағымдар бар, көптеген жылдар бойы, соңғы 1,5 жылда күшейе отырып, оған аптасына 8-10 таблеткаға дейін анальгетик қабылдау көмектесті, енді анальгетикті қабылдау ауырсынуды тоқтатпайды, керісінше күшейтеді?

- абузиялық бас ауруы
- аурасы бар мигрень
- аурасыз мигрень
- үштік жүйке невралгиясы
- гипертониялық бас ауруы

= Науқас маңдай мен оң көздің оң жартысында тұрақты ауырсыну туралы шағымдармен жүгінді, мезгіл-мезгіл қарқынды күшейеді. Бірнеше ай бұрын бұл аймақта ауырсыну мен ұйқышылықпен бірге жүретін көпіршік тәрізді бөртпелер байқалды?

- шиеленісті бас ауруы
- тригеминальды жүйке тармағының II невралгиясы
- постгерпетикалық невралгия I тригеминальды жүйке тармақтары
- тригеминальды жүйке тармағының I невралгиясы
- мигрень

= Науқас интенсивті сұққылайтын шайнаған кезде пайда болатын сол жақ самайға, жоғарғы тістерге, сол жақтан үстіңгі ерінге берілетін 30 секундқа созылатын ұстамамен келді:

- үштік жүйке невралгиясы
- Қысыммен бас ауруы
- аурасыз мигрень
- гипертониялық бас ауруы
- абузиялық бас ауруы

= Науқаста спастикалық сипаттағы тетрапарез бар, супраклавикулярлық аймақ деңгейінен сезімталдықтың барлық түрлерін жоғалту, орталық типтегі зәр шығарудың бұзылуы, науқаста жұлынның зақымдану деңгейін көрсетіңіз?

- C1-C4
- C5-D1
- D5-D10
- L1-L5
- L5-S1

= Ликер анализі-мөлдір, опалесцентті, лимфоцитарлы плеоцитоз 1 мкл 300 жасуша., ақуыз 2 г / л, қант 0,8 ммоль / л. бір күннен кейін нәзік фибрин пленкасы түсіп кетті, бұл өзгерістер тән?

- іріңді менингита
- субарахноидты қан кету
- герпес энцефалиті
- туберкулёзды менингита
- полирадикулоневрит

= Науқаста температурасы кенеттен 40-қа дейін көтерілді, өткір бас ауруы, сананың шатасуы, мойынның қатаюы, Керниг симптомы, бөкселер мен тізеасты шұңқыр аймағында ұсақ нүктелі бөртпе пайда болды?

- менингококкты менингит
- субарахноидты қан кету
- герпес энцефалиті
- менингизм
- тұмау инфекциясы

= Менингит диагнозы қойылған науқаста келесі талдау анықталды ликвер: бұлыңғыр, қысым 400 мм су.ст., нейтрофильді цитоз 1000 В мкл дейін, ақуыз 2 г / л. емдеу үшін ең қолайлы дәрілер тобын таңдаңыз.

- цефалоспоринді антибиотиктер
- анальгетиктер
- ацикловир препараттары
- антиконвульсанттар
- қабынуға қарсы стероидті емес дәрі-дәрмектер

= Созылмалы алкоголизммен ауыратын науқас ұйқышылдыққа, аяқ-қолдың ауырсынуына, олардағы әлсіздікке, жүрудің тұрақсыздығына шағымданады, тексеру кезінде гипотония, аяқ-қолдардың дистальды бөлімдердегі гипотрофиясы мен парезі, карпорадиальды және Ахилл рефлекстерінің төмендеуі, "қолғап" және "шұлық" типті гипестезия:

- медианалық жүйке нейропатиясы
- полиневропатия
- шонданай жүйке нейропатиясы
- миелит
- бел-сегізкөз және иық өрімінің плекситі

= Ми ісіктерінің ең көп таралған көздері?

- Глиальды жасушалар
- нейрондар
- лимфоциттер және эндотелий жасушалары
- лимфоциттер
- эндотелий жасушалары

= Екі жақты битемпоральды гемианопсия келесі жағдайларда пайда болады:

- көру жүйкесінің глиомасы
- астроцитомы шүйде бөлімінде
- менингококкты менингите
- гипофиз аденомасы
- субарахноидты қан кету

= Қант диабетінің жиі кездесетін неврологиялық асқынулары

- Перифериялық нейропатия
- Делирий
- Эпистомагалар
- Деменция
- Афазия

= Науқастарда Хантингтон ауруы кезінде мидың МРТ-да атрофиялық аймақтар жиі көрінеді:

- қаразат
- мишықта
- субталамикалық ядро
- қызыл ядро
- құйрықты ядро

= Бүйірлік амиотрофиялық склероз кезінде нейрондар арнайы ақымдалады:

- қимылдатқыш
- парасимпатикалық
- симпатикалық
- сезімтал
- қимылдатқыш, сезімтал

= Шашыранды склероз ағымы?

- ремиттирленген склероз, екіншілік прогрессирунған склероз, біріншілік прогрессирунған склероз
- ремиттирленген склероз, екіншілік прогрессирунған склероз
- екіншілік прогрессирунған склероз, біріншілік прогрессирунған склероз
- ремиттирленген склероз, біріншілік прогрессирунған склероз
- ремиттирленген склероз, прогрессирунған склероз

= Шашыранды склероз күдікті науқастарға неврологиялық тексеру жүргізу кезінде қолдану ұсынылады?

- NIHSS шкаласы
- Курцк функционалдық жүйелер шкаласы және кеңейтілген мүгедектік шкаласы (EDSS).
- Аппар шкаласы
- Фишер шкаласы
- ASIA шкаласы

= МакДональд диагностикалық критерийлері қандай диагностикада қолданылады?

- Шашыранды склероз
- Паркинсон ауруы
- Альцгеймер ауруы
- Девик ауруы
- Жедел шашырнады энцефаломиелит

= Шашыранды склероз диагностикасының негізгі әдісі:

- Компьютерлік томография
- Магнитті-ядролық томография
- Доплерография
- Электроэнцефалография
- Электронейромиография

= Шашыранды склероз кезінде заманауи препараттардың көмегімен өршудің алдын алуға бағытталған препараттар?

- ПИТРС
- ГКС
- Плазмаферез;
- Иммуносупрессивті терапия
- ТИИГ (тамыр ішіне иммуноглобулин)

= Көру жүйке неврит симптомдарының 30 жастағы әйелде көрінуіндегі ең ықтимал диагноз?

- Инсульт
- Шашыранды склероз
- Ботулизм
- Бас сүйек-ми зақымы
- Алдыңғы қаңқа шұңқырының ісігі

= Миастения кезінде зақымдалады?

- жұлынның алдыңғы мүйізше жасушалары
- жұлын ганглии
- парасимпатикалық ганглии
- жүйке-бұлшықет синапстары
- жұлынның артқы мүйізшелері

= Полиневропатиялар аталған аурулардың кез-келгенінде дами алады,мынадан басқа?

- Омыртқа аралық диск жарығы
- Қант диабеті
- Алкоголизм
- Дұрыс жауап жоқ
- Гийенн-Барре синдромы

= Артқы төменгі мишықтық артерия синдромы (сопақша мидың бүйірлік синдромы, Валленберга – Захарченко синдромы) көрінеді:

<variant > зақымдану жағында жұмсақ таңдай мен жұтқыншақ бұлшықеттерінің парезі, беттегі гипестезия, мүйізді қабықша рефлектің төмендеуі, гемиатаксия, Клод Бернар – Горнер синдромы байқалады, қарама-қарсы жағында ауырсыну мен температураға сезімталдықтың төмендеуі байқалады;

- орталық тетрапарездің бірігуі, өткізгіш типтегі сезімталдықтың бұзылуы, көпір деңгейінде бас сүйек жүйкелерінің зақымдануы, сирек ортаңғы ми деңгейінде;
- вестибулярлық бұзылулар, статика мен тепе-теңдіктің бұзылуы, кейде көру қабілетінің мен орталық қараудың көпірде бұзылуы;
- контрлатеральді ошақтағы гемипарез, гемианопсия, гемианестезия, сонымен қатар аяқтардағы паретикалық вазомоторлы бұзылулар;
- апатоабулалық синдром, маңдайлық апраксия, есте сақтау қабілетінің төмендеуі.

= Эмболия дамуының кардиальді себептері болу мүмін, мынадан басқа?

- жүрек қақпашаларының механикалық протезі
- жүрекше фибрилляциясы
- жүрекше фибрилляциясымен митральді стеноз
- артериялық гипертензия
- сол жақ жүрекше құлақшасының тромбозы

= Мидың ишемиялық зақымдануын ерте диагностикалаудың жоғары спецификалық әдісі болып табылады?

- Бас мидың КТ
- Бас мидың МРТ
- Электроэнцефалография
- Электронейромиография
- Доплерография

= Инсульттің ауырлығын бағалау шкаласы?

- NIHSS шкаласы
- Глазго шкаласы
- MMSE шкаласы
- Хачинский шкаласы
- BARHTEL шкаласы

= Жүректік эмболиясының жоғары қаупі бар науқастарда қайталамалы бас ми қанайналым бұзылысын алдын алу үшін қабылдауы керек?

- нейропротективті терапия
- антикоагулянттық терапия
- тромбоциттерге қарсы терапия
- ноотропты терапия
- гипотензивті терапия

= Омыртқаның морфологиялық құрылымдарының өзгерудәрежесін нақтылау және емдеу тактикасы туралы шешім қабылдау үшін клиникалық белгілер мен салыстыру үшін стероидты емес қабынуға қарсы препараттарды қабылдаудың әсері болмаған кезде бел мен аяқ-қолдың ауырсынуына шағымдары бар науқастарға ұсынылуы керек?

- омыртқаның МРТ
- омыртқа КТ
- омыртқаның рентгенографиясы
- функционалды сынамамен жалпы рентгенография
- омыртқаның ультрадыбыстық зерттеуі

= Омыртқаның дегенеративті патологиясы бар науқасқа оның дамуы мен дамуын болдырмау үшін ұсынылады:

- ортопедиялық ұсыныстарды орындаңыз, оңтайлы өсу-салмақ көрсеткіштерін сақтау, жүйелі түрде оңтайлы физикалық белсенділікті орындау
- нейропротективті терапия
- ноотропты терапия
- антикоагулянттық терапия
- глюкокортикостероиды

= Субарахноидальды қан құюлудың жетекші синдромы?

- Милық-ошақты синдром
- Радикулярлық синдром
- Менингеальды синдром
- Мишықтық синдром
- Конвульсиялық синдром

= Пациент Паркинсон ауруын тексерген кезде негізгі физикалық көріністермен сипатталады:

- тыныштық треморы, брадикинезия, бұлшықеттің қаттылығы;
- склераның сарғаюы, шамалы немесе орташа гепатомегалия, спленомегалия, Кайзер-Флейшер сақинасы;
- қозғалыс бұзылыстары (спастикалық гемипарез, Вернике-Манна позасы); - назолалия, дизартрия, дисфагия, жұтқыншақ рефлексінің төмендеуі;
- таламикалық ауырсыну, гемигипестезия;

= Бас ми жарақатының клиникалық формалары?

- мидың шайқалу, ми соғылуы
- мидың шайқалу, ми соғылуы, диффузды аксональды зақымдану

- мидың шайқалу, ми соғылуы, мидың қысылуы
- мидың шайқалу, ми соғылуы, диффузды аксональды зақымдану, мидың қысылуы
- ми соғылуы, диффузды аксональды зақымдану, мидың қысылуы

= Глазго шкаласы бойынша 15 балл сананың қайсысына сәйкес келеді?

- Айқын сана
- Сопор
- Есі анақ емес
- Кома
- Делирий

= Қабылдау кезінде мидың фокустық жарақатына күдікті барлық науқасқа жасалу керек?

- УЗДГ БЦА
- ЭХОЭГ
- мидың КТ
- ЭЭГ
- ЭНМГ

= Перифериялық жүйке жүйесінің зақымдануын және Гийена-Барре синдромы диагнозын растайтын аспаптық диагностикалық әдіс?

- ЭНМГ
- ЭЭГ
- УЗДГ БЦА
- ЭХО ЭГ
- НСГ

= Жүкті әйелдерге тератогендік әсері жоғары антиконвульсант тағайындау ұсынылмайды:

- вальпрой қышқылы
- леветирацетам
- топирамат
- окскарбазепин
- ламотриджин

= ЭЭГ қандай жағдайда өткізіледі?

- пассивті ояту, белсенді ояту, ұйқы, ояту
- ояту, ұйқы, ояту
- пассивті ояту, белсенді ояту, ұйқы
- пассивті ояту, белсенді ояту
- ұйқы, ояту

= Эпилепсияға қарсы препараттарды таңдау неге сәйкес жүзеге асырылуы керек:

- салмағы мен биіктігі
- жасына қарай
- жынысымен
- эпилепсия түрімен және ұстама түрімен
- жынысымен және жасына қарай

= Тұқымқуалайтын прогрессивті бұлшықет дистрофиясының сипаттамаларын тізімдеңіз:

- бұлшықет әлсіздігі, бұлшықет атрофиясы, рефлекс төмендеуі
- бұлшықет әлсіздігі, гиперрефлексия
- бұлшықет әлсіздігі, Бабинский симптомы

- бұлшықет әлсіздігі, бұлшықет гипертрофиясы, гиперрефлексия
- бұлшықет әлсіздігі, сезімталдықтың бұзылуы, гипорефлексия

= Науқастағы бір жақты лагофталм, жас ағу, гиперракузия, гипогезия, Белла симптомның болуы қандай жүйкенің зақымдалғандығы туралы айтады?

- үштік
- кезбе
- бет
- блок
- глоссофарингеальды

= Науқаста сол аяғында шап қатпары деңгейінен бастап беткей сезімталдықтың бұзылысы, оң аяғында бұлшықет-буын, локализация мен қысым сезімталдығының шап қатпары деңгейінен бастап бұзылуы, оң аяғының орталық парезі, зақымдану ошағын анықтаңыз

- оң жақта D8-9 деңгейінде жұлынның көлденең кесіндісінің толық зақымдануы
- оң жақтағы D8-9 деңгейіндегі омыртқааралық түйін
- оң жақта D8-9 деңгейінде жұлынның көлденең кесіндісінің жартылай зақымдануы
- оң жақтағы D8-9 деңгейіндегі артқы мүйіз
- сол жақтан D8-9 деңгейінде жұлынның көлденең кесіндісінің жартылай зақымдануы

= Эпилепсиялық ұстама оң табанның жиырылуынан басталады, содан кейін дененің бүкіл оң жартысына тарайды, бірнеше минутқа дейін созылады, есін жоғалтпайды. Топикалық диагноз?

- тітіркендіру ошағы алдыңғы орталық ирілімі маңдай бөлімінің жоғарғы бөлігі сол жақтан
- тітіркендіру ошағы артқы орталық ирілімі маңдай бөлімінің жоғарғы бөлігі сол жақтан
- тітіркендіру ошағы алдыңғы орталық ирілімі маңдай бөлімінің ортаңғы бөлігі оң жақтан
- тітіркендіру ошағы алдыңғы орталық ирілімі маңдай бөлімінің төменгі бөлігі сол жақтан
- тітіркендіру ошағы алдыңғы орталық ирілімі төбе бөлімінің жоғарғы бөлігі сол жақтан

= Артқы төменгі мишық артериясында қанайналымның бұзылуынан қандай синдром дамиды?

- Валленберг-Захарченко синдромы
- Мийяра-Гублера синдромы
- Клод синдромы
- Фостер-Кеннеди синдромы
- Фуа синдромы

= Бас ішілік қысымның жоғарылауынан, ми көлемінің ұлғаюы, жұлын-ми сұйықтығының ликвор өткізгіш жолдары арқылы ағып өтуінің қиындауы, тамырлар мен миқабықтарының тітіркенуі, ликвородинамикалық бұзылулар нәтижесінде пайда болатын синдром қалай аталады?

- Гипертензиялы - гидроцефалиялық синдром
- Менингиальды синдром
- Эпилепсиялық синдром
- Атаксиялық синдром
- Альтернациялық синдром

= Белдік пункцияны жүргізудің негізгі орны?

- 1 және 2 бел омыртқалары арасында
- 2 және 3 бел омыртқалары арасында
- 3 және 4 бел омыртқалары арасында
- 4 және 5 бел омыртқалары арасында
- 5 бел және 1 сегізкөздік омыртқалар арасында

= Брудзинский төменгі менингиальды симптомын тудыру үшін:

- науқастың тізе және жамбас буындарын тік бұрышта бүгілген аяғын түзетіңіз
- науқастың басын алға қарай бүгіңіз
- қасаға аймағын басыңыз
- санның төртбасты бұлшықетін қысыңыз
- зигоматикалық доғаны түртіңіз

= Біріншілік іріңді менингитке жатады:

- менингококкты
- туберкулезді
- пневмококкты
- листериозды
- стрептококкты

= Серозды менингитке жатады:

- туберкулезді
- пневмококкты
- листериозды
- стрептококкты
- менингококкты

= Менингококкты инфекциясының локализацияланған формасына жатады?

- іріңді менингит
- менингококкемия
- жедел назофарингит
- менингоэнцефалит
- жедел назофарингит, менингококкемия

= Магниттік-резонанстық томографияны жүргізуге қарсы көрсетілім болып табылады

- бөгде металл заттарының болуы
- йодқа аллергия
- ашық бас миының жарақаты
- айқын интракраниальды гипертензия
- ми ісігіне қан кету

= Брудзинский төменгі менингиальды симптомын тудыру үшін

- науқастың басын алға қарай бүгіңіз
- науқастың тізе және жамбас буындарында тік бұрышта бүгілген аяғын түзетіңіз
- қасаға аймағын басыңыз
- санның төртбасты бұлшықетін қысыңыз
- дұрыс жауап жоқ

= Дискриминациялық сезімталдықтың бұзылуын анықтау үшін науқастан төмендегіні анықтай алатынын тексеру керек

- дене бетінің жақын орналасқан жерлерінде бір мезгілде қолданылатын екі тітіркену
- тітіркенуді дененің әртүрлі аймақтарына қолданған кездегі жанасу орны

- теріге салынған сандар, әріптер, қарапайым фигуралар
- таныс заттарды ұстағанда анықтауын
- дұрыс жауап жоқ

= Пирамидалық спастикалыққа бұлшықет тонусының басым жоғарылауымен сипатталады

- қол бүгілуі мен пронаторлары және аяқтың жазылуы
- аяқ бүгілуі мен қолдың жазылуы
- қол мен аяқтың бүгілуі мен жазылуы біркелкі
- агонистердің тонусының жоғарылауы антагонистердің тонусының төмендеуімен үйлеседі
- дұрыс жауап жоқ

= Саусақ-мұрын сынамасын орындау кезінде интенционды діріл және серпендеу тән

- статикалық-локомоторлы атаксия үшін
- маңдай атаксия үшін
- динамикалық атаксия үшін
- сенситивті атаксия үшін
- дұрыс жауап жоқ

= Басми ішілік аневризмаларды диагностикалауда өте маңызды болып табылады

- ангиография
- сцинтиграфия
- компьютерлік томография
- доплеросонография
- реоэнцефалография

= Науқаста ОЖЖ инфекциялық ауруы аясында, ми қабығының қабынуы мен тітіркенуі нәтижесінде синдром дамиды?

- Менингиальды синдром
- Эпилептикалық синдром
- Атаксиялық синдром
- Альтернативті синдром
- Гипертензионды-гидроцефалиялық синдром

= 40 жастағы алкогольді ұзақ пайдаланатын науқас ұйқыдан кейін оң қолдың әлсіздігін анықтады. Невропатолог қараған кезде саусақтардың кеңеюінің мүмкін еместігі анықталды. Трицепс рефлексі, иықтың артқы бетінде гипостезия және қол мен саусақтардың артқы бетінде жоқ. Науқаста сезімталдықтың бұзылуының қандай түрі байқалады?

- сегменттік-диссоциацияланған.
- сегменттік-түбіршекті.
- перифериялық.
- өткізгіш.
- кортикальды.

= Ахиллов рефлексі келесі соққыдан туындайды:

- өкше сіңірі бойынша
- шынтақ буынының үстіндегі бицепс сіңірі
- трицепс сіңірі бойынша шынтақ сүйегінен 1-1, 5 см жоғары
- кәрі жілік сүйегінің қылқан тесігі
- санның квадрицепс сіңірінде тізе қабығынан төмен

= Бицепс рефлексі соққыдан туындайды:

- трицепс сіңірі бойынша шынтақ сүйегінен 1-1,5 см жоғары
- шынтақ буынының үстіндегі бицепс сіңірі
- кәрі жілік сүйегінің қылқан тесігі
- өкше сіңірі бойынша
- тізе қақпағының астындағы төрт басты сан бұлшықетінің сіңірі бойымен

= Трицепс рефлексі мыналарды соғу арқылы іске асады:

- үшбасты бұлшықеттің сіңірі бойымен шынтақ сүйегінің олекранонынан 1-1,5 см жоғары
- шынтақ буынының үстіндегі екібасты бұлшықеттің сіңірі
- кәрі жілік сүйегінің қылқан тесігі
- өкше сіңірі бойынша
- тізе қақпағының астындағы төрт басты сан бұлшықетінің сіңірі бойымен

= Карпо-радиалды рефлекс мыналарға соққы беруден туындайды:

- кәрі жілік сүйегінің қылқан тесігі
- сухожилию двуглавой мышцы над локтевым суставом
- үшбасты бұлшықеттің сіңірі бойымен шынтақ сүйегінің олекранонынан 1-1,5 см жоғары
- өкше сіңірі бойынша
- тізе қақпағының астындағы төрт басты сан бұлшықетінің сіңірі бойымен

= Бабинский рефлексін тудырады:

- I саусақ жастықшасын төменгі аяқтың алдыңғы бетіне сырғыту арқылы
- балтыр бұлшықетінің қысымымен
- өкше сіңірінің қысымымен
- аяқтың сыртқы табан бетінің сызықтық тітіркенуі
- V саусақтың дистальды фалангасының қысымымен

= Оппенгейм рефлексі:

- Бірінші саусақты жіліншіктің алдыңғы беті бойымен бірінші саусақты жастықшамен өткізуге жауап ретінде бірінші саусақты ұзарту
- Аяқтың табан бетінің сыртқы бөлігінің сызықтық тітіркенуіне жауап ретінде бірінші саусақтың кеңеюі
- Балтыр бұлшықетінің қысылуына жауап ретінде бірінші саусақтың кеңеюі
- Өкше сіңірінің қысылуына жауап ретінде бірінші саусақтың кеңеюі
- V саусақтың дистальды фалангасының қысылуына жауап ретінде бірінші саусақтың кеңеюі

= Гордон рефлексі шақырылады:

- аяқтың сыртқы табан бетінің сызықтық тітіркенуі
- балтыр бұлшықетінің қысымымен
- I саусақ жастықшасын төменгі аяқтың алдыңғы бетіне сырғыту арқылы
- өкше сіңірінің қысымымен
- V саусақтың дистальды фалангасының қысымымен

= Шефер рефлексі:

- Өкше сіңірінің қысылуына жауап ретінде бірінші саусақтың кеңеюі
- Аяқтың табан бетінің сыртқы бөлігінің сызықтық тітіркенуіне жауап ретінде бірінші саусақтың кеңеюі

- Аяқтың алдыңғы беті бойымен I саусақ жастықшасын өткізуге жауап ретінде бірінші саусақты ұзарту
- Балтыр бұлшықетінің қысылуына жауап ретінде бірінші саусақтың кеңеюі
- V саусақтың дистальды фалангасының қысылуына жауап ретінде бірінші саусақтың кеңеюі

= Гроссман рефлекс тудырады:

- аяқтың сыртқы табан бетінің сызықтық тітіркенуі
- I саусақ жастықшасын төменгі аяқтың алдыңғы бетіне сырғыту арқылы
- V саусақтың дистальды фалангасының қысымымен
- балтыр бұлшықетінің қысымымен
- өкше сіңірінің қысымымен

Россолимо рефлексі:

- Саусақтардың дистальды фалангтарына соққыларға жауап ретінде барлық саусақтардың плантарлы бүгілуі
- III-IV метатарсальды сүйек аймағында аяқтың артқы жағындағы балғамен түртуге жауап ретінде барлық саусақтардың плантарлы бүгілуі
- Аяқтың табан жағына саусақтарға жақын балғамен соғуға жауап ретінде барлық саусақтардың табан бүгілуі
- Өкше сіңірінің қысылуына жауап ретінде бірінші саусақтың кеңеюі
- V саусақтың дистальды фалангасының қысылуына жауап ретінде бірінші саусақтың кеңеюі

= Россолимо-Вендерович рефлексі:

- 2-4 метакарпальды сүйектер аймағында қолдың артқы жағына балғамен соғу кезінде 2-4 саусақтың бас изеу қозғалысы
- 2-4 саусақтардың фалангааралық буындарында сәл бүгілген дистальды фалангтарға соғылған кезде қолдың бірінші саусағының дистальды фалангасын бүгу
- 3-4 метакарпальды қол аймағында қолдың алақан бетіне балғамен соғуға жауап ретінде 2-4 саусақты бүгу
- 3 саусақтың тырнақ пластинасының қысылған тітіркенуіне жауап ретінде саусақтардың бүгілуі
- 2-4 саусақты пассивті ұзарту кезінде қолдың бірінші саусағын бүгу

= 19 жастағы науқас Д., менингит ауруына күдікпен ауруханаға жеткізілді. Емдеу кезінде пассивті мойын бүгілуде қарсылық белгіленді. Қандай менингальді симптом жайлы айтуға болады?

- Брудзинсктің ортаңғы симптомы
- Брудзинсктің жоғарғы симптомы
- Керниг симптомы
- қатаң мойын
- Бабинск симптомы

= Науқас 40 жаста, невропатологтың Д-есебінде «Құрылымдық (жарақаттан кейінгі) фокальді эпилепсия» диагнозымен тұрады. Науқаста эпилепсияға қарсы препараттарды қабылдау әсерінен кезеңді түрде сол аяқтың табанынан басталатын клоникалық ұстамалар байқалады. Соңғы кездері сол аяқтың дистальді бөлімдерінде жие байқалатын спастикалық парезі байқалады. Процестің локализациясын көрсетіңіз.

- оң жақ жартышардың алдыңғы ортаңғы қатпарының жоғарғы бөлігі;
- оң жақ жартышардың алдыңғы ортаңғы қатпарының төменгі бөлігі;
- сол жақ жартышардың алдыңғы ортаңғы қатпарының жоғарғы бөлігі;

- оң жақ көру төмешігі;
- ішкі капсула;

= Науқас 68 жаста, қабылдау бөліміне жұтыну мен фонация бұзылыстарына шағымданып түсті. Невропатологтың қарауы барысында дизартрия, жұмсақ таңдайдың парезі және кеңірдек рефлексінің болмауы анықталды. Парездер жоқ, қол-аяқтың сіңірлік рефлекстері бұзылмаған. Қандай клиникалық синдром сипатталған?

- ұстамалы
- менингеальді
- мишықтық
- бульбарлы
- таламикалық

= Науқас 49 жаста, жедел жәрдем бригадасымен қабылдау бөліміне сол жақ қол-аяқтың жансыздануы мен әлсіздікке шағымданып жеткізілді. Невропатолог қарауы нәтижесінде сол жақтық гиперрефлексия, мұрын-ауыз қатпарының тегістелуі, сол жақ қол-аяқ бұлшықеттерінің күші 3,0-ге дейін төмендегені байқалды. Жүйке жүйесінің қай құрылымы зақымданған?

- бас миының оң жақ жартышары
- бас миының сол жақ жартышары
- мишық
- ми бағаны
- жұлын

= Науқас 25 жаста, денсаулығында ешқандай ақау болмағанына қарамастан кенеттен көру өткірлігінің 0-ге дейін төмендеуі, жалпы әлсіздік, тітіркенгіштік, жүру барысында теңселу, «мастың жүрісі» секілді шағымдарымен невропатологқа келген. Аталған шағымдарға сүйене отырып орталық жүйке жүйесінің қай құрылымының зақымдалуынан күдіктенуге болады?

- көру жүйкесі, мишық
- шүйде аймағы, ішкі құлақ
- жұлын
- таламус
- ішкі капсула

= Науқас 31 жаста, эпилепсияға байланыста невропатологтың Д-есебінде тұрады, тұрақты түрде эпилепсияға қарсы препараттар қабылдайды. МРТ нәтижесіне сүйенсек, бас миының зақымдану ошағы шүйде аймағында орналасқан. Аталған науқаста құрысу ұстамаларынан бұрын байқалуы мүмкін:

- естулік галлюцинациялар
- иіс сезу галлюцинациялары
- атаксия
- көрулік галлюцинациялар
- диплопия

= Науқас К., 20 жаста, жол-көлік оқиғасынан кейін ес-түссіз қабылдау бөліміне жеткізілді. Кома Глазго шкаласы бойынша -7 балл. Сана бұзылуының қандай деңгейіне сәйкес келеді?

- кома
- сопор
- есеңгіреу
- айқын сана

-терминалды кома

= Науқас 33 жаста, үй бикесі, бір апта бұрын лабиальді герпесті емдеде ацикловир қабылдаған соң бетінің сол жағында атқылайтын ауырсынудың пайда болуына шағымданады. Триггерлік аймақтардағы ауырсыну мен беттің бір жақ бөлігіндегі гиперестезиялар қай жүйкенің зпқымдануына байланысты?

-тіл-жұтқыншақ

-үшкіл

-беттік

-әкетуші

-иіс сезу

= Емделуші М., 22 жаста жүрек іркіліс сезіміне, брадикардияға, жүрек айнуы мен құсу, жиі ықылық, себепсіз жөтел, түшкіру, естен тану жағдайына шағымданады. Қандай бас сүйек-мидың тітіркенуі мүмкін?

-тіл-жұтқыншақ

-кезбе

-бет

-үшкіл

-кіреберіс-ұлу

= Науқас қабылдау бөліміне ЖБҚБ-ға күдікті деп жеткізілді. Гемиплегиядан басқа, доминантты жартылай шардың маңдай үлесінде орналасқан инсульт кезінде жоғары қабық функциясының мынадай бұзылуы пайда болады:

-моторлы афазиясы

-сенсорлық афазия

-агнозия

-амнезия

-апраксия

= Паркинсон ауруын емдеудегі дофамин құрамды препараттарға жатады:

-Мидантан, вирегит

-Парлодел, лизурид

-Наком, леводопа

-Юмекс, депренил,

-Проноран

= Науқас 15 жаста. Физикалық жүктемеден кейінгі өткір бұлшықет әлсіздігіне, жоғарғы қабақтардың түсуіне шағымданады. Объективті: жүрек шекарасы кеңейген, аускультацияда систолалық шу. Зертханалық-аспаптық зерттеулер патологиясыз. Алдын ала диагноз:

-Миастения

-Туберозды склероз

-Томпсен миотониясы

-Штейнерт-Куршман миотониясы

-Вестфаль ауруы

= Науқаста мұрын мен ерні аймағында герпикалық атқылаулар, дене температурасы 39 градусқа дейін. Объективті: айқын менингальды симптомдар, оң жақты гемипарез, жоғарғы бөлімнің гиперкинезі. Алдын ала диагноз:

-Қарапайым герпес вирусынан туындаған энцефалит

-Жапондық маса энцефалиті

- Сент-Луис энцефалиті
- Біріншілік полисезонды энцефалит
- Экономо энцефалиті

= Пульмонологиялық бөлімде орналасқан науқас К. жағдайлары күрт нашарлады: жалпы церебральды симптомдар айтарлықтай өсті және менингальды белгілер пайда болды.

Цереброспинальды сұйықтықта айқын нейтрофильді плеоцитоз, қанда лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарлаған. Ұзақ уақыт бойы бронхоэктатикалық аурумен ауырады. Алдын ала диагноз:

- Екіншілік іріңді менингит
- Субарахниялық қан кету
- Туберкулезді менингит
- Пневмококты менингит
- Лимфоцитарлы менингит

= Жедел жәрдем көлігімен 35 жастағы науқас ауруханаға жеткізілді. Анамнезден жоғарғы АҚ фонында кенеттен пайда болған құсу, психомоторлық үгіт, сабырсыз мінез-құлық болды. Объективті: жағдайы ауыр, беті гиперемияланған, менингеальды симптомдар оң, парез жоқ. Алдын ала диагноз:

- Энцефалит
- Субарахниялық қан кету
- Менингит
- Церебральді инфаркт
- Менингоэнцефалит

= БМЖ кейін науқаста тәулік аралығына естен тану бұзылысы, витальді бұзылыс, айқын неврологиялық симптоматика. Науқаста қандай жағдай?

- басмиының шайқалуы
- басмиының ортаңғы дәрежедегі зақымы
- диффузды аксональді бұзылуы
- ауыр дәрежедегі бас миының зақымы
- субарахноидалды қан құйылу

= 65 жастағы науқаста, объективті : белдік лордозы, белдегі қозғалыс ауырсынудың әсерінен артқа және жанына шектелген. Вассерман және Мацкевич симптомдары оң жақта. Оң санның ішкі және беткей беті бойынша гипестезия. Оң тізе рефлексі төмендеген. Науқаста қандай синдромдар бар көрсетіңіз?

- түбіршектік L2-L4
- пирамидты
- вегетативті-висцеральды
- түбіршектік L5-S1
- түбіршектік Th12-L1

= 33 жастағы науқаста суыққа тоңғаннан кейін және ауыр көтергеннен кейін сол жақ аяқтың сыртқыалдыңғы жазығында ауырсыну пайда болған, ахиллов рефлексі жоқ, L4-L5-S1 аймағында гипестезия бар.Компьютерлік томография L4-L5-S1 деңгейінде парамедиялық түрдегі протрузия.

- Құм сағат түрі бойынша ісік
- Жұлындық қан айналымының бұзылысы
- Омыртқа метастазы
- диск жарығы
- Гийен-Барре синдромы

= 60 жастағы ер адам ұзақ уақыт шылым шегу мен гипертониялық ауруы бар, таңертең ұйқыдан кейін, сол аяғының төменгі бөлігінің ұюы және әлсіздігі пайда болды. Кешке қарай аяқтың әлсіздігі күшейіп, сол жақ жоғарғы бөлігінің проксимальды бөлігіндегі ыңғайсыздық біртіндеп қосылды. Негізгі диагноз:

- Сол артқы ми артериясының бассейні
- Оң жақ орта ми артериясының бассейні
- Алдыңғы оң жақ бас ми артериясы бассейні
- Сол жақ алдыңғы ми артериясының бассейні
- Оң жақ ми аралық артериясының бассейні

= 52 жастағы К. есімді науқаста: қол-аяқ бұлшықеттерінің парезі мен гипотониясы. Карпорадиалды, ахиллов рефлектері төмендеген. Қолғап және шұлық типтегі гипестезия, қолдарының және аяқтарының ісінуі. 1 жыл бұрын науқас алкоголизм бойынша емделген. Топикалық диагноз қойыңыз:

- Перифериялық нервтер зақымдалуы
- Жұлынның мойын бөлімі деңгейінде зақымдалуы
- Жұлынның бел бөлімі деңгейінде зақымдалуы
- Мононевральды синдром
- Броун-Секар синдромы

= Әйел кісі 36 жаста. Шағымы көз алдындағылардың екі еселенуі, 2 жақ қабақтарының түсуі, жұтынудың бұзылуы, жалпы әлсіздікке, мойын бұлшықеттерінің әлсіздігіне. Прозривді сынама оң. Болжамды диагноз:

- Миастения
- Туберозды склероз
- Томпсенмиотониясы
- Штейнерта-Куршманмиотониясы
- Пароксизмальдымиоплегия

= 42 жастағы ер адамда кеуде клеткасының сол жақ бөлігінде қатты белдемелік ауырсыну пайда болды, ЭКГ зерттеу мен қанның биохимиялық анализінде жүрек патологиясы анықталмады. Екі күннен кейін, кеуде клеткасының сол жақ бөлігінде, емізікше деңгейінде, ауырсыну аймағында көпіршік тәрізді бөртпе пайда болды. Невролог осы аймақтың гипестезиясын анықтады. Болжамды диагноз:

- Герпестік ганглионит
- Қабырғааралық невралгия
- Атипті дерматит
- Күштежелі стенокардия
- Паническая атака

= Қызы 78 жасар анасын неврологтың қарауына әкелді. Анасы шағым айтпайды, бірақ қызы, соңғы жылы анасының күнделікті үйдегі қарапайым жұмысты орындауын қойғанын, біраз күн бұрын плитадағы газды сөндіруді ұмытып кеткенін, ал кеше үйден шығып кеткенін және 2 сағаттан кейін көрші көшеден табылғанын айтты. Қызының айтуы бойынша, есінің нашарлауы 5-жылдан бері, ол өмірге деген қызығушылығын жоғалтқан. Қарау барысында, дәрігер естің айқын бұзылуын анықтады, псевдобульбарлы синдром белгілері және тепе-теңдіктің жеңіл бұзылысы. Болжамды диагноз:

- Дисциркуляторлы энцефалопатия II
- Жедел ми қанайналымының бұзылысы
- Гипертониялық криз
- Қантамырлық деменция
- Энцефалит

= Аралас тетрапарез – қолдарда енжар және аяқтарда орталықтық. Топикалық ошақтың орналасуы:

- L1-L5
- C5-C8
- C2-C4
- T7-T8
- S3-S5

= 35 жасар әйел, мойнындағы ауырсынуға, жауырынаралық ауырсынуға шағымданады. Ауырсынуды ұзақ уақыт ыңғайсыз қалыпта болуымен байланыстырады (тігінші болып жұмыс істейді). Қарау кезінде пальпацияда мойын бөлімінде жұлынның мойын омыртқаларының паравертебралық нүктелерінде ауырсыну анықталды, басын артқа тастағанда немесе бұрған кезде жауырын арасындағы аймақта ауырсыну күшейеді. Диагностикалау әдісі:

- Мойын бөлімінің R- графиясы
- Мойын тамырларының РЭГ- сі
- ЭЭГ
- Қолдардың тамырларының УЗДГ- сі
- ЭхоЭГ

= 35 жасар әйел. ЖРВИ -ді басынан өткерген соң аяғындағы әлсіздікке шағымданады. Неврологиялық статусында: аяғында бұлшықет тонусы төмендеген, аяқ-қолдың дистальді бөлімінің күші төмендеген – 4 балға дейін, проксимальді бөлімінде – 3 балға дейін. Аяқта терең рефлексдер анықталмайды. Патологиялық табан рефлекстері жоқ. Қолдың проксимальді бөлімінде жеңіл әлсіздік байқалады. Қолдың көбінесе проксимальді бөлімінде терең рефлекстері төмендеген. Екі жақты кернеу симптомы (Лассег симптомы) орташа дәрежеде байқалады. Алдын-ала диагнозы: Жедел қабынған демиелиндік полинейропатия (Гийена-Барре синдромы). Диагностикалау әдісі:

- Паразиттерді анықтауға қан ИФТ-сы
- Өкпе рентгенограммасы
- Зәр талдауының ПЦР-і
- Құрсақ қуыс мүшелерінің КТ-сы
- Церебральды сұйықтықтың жалпы талдауы

= Ауыр көтерген соң 40 жасар ер адамда белінде сан мен балтырдың артқы бетіне иррадиациямен қатты ауырсыну пайда болды, ауырсыну сол жақ табанның бас бармағына дейін жетеді. Қарау кезінде: бел аймағының бұлшықеттерінің кернеуі, 1 саусақтың жазатындарының әлсіздігі. Аяқтағы рефлексдері сақталған, симметриялы. Лассег симптомы сол жақ 40 градусқа оң. Диагностикалау әдісі:

- Омыртқаның бел-құйымшақтық бөлімінің МРТ-сы
- Омыртқаның кеуделік бөлімінің МРТ-сы
- Омыртқаның мойындық бөлімінің МРТ-сы
- Краниовертебральді өтістің МРТ-сы
- Сол жақ жамбассандық буынның МРТ-сы

= 24 жасар науқас менструальді циклдің бұзылысына шағымданады, науқас гинекологта біріншілік бедеулік диагнозымен ем қабылдайды. Қандағы пролактин мөлшері кенет жоғарлаған. Науқас невропатологқа консультацияға жіберілген. Неврологиялық статусында еш өзгеріссіз. Алғашқы диагноз: гипофиз аденомасы. Емдеу әдісі:

- Ангирежимде бас миының МРТ-сы
- Омыртқаның мойындық бөлімінің МРТ-сы

- Контрастпен бас миының МРТ-сы
- Бас миының КТ-сы
- Люмбальді пункция

= Атеросклерозбен ауыратын 56 жастағы әйелде оң жақ аяқ-қолдарында әлсіздік пен жансыздану шағымдары бар.Объективті: АҚ 170/90 мм. сын. бағ., беттің және оң жақ иықтың мимикалық бұлшықеттерінің орталық парезі, оң жақтық орталық гемипарез.

Диагностикалау әдісі:

- Бас миының МРТ-сы
- ЭЭГ
- Мойын тамырының УДЗ- сы
- Жұлынның МРТ-сы
- Омыртқа рентгенографиясы

= Бас сақинасының негізгі диагностикалық критерийін атаңыз:

- 4 тен 72 сағатқа дейін созылатын ұстаматәрізді бас ауырсынуы
- 1 сағаттан кейін басылатын бас ауыруы
- пигіне жеткеннен кейін басылатын, үдемелі қысатын бас ауырсынуы
- бірнеше минутқа созылатынұстаматәрізді бас ауырсынуы
- тұрақты, басылмайтын бас ауырсынуы

= Науқас 56 жас, көктайғақта тайып құлап асфальтке басымен соғылды. Бірнеше секундқа есін жоғалтты. Бір ретті құсу болды. Жедел жәрдем көмегімен жақын маңдағы ауруханаға жеткізілді. Бас айналға, бас ауырсынуға шағымданады. Қарау кезінде: есі анық, артқы төбе аймағында теріастылық гематома. Ошақты және менингиальді симптомдар анықталмайды. Краниограммада сүйек патологиясы анықталмады. Болжамды диагноз:

- симптоматикалық эпилепсия
- Артқы ми артерия бассейнінде ЖМКБ
- ЖБМЖ. Бас миының шайқалуы
- Бастың жұмсақ тіндерінің соғылуы
- Субарахноидальді қан құйылу

= Науқас 35 жас, стресстен кейінгі жоғары АҚ фонында құсу, психомоторлы козу, адекватты емес жүріс, птоз, айрылатын қыликөздік және оң көздің мидриазы, менингиальды симптомдар оң. Алғашқы диагноз:

- субарахноидальді қан құйылу
- ми инфаркті
- жүрек инфаркті
- менингит
- энцефалит

= Науқас 65 жас, тілінің мыңқылдап, көмескіленуіне, сұйық тамақ ішкенде шашалуға шағымданады. Объективті: тілінің қозғалуы шектелген, тілінің фибриллярлы жыбырлауы мен атрофиясы, Тандайлық және жұту рефлекстері теріс. Топикалық диагноз:

- көпір мишық бұрышының зақымдалуы
- сопақша мидың зақымдалуы
- маңдай бөлігінің зақымдалуы
- мишықтың зақымдалуы
- жұлын ганглилерінің зақымдалуы

= Студент 18 жас, бірден құлап түсті, тонико клоникалық ұстамалар байқалды, ерікіз зәрдің шығару. Қарау кезінде: есі жоқ, аузынан аздап қан араласқан сілекей бөлінеді.

Ұстамалар 2 мин кейін тоқтады, науқас ұйықтағаннан соң. Анасының сөзі бойынша: наркотикалық заттар мен алкоголь қабылдамайды, бас жарақаты мен нейроинфекциялар баснынан кешпеген. Балалық шағында бірнеше секундқа созылатын есінің жоғалтуы мен бір позада қатып қалуы байқалған. Науқастың әпкесі балалық шағынан эпилепсиямен ауырады. Болжамды диагноз:

- эпилепсия
- менингит
- БМТА
- Бас миының ісігі
- шашыранды склероз

= Ер кісі 36 жас, программист, стационарда дәрігер аяқ қол бұлшықеттерінің атрофиясы мен атониясын, қол мен иық белдеуі бұлшықеттерінің фасцикуляры жыбырлауын, аяқтарында тонустың жоғарылауы мен рефлексдердің жоғарылауын анықтады, Бабинский симптомы екі жақтан да оң. Топикалық диагноз:

- сегізкөз бөлімі деңгейінде
- кеуде бөлімі деңгейінде
- мойынның жуандау деңгейі
- сегізкөздік кеңею бөлімі деңгейінде
- жоғарғы мойын бөлімі деңгейінде

= Науқас У., 23 жас қол аяқтарының әлсіздігіне, жансыздануына, жүру кезіндегі теңселуге шағымданады. 2 апта бұрын, науқас айтуы бойынша, грипп тәрізді жағдай болған. Қарау барысында аяқ-қолдарының бұлшықет тонусы төмендеген, қол мен аяқтарының күші 1 баллға дейін төмендеген, барлық сезімталдықтың "шұлық пен қолғап" тәрізді төмендеген, карпорадиальды және ахилл рефлекстері жоқ, қол-аяқтарының тері түсі өзгерген. Ликвор түссіз, мөлдір, цитоз 10 лимфоцит, белок -20 грамм литрге. Болжамды диагноз:

- полинейропатия (синдром Гийена-Барре.)
- энцефаломиелит
- миелит
- жұлын ісігі
- алкогольды полинейропатия

= Науқас 24 жаста, менструалды цикл бұзылуына шағымданады, науқас гинекологта біріншілік бедеулікпен емделеді. Қандағы пролактин жоғарылаған. Науқасқа невропатолог консультациясына жолдама берілді. Неврологиялық статусы өзгеріссіз. Болжамды диагноз:

- сопақша ми ісігі
- жайылмалы склероз
- бас миының токсоплазмозы
- гипофиз аденомасы
- бас миының абсцесі

= 25 жасар әйел кісі 6 жасынан мазалайтын басының оң жартысында, оң көз алмасындағы қатты ауырсыну ұстамасына шағымданады. Ұстама күні бойы жалғасады, бас ауруы шыдатпайтын дәрежеге дейін болады, жиі құсумен жүреді. Ұстама кезінде ештеңе жасай алмайды, қараңғы бөлмеде қалуға мұқтаж, ұйықтауға тырысады. Әдетте ұстама етеккір циклінің басталуымен байланысты. Неврологиялық тексеру кезінде ошақты симптоматика анықталмады. Науқас анасында да осындай ұстамалар болғанын айтты. Алғашқы диагноз:

- Аурасыз мигрень
- Гемикрания
- Ұстамалы бас ауруы

-Менингит  
-Энцефалит

= 26 жасар науқас. 10 күнге созылған, субфебрильды температурамен жүрген суық тиюден кейін, тез шаршауды байқаған. Бірнеше күннен соң оң жақ қабақ птозы, шайнау және жұту қиын. Ұзақ физикалық жүктемеден кейін науқас қол-аяғы әлсірейді. Қарау кезінде: екі жақты птоз, сол жақта айқын. Екі көздің сыртқа қимылы шектелген. Шайнау кезінде жақтар қиындықпен жабылады. Шашалады. Маңқаланып сөйлейді. Бас қозғалысы шектелмеген, бірақ кешке қарай басын алға қарай құлаудан қиындықпен ұстайды. Тілін қиындықпен шығарады. Аяқ-қолдарының қозғалысы толық көлемде. Көп қимылдан кейін аяқ-қол шаршауы артады. Сезімталдықтың барлық түрі сақталған. Қолдарда сіңірлік рефлексдер бірдей әлсіз; тізе жіне ахилл рефлексдері шектелген. 1 мл 0,05% прозерин ерітіндісін тері астына енгізген соң, барлық бұлшықеттер қызметі аз уақытқа қалпына келеді. Клиникалық диагноз:

-Миатония  
-Миопатия  
-Миастения  
-Пароксизмальды миоплегия (отбасылық кезеңді паралич)  
-Дерматомозит, бастапқы кезеңі

= 18 жасар С. Есімді науқас. Таңертең сағат 10 шамасында ауырып қалған. Алғашында бас ауру, тоңу болып, күндіз құсу қосылған. Кешке қарай жоғары дене температурасы фонында естің бұзылуы болып жағдайы күрт төмендеген, қайта құсу болған. Қарау кезінде: есі сопор дәрежесінде. Дене температурасы 39,5°. Тері жамылғысы ылғалды, беті гиперемияланған. Сан терісінде геморрагиялық бөрітпе. Спонтанды горизонтальды нистагм, сыртқа қараған қилилық. Шайнау бұлшықеттері тризмі. Сіңірлік рефлексдер оң жақта басым. Екі жақта да патологиялық Бабинский, Оппенгейм рефлексдері. Шүйде бұлшықеттері ригидтілігі – 4 көлденең саусақ, Керниг симптомы 90°, екі жақ та да оң. Люмбальды пункция: ликвор жоғары қысыммен ағады, тұнық емес, белок- 2,6 гр/л, цитозды анықтау мүмкін емес (нейтрофилдер 98%), қант – 1,7 ммоль/л, хлор – 183,3 ммоль/л. Нативті препаратта диплококк анықталды. Клиникалық диагноз:

-менингококкты инфекция, іріңдіменингоэнцефалит  
-стафилококкты инфекция, сероздыменингомиелит  
-инфекционды-аллергиялы менингит  
-дифтериялы инфекция, вирусыэнцефаломенингит  
-энтеровирусы инфекция, іріңдіменингоэнцефалит

= 18-жастағы жас бала жедел респираторлы вирустық инфекция (ЖРВИ) ауруын басынан өткергеннен соң тобық табанды буындардың шаншуын сезінген. Екі күн ағымында табан бүгілгіштігінде әлсіздік, ал аптаның соңында оған жүру қиынға соқты. Зәр шығаруы және дефекация бұзылған жоқ. Бір аптада әлсіздік үдеп және қажет жағдайда өкпеге жасанды вентиляция жасалды. Көз алмасының қозғалысы сақталған кезінде тетраплегия дамыды. Ликворда ақуыз құрамының жоғарлауы (10 г/л жоғары) қалыпты цитоз кезінде, эритроцитозсыз.

-жеделдеу АИВ-энцефаломиелит (ЖИТС-энцефалопатия);  
-жеделдеу склероздеуші панэнцефалит;  
-Гийена-Барре синдромы;  
-прогрессирленген көп ошақты лейкоэнцефалит;  
-ромбэнцефалит;

= Науқаста тетрапарез, дистальды бөлім соңдарында айқын болуы, аяқ және қол бұлшықетінің атрофиясы, карпорадиальды және ахилл рефлексінің болмауы, m.biceps

және m.triceps тізе және сіңір рефлексінің төмендеуі. Барлық сезімталдық түрінің аяқ және қол дистальды бөлімінің қолғап және шұлық тәрізді төмендеген. Ласег, Вассерман, Нери симптомдары әлсіз анықталған. Жүйке жүйесінің қандай құрылымы зақымдалған?

- алдыңғы мүйізі
- артқы түбіршегі
- артқы мүйізі
- шеткері жүйкелер
- шеткері жүйкенің көптеп зақымдалуы

= Науқас А. 50жас, жедел ауырған. Көлік жүргізіп келе қасындағыларға шүйде аймағында «ыстық соққы» сезгенін айтқан. Бірден айқын бас ауру мен жүрек айну басталған. Көлікті тоқтата алып, шықпақшы болған кезде көп реттік құсу пайда болып, есінен танған. Жедел жәрдем бригадасымен қабылдау бөлімшесіне жеткізілген.

Қарауда: есі сақталған, есеңгіреу жағдайында. Контактқа өте қиын түседі. Ыңырсыды, бас ауруға, жүрек айнуына шағымданады. Горизонтальді нистагм, коз алмасын шетке жеткізе алмау. Шүйде бұлшықеттерінің 4 көлденең саусақтық регидтілігі. Екі жақты 90 градусты Керниг симтомы, төменгі Брудзинский симтомы, люмбальді пункция: сұйықтық жоғарғы қысыммен шығады, интенсивті, қанмен біркелкі боялған. Болжам диагноз:

- Субарахноидальді қан құйылу
- Жұлынның инфарктісі
- Жұлынға қан құйылу
- Жұлын ісігі
- Бас миының шайқатылуы

= Науқас 52 жаста артық салмақпен, гипертониялық ауру, ЖИА, ҚД II типімен зардап шегеді, табанындағы қызуға шағымданады. Қарау кезінде аяқта және қолда терең рефлекстердің төмендеуі анықталды. Аяқтың дистальді бөлігінде гипестезия. Зерттеу кезінде қанда глюкозаның деңгейі жоғарылағаны анықталды. Болжам диагноз:

- Төменгі аяқтама веналарының варикозды кеңеюі
- Жұлындық құрғақ
- Диабетикалық полинейропатия
- Жұлын миының ісігі
- Инсульт

= Науқас 28 жас – температурасы 39 С жоғарылауы. 3 аптада айқын әлсіздік, жөтел анықталды. Анамнезінде: досында 3 ай бұрын өкпе туберкулезі анықталған. Алкогольді және дәрілік уланулар болған жоқ. Ликворда: белок- 4,5 г/л, қант- 1,4 ммоль/л, 1 мкл-де лейкоциттер- 150, эритроциттер-3 мкл, қысым 200 мм с.б., сыртқы түрі сүт тәрізді, фибринді қабық түзілді. Клиникалық диагноз:

- Туберкулезді менингит
- Арахноидит
- Жедел бактериалды менингит
- Ми аневризмасы
- Бас миының кистасы

= Науқас 45 жаста. МРТ-да мидың оң жақ жарты шарында 8x10x6см өлшемді дөңгелек формалы түзіліс анықталды, гомогенді құрылымды және капсуласы бар, бас миы қабығына жабысып орналасқан. Контрастты затты енгізгеннен кейін оның түзіліске қарқынды және біркелкі жиналуы анықталды. Менингиома болуы мүмкін. Науқасты жүргізу тактикасы:

- нейрохирург кеңесі
- эндокринолог кеңесі

- гинеколог кеңесі
- терапевт кеңесі
- невропатолог кеңесі

= Әйел адам 33 жаста, офтальмологта көз түбінде ауырсыну, 4 айдан бері көру өткірлігінің төмендеуіне шағымданып қаралды. Консервативті емнен эффект жоқ. Соңғы қаралуында әйел қосымша жүрек айну және құсумен жүретін басының қатты ауыруына шағымданды. Офтальмолог невропатологқа жолдады. Неврологиялық статус: горизонтальді ірі таралған нистагм, қарашығы OD=OS. Б.е тонусы сақталған, сіңірлік рефлексдер D=S. Ромберг сынамасында шайқатылады, арқа қарай құлайды, саусақ мұрын сынамасын интенционды дірілмен және дисметриямен орындайды, адиоахокинез сынамасы оң. Диагностика принципі:

- Бас миының МРТ контрастпен, офтальмоскопия
- ЭхоЭС, ЭЭГ
- 2 проекцияда бас рентгенографиясы, офтальмоскопия
- Офтальмоскопия, бас миының КТ
- КТ-ангиография, омыртқаның мойын бөлімінің МРТ

= Еркек 38 жаста, бас ауыруымен, салмақ жоғалтуына, жалпы әлсіздікке, шаршауына шағымданып клиникаға түсті. Неврологиялық статусы: сходящееся косоглазие, диплопия, шүйде бұлшықетінің тартылуы. Анамнезінде: бір жыл бұрын өкпе туберкулезін басынан өткізген. Диагностикалық принципі:

- ЭхоЭГ
- УЗДГ сосудов
- Мойын бөлімінің МРТ
- ЭЭГ
- Люмбальді пункция

= Әйел 36 жаста. Шағымы: көруінің екі еселенуі, қабақтың түсуі 2 жақты, жұтынудың бұзылысы, жалпы әлсіздік, мойын б/етінің әлсіздігі. Прозерин сынамасы оң мәнді.

Диагностикалық принципі:

- кеуде ағзаларының КТ
- бас миының МРТ
- ангиография
- нейросонография
- бас сүйек рентгенограммасы

= науқас 25 жаста. Шағымы көшеде құлағаннан кейін дамыған бас ауру, бас айналу, жалпы әлсіздік. Объективті: нистагм шеткі тіркемелерде, тілдің жеңіл девиациясы оңға, координаторлы пробаны орындау кезінде дисметрия. Божамды диагноз: бас миының шайқалуы. Диагностика принципі:

- бас миының КТ не МРТ-сы
- Омыртқаның мойын бөлігінің МРТ
- люмбальды пункция
- электронейромиография
- электроэнцефалография

= Ер адам 22 жаста, сол аяққа иррадиациялайтын белдегі ауырсынуға шағымданады. Ауырсыну ауырлық көтергеннен кейін пайда болды. Объективті: ауырсыну жаққа еңкею шектелген, паравертебральды бұлшық еттердің айқын кернеуі байқалады. Ауырсыну санның артқы сыртқы беткейінде және сол табанның сыртқы бетінде орналасқан. Балтырдың сыртқы беткейінде және табанның 1 саусағының беткейінде сезімталдық

төмендеген. Табанның үлкен саусағының жазу әлсіздігі. Ласега солға оң, Ахиллов рефлекс сол жақта теріс. Жұлынның қай түбіршегі компремирленген?

-L1

-L2

-L3

-L4

-L5

= Әйел адам, 52 жаста II типті қант диабетімен 10 жыл көлемінде ауырады; қатты қышуға және оң жақ табандағы ауырсынуға шағымданады. Қарау кезінде: табан буындары деформацияланған, табандағы тері қабаты жұқарған, Ахиллов рефлекстері жоқ, тізе рефлекстері-өте төмен. Аяқтағы гипестезия- тізенің үштен бір бөлігінің ортасына дейін. Болжам диагноз:

-диабеттік полиневропатия

-жедел диемиелинизирлеуші полирадикулоневропатия

-Алкогольді полиневропатия

-дифтериялық полиневропатия

-мышьяқтық полинейропатия

= Әйел Науқас жүру кезінде шайқалуға шағымданады. Қарау кезінде анықталды: жан-жаққа қараған кезде нистагм анықталады, саусақтық мұрын пробасы кезінде интенционды діріл, көбіне сол жақтан, адиадохокинез сол жақтан, екі жақтан тізе-өкшелік проба кезінде көмескілік, сол жақтан көбірек. Сол жақ аяқтамаларда айқын бұлшықеттік гипотония. Жабық көздермен сол жаққа құлайды. Бөлек буындарға екпінмен сөйлеуі созылған. Топикалық диагноз:

-мишықтың сол жақ жарты шарының зақымдалуы

-мишықтың оң жақ жарты шарының зақымдалуы

-Сопакша мидың зақымдалуы

-ми көпірінің зақымдалуы

-ми бағанасының зақымдалуы

= Науқас 18 жаста мектептен жедел жәрдем көлігімен қабылдау бөліміне жеткізілді. Бас ауруына, жүрек айнуға, құсуға, белдегі, кеуде қуысындағы ауырсынуға шағымданады. Жедел ауырған. Қарау кезінде: есі анық, бірақ қатынасқа қиындықпен түседі. Бүйірінде, басын шалқайтып жатыр, ыңырсиды, қайталамалы құсу байқалады. Бет-әлпеті бозарған. Дене температурасы 38,5С. Жарыққа және дыбыстарға жоғары сезімталдық. Аяқтамалардағы қозғалыстар толық көлемде, бұлшықеттің тонусы бүгілу аймағында біршама жоғарылаған. Тері қабаттарының гиперестезиясы.Сіңір рефлекстері біртекті төмендеген. Екі жақтан Оппенгеймнің патлогиялық рефлексі. Шүйде бұлшықетінің ригидтілігі 4 көлденең саусақ, Керниг симптомы 90° бұрышта, Брудзинский симптомы айқын(жоғарғы және төменгі). Люмбальді пункция: ликвор мөлдір,түссіз, 300 мм сын.бағ.-нан жоғары қысыммен ағады, ақуыз—0,66 гр\л, цитоз — 200 (лимфоциттер — 100%), қант —3,3 ммоль/л, хлор— 211,5 ммоль/л. Клиникалық диагноз:

-.Созылмалы екіншілік серозды менингит

-Біріншілік созылмалы іріңді менингит

-Туберкулезді менингит

-Жедел іріңді менингит

-Жедел біріншілік серозды менингит

= 7 жастағы қыз аурухананың қабылдау бөліміне ұзақтығы бірнеше секундтарға созылатын және аяқтарындағы айқан өтпелі әлсіздікке байланысты кенет құлаумен

жүретін қысқа уақытты естен тану ұстамалары шағымдарымен жеткізілді. Ұстамалар 3 жастан бастап байқалған. Ұстама түрін анықтаңыз:

- атониялық
- тоникалық
- миоклоникалық
- клоникалық
- тонико-клоникалық

= Науқас А., 36 жаста. 6 ай бұрын басталған және айына 1-2 рет қайталанатын оң қолдың құрысу ұстамаларына шағымданады. Соңғы апта бойы ұстамалар күн сайын дамыды, науқас ұстама кезінде үш рет есінен айырылған, генерализацияланған тонико-клоникалық тырысулар байқалды. Сондай-ақ, құсумен жүрген бас ауыруы, жарықтан қорқу мазалайды. 2-3 минутқа созылатын ұстамадан кейін оң қолында әлсіздік, сөйлеудің қиындауы байқалған. Бұл құбылыстардың барлығы 2-3 сағаттан кейін регрессирленеді. Неврологиялық: мұрын-ерін қатпары тегістелген, тіл оңға ауытқиды. Сіңірлік рефлексстер D>S ,оң жақта патологиялық рефлексстер анықталады: жоғарғы және төменгі Россолимо, Бабинский, Оппенгейм. Сезімтал бұзылулар жоқ. Координаторлық сынамалар қанағаттанарлық орындады. Шүйде бұлшықеттерінің құрысуы және Керниг симптомы 140°бұрышында. Ең ақпаратты қосымша зерттеу әдісі:

- көз түбін зерттеу
- ЭхоЭГ
- бас миының МРТ -сы
- рутинды ЭЭГ
- люмбальді пункция

= Қабылдауда Әлібек, 7 апталық. Қолтық асты дене қызуы 36,7<sup>0</sup>С. Анасының айтуы бойынша баланың 2 күннен бері іші өтіп жүр, нәжісінде қан жоқ. Кеудені белсенді түрде емеді. Баланың ұстамасы жоқ. Қарап тексергенде: тыныс алу жиілігі минутына 43 . Кіндігі таза. Баланың қозғалыстары белсенді. Әлібектің көздері шүнірейіп кеткен. Терісі қалыпты түсті, таза. Іштегі тері қатпары баяу түзеледі. БЖАЫҚ (ИВБДВ) бойынша емдеуді анықтаңыз:

- стационарға жіберу, ауыр ұзаққа созылған диарея
- орташа сусыздануы бар «Б жоспары» бойынша емдеу
- стационарға жіберіңіз, балада дизентерия бар.
- стационарға жіберу, басқа ауыр жіктеу
- ауруханаға жіберілмес бұрын ауыр сусыздануы бар " Б жоспары" бойынша емдеу.

= Қабылдауда Аслан, 6 апталық. Аксиллярлық дене температурасы 36,6<sup>0</sup>С. Анасының айтуынша, балада 5 күн бойы диарея болды, нәжісте қан жоқ. Кеудені белсенді емеді. Балада құрысулар болған жоқ. Тексеру кезінде: тыныс алу жиілігі минутына 44 . Тексеру кезінде нәресте жылап, қолдары мен аяқтарын қозғалтады. Оның көздері шүнірейіп кеткен. Терісі қарапайым түсті, таза. Іштің тері қатпары баяу түзетіледі. БЖАЫҚ (ИВБДВ) сәйкес, бұл балаға емді анықтаңыз.

- дереу стационарға жіберу
- «А» жоспары бойынша емдеу
- гипогликемияны алдын ала емдеу
- «Б» жоспары бойынша емдеу
- «В» жоспары бойынша емдеу

= Қабылдауда Аслан, 6 апталық. Аксиллярлық дене температурасы 36,6<sup>0</sup>С. Анасының айтуынша, балада 5 күн бойы диарея болды, нәжісте қан жоқ. Баланың салмағы 4.400, бойы 55 см. Ол кеудесін белсенді түрде емеді. Балада құрысулар болған жоқ. Тексеру

кезінде: тыныс алу жиілігі минутына 44. Тексеру кезінде нәресте жылап, қолдары мен аяқтарын қозғалтады. Оның көздері шүңірейіп кеткен. Терісі қарапайым түсті, таза. Іштің тері қатпары баяу түзетіледі. БЖАЫҚ (ИВБДВ) сәйкес, бұл балаға берілетін ПРС мөлшерін анықтаңыз:

- 4 сағат ішінде 400-700 мл
- әр сұйық нәжістен кейін және аралықта 50-100 мл
- 1 сағат ішінде 30 мл/кг, содан кейін 5 сағат ішінде 70 мл / кг
- 4 сағат ішінде 200-400 мл
- 4 сағат ішінде 100-200 мл
- 

= Вероника 8 айлық. Анасы дене температурасының 39°C дейін көтерілуіне, 2 күн бойы оң құлағының ауырсынуына шағымданады. Анасы Верониканың ұстамасы жоқ екенін айтты. Қыз летаргиялық емес, есінде, құсу болған жоқ. Тексеру кезінде: тыныс алу жиілігі минутына 38, оң құлақтан іріңді ағу бар, құлақтың артында ауырсыну жоқ. Вероникаға БЖАЫҚ (ИВБДВ) бойынша емдеуді тағайындаңыз.

- құлақ тамшылары, құлақты турундамен құрғатыңыз, келесі 5 күннен кейін келу
- амоксициллин 15 мг / кг 3 күн, құлақты турундамен құрғатыңыз, ауырсыну болса парацетамол беріңіз, 3 күннен кейін келу
- амоксициллин 25 мг / кг, 5 күн, құлақты турундамен құрғатыңыз, ауырсыну болған кезде парацетамол беріңіз, 5 күннен кейін келу
- құлақты турундамен құрғатыңыз, ауырсыну болса парацетамол беріңіз, 5 күннен кейін келу
- амоксициллин 25 мг / кг 5 күн, 5 күннен кейін келу
-

= Қабылдауда 4 жасар Саша, дене температурасы 38,00С. Жалпы қауіп белгілері жоқ. Үш күн бойы жөтелуде. Тыныштықтағы тыныс алу жиілігі 1 минутта 48. Кеуде қуысының тартылуы, стридор, астмоидты тыныс алу жоқ. Баланың жағдайын жіктеңіз және БЖАЫҚ (ИВБДВ) бойынша емдеуді тағайындаңыз:

- пневмония, амоксициллин 3 күн, тамағын қауіпсіз құралмен жұмсартыңыз, қай кезде дереу оралу керектігін түсіндіріңіз, 2 күннен кейін келу
- пневмония, амоксициллин 3 күн, ингаляциялық бронходилататор, қауіпсіз құралдың көмегімен тамағын жұмсартыңыз, қай кезде дереу оралу керектігін түсіндіріңіз, 2 күннен кейін келу
- пневмония, амоксициллин 3 күн, тамағын қауіпсіз құралмен жұмсартыңыз, 3 күннен кейін келесі келу
- пневмония, амоксициллин 3 күн, тамағын қауіпсіз құралмен жұмсартыңыз, қай кезде дереу оралу керектігін түсіндіріңіз
- пневмониясы жоқ, жөтел немесе суық тиген, тамағын қауіпсіз құралмен жұмсартыңыз, қашан дереу оралу керектігін түсіндіріңіз

= ЖТД -не жоспарлы қабылдауына анасы 2 айлық ұлымен келді. Шағымдары жоқ. Ол емшек сүтімен қоректенеді. Дене салмағы 3800г, бойы-56см. Баланың жағдайы қанағаттанарлық, тексеру кезінде дене температурасы 36,6°С. Терісі ұстаған кезде жылы, таза, қалыпты түсті. Ауыз қуысының шырышты қабаты таза, қызғылт. Өкпеде пуэрильді тыныс, жүрек тондары айқын, ырғақты. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Нәжісі күнделікті. Дифтерияға, көкжөтелге және сіреспеге қарсы қандай вакциналық дәрімен иммуннизация жүргізу керек?

- АДС-М
- АКДС
- АДС
- АКДС
- АД

= Бала 3 айлық, бас тарту себебінен, перзентханада вакцина алмаған. Қазіргі уақытта баланы иммунизациялауды бастауға байланысты ЖТД-де қабылдауда отыр. Сіздің балаға қатысты тактикаңыз.

- манту сынағанын, егер ол теріс болса - ВГВ вакцинациясын жүргізу қажет
- БЦЖ вакцинасымен туберкулезге қарсы вакцинациялау, 2 аптадан кейін ВВГ вакцинациясына шақыру.
- ВГВ вакцинасымен гепатитке қарсы вакцинациялау, бір айдан кейін БЦЖ вакцинасымен туберкулезге қарсы вакцинациялау
- манту сынағанын және егер ол теріс болса-БЦЖ вакцинациясын жүргізу қажет
- манту сынағанын және егер ол теріс болса - ИПВ вакцинациясын жүргізу қажет

= Раяна 17 жаста, іштің жоғарғы жартысында қатты ауырсыну туралы шағымдармен шұғыл түрде ЖТД-ге жүгінді. Құсу, дене температурасының 39°С дейін көтерілуі, жалпы әлсіздік болған. Ауру тарихы: 5 жыл бойы ол асқазан жарасымен ауырады. Рецидивке қарсы ем қабылдамаған. Бір апта ішіндегі жағдайдың нашарлауын дұрыс тамақтанбаумен байланыстырады. Ауырсыну, диспепсиялық синдромдар салдарынан жағдайы ауыр. Тамақтануы төмен, дене бітімі астениялық. Терісі бозарған. Жүрек тондары айқын, пульсі - 1 минутта 100 соғ., АҚ 80/60 мм. сын.бағ. Тілі құрғақ, қалың сұр жабындымен жабылған. Іштің пальпациясы кезінде жайылмалы ауырсыну, іштің алдыңғы қабырғасының бұлшықеттерінің қатаюы байқалады. Зертханалық деректер: НВ-96г/л, эритроциттер-

2,8.10<sup>12</sup>/л, түсті көрсеткіш -0,8, лейкоциттер 5,8.10<sup>9</sup>/л, ЭТЖ-50 мм/сағ. Грегерсен реакциясы әлсіз оң. Науқаста қандай асқыну клиникасы сипатталған?

- ойық жараның перфорациясы
- қан кету
- пенетрация
- малигнизация
- стеноз

= Ерлан, 14 жаста, аштық және түнгі ауырсынуларға, тамақтанғаннан кейін эпигастрий аймағындағы ауырлыққа, қыжыл, қышқыл кекірікке шағымданады. Жарты жыл бойы ауырады. Объективті: тілі сұрғылт жабындымен жабылған, ылғал. Іші жұмсақ, пальпация кезінде эпигастрий аймағында жергілікті ауырсыну анықталады. Бауыры, өт қабы, ұйқы безі, көкбауыры қалыпты. Нәжісі - іш қатуға бейім, зәр шығаруы қалыпты. Асқазанның шырышты қабығының гистологиялық зерттеу нәтижесі: атрофия белгілері жоқ асқазанның антральды бөлігінің шырышты қабығының лимфоцитарлық және макроциттік инфильтрациясы, Н.руlogі ++. Іш қуысының ультрадыбыстық зерттеуі патологияны анықтаған жоқ. ЖТД диагнозы: Н. руlogі -ге байланысты дамыған созылмалы антральды гастрит, өршу сатысы. Сіздің емдеу тактикаңыз?

- Гистамино H2 блокаторларымен эрадикациялау
- қос терапия түрі бойынша эрадикациялық терапия
- квадротерапия түрі бойынша эрадикациялық терапия (төрт компонентті)
- ИПП монотерапиясы
- пульстік терапия

= Кира, 11 жаста, ауруханаға майлы тағамдарды жегеннен кейін пайда болатын, оң жақ қабырға астының ұзақ уақыт сыздап ауруына, оның арқаға, сол жақ жауырын астына берілуіне шағымданады. Балада тәбеттің төмендеуі, жүрек айнуы, майлы жылтырлығы бар сұр түсті ботқа тәрізді нәжіс, полифекалия байқалады. Объективті: жағдайы орташа ауыр. Салмағы - 40 кг, бойы-140 см, температурасы 37,9<sup>0</sup> С. Терісі таза, құрғақ, сарғыш түсті. Тіл ақшыл жабынмен жабылған. Іші жұмсақ, Шоффар, Губергриц - Скульский аймақтары ауырсынады. Дежардин мен Мейо-Робсон нүктесінде ауырсыну бар. Ортнер, Кер, Сент-Джордж, Георгиевский-Мюсси симптомдары оң. Нәжісі сұйылтылған, шірік иісі бар, стеаторея. ҚР ДСМ клиникалық хаттамасына сәйкес ферменттік терапия қандай зерттеу әдісінің бақылауымен жүргізіледі?

- копрограмма
- жалпы қан анализі
- жалпы зәр анализі
- биохимиялық қан анализі
- нәжіс бакпосеві

= ЖТД дәрігерінің қабылдауында 8 айлық бала. ЖРВИ фонында аурудың 4-ші күні баланың жағдайы нашарлаған, температура қайтадан 37,8<sup>0</sup>С дейін көтерілген, экспираторлық сипаттағы еңтігу, ауыздық ысқырық пайда болған. Аускультация кезінде-ұзартылған дем шығару, екі жағында әртүрлі калибрлі ылғалды сырылдар естіледі. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

- обструктивті бронхит
- жедел бронхит
- бронхиолит
- бронхтың бөгде денесі
- пневмония

= ЖТД дәрігерінің қабылдауында 3 жастағы бала. Дәрігер балаға мынандай диагноз қойды: Жедел ауруханадан тыс пневмония. 3 ай бұрын пневмония және өткен айда отитпен ауруына байланысты бала соңғы 3 айда екі рет антибиотикалық терапия алған. Сондықтан антибиотиктерге сезімталдықты анықтау үшін қақырыққа зерттеу жасалды. Клиникасы мен сезімталдықты ескере отырып, балаға азитромицин тағайындалды. Балалардағы азитромициннің (сумамед) бастапқы дозасы қандай:

- 5 мг/кг / тәулік
- 10 мг/кг/тәулік
- 7,5 мг/кг / тәулік
- 50 мг/кг / тәулік
- 100 мг/кг / тәулік
- 

= ЖТД дәрігерінің қабылдауында 10 айлық қызы бар ана келді. Дене қызуы мен жөтелге шағымданды. Анамнезінен оның 8 күн бойы ауырғаны белгілі. Бір апта бұрын дәрігер балаға ЖРВИ диагнозын қойған. Симптоматикалық емдеу тағайындалған, баланың жағдайы жақсарған. Алайда, 4-ші күні температура қайтадан 38,6°C-қа дейін көтеріліп, қыз бала әлсізденді, тамақтан бас тартты, жөтелі күшейе түсті. Тексеру кезінде: терінің бозаруы, жылау кезінде пайда болатын периоральды цианоз, тамақтандыру кезінде мұрын қанаттарының ісінуі, минутына 140 соққыға дейінгі тахикардия байқалды. Пульстің тыныс алу санына қатынасы 3:1 болды. Өкпенің үстінде оң жақтағы жауырын аралық аймақта ұсақ көпіршікті және крепитациялық ысқырықтар естіледі, тыныс алуы қиын. Қандай дәріні тағайындау ең қолайлы болып табылады:

- Амоксиклав
- Гентамицин
- Ципрофлоксацин
- Цефтазидим
- Азитромицин
- 

= 10 айлық баласы бар ана ЖТД дәрігеріне жүгінді. Тексеру кезінде айқын токсикоз, аралас сипаттағы еңтігу, температурасы 38,5°C екені анықталды. Перкуссия кезінде перкуторлық дыбыс қорапты болды. Шашыраңқы ысқырықтар естіледі, оң жақ жауырын бұрышында тұрақты, ұсақ көпіршікті ысқырықтар естіледі. Алдын ала диагноз қойыңыз:

- бронхтың бөгде денесі
- обструктивті бронхит
- жедел бронхит
- бронхиолит
- пневмония
- 

= ЖТД қабылдауында 9 айлық қыз бала. Дене температурасының 39,0°C дейін көтерілуіне, құрғақ, ауыр жөтелге шағымданады. Қатты суықтанғаннан кейін қатты ауырған. Тексеру кезінде бала белсенді. Тері және көрінетін шырышты қабаттары таза. Перкуторлы: оң жақта, жауырын астында перкуссиялық дыбыстың күңгірт аймағы анықталады. Аускультативті: дыбыстың күңгірт аймағы үстінде тыныс әлсіреген, шамалы құрғақ ысқырықтар естіледі, ТАЖ 1 минут ішінде 50. Жүрек тондары қатты, шу жоқ, жүрек соғу жиілігі 126 соққы/мин. Іші жұмсақ, ауырсынбайды. Бауыр, көкбауыр пальпацияланбайды. Мынандай диагноз қойылды: Жедел ауруханадан тыс пневмония. Таңдау препараты болып мынау саналады:

- амоксициллин + 45мг / кг тәулігіне 2 рет
- азитромицин 10мг / кг
- амоксициллин 15 мг / кг күніне 3 рет
- цефтазидим 80-100мг / кг

- эритромицин 125 мг күніне 2 рет

= ЖТД қабылдауына 3 жастағы ұл бала келді. Тәулік ішінде температураның 38,8<sup>0</sup>С дейін көтерілуіне, жөтел құрғақ, тәбеттің төмендеуіне шағымданады. Анамнезінде: 2 апта бұрын ЖРВИ-мен ауырған, ауруханада цефотаксим алған. Жөтел 2 апта бойы сақталуда. Тексеру кезінде: температурасы 38,0<sup>0</sup> С. Белсенді. Жөтелі өнімсіз, жиі. ТАЖ 1 минутына 42. Терісі бозғылт. Көмекші бұлшықеттердің тыныс алу актісіне қатысуы байқалады.

Аускультативті: қатқыл тыныс, құрғақ ысқырықты сырылдар, оң жақ жауырын астында ұсақ көпіршікті сырылдар естіледі. Перкуторлы: өкпе дыбысының қорапты болуы, артқы жағында оң жақта әлсіз болуы байқалады. Қандай емдеу тактикасы ең орынды?

- Азитромицин
- Амоксициллин
- Ампициллин
- Цефотаксим
- Гентамицин

= 10 жасар қыз бала ЖТД дәрігеріне қаралды. Шағымдары: іш және бел аймағының ауыруы, дене қызуының көтерілуі, әлсіздік, тәбетінің төмендеуі, бас ауруы. 4 күн бойы ауырған. Жедел ауырған, жиі зәр шығарып, дене қызуы 38,5<sup>0</sup>С дейін көтерілген. Қарап тексергенде жағдайы орташа ауырлықта. Терісі таза, бозғылт. Лимфа түйіндері ұлғаймаған. Өкпе үстінде перкуторлы дыбыс анық. Тынысы везикулярлы, сырылдар жоқ. Жүрек тондары ритмді, пульс минутына – 96 рет, АҚ – 100/65 мм.сын.бағ. Іші жұмсақ. Соққылау симптомы екі жақта да әлсіз оң. Ісінулер жоқ. ЖҚА: эритроциттер –  $4,0 \times 10^{12}/л$ , Нв – 128 г/л, лейкоциттер –  $11,8 \times 10^9/л$ , б – 1%, э – 3%, т-я – 20%, с/я – 62%, л. - 12%, м - 2%, ЭТЖ - 42 мм/сағ. ЖЗА: ашық сары, бұлыңғыр, тығ. - 1013, ақуыз 0,4 г/л, лейкоц - көп, эритроц. - 3-4 к/а, оксалаттар (+). Ең ықтимал диагнозды көрсетіңіз:

- созылмалы пиелонефрит
- нефротикалық синдром
- жедел аппендицит
- жедел пиелонефрит
- нефритикалық синдром

= 3,5 жасар қызымен анасы ЖТД қабылдауына келді. Шағымдары: күрт ауырсынатын жиі зәр шығаруы (тәулігіне 15 ретке дейін), зәрдің қызаруы, іштің ауырсынуы, дене қызуының 38,0<sup>0</sup>С дейін көтерілуі. Ол толық денсаулығының сау кезінде ауырып қалды, бір күн бұрын аяғынан су өткен. Қарап тексергенде терісі таза. Ауызжұтқыншық шырышты қабаты гиперемияланбаған. Мұрынмен тыныс алуы еркін. Өкпедегі тынысы везикулярлы. Тыныс алу жиілігі минутына -20. Жүрек соғу жиілігі минутына -85. Іші жұмсақ, жатыр үсті тұсы терең пальпацияда ауырсынады. Соққылау симптомы екі жақта да теріс. Нәжісі қалыпты. Сіздің алдын ала қоятын диагнозыңыз қандай?

- созылмалы пиелонефрит
- нефротикалық синдром
- жедел цистит
- жедел аппендицит
- нефритикалық синдром

= ЖТД дәрігері қабылдауына жаңа туған нәрестесі бар ана келді. Баланың туған кездегі салмағы 2150 г, ұзындығы 49 см. Анасы 32 жаста. Жүктілігі екінші, 1-ші рет босануы. Жүктілік үзіліс қаупімен өткен. Тамақтандыру кезінде терісінің бозаруы, баланың жылауы терінің цианозын тудырады. Перкуссияда жүректің шекаралары кеңеймеген. Аускультация кезінде өкпе артериясы үстінде II тонның күшейіп ыдырауы, ал сол жақта II

кабырға аралығында систола-диастолалық шу естіледі. ЭКГ-да сол жақ бөлімдерге шамадан тыс салмақ түскен белгілер бар. Сіздің клиникалық диагнозыңыз қандай?

- ашық артериялық түтік
- персистирлеуші феталдық қанайналым синдромы
- кардиомиопатия
- миокардит
- ДМЖП
- 

= Артериялық гипертензиямен және созылмалы бүйрек ауруымен ауыратын 55 жастағы Н. науқасқа гипотензивті терапия тағайындалды. Науқас мақсатты қан қысымының қандай деңгейіне жетуі керек?

- 120-140\80-85 мм сын.бағ.
- 130-140\80-90 мм сын.бағ.
- 130-140\70-80 мм сын.бағ.
- 140\70-80 мм сын. бағ. төмен
- 135-140\80-85 мм сын.бағ.
- 

= Науқас В., 60 жаста ЖТД-ге аз физикалық күш салу кезіндегі еңтігу, тез шаршау, тобықтағы ісіну туралы шағымдарымен жүгінді. Дәрігер алдын – ала диагноз қойды - Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі (СЖЖ). СЖЖ функционалды класын анықтау үшін науқасқа қандай диагностикалық тексеру жүргізу қажет?

- 6 минуттық жаяу жүру сынағы
- эхокардиоскопия
- электрокардиография
- электрокардиография, 6 минуттық жаяу жүру сынағы
- тәуліктік ЭКГ мониторингі, 6 минуттық жүру сынағы
- 

= Эхокардиоскопия деректеріне сәйкес клиникалық диагноз қою үшін қолданылатын созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің шығару фракциясының критерийлері қандай?

- қалыпты ШФ 55% және одан жоғары; төмен ШФ 55% төмен%
- қалыпты ШФ 45%; орташа ШФ 30-45%, төмен ШФ 30% төмен%
- қалыпты ШФ 50% және одан жоғары; орташа ШФ 40 – 49%, төмен ШФ 40-тан төмен%
- қалыпты ШФ 60% және одан жоғары; төмен ШФ 60-тан төмен%
- қалыпты ШФ 50-65%; орташа ШФ 40-45%, төмен ШФ 40-тан төмен%

= 49 жастағы әйел, негізінен желке аймағындағы бас ауруына, тез шаршағыштыққа, бас айналуға шағымданады. Алғаш рет 7 жыл бұрын қан қысымының жоғарылауы 160/100 мм.сын. бағ. дейін анықталған. Анамнезінде жүрек қан тамыр аурулары бойынша бойынша тұқым қуалаушылығы бар, гиподинамия, дене салмағының индексі - 33 кг\м<sup>2</sup>. Жүрек тондары әлсіреген, қолқаның үстінде 2 тонды екпін естіледі. АҚ 175/105 мм сынап бағанасы. Пульсі минутына 68 соққы, шиеленісті. Биохимиялық қан анализінде дислиппротеинемия бар. ЖҚА, ЖЗА-да патология жоқ. Аталған диагноздардың қайсысы ықтимал?

- артериялық гипертензия II дәреже, қауіп 1
- артериялық гипертензия II дәреже, қауіп 3
- артериялық гипертензия III дәреже, қауіп 2
- артериялық гипертензия III дәреже, қауіп 3
- артериялық гипертензия II дәреже, қауіп 4

–  
= ЖТД дәрігерінің қабылдауына 34 жастағы 18-19 апталық жүктілігі бар әйел келді. Ол бас ауруына, әсіресе желке аймағының ауруына, мезгіл-мезгіл жүрек айнуына шағымданады. Шағымдары бір апта ішінде мазалай бастады. Созылмалы ауруларды жоққа шығарады. Физикалық тексеру кезінде аятары ісінген, жүрек тондары бәсеңдеген, ритмді. Қан қысымы 150/95 мм сынап бағанасында, жүрек соғу жиілігі 1 мин. 72 болды. Жалпы қан анализінде, биохимиялық талдауда (АСТ, АЛТ, билирубин, креатинин, тромбоциттер деңгейі) қалыпты. Несепте-протеинурия 0,1 г\л-ден аз. Жатыршілік ұрықтың жағдайы қанағаттанарлық. Сіздің алдын ала диагнозыңыз?

- жеңіл дәрежелі преэклампсия
- гестациялық гипертензия.
- созылмалы артериялық гипертензия
- күкті әйелдердің асимптомдық бактериуриясы.
- гестациялық пиелонефрит.

–  
= ЖТД қабылдауында 55 жастағы әйел, негізгі диагнозы: 2 дәрежелі артериялық гипертензия, 4-қауіп тобы және қосалқы диагнозы: бронх демікпесі. Бұл жағдайда дәрігерге қандай дәріні тағайындауға болмайды?

- бисопролол
- нифедипин
- веропамил
- периндоприл
- индап

–  
= ЖТД қабылдауында науқас ЖИА. Күш түсу стенокардиясы, ФК 3, екінші дәрежелі артериялық гипертензия, 4 қауіп тобы, СЖЖ, ФК 3 диагнозымен тіркелуде. Ентігуге, сонымен қатар негізгі шағымдарынан басқа, тобық аймағындағы ісінуге шағымданады. Бұл жағымсыз реакцияны қандай препарат тудыруы мүмкін?

- веропамил
- периндоприл
- нифедипин
- бисопролол
- индап

–  
= Жалпы тәжірибелік дәрігердің қабылдауында науқас 28 жаста, жүрек айнуына, ауыздағы дәмге, эпигастрий аймағындағы ауру сезіміне, оның омыртқаға берілуіне шағымданады. Ауырсыну түнде пайда болады, науқас түнде оянып, бір стакан суық сүт ішеді. Объективті: оң жақ эпигастрий аймағы пальпация кезінде ауырсынады. Мендель белгісі оң. Ең ықтимал диагноз қандай?

- асқазанның денесінің ойық жарасы
- 2 он екі елі ішектің ойық жарасы
- жүрек асты/асқазанның ойық жарасы
- жедел холецистит
- жедел гастрит

–  
= Емханада кезекте отырған 38 жастағы ер адам бірден ішінің қысқа уақытты жедел ауырсынуын, қатты әлсіздікті, суық тер шығуын және ауыздың құрғауын сезінді. Өзі он екі елі ішектің ойық жара ауруы диагнозымен диспансерлік бақылауда тұрады, маусымдық өршуіне байланысты жалпы тәжірибелік дәрігерге келген. Объективті тексеруге дейін науқаста қандай асқыну болғанын болжауға болады:

- 2 елі ішектің пиязшығының тыртықтық деформациясы

- ойық жарадан қан кету
- ойық жараның перфорациясы
- жараның малигнизациясы
- екіншілік қант диабеті

= 45 жастағы әйел майлы немесе қуырылған тағамдарды қабылдағаннан кейін күшейетін эпигастрий мен сол жақ қабырға астындағы ауру сезіміне шағымданады. Ауырсыну тамақтан кейін 1 сағаттан кейін пайда болады, кейде белдеулі сипатта болады.

Сондай-ақ эпигастрийдегі ауырлық, метеоризм, жууы қиын болатын көп нәжіс туралы мәселе алаңдатады. Қарап тексергенде: терісі өте құрғақ, ангулярлы стоматит дамыған, іші аздап ісінген, эпигастрийде және оң жақ қабырға асты аймағында ауырсынуы бар.

Диагнозды нақтылау үшін қандағы қандай ферменттің деңгейін өлшеу керек:

- аланинтрансферазаның
- лактатдегидрогеназаның
- аспартаттрансферазаның
- амилазаның
- карбогидразаның

= 22 жастағы әйел, жиі, көп мөлшерде, жағымсыз иісті, ботқа тәріздес нәжіске, іштің ауырсынуына, метеоризмге шағымданады. Бұл белгілер оны бала кезінен кезеңді түрде мазалайды. Тамақтануы аз, терісі бозғылт. Көптеген жылдар бойы анемия және гипотония, дисменорея анықталады. Нысаналы биопсиямен ФГДС жүргізу нәтижесінде он екі елі ішектің шырышты қабатының жұқаруы, бұршіктердің күрт қысқаруы мен шырышты қабаттың атрофиясы анықталды. Науқастың рационынан қандай тағамдарды алып тастау керек:

- жаңғақтар
- скептірілген жемістер
- жүгері және картоп
- бидай, арпа және қара бидай
- сүт өнімдері

= Науқас А., 25 жаста, 2 жылдан бері он екі елі ішектің ойық жара ауруымен ауырады. Тексеру кезінде айтарлықтай дәрежеде *Helicobacter pylori* анықталды. «Үштік» эрадикациялық терапияның 1 курсы алды (протондық помпа ингибиторлары+амоксициллин+кларитромицин). Терапия аяқталғаннан кейін 8 аптадан кейін жүргізілген *Helicobacter pylori* үшін фекальды сынама оң нәтиже көрсетті. Бұл жағдайда ең оңтайлы емдеу тактикасы қандай:

- висмут препараттарымен кватротерапия жүргізу
- гистаминдік H2 рецепторларының блокаторларымен емдеу
- антацидтермен емдеу
- диетотерапия
- ота жасау

= 43 жастағы әйел жалпы тәжірибелік дәрігерге еңтігуге, ұстамалы жөтелге, астма ұстамаларына шағымданады. Симптомдар аптасына 1 реттен аз, бірақ айына 1 реттен көп мазалайды. Өршулер физикалық белсенділікті және ұйқыны бұзады. Түнгі симптомдар айына 2 реттен көп. Форсирленген тыныс шығару көлемі (ОФВ1)1 немесе өкпенің өмірлік сыйымдылығы (ЖЕЛ) нормадан  $\geq 80\%$ , PSV мәндерінің диапазоны 20%-30% құрайды. Қандай зерттеулер бронх демікпесі себеп-салдарлық қауіп факторларын анықтауда дәрігерге көмектеседі:

- Аллергиялық күйді бағалау

- Спирометрия
- Пикфлоуметрия
- Бронхолитикпен ингаляциялық сынақтар
- Эозинофилияға қан сынағы

= Наукас М., 56 жаста, аз физикалық күш түскенде дем шығарудың қиындайтын еңтігуге, 30 мл/тәу-ге дейін шырышты қақырықты жөтелге, жиі таңертең, әлсіздікке шағымданды. 15 жыл бойы күніне 1 қорап темекі шекті. Спирографияда: FEV1=55% болжамды, бронходиляциядан кейінгі Форсирленген тыныс шығару көлемі (ОФВ1)1 / өкпенің өмірлік сыйымдылығы (ЖЕЛ) =50%. Ең ықтимал диагноз қандай?

- созылмалы бронхит
- эозинофилды инфильтрат
- созылмалы обструктивті өкпе ауруы бар
- бронхоэктатикалық ауру
- өкпе туберкулезі

= 55 жастағы ер адам көп мөлшерде шырышты-іріңді қақырықты жөтелге, еңтігуге, температурасының 38,5°C дейін болуына шағымданады. Анамнезінде – жиі ЖРВИ. Объективті: терісі бозғылт, мұрын-ерін үшбұрышының цианозы, экспираторлық еңтігу, тыныс алу кезінде кеуде клеткасының белсенді болмауы байқалады. Аяқтарының төменгі бөліктері ісінген. Өкпеде – әлсіреген везикулярлы тыныс, шашыраңқы құрғақ сырылдар естіледі. Қандай емдеу тактикасы қолайлы?

- преднизолон, эуфиллин, амброксол
- фуросемид, сальметерол, будесонид
- эуфиллин көктамырға, милдронат, натрий кромогликаты
- левофлоксацин, ипратропий бромиді, амброксол
- ипротропиум бромид, гипотиазид, ацетилцистеин

= 27 жастағы әйел, қиын бөлінетін шырышты-іріңді қақырықты жөтелге, әлсіздікке, кешкі уақытта дене қызуының 37,5°C дейін көтерілуіне шағымданады. Қатты суықтанғаннан кейін жедел ауырған. Объективті: перкуторлы дыбыстың күңгірттенуі және бұғана асты аймағында сол жақта бронхофонияның күшеюі, ұсақ көпіршікті сырылдар естіледі. Қандай лейкоциттер –  $9 \times 10^9$ /л, ЭТЖ – 25 мм/сағ. Төмендегілердің қайсысы рентгендік суретте анықталуы мүмкін?

- сол жақта өкпе үлгісінің күшеюі
- өкпенің төменгі бөліктерінде сол жақтық ошақты инфильтративті көлеңкелер
- өкпе түбірлерінің кеңеюі, құрылымдық емес
- өкпенің төменгі бөліктерінде сол жақта интенсивті қараю
- оң жақ костодиафрагматикалық синустың 7 қабырға деңгейіне дейін тегістігі

= Наукас Н., 19 жаста, күндіз аптасына 1 ретке дейін, түнде айына 1 ретке дейін тұншығу ұстамаларына, сирек кездесетін құрғақ жөтелге, суық ауаны жұтқанда сырылдар эпизодтарының болуына шағымданады. Аллергиялық анамнезі: тұрмыстық шанды, түтінді жұтқанда демікпе ұстамасы дамиды. Аускультативті; тынысы везикулярлы, сырылдар жоқ. Спирографиялық тексеру кезінде форсирленген тыныс шығару көлемі (ОФВ1) 80%; тыныс шығарудың шыңдық жылдамдығының (ПСВ) көрсеткіштері 18%. Ең ықтимал диагноз қандай?

- өкпенің созылмалы обструктивті ауруы, А санаты
- бронх демікпесі, тұрақты, жеңіл
- бронх демікпесі, тұрақты ағымы, орташа ауырлық дәрежесі
- бронх демікпесі, интермиттерлеуші ағым

- бронх демікпесі, ауыр тұрақты

–  
= 43 жастағы ер адам бақай буындары мен тобығының ауырсынуына байланысты ЖТД-ге жүгінді. Соңғы жылдары ауырсыну мезгіл-мезгіл екі жағынан да пайда бола бастады. 10 жылдан астам уақыт дәрігерге қаралмаған. Әпкесінде ревматоидты артрит бар. Анамнезінде жиі көп мөлшерде сыра ішеді. Аяқтың табан сүйек-бақай буындарын тексеру кезінде екі жағынан да ауырсынуы бар. Сол жақ құлақта - тері астындағы түйіндері байқалады. Бүйректің КТ- да- бүйректе көптеген ұсақ тастар және сол жақ несепардың дистальды бөлігінде 7 мм тас анықталды. Сол жақ құлақтың тері астындағы түйіндердің биопсиясы нені анықтау мүмкін?

- Холестерин
- Цистин. Гранулемалар
- Ураттар
- Кальций оксалаттары
- Кальций пирофосфаттары

–  
= 45 жастағы науқас ЖТД қабылдауына 2 жыл бойы қалтырау мен терлеусіз 38-39°C дейінгі дене температурасының болуына, ауыспалы ауырсынуға, ісінуге және тізе, білек, жіліншек буындарындағы қозғалыстың шектелуіне, айқын жалпы әлсіздікке, дене салмағының жоғалуына (6 айда 7 кг) шағымданып келді. Объективті: полилимфоаденит, гепатоспленомегалия бар. Буындардың Р-граммасында - эпифизді остеопороз, буын саңылауларының тарылуы бар. ҚЖА: Л-3,6x10<sup>9</sup>/л, с/я -35%, лимфоциттер – 53%, ЭТЖ 44 мм/сағ. СРБ–күрт оң, фибриноген 5,9 г/л. Ревматоидты фактор - оң, АНА-күрт оң. Ең қолайлы терапия қандай?

- Метипред 8мг + метотрексат 15мг
- Метотрексат 7,5 мг
- Диклофенак 3мл б/і
- Ксефокам 16 мг б/і
- циклофосфан 600 мг/апт.

–  
= ЖТД дәрігердің қабылдауында 58 жастағы әйел 3 ай бойы сол жақ тізе буынының ауырсынуына, буындардың сықырлауына шағымданды. Түрегеліп тұрып жұмыс істегенде, баспалдаққа көтерілу кезінде ауырсыну күшейеді. Ибупрофенді қабылдаған. Анамнезінде - АГ, гиперхолестеринемия. ДСИ (ИМТ)-31.8 кг/м<sup>2</sup>. Тексеру кезінде-буынды пальпациялау кезінде ауырсыну, толық иілу және жазылу кезінде крепитация және ауырсыну бар. Сол жақ тізе буынын аспаптық зерттеу кезінде не анықталуы мүмкін?

- рентгенограммада буын кеңістігінің тарылуы, остеофиттер
- УДЗ-де синовиальды және шеміршек тіндерін кальцификациялануы
- УДЗ-де буындағы сұйықтық
- Рентгенограммада жиекті эрозиялар және мөлдір емес периартикулярлы жұмсақ тіндер
- рентгенограммада сүйектердің склеротикалық зақымдануы

–  
= ЖТД дәрігерінің қабылдауында артық салмағы бар 48 жастағы науқас жалпы әлсіздік, ауыздың құрғауы, шөлдеу, терінің қышуы, полиурия туралы шағымданды. Екі рет аш қарындағы гликемия деңгейі мөлшерінің 6,9 және 7,2 ммоль/л дейін жоғарылағаны анықталды. Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық, нормостеник. Тері жамылғылары қалыпты, арқасында және қолдарында қасыну іздері бар. Тері асты май қабаты біркелкі таралған. Перифериялық ісінулер жоқ. Дәрігер науқасқа қандай диагноз қойды:

- Семіздік

- 2 типті қант диабеті
- 1 типті қант диабеті
- ашқарынға гликемияның бұзылысы
- глюкозаға толеранттылықтың бұзылысы.

= ЖТД дәрігерінің қабылдауында ер адам 28 жаста, 10 жыл бойы I типті қант диабетімен ауырады. Үнемі емделеді. Алкогольді ішкеннен кейін қатты әлсіздік, денеде діріл, тершеңдік пайда болды. Бұрын алкоголизмнен емделген. Объективті: қозғышты, АҚҚ-130/70 мм.с.б., пульс-85 рет/мин. Науқастың жағдайының нашарлауы немен байланысты?

- Гликемия бұзылысы.
- Гипогликемия
- Гипергликемия
- Глюкозаға толеранттылықтың бұзылысы
- Маскүнемдік

= ЖТД дәрігеріне прекоматозды жағдайдағы әйел жүгінді. Әпкесінің айтуынша, науқаста 4-5 жылда айтарлықтай салмақ қосып, еңтігу, жүрек ауруы, қан қысымның жоғарылауы, шөлдеу, зәрдің көп көлемде бөлінуі байқалған. Соңғы күндері жалпы жағдайының нашарлауын атап өтті. Науқас шаршаңқы, әлсіз. Тексеру кезінде-терісі құрғақ, дегидратация белгілері бар, дене салмағы жоғары, АҚҚ-150/95мм,с.б.. Қандағы глюкоза деңгейі - 22,4 ммоль/ л. Ең ықтимал диагноз қандай?

- Қант диабеті аясындағы гипергликемиялық жағдай
- Қант диабеті, кетоацидоздық кома
- 1 типті қант диабеті
- Қант диабеті аясындағы гипогликемиялық жағдай
- 2 типті қант диабеті

= ЖТД дәрігерінің қабылдауына 25 жастағы науқас келді. Ол етеккір келуінің тұрақсыздығына, әлсіздікке, терінің құрғауына, шаштың түсуіне шағымданады. Объективті: қимыл-қозғалысы, сөйлеуі баяулаған. Бетте ісіну анықталады, әсіресе көз айналасында. Терісі сарғыш реңді, бозғылт, шынтақтарында терісі қабыршақтанған. Шашы құрғақ, сынғыш, көп мөлшерде шаштың түсуі байқалады. Диагностикалық іздеудің келесі қадамын атаңыз:

- Релизинг-гормонымен сынама жүргізу
- АКТГ деңгейін анықтау
- ТТГ деңгейінің мөлшерін анықтау
- Пролактин деңгейін анықтау
- Гонадотропин деңгейін анықтау

= ЖТД дәрігерінің қабылдауында 18 жастағы қыз келді. Ол шөлдеуге, тәбеттің жоғарылауына, ауыздың құрғауына, салмақ жоғалтуға шағымданады. Шамамен 2 ай бойы ауырады. Объективті: температурасы 36,6<sup>0</sup>С. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Тері жамылғысы құрғақ, қабыршақты. Тері асты май қабаты жеткіліксіз дамыған. Тыныс алу везикулярлы, сырылдар жоқ. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты, ЖСЖ – 72 рет/мин. АҚҚ 110/80 мм.с.б. Ең ықтимал диагноз қандай?

- Инсулинге тәуелді емес қант диабеті
- 1 типті қант диабеті, декомпенсация
- Қант диабеті аясындағы гипергликемиялық жағдай
- Инсулинге тәуелді қант диабеті
- алғаш рет анықталған 1 типті қант диабеті

–  
= Ер адам 45 жаста, ЖТД дәрігеріне жүгінді. Іші жедел ауырсынған. Науқасқа рентгенография жүргізу кезінде құрсақ қуысының көк ет күмбезі астындағы газдың «шоғыры» анықталды. Бұл науқасқа тән ауруды көрсетіңіз:

- перфоративті асқазан жарасы
- жедел перфоративті аппендицит
- жедел перфоративті холецистит
- жедел ішек өтімсіздігі
- жедел панкреонекроз

–  
= 37-38 апталық мерзімдегі жүктілігі бар әйелде еңгігу, жүрек соғысы үдей түсті. Қарағанда балтырларының ортасына дейін ісінуі бар. Өкпенің төменгі бөліктерінде дауыссыз ұсақкөпіршікті сырылдар естіледі. Жүрек тондары әлсіреген. АҚ- 100/60 мм с.б. Тексергенде қабыну процесінің белгілері анықталынбады. ЭКГ: Төмен вольтажды, реполяризация, синусты ырғақ. Эхокардиографияның қандай нәтижесінің болуы ең ықтимал:

- жүрек ұшының локальді томпаюы
- митральді қақпақшаның тығыздалуы
- шығару фракциясының төмендеуі
- миокардтың ассиметриялы гипертрофиясы
- митральді қақпақшадағы турбулентті ағыс

–  
= 29 жасар жүкті әйел босану емханасына ішінің төменгі бөлігіндегі және бел аймағындағы ауру сезіміне шағымданып келді. Жүктілік мерзімі 15-16 апта. Анамнезінде 1 рет босану және 3 рет медициналық аборт болған. Қынаптық тексеруде: жатыр мойнының ұзындығы 2,5 см, сыртқы сүйектері саңылаусыз, жатыр мойны каналы жабылған, жатыр жүктілік ұзақтығына қарай ұлғайған, жыныс жолдарынан шырышты бөлінділер баяу кездесуде. Ықтимал диагноз:

- қалыпты орналасқан плацентаның үзілуі
- жетілмеген жүктілік
- өздігінен түсік тастау қаупінің болуы
- көпіршікті ағып кету
- плацентаның төмен орналасуы

–  
= Науқас 18 жаста сыртқы жыныс мүшелерінің қышуына, зәр шығару кезінде күйдіру сезіміне шағымданады. Бір апта бұрын тамақтың ірінді ауруымен ауырған, сол үшін ампициллин қабылдаған. Жағдайы қанағаттанарлық, температурасы – N, соматикалық сау. Қынаптың саңылауы аймағында гиперемия, ісіну және мақта тампонымен оңай кетірілетін ақ ірімшік ағуы бар. Ықтимал диагноз қандай?

- Кандидозды кольпит
- Трихомонадты кольпит
- Бактериалды вагиноз
- Гонореялы (соз) кольпит
- Спецификалық емес вульвит

–  
= Төмендегі белгілердің қайсысы жүктіліктің бірінші жартысындағы токсикоздың ауырлығын көрсетеді?

- салмақ жоғалту
- гипотония
- субфебрилды дене қызуы

- зәрде ацетонның болуы
- бас уруы
- 

= Постменопаузадағы әйелде қан кету пайда болды, диагностикалық кюретаж жасалды. Қырнауада - айқын жасушалық атипиясы бар атипті безді құрылымдар анықталды. Сіздің диагнозыңыз?

- жатыр денесінің аденокарциномасы
- жатырдың лейомиомасы
- жатырдың лейомиосаркомасы
- жатыр полипы
- фибромиома
- 

= Әйелдер кеңесінде диспансерлік тіркеуде жүктілік мерзімі 17-18 апталық науқас тұрады. Науқастың диастолалық қысымы мезгіл-мезгіл 90 мм сын.бағ. дейін және одан да жоғары көтеріледі. Қарап тексергенде 0,06 г/л протеинурия анықталды, бас ауруы көп жұмыс істегенде пайда болады. Ең ықтимал диагноз:

- жеңіл преэклампсия қосылған созылмалы гипертензия
- гестациялық гипертензия
- ауыр емес преэклампсия
- ауыр преэклампсия
- созылмалы гипертензия
- 

= Науқас 26 жаста, гинекологқа сол жақ жыныс еріндерінің ауырсынуына шағымданып келді. Дене қызуының 37,8<sup>0</sup>C дейін көтерілуін байқайды. Сыртқы жыныс мүшелерін тексергенде сол жақ еріннің ісінуі және гиперемиясы анықталды. Пальпация кезінде сол жақ еріннің қалыңдығында өлшемі 5x4 см, ортасында жұмсарту аймағы бар түзіліс анықталды. Ең ықтимал диагноз қандай?

- жедел вульвит
- бартолин безінің кистасы
- Гатнер жолының кистасы
- бартолин безінің абсцесі
- жедел вагинит
- 

= Бір апта бұрын қызылша қызамығының ауыр түрінен емделіп жұқпалы аурулар ауруханасынан шығарылған жүкті әйел акушер-гинекологқа келді. Жүктілік мерзімі 9-10 апта. Медициналық тактика қандай:

- витаминдік терапия жүргізу
- гормондық терапияны тағайындап және диспансерлік бақылауды жалғастыру
- жүктілікті үзу
- жүктілікті жалғастыру
- егер ұрықтың даму ақаулары анықталса, жүктілікті тоқтату
- 

= 46 жастағы әйел клиникаға етеккірдің көп болуына, оның ұзаққа созылуына, әлсіздікке, еңбекке қабілеттіліктің төмендеуіне шағымданып келді. Қарап тексергенде: терісі бозғылт, пульс 78 рет/мин, ырғақты. Қан қысымы 125/80 мм.сб., гемоглобин деңгейі 80 г/л. Бимануальды тексеру кезінде және айна көмегімен қарағанда: жатыр мойны өзгермеген, жатыр көлемі жүктіліктің 16-17 аптасына сәйкес ұлғайған, қозғалмалы, ауырсынусыз. Қосымшалар анықталмаған. Хирургиялық араласудың ауқымы қандай?

- жатырды қосалқыларсыз экстирпациялау
- жатырды қосалқыларсыз ампутациялау

- консервативті миомэктомия
- сальпингоэктомия
- жатыр мойнын алып тастау
- 

= 48 жастағы науқас 3 жыл бойы етеккірдің көп келуіне, әлсіздікке шағымданды. Жатыр миомасы бойынша есепте тұрады (жатыр мөлшері 7-8 апта). Соңғы бір жылда дәрігерге қаралмаған. Қынаптық тексеру: жатыр жүктіліктің 11-12 аптасына дейін ұлғайған, тығыз, беті тегіс емес. Ұсынылған ем қандай болуы мүмкін?

- ота жасау
- анемияға қарсы ем
- гестагендермен гормоналды емдеу
- симптоматикалық ем
- андрогендермен гормоналды емдеу
- 

= Бір жыныстық серіктесі бар 28 жастағы үйленген әйел контрацепция әдісін таңдауды сұрады. Жыныстық өмір тұрақты. Менструальдық функция бұзылмайды. Бір баласы бар. Гинекологиялық ауруларды жоққа шығарады. Төменгі аяқтың созылмалы тромбофлебиті бойынша есепте тұрады. Ерекшеліктерсіз гинекологиялық статус. Оған контрацепцияның қандай әдісін ұсынған дұрыс?

- төмен дозалы КОК
- жатыршілік спираль
- кедергі әдісі
- гестагенды оралды контрацептивтер
- спермицидтер
- 

= 17 жастағы қыз жүктіліктен қорғанудың сенімді әдісін табуды өтініп, әйелдер кеңесі клиникасының дәрігеріне жүгінді. Етеккірі 12,5 жастан бастап, бірден тұрақталған, 28 күннен кейін 4-5 күннен кейін, баяу, ауырсынусыз. Бойы 168 см, салмағы 57 кг. Соматикалық сау, гинекологиялық статус қалыпты шектерде. Бұл науқас үшін қандай контрацепция тиімді?

- төмен дозалы КОК-тар
- микродозалы КОК-тар
- презервативтер спермицидтермен біріктірілген
- спермицидтік агенттермен біріктірілген прогестинді оралды контрацептивтер
- спермицидтермен біріктірілген төмен дозалы КОК
- 

= 18 жастағы бойжеткен гинекологқа жүктілікті бақылаудың сенімді әдісін табуды сұрап жүгінген. Етеккір 16 жастан бастап, 7-9 күн, көп мөлшерде келеді, ауырсынады, арасы 26-45 күн. Анамнезінде мерзімінен бұрын өздігінен босанумен аяқталған бір жүктілік бар. Бойы 168 см, салмағы 103 кг. Гинекологиялық статусы қалыпты, кейде бас ауруы мазалайды. Соматикалық тұрғыдан ол өзін сау санайды. Бұл науқас үшін қандай контрацепция тиімді?

- гормоналды жатыршілік «Мирена»
- тек прогестин бар оралды контрацептивтер
- тосқауыл әдісі ең қолайлы әдіс болып табылады
- құрамында гормоны бар өнімдерді қолдануға қатаң тыйым салынады
- гормоналды пластырь және ұзақ мерзімді бақылау
- 

= Анамнезінде сүт безі қатерлі ісігі бар әйелге контрацепцияның қандай әдісі қолайлы?

- комбинирленген оралды контрацептивтер
- таза прогестинды оралды контрацептивтер
- левоноргестрелмен жатыршілік жүйе
- жатыршілік спираль
- таза прогестинды инъекциялы контрацептивтер

= Тұрақты емес жыныстық серіктестермен айына 2-3 рет жыныстық қатынасқа түсетін 18 жастағы әйелге контрацепцияның қандай әдісін қолданған жөн?

- жатыршілік контрацепция
- гестагенды оралды контрацептивтер спермицидтермен бірге қолданылуы
- жедел гормоналды контрацепция
- презервативтер спермицидтермен біріктірілген
- ырғақты әдіс

= Дәрігерге 48 жасар толық әйел оң жақ қолтығының астындағы қатты ауыру сезіміне шағымданды. Жедел ауырған. Тексергенде оң жақ қолтығында көлемі бұршақтай қошқыл-қызыл түсті ауырсынатын бірнеше түйіндер анықталды, дене қызуы 37,6<sup>0</sup>С. Гидраденит диагнозы қойылды. Не тағайындау қажет?

- таза ихтиолмен таңу
- низорал
- анилинді бояғыштарымен таңу
- суық басу
- құрғақ жылу

= Ер адамның желкесінің, самайының, қастарының терісінде 10-15 тиынның көлемінде, дөңгелек, бір-бірімен қосылмаған, шаштары селдіреген және түгел түсіп қалған, біркелкі орналасқан ошақтар анықталды. Шаш түскен жердің терісі тегіс, қабыршақтанбаған, қабынбаған, сынған шаштар жоқ, субъективті сезімдер жоқ. Ошақтар «қара күйе жеген» киім терісін еске түсіреді. Диагнозын анықтау үшін қандай зерттеулер жасау қажет:

- патогенді саңырауқұлақтарға микроскопиялық тексеру
- Вассерман реакциясын немесе КСР жүргізу
- қанды биохимиялық тексеру
- иммунограмма
- эндокринолог кеңесі

= 60 жастағы науқастың алақан және табан терісінде бірнеше жыл үн тәрізді қабыршақтану байқалады. Аяқ-қолдың тырнақтары жартысы қалындаған, қоңыр түсті, шеттері жартылай үгілген. Диагноз қою үшін қажет:

- шаштарды бактериоскопиялық зерттеу
- зақымдалған тырнақтар мен қабыршақтардың микроскопиясы
- қанды серологиялық зерттеу
- қан анализі
- эпидемиологиялық зерттеу

= Әйелдер кенесінде жүктіліктің 5-ші айындағы бір әйелден әлсіз оң Вассерман реакциясы (2+) анықталды. Тексергенде мерездің клиникалық белгілері табылмаған. Сіздің әрекетіңіз

- мерезге қарсы емді бастау
- микрореакцияға қан алу
- ревмо-сынамаларын тексеру
- қанды ИФР, РИТ реакцияларымен зерттеу

– УДЗ (УЗИ)

–  
= 25 жасар әйел науқасты кешкі және түнгі уақытта үдейтін қышу сезімі мазалайды. Ауырғанына бір апта болған. Соңғы үш күнде жұбайында да қышу пайда болған. Тексергенде: іш терісінде, қолдың саусақ аралығында, санның ішкі бетінде жұптасқан папуло-везикулезді бөртпелер, эксфолиациялар, геморрагиялық қабыршақтар байқалады. Осы дерматозда қандай емдеу әдістерін тағайындау қажет:

- преднизолон кремі
- ланолин кремі
- бензил-бензоат
- цинк пастасы
- салицил спирті

–  
= Хирургтың қабылдауына 45 жастағы науқас анус аймағында жағымсыз (ыңғайсыз) сезіміне шағымданып келді. Бұл көрініс үш апта бұрын басталған. Жергілікті май жағу әсер бермеді. Периаанальды аймақтық қарау кезінде беткейі мацерацияланған, дымқыл гипертрофиялық вегетацияланған папулалар анықталды. Сонымен қатар алақаны мен табанында папулалар және шаштың диффузды сиректенуі, ангина байқалады. Әлсіз байқалатын полиаденит. Қандай ауру жайлы ойлауға болады:

- екіншілік қайталамалы мерез
- екіншілік жаңа мерез
- ерте жасырын мерез
- ерте туа пайда болған мерез
- кеш туа пайда болған мерез

–  
= 20 жасар А. науқас 3 ай бойы таңертең уретра еріндерінің жабысып қалуына, ішімдік ішкеннен кейін бөліндінің көбеюіне, кіші дәретке отырғанда ауырсыну сезімінің пайда болуына шағымданып келді. Емделмеген. Бірінші белгілері кездейсоқ жыныстық қатынастан кейін 3 күннен соң пайда болған. Объективті: уретраның сыртқы ернеуі аздап қызарған, массаждан кейін аз мөлшерде, кілегейлі бөлініс байқалады. Екі стакандық сынамада екі стакандағы зәр мөлдір, аздап үлпектер көрінеді. Жұғындыда клетканың ішінде орналасқан теріс граммды гонококктар анықталды. Сіздің диагнозыңыз:

- жаңа гонорея, жедел тотальды уретрит
- созылмалы гонорея
- жаңа гонорея, жеделдеу тотальды уретрит
- жаңа гонорея, торпидті тотальды уретрит
- латентті гонорея

–  
= 54 жасар науқас дерматологқа табан саусақтарының арасында орналасқан бөртпеге, қышу және күйдіру сезіміне шағымданды. Ауырғанына 2 ай болған. Емделмеген. Моншада жұмыс істейді. Сіздің болжамды диагнозыңыз:

- екіншілік мерез
- дисгидротикалық экзема
- табан эпидермофитиясы, интертригинозды түрі
- ихтиоз
- алақан-табан кератодермиясы

–  
= 50 жасар ер адамның суық күні балық аулағаннан кейін желкесінде қатты ауыратын инфильтрат пайда болған. Көлемі біртіндеп өсіп бала алақаны көлеміне дейін ұлғайған. Инфильтраттың бетіндегі терінің түсі қошқыл-қызыл түсті, ортасы-көкшіл, қан аралас қою

ірің және жасыл түсті некротикалық бөліндісі бар бірнеше жыланкөз ашылған. Басы ауырып, денесі қалтырайды. Дене қызуы-38,5<sup>0</sup>С. Сіздің болжамалы диагнозыңыз:

- карбункул
- фурункул
- гуммозды сифилис
- остеофолликулит
- колликвативті туберкулез

= 38 жасар науқаста күйзелістен кейін білегінің, санының ішкі бетінде жазық, көпбұрышты, көкшіл-қызғылт түсті, балауыз тәрізді жылтыр, кейбіреуінің ортасында кіндік тәрізді ойындысы бар түйіншектер пайда болды. Түйіншектердің бетін өсімдік майымен майлағанда мүйізді қабаттан ақшыл-сұрғылт түсті тор көрінеді (Уикхем торы). Сіздің диагнозыңыз:

- қызыл жалпақ теміреткі (лишай)
- қызыл жегі
- псориаз
- склеродермия
- вульгарлы көпіршік

= 65 жасар науқас сізге сол жақ балтыр терісінің өзгеруіне шағымданып қаралды. Ауырғанына 2 ай болған. Сирағының терісіндегі жарақаттың орнында іріндіктер шығып, содан кейін қызарып, ісініп кеткен, беті ылғалданып, қабық қатып, ошақтың шетінде сыдырылған эпидермистен жиек пайда болған. Зақым ошағы шеттері ирек-ирек, көкшіл – қызыл түсті, инфильтранцияланған. Қабықты алып тастаған соң ошақ беті ылғалды, серозды сұйықтық бөлетін ұсақ эрозиялар байқалады. Клиникалық диагноз қойыңыз:

- Дюринг дерматозы
- аллергиялық дерматит
- себореялық дерматит
- микробтық экзема
- тілме(рожа)

= Науқасты кешке қарай үдейтін қышу сезімі мазалайды. Тексергенде: қолдың саусақ аралығында, білегінің бүгілетін бетінде, ішінде, құйымшақта, санның ішкі бетінде жұптасқан түйіншекті- көпіршікті бөртпелер, нүктелі экскориациялар табылған. Сіздің диагнозыңыз:

- аллергиялық дерматит
- қышыма
- токсидермия
- тері қышуы
- крапивница

= 38 жасар науқаста күйзелістен кейін білегінің, санының ішкі бетінде жазық, көпбұрышты, көкшіл-қызғылт түсті, беткейі балауыз тәрізді жылтыр, кейбіреуінің ортасында кіндік тәрізді ойысы бар папулалар пайда болды. Папулалардың бетін өсімдік майымен майлағанда мүйізді қабаттан ақшыл-сұрғылт түсті тор көрінеді (Уикхем торы). Қызыл жалпақ теміреткі (лишай) диагнозы қойылды. КПЛ кезінде түйіншектердің клиникалық белгілерін көрсетіңіз:

- кіндік тәріздес ойыс
- қабыршақтармен жабылған
- ашық қызыл түсті
- дөңгелек пішінді

- миллиарлық

= 38 жасар науқаста күйзелістен кейін білегінің, санының ішкі бетінде жазық, көпбұрышты, көкшіл-қызғылт түсті, балауыз тәрізді жылтыр, кейбіреуінің ортасында кіндік тәрізді ойындысы бар түйіншектер пайда болды. Папулалардың бетін өсімдік майымен жаққанда мүйізді қабаттан ақшыл-сұрғылт түсті тор көрінеді. Қызыл жалпақ теміреткі диагнозы қойылды. Симптом қалай аталады:

- қан шығы
- стеарин дағы
- Уикхем торы
- терминалді қабық
- Никольский белгісі

= 54 жасар науқас дерматологқа табан саусақтарының арасында орналасқан бөртпеге, қышу және күйдіру сезіміне шағымданды. Ауырғанына 2 ай. Емделмеген. Моншада жұмыс істейді. Табан эпидермофитиясы диагнозы қойылды. Табан эпидермофитиясының қоздырғышы:

- саусақаралық трихофитон
- татталған микроспорум
- гипстік трихофитон
- *Trichofitoh rubrum*
- *Candida albicans*

= 54 жасар науқас дерматологқа табан саусақтарының арасында орналасқан бөртпеге, қышу және күйдіру сезіміне шағымданды. Ауырғанына 2 ай болған. Емделмеген. Моншада жұмыс істейді. Табан эпидермофитиясы диагнозы қойылды. Интертригинозды эпидермофития кезінде зақымдалады:

- табанның бақай аралығы
- қол басы
- табан доғасы
- шап қатпарлары
- бастың шашты бөлігі

= Әйел тұрғылықты жері бойынша емханаға ЖДТ дәрігеріне баласында жоғары қызуының (38 - 39<sup>0</sup>C), қақырығы аз жөтелге, ентігу, айқын интоксикация, әлсіздік, қызында тәбетінің төмендеу белгілерінің болуына байланысты жүгінді. Клиникалық-функционалдық тексеру кезінде төменгі жақты пневмония диагнозы қойылған. Бала шұғыл түрде стационарға жатқызылды. Қыз 5 жаста, ол ДЦП салдарынан мүгедек бала болып табылады. ҚР ДСМ 18.11.2020 ж. №198, 61 т. бұйрығына сәйкес осы жағдайда науқас баланы күту бойынша анасына еңбекке уақытша жарамсыздық парағы қандай мерзімге берілуі тиіс?

- 10 күннен аспайтын мерзімге беріледі
- уақытша еңбекке жарамсыздық парағы ДКК қорытындысы бойынша стационарда болған барлық кезеңге беріледі
- 12 күннен аспайтын мерзімге беріледі
- 5 күннен аспайтын мерзімге беріледі
- 15 күннен аспайтын мерзімге беріледі

= 44 жастағы науқас ЖТД дәрігерінің қабылдауында. Қан кетумен асқынған асқазан жарасының өршуіне байланысты еңбекке жарамсыздық парағында отыр. 20 күннен асқан аурулар бойынша еңбекке жарамсыздық парағын ұзартуды кім жүзеге асырады:

- емдеуші дәрігер
- бөлімше меңгерушісі
- еңбекке жарамсыздық сараптамасының бас маманы
- дәрігерлік-консультативтік комиссия
- медициналық-әлеуметтік сараптама комиссиясы

= 40 жастағы әйел скрининг аясында тексеруден өтеді. Шаршау, жүрек аймағында сирек кездесетін ауырсынуына шағымданады. Анамнезінде жиі тонзиллит бар. Объективті: пульс минутына 98 соққы. Аускультация кезінде: жүрек тондары үнсіз, мезосистолалық шертү және төс сүйегінің сол жақ жиегінен соғатын систолалық шу естіледі, ол вертикальды күйде күшейеді. Диагностиканың қай әдісін қолданған жөн?

- эхокардиография
- электрокардиография
- коронарография
- ЭКГ тәуліктік мониторингі
- тәуліктік қан қысымын бақылау

= 3 жасқа дейінгі балаға амбулаторлы емдеу кезінде балаға күтім жасау мақсатында отбасы мүшелерінің қайсысына уақытша еңбекке жарамсыз парағы беріледі:

- тек анасына
- анасына немесе бірге тұратын басқа отбасы мүшесіне, егер анасы нақты себеппен күтім жасай алмайтын болса
- басқа аймақта тұратын әжесіне
- басқа мекен жайдағы туыстарына
- басқа үйде тұратын әжесіне

= Анасы мен баласы демалыс күндері басқа аймаққа келді. Дүйсенбіде жергілікті емхананың дәрігері шақырылды, ол баланың ауыр науқасын анықтады. Анасына балаға күтім жасау үшін қандай құжат берілуі мүмкін:

- бас дәрігердің рұқсатымен УЕЖ(ВН) парағы
- емдеуші дәрігер берген еркін нысандағы анықтама
- емдеуші дәрігермен берілген УЕЖ(ВН) парағы
- ештеңе берілмейді
- ДҚК анықтамасы

= Науқас Х., кеңірдекте бөгде заттың болуына байланысты (кездейсоқ түйме түскен) қабылдау бөліміне түсті. Бөгде затты алғаннан кейін дәрігер УЕЖ(ВН) жіктеді:

- жалпы ауру
- тұрмыстағы жазатайым оқиға
- өндірістегі жазатайым оқиға
- кәсіптік ауру
- табиғи апат

= Әйел 58 жаста. Сүт безі обырын ерте анықтау үшін скринингтен өтті. Тереңдетілген диагностиканы жүргізуге болатын көрсеткіш:

- M4;
- M2;
- M3;
- M1;
- M0

–  
= Әйел 58 жаста. Ол сүт безі обырын ерте анықтау үшін скринингтен өтті. BI-RADS (M0m, M0d, M1, M2, M3, M4, M5) жіктемесі бойынша маммограммаларға интерпретация жасалды. Осы науқасқа маммографиялық оқуды қанша рет жүргізу керек?

- үш рет оқу
- бір рет оқу жеткілікті
- оқудың қажеті жоқ
- екі рет оқу
- төрт реттік оқу

–  
= Әйел Я., 32 жаста, босанғаннан кейін дамыған серозды қабыну сатысындағы маститтің клиникасымен 4 күні емханадағы ЖТД дәрігеріне жүгінді. Төменде аталғандардың қайсысын осы жағдайда қолдануда болмайды:

- сүттің сүзілуі
- еміздікті антисептикпен өңдеу
- сүт безінің массажы
- бездің жоғары орналастырылуы
- безге жылыту компрессін қолдану

–  
= 28 жастағы науқас ішек өтімсіздігі клиникасымен ЖТД дәрігеріне қаралды. Анамнезінде арықтау (3 айда 10 кг), әлсіздік, нәжісте анда-санда қан болатыны анықталды. Хирург ішек өтімсіздігінің қандай себебі туралы ойлауы керек:

- ішек ісігі
- іш пердесінің жабысқақ (спаечная) ауруы
- құрттардың инвазиясы
- спецификалық емес ойық жаралы колит
- копростаз

–  
= 34 жастағы науқас ЖТД дәрігеріне ауру сәтінен бастап 2 күннен кейін оң жақ төменгі аяғындағы ауырсыну шағымдарымен жеткізілді. Тексеру кезінде оң жіліншіктің орташа ісінуі, айқын шекаралары бар айқын гиперемия аймағы анықталды, пальпация кезінде ауырсыну байқалды. Науқаста қандай диагноз болуы мүмкін?

- лимфадема
- жедел лимфангоит
- жедел тромбофлебит
- эритематозды тілме (рожа)
- терең тамырлардың жедел тромбозы

–  
= Науқас С. 32 жаста, ЖТД дәрігеріне тесіліп кесілген жарақат алғаннан кейін 1 сағаттан өткен соң оң жамбастың бүйір бетінің ортаңғы үштен бір бөлігіндегі жарасымен қаралды. Жара инфекциясының алдын алу үшін науқасқа төменде келтірілгендердің қайсысын жүргізу керек?

- асептикалық таңғышты орнату
- антибиотиктерді көктамыр ішіне енгізу
- жараны бастапқы хирургиялық өңдеу
- жараға протеолитикалық ферменттерді енгізу
- жараны антисептиктермен өңдеу және тігістер салу

–  
= Б. есімді ер адам 45 жаста, ЖТД дәрігеріне іштің төменгі сол жақ бөлімінің ауырсынуына, тәулігіне 8 ретке дейін болатын аздаған шырыш және қан аралас қоспасы

бар ботқа тәрізді нәжістің болуына, орташа қызбаға, тахикардия, дене салмағының төмендеуіне шағымданды. Анализінде - орташа дәрежелі анемия. Қандай зерттеу әдісі спецификалық емес ойық жаралы колитті диагностикалауда ақпаратты болып табылады?

- копрология
- микрофлораға нәжіс жұғындысын зерттеу
- аш ішекті рентгенологиялық зерттеу
- колоноскопия
- гастротомия
- 

= Емханадағы ЖТД жедел аппендицитке күдікпен науқасты қарау кезінде іш қуысын пальпациялау кезінде саусақтарды іштің алдыңғы қабырғасынан тез алған кезде ауырсынудың күшеюін байқады. Дәрігер бұл науқаста қандай симптомды анықтады:

- Щеткин - Блюмберг
- Ровзинг
- Ситковский
- Раздольский
- Воскресенский
- 

= Ер адам 68 жаста, емхананың ЖТД дәрігеріне жүгінді. Ішек өтімсіздігі бойынша жасалған операциядан кейін 7-нші күні науқаста ауырсыну пайда болып, жара және таңғыш геморрагиялық сұйықтықпен қатты суланды. Науқаста не болды?

- жараның іріңдеуі
- құрсақ қуысындағы қан кету
- ерте өтімсіздік
- эвентрация
- перитонит
- 

= 53 жастағы науқас, ЖТД дәрігеріне ауырғанынан үш сағат өткен соң эпигастрий аймағындағы жедел ауырсынуымен, қысқа уақытқа естен танумен, салқын тер, бір реттік құсумен жеткізілген. Анамнезінде: он жыл бойы асқазанның ойық жаралы ауруынан зардап шегеді. Қарау кезінде: терінің бозаруы, минутына 100 соққы, артериялық қысымның 100/70 мм.с.б. болуы байқалады. Рентгенограммада: диафрагманың оң күмбезі астында бос газ байқалады. Сіздің болжамды диагнозыңыз:

- перфорацияланған ойық жара
- жіті ішек өтімсіздігі
- ойық жаралы қан кету
- жедел панкреатит
- спецификалық емес ойық жаралы колит
- 

= 46 жастағы әйел, ЖТД дәрігеріне қаралды. Науқаста жедел гангренозды аппендицитке байланысты аппендэктомиядан кейінгі 7-нші күні іштің төменгі бөлімінде жеңіл (тупая) ауыру сезімі, тенезм, дефекация кезінде ауырсыну, зәр шығару кезінде аздап ауырсыну пайда болды. Температура 37,8-38,5<sup>0</sup>С-қа дейін көтерілді. Сіздің болжамды диагнозыңыз?

- жедел проктит
- жедел геморрой
- Дуглас кеңістігінің абсцесі
- жайылған перитонит
- жедел цистит
-

= Науқас У., 47 жаста, ЖТД дәрігеріне оң жақ қабырға асты ауырсынуына жүректің айнуына, құсуға, дене температурасының  $38,3^{\circ}\text{C}$ -қа дейін көтерілуіне шағымданды. 3 күн бұрын майлы тамақ қабылдаған соң ауырып қалған. Пульс 112/мин. Тілі құрғақ. Тері және склералары субиктерикалық болып көрінеді. Оң жақ қабырға астында өткір ауырсынатын  $12 \times 8 \times 6$  см дөңгелек түзілім байқалады. Ортнер, Мерфи, Кера, симптомдары оң. Щеткин-Блюмберг симптомы барлық іш аймағында оң. Сіздің алдын ала қоятын диагнозыңыз?

- жедел холецистит, перитонит
- Курвуазье симптомы
- обтурациялық сарғаю
- бауыр циррозы
- панкреатит

= 70 жастағы науқас қысылған шап жарығына байланысты, ЖТД дәрігерін үйге шақырды. Қысылу 10 сағат бұрын болған. Ішек өтімсіздігінің белгілері бар. Жарықтың томпаюы аймағындағы тері гиперемияланған. Науқасты тексерген дәрігердің әрекеті:

- жарықты түзету
- есірткі инъекциясынан кейін жарықты түзету
- хирургиялық стационарға шұғыл госпитализациялау
- жарық аймағына суық басу, анальгетиктер, антибиотиктер
- хирург кеңесіне жолдама беру

= Науқас 60 жаста, ЖТД дәрігеріне іштің төменгі сол жақ бөлімінің ауырсынуына, тәулігіне 8 ретке дейін болатын аздаған шырыш және қан аралас қоспасы бар ботқа тәрізді нәжістің болуына, орташа қызбаға, тахикардия, дене салмағының төмендеуіне шағымданды. Анализінде - орташа дәрежелі анемия. Қандай ауру туралы ойлауға болады?

- тоқ ішектің обыры
- спецификалық емес ойық жаралы колит
- жедел дизентерия
- Крон ауруы
- ішек туберкулезі

= 60 жастағы әйел емхананың ЖТД дәрігеріне жүгінді. Науқастың сау денсаулық фонында  $38^{\circ}\text{C}$ -қа дейін температура көтерілуіне, оң жақ қабырға асты аймақтың ауырсынуына, жалпы әлсіздік пайда болуына шағымданады. Кейінірек сарғаю, терінің қышуы, есекжем (крапивница) қосылды. Ультрадыбыстық зерттеуде-бауырдың сол жақ бөлігінде айқын контурлары бар  $6 \times 6$  см дөңгелек түзілім анықталған. Өт қабында тастар бар. Сіздің болжамды диагнозыңыз?

- бауыр алвеококкозы
- өт-тас ауруы
- бауыр эхинококкозы
- холангит
- жедел холецистит

= 65 жастағы науқас емхананың ЖТД дәрігеріне жүгінді. Науқас екі апта бойы гипертермияға байланысты өзі емделген. Аурудың басталуы гипотермиямен байланысты деп есептейді, содан кейін температура  $38^{\circ}\text{C}$ -қа дейін көтерілген, алдымен құрғақ, содан кейін шырышты-іріңді бөлініспен жөтел пайда болды. Жағдайы бірте-бірте нашарлады, әлсіздік күшейді, қалтырау және қызба пайда болды. Үш күн бұрын жөтел кезінде «толық ауызбен» бір мезгілде 200 мл-ге жуық сасық қақырық бөлінді, содан кейін денсаулық жағдайы жақсарды, температурасы төмендеді. Қандай ауруға күдіктенуге болады?

- плевра эмпиемасы

- созылмалы спецификалық емес пневмония асқынысы
- жедел өкпе абсцесі
- пневмонитпен қосылған өкпе обыры
- бронхоэктаздық ауру
- 

= Науқас 66 жаста емхананың ЖТД дәрігеріне 6 ай бойы іш қатуына, 5 кг салмақ жоғалтуына шағымданып келді. Тері және тері жабындылары жер түсті бозғылт- жасыл. Іші желденген, оң жақ мезогастрий аймағында ауырсынады. ЖҚА: Нb -90 г/л, эр- $2,5 \times 10^{12}$  л. Сіздің болжамды диагнозыңыз қандай?

- көлденең ішектің қатерлі ісігі
- сигма дивертикулиті
- колит
- жедел ішек өтімсіздігі
- көлденең ішек полипозы
- 

= 25 жастағы әйел емхананың ЖТД дәрігеріне жүгінді, температураның  $39^{\circ}\text{C}$ -қа дейін көтерілуіне, сүт безінің ауырсынуына шағымданды. Оң жақ сүт безі аймағында-гиперемия, ісіну, жоғарғы сыртқы квадрант жағында бірнеше тығыздалу аймақтары анықталды. Сіздің болжамды диагнозыңыз:

- лактационды мастит
- лимфаденит
- сүт безінің обыры
- сүт безі аймағының фурункулы
- босанудан кейінгі мастопатия
- 

= 45 жастағы әйел емханадағы онкогинекологқа жыныс жолдарынан кезеңді түрдегі қанды бөлініске шағымданып келді. Тұқымқуалаушылық аурулары жоқ. Анамнезінде 3 жүктілік, 1 босану, 2 мед.түсік. Соңғы рет гинеколог қарауында бес жыл бұрын болған. Айнамен қарауда: қынаптың шырышты қабаты серозды бөліндімен жабылған, таза, жатыр мойны гипертрофирленген, алдыңғы ерінде ұсақ бұдырлы түсті орамжапырақ тәрізді  $2 \times 3$  см ісік байқалады, жанасқанда қанайды. Жатыр ұлғаймаған, сопақша, қозғалмалы, ауырсынусыз. Жатыр қосалқылары ерекшеліксіз. Ректальді қарауда кіші жамбас астауында инфилтрат анықталмады. Диагнозды дәлелдеу үшін қандай тексеріс әдісін қолдану керек

- құрсақ мүшелерінің КТ, УДЗ
- жатыр мойнының цитологиялық + гистологиялық тексеру әдісі
- колоноскопия, гемакульттест
- ЭКГ, артқы күмбезден пункция
- ФГДС, жатыр мойнының тазалық дәрежесіне жұғын алу

= 45 жастағы әйел емханадағы онкогинекологқа жыныс жолдарынан кезеңді түрдегі қанды бөлініске шағымданып келді. Тұқымқуалаушылық аурулары жоқ. Анамнезінде 3 жүктілік, 1 босану, 2 мед.түсік. Соңғы рет гинеколог қарауында бес жыл бұрын болған. Айнамен қарауда: қынаптың шырышты қабаты серозды бөліндімен жабылған, таза, жатыр мойны гипертрофирленген, алдыңғы ерінде ұсақ бұдырлы түсті орамжапырақ тәрізді  $2 \times 3$  см ісік байқалады, жанасқанда қанайды. Жатыр ұлғаймаған, сопақша, қозғалмалы, ауырсынусыз. Жатыр қосалқылары ерекшеліксіз. Ректальді қарауда кіші жамбас астауында инфилтрат анықталмады. Дәрігердің болжам диагнозы

- эндометрий обыры II T2NxM0
- жатыр денесі обыры II T2NxM0

- жатыр мойны эрозиясы
- жатыр мойны обыры ІВ Т1bNхM0, экзофитті түрі
- аналық без обыры ІІ Т2NхM0

= 37 жастағы әйел емханадағы онкогинекологқа жыныс жолдарынан сулы, жағымсыз иісті бөлініске шағымданып келді. Тұқымқуалаушылық аурулары жоқ. Анамнезінде 3 жүктілік, 3 босану. Соңғы рет гинеколог қарауында екі жыл бұрын болған. Анамнезінде жатыр мойны эрозиясы, емделмеген. Айнамен қарауда: қынаптың шырышты қабаты серозды бөліндімен жабылған, таза, жатыр мойны гипертрофирленген, жанасқанда қанайды. Жатыр ұлғаймаған, сопақша, қозғалмалы, ауырсынусыз. Жатыр қосалқылары ерекшеліксіз. Ректальді қарауда кіші жамбас астауында инфильтрат анықталмады. Жатыр мойны биоптатының гистологиялық қорытындысы – жалпақ жасушалы карцинома. Диагноз: Жатыр мойны обыры ІВ Т1bNхM0. Қандай емдеу әдісі қолданылады

- жатыр мойнының электроэксцизиясы
- диэлектрокоагуляция
- Вертгейм отасы
- жатырдың қосалқыларымен қынапүстілік ампутациясы
- жатырдың қосалқыларының қынапүстілік ампутациясы

= 33 жастағы әйел емханадағы онкогинекологқа жыныс жолдарынан кезеңді түрдегі қанды бөлініске шағымданып келді. Тұқымқуалаушылық аурулары жоқ. Қазіргі уақытта әйел 34-35 апталық жүктілігіне байланысты гинеколог есебінде тұрады. Анамнезінде 1 босану, осы жүктілік екінші. Айнамен қарауда: қынаптың шырышты қабаты серозды бөліндімен жабылған, таза, жатыр мойны гипертрофирленген, алдыңғы ерінде ұсақ бұдырлы түсті орамжапырақ тәрізді 2х3 см ісік байқалады, жанасқанда қанайды. Жатыры жүктілік мерзіміне сәйкес ұлғайған, жатыр қосалқылары ерекшеліксіз. Ректальді қарауда кіші жамбас астауында инфильтрат анықталмады. Онкоцитологияға жұғынды – жалпақ жасушалы обыр. «Жатыр мойны обыры, ІВ Т1bNхM0, 34-35 апталық жүктілік» диагнозы қойылды. Науқасты жүргізу тактикасын көрсетіңіз

- жүктілікті үзу, сәулелік терапия
- жүктілікті үзу, жатырдың қосалқыларымен қынапүстілік ампутациясы
- кесір тілігі, жатырдың қосалқыларымен кеңейтілген экстирпация, отадан кейінгі сәулелік терапия
- жүктілікті уақытына жеткізіп босандыру, сәулелік терапия
- жүктілікті уақытына жеткізіп босандыру, жатырдың қосалқыларымен кеңейтілген экстирпация

= Науқас 65 жаста, қынаптан сұйық сары түсті, сасық иісті, кейде қан аралас бөліндіге шағымданады. Шағымдары бір жылдан бері байқалады. Айқын қосалқы аурулар бар: декомпенсирленген қант диабеті, диабеттік табан, ЖИА, 2017 жылы миокард инфарктісі, энцефалопатия, артериалық гипертензия 3 дәрежелі, СЖЖ ФК3. Тұқымқуалаушылық аурулары жоқ. Анамнезінде 3 жүктілік, 1 босану, 2 мед.түсік. Соңғы рет гинеколог қарауында жеті жыл бұрын болған. Айнамен қарауда: қынап қысқарған. Жатыр мойнында кратер некроздық қабатпен қапталған. Қынаптан «ет жуындысы» тәрізді бөлінді. Қынаптық тексеру: қынап қабырғасының 2/3 бөлігі инфильтрацияланған. Кіші жамбас астауында екі жақ жамбасқа созылған, қозғалмайтын, ауырсынатын тығыз ісік конгломераты анықталады. Ректальді тексерісте: тік ішек шырышты қабаты қозғалыссыз. Параметрияда екі жақтанда жамбас қабырғасына жететін инфильтрат. Саусақта қан

жұғады. Құрсақ қуысының КТ бауырда метастаз анықталған. Науқасқа «жатыр мойны обыры, IV саты» диагнозы қойылған. Ем түрі

- хирургиялық ем
- симптоматикалық ем
- химиотерапия
- рентгенотерапия
- аралас сәулелік терапия

= 35 жастағы әйелде профилактикалық қарауда жатыр мойны эрозиясы анықталды. Анамнезінде 3 жүктілік, барлығы босанумен аяқталған. Қаралмаған, соңғы рет гинекологта үш жыл бұрын болған. Анамнезінде жатыр мойны эрозиясы емделмеген. Айнамен қарауда: қынабы босанған әйел, жатыр мойны эрозирленген, Жатыры және жатыр қосалқылары ерекшеліксіз. Ректальді қарауда кіші жамбас астауында инфильтрат анықталмады. Жатыр мойнынан биопсия алынды. Гистологиялық қорытындысы - «carcinoma in situ». Қандай емдеу әдісін қолданған дұрыс

- жатырдың қосалқыларымен қынапүстілік ампутациясы
- жатырдың қосалқыларынсыз қынапүстілік ампутациясы
- жатыр мойнының электроэксцизиясы
- диэлектрокоагуляция
- Вертгейм отасы

= 45 жастағы әйел емханадағы онкогинекологқа жыныс жолдарынан жанаспалы қанды бөлініске шағымданып келді. Тұқымқуалаушылық аурулары жоқ. Анамнезінде жүктілік, 3 босану. Соңғы рет гинеколог қарауында бес жыл бұрын болған. Анамнезінде жатыр мойны эрозиясы емделмеген Айнамен қарауда: қынабы босанған әйел, жатыр мойны гипертрофирленген, алдыңғы ерінде ұсақ бұдырлы түсті орамжапырақ тәрізді 2х3 см ісік байқалады, жанасқанда қанайды. Жатыры және жатыр қосалқылары ерекшеліксіз. Ректальді қарауда кіші жамбас астауында инфильтрат анықталмады. Дәрігердің әрі қарайғы тактикасы

- диагнозды нақтылау үшін хирургқа жіберу
- тез арада онкогинекологқа жіберу
- цито-гистологиялық тексеруден кейін онкогинекологқа жіберу
- емхана жағдайында консервативті емдеу
- емхана жағдайында электрокоагуляция жасау

= 51 жастағы әйелде жатыр мойны обыры I сатысы анықталды. Ісік жатырдың түбінде 2 см ге дейін созылып, 3 мм тереңдікке инвазия берген. Ісік жоғары дифференцирленген, рецептор оң. Ең дұрыс емдеу тактикасын көрсетіңіз

- Ота+сәулелік терапия
- Ота + гормонотерапия
- Ота+химиотерапия
- Химиотерапия
- Химиотерапия

= 51 жастағы әйел бір аптаға созылған жыныс жолдарынан жұкпалы қанды бөлініске шағымданады. Соңғы етеккірі 49 жасында. Ең дұрыс диагностикалық тексеру тактикасын көрсетіңіз

- кіші жамбас мүшесінің УДЗ
- бөлшектік диагностикалық қырнау/гистероскопия
- онкоцитологияға жұғынды
- Гистерография

- құрсақ қуысының УДЗ

= Науқас 44 жаста 2 айдан бері жыныс жолдарынан етеккір циклінің 16нан 22не дейін болатын қанды бөлініске шағымданады. Етеккірі 3-4 күн, 27 күн сайын. Гинекологиялық қарауда: жатыр мойны таза, бимануальді қарауда жатыры алға қарай, ұлғайған, тығыз, ауырсынусыз. Қосалқылары екі жақтан да ұлғаймаған, ауырсынусыз. Диагнозды дәлелдеу үшін қандай тексеру әдісі қажет

- гистерография
- онкоцитологияға жұғынды
- бөлшектік диагностикалық қырнау/ гистероскопия
- кіші жамбас мүшесінің УДЗ
- құрсақ қуысының УДЗ

= Науқас 44 жаста 2 айдан бері жыныс жолдарынан етеккір циклінің 16нан 22не дейін болатын қанды бөлініске шағымданады. Етеккірі 3-4 күн, 27 күн сайын. Гинекологиялық қарауда: жатыр мойны таза, бимануальді қарауда жатыры алға қарай, ұлғайған, тығыз, ауырсынусыз. Қосалқылары екі жақтан да ұлғаймаған, ауырсынусыз. Науқасқа бөлшектік диагностикалық қырнау жасалды, гистологиялық қорытындысы– аденокарцинома. Мүмкін алыс гематогенді метастаздарды іздеу үшін қандай диагностикалық әдіс керек

- Колоноскопия
- құрсақ қуысының УДЗ, кеуде мүшелерінің рентгенографиясы
- шеткері лимфа түйіндерінің УДЗ
- жамбас сүйектерінің рентгенографиясы
- КЖМ МРТ

= Науқас 55 жаста 2 айдан бері менопауза фонындағы жыныс жолдарынан қанды бөлініске шағымданады. Гинекологиялық қарауда: жатыр мойны таза, бимануальді тексеруде жатыры алдында, көлемі ұлғайған, тығыз, ауырсынусыз. Қосалқыларынсыз екі жақтанда ұлғаймаған, ауырсынусыз. Процессті көру үшін қандай тексеру әдісі қажет

- онкоцитологияға жұғын
- гистероскопия
- кіші жамбас мүшесінің УДЗ
- гистерография
- бөлшектік диагностикалық қырнау

= 68 жастағы науқас соңғы бір жылдың ішінде жыныс жолдарынан қанды бөлініске шағымданады. Соңғы етеккірі 20 жыл бұрын. Декомпенсирленген 2 типтегі қант диабеті. Гинекологиялық қарауда: жатыр мойны таза, бимануальді тексеруде жатыры алдында, көлемі 8аптаға дейін ұлғайған, тығыз, бұдырлы ауырсынусыз. Қосалқыларынсыз екі жақтанда ұлғаймаған, ауырсынусыз. Науқасқа бөлшектік диагностикалық қырнау жасалды, гистологиялық қорытындысы– аденокарцинома. Құрсақ қуысының УДЗ бауыр қақпасында 2 метастаз анықталды. Науқаста IV сатылы жатыр денесінің обыры бауырға метастаз диагнозы қойылды. Науқасқа қандай емдік тактика жүргізген дұрыс

- ота+химиотерапия
- симптоматикалық ем
- сәулелік терапия
- гормонотерапия
- ота+сәулелік терапия

= 60 жастағы әйел жарты жыл бойы жыныс жолдарынан қанды бөлініске шағымданады. Соңғы етеккірі 10 жыл бұрын. Акушер гинекологтың қарауында: жатыр мойны таза, бимануальді тексеруде жатыры алдында, көлемі аздап ұлғайған, тығыз, ауырсынусыз Қосалқыларыңыз екі жақтан да ұлғаймаған, ауырсынусыз. Науқасқа бөлшектік диагностикалық қырнау жасалды, гистологиялық қорытындысы – аденокарцинома. – атипиялық гиперплазия. Алғашқы кезекте қандай маманның кеңесі қажет

- гематолог
- онкогинеколог
- хирург
- инфекционист
- онколог

= Науқас 55 жаста гинекологқа ішінің төменгі жағының ауырсынуына, ішінің ұлғаюына, құсу, 1,5 ай ішінде салмағының 8 кгға азайғанына шағымданады. Объективті: іші ұлғайған, кернеулі. Гинекологиялық қарауда: жатыр мойны таза, артқа ығысқан. Ректо-вагинальді қарауда кіші жамбаста конгломерат, тас тәрізді, қозғалмайтын, бұдыр беткейлі. СА-125 – 2356 МЕ/мл. Диагнозды айқындайтын маңызды тексеру әдісі

- ирригоскопия
- құрсақ қуысының рентеноскопиясы
- қынаптың артқы күмбезі арқылы пункциясы немесе цитологиялық зерттеумен лапароцентез
- колоноскопия
- кіші жамбас мүшелерінің УДЗ

= Науқас 60 жаста гинекологқа ішінің төменгі жағының ауырсынуына, ішінің ұлғаюына, құсу, 1,5 ай ішінде салмағының 10 кгға азайғанына шағымданады. Объективті: іші жұмсақ, ауырсынусыз. Гинекологиялық қарауда: жатыр мойны таза, атрофиялық. Ректо-вагинальді қарауда кіші жамбаста конгломерат 10 см, тас тәрізді, қозғалмайтын, бұдыр беткейлі. СА-125 – 2356 МЕ/мл. Болжам диагноз

- эндометриоз
- аналық без обыры
- сигма тәрізді ішектің обыры
- жатыр миомасы
- оң жақ аналық бездің цистаденомасы

= Науқас 55 жаста гинекологқа ішінің төменгі жағының ауырсынуына, ішінің ұлғаюына, құсу, 1,5 ай ішінде салмағының 8 кгға азайғанына шағымданады. Объективті: іші ұлғайған, кернеулі. Гинекологиялық қарауда: жатыр мойны таза, артқа ығысқан. Ректо-вагинальді қарауда кіші жамбаста конгломерат, тас тәрізді, қозғалмайтын, бұдыр беткейлі. СА-125 – 2356 МЕ/мл. Лапароцентез жасалды, 6 л сабан сары түсте серозды сұйықтық алынды. Цитологиялық қорытынды – карцинома жасушалары. Басқа мүшелері бойынша ерекшеліксіз. Обырдың болжам сатысы қандай

- IV
- III
- I
- II
- 0

= Науқас 25 жаста дәрігерге жыл сайынғы тексеріспен қаралды. Анамнезінен менархе 13 жастан. Етеккірі 5 күн, әрбір 28 күн сайын, қалыпты, ауырсынусыз. Ж-1, Б-1, А-0, Т-0. Гинекологиялық ауруларды жоққа шығарады. Объективті: іші жұмсақ, ауырсынусыз. Гинекологиялық қарауда: жатыр мойны таза, цилиндрлік. Ректо-вагинальді қарауда жатыры ұлғаймаған, қозғалмалы, ауырсынусыз, оң жақта 6 см дөңгеленген, тығыз-эластикалық консистенциялы, қозғалмалы, ауырсынусыз. СА-125 – 8 МЕ/мл. Жас әйелдерде ең жиі кездесетін аналық бездің қатерсіз ісігі

- аналық без обыры
- дермоидты жылауық
- сары дене жылауығы
- аналық без цистаденомасы
- эндометриоз

= Науқас 27 жаста дәрігерге жыл сайынғы тексеріспен қаралды. Анамнезінен менархе 11 жастан. Етеккірі 5 күн, әрбір 29 күн сайын, қалыпты, ауырсынусыз. Ж-0, Б-0, А-0, Т-0. Гинекологиялық ауруларды жоққа шығарады. Объективті: іші жұмсақ, ауырсынусыз. Гинекологиялық қарауда: жатыр мойны таза, цилиндрлік. Ректо-вагинальді қарауда жатыры ұлғаймаған, қозғалмалы, ауырсынусыз, оң жақта 7 см дөңгеленген, тығыз-эластикалық консистенциялы, қозғалмалы, ауырсынусыз. СА-125 – 8 МЕ/мл. Жас әйелдерде кездесетін аналық бездің қатерсіз ісігінің емі

- бақылау
- хирургиялық
- гормональді
- биопсия
- консервативті

= Науқас 45 жаста дәрігерге жыл сайынғы тексеріспен қаралды. Анамнезінен менархе 13 жастан. Етеккірі 3 күн, ретсіз, ауырсынусыз. Ж-2, Б-, А-1, Т-0. Гинекологиялық ауруларды жоққа шығарады. Объективті: іші жұмсақ, ауырсынусыз. Гинекологиялық қарауда: жатыр мойны таза, цилиндрлік. Ректо-вагинальді қарауда жатыры ұлғаймаған, қозғалмалы, ауырсынусыз, оң жақта 9 см дөңгеленген, тығыз-эластикалық консистенциялы, қозғалмалы, ауырсынусыз. СА-125 – 13 МЕ/мл. Менопауза алдындағы кезеңдегі әйелдерде ең жиі кездесетін аналық бездің қатерсіз ісігі

- параовариальді жылауық
- аналық без цистаденомасы
- дермоидты жылауық
- аналық без обыры
- сары дене жылауығы

= Науқас 45 жаста дәрігерге жыл сайынғы тексеріспен қаралды. Анамнезінен менархе 13 жастан. Етеккірі 3 күн, ретсіз, ауырсынусыз. Ж-2, Б-, А-1, Т-0. Гинекологиялық ауруларды жоққа шығарады. Объективті: іші жұмсақ, ауырсынусыз. Гинекологиялық қарауда: жатыр мойны таза, цилиндрлік. Ректо-вагинальді қарауда жатыры ұлғаймаған, қозғалмалы, ауырсынусыз, оң жақта 9 см дөңгеленген, тығыз-эластикалық консистенциялы, қозғалмалы, ауырсынусыз. СА-125 – 13 МЕ/мл. Аналық бездің жылауығында қатерлі ісік бар жоғын анықтайтын тексеру әдісі

- КЖМ МРТ
- интраоперационды гистологиялық зерттеу
- КЖМ МРТ ОМТ контрастпен
- КЖМ КТ

- КЖМ УДЗ

= Науқас 50 жаста дәрігерге жыл сайынғы тексеріспен қаралды. Анамнезінен менархе 13 жастан. Етеккірі 3 күн, ретсіз, ауырсынусыз. Ж-2, Б-, А-1, Т-0. Гинекологиялық ауруларды жоққа шығарады. Объективті: іші жұмсақ, ауырсынусыз. Гинекологиялық қарауда: жатыр мойны таза, цилиндрлік. Ректо-вагинальді қарауда жатыры ұлғаймаған, қозғалмалы, ауырсынусыз, екі жақта 6 см дұрыс емес, тас тәрізді консистенциялы, қозғалысы шектелген, ауырсынусыз. СА-125 – 15 МЕ/мл. Крукенберг ісігін жоққа шығару үшін қандай диагностикалық әдіс қолданған дұрыс

- КЖМ УДЗ

- ВГДС + колоноскопия

- интраоперационды гистологиялық зерттеу

- ҚҚМ МРТ контрастпен

- ҚҚМ КТ

= Науқас В. 64 жаста, бір жыл бұрын сол жақ сүт безінде ісік анықтаған, дәрігерге қаралмаған. Онкодиспансерге жіберіліп, науқасқа «сүт безінің қатерлі ісігі, IV сатысы, ісік ыдырауы» деген диагноз қойылды. Асқыну себебі

- науқасты толық тексермеу

- диагностикалық қателік

- аурудың жасырын ағымы

- дәрігерге уақытында қаралмау

- науқасты ұзақ тексеру

= скрининг кезінде 67 жастағы науқаста оң жақ сүт безінің жоғарғы сыртқы шаршыдағы I St (T1N0M0) обыры, түйіндік түрі анықталды. Радикальді мастэктомия жасалды., обыр ИГХ гормонға жоғары сезімтал. Келесі кезеңдегі емдеу түрі

- химиотерапия

- бақылау

- гормонотерапия

- сәулелік терапия

- иммунотерапия

= 20 жастағы науқас өзі сүт безінде ісік анықтап, маммолог дәрігерге қаралған. Қарау және пальпацияда: сыртқы шаршыда 2 см дейін, дөңгеленген, ауырсынбайтын, эластикалық, сүт безі тінінде қозғалмалы, айқын шекаралы түзіліс. Кениг симптомы оң. Болжам диагнозды атаныз

- өзекшеішілік папиллома

- фиброаденома

- түйінді мастопатия

- обыр

- мастит

= 65 жастағы науқаста бір ай ішінде сол жақ сүт безінің ұлғаюына шағымданады. Сол жақ сүт безін қарауда сүт безі ұлғайған, тығыз, тезісі «лимон қабығы» тәрізді, ареола кеңейген, үрпі ішке тартылған. Сол жақ қолтық астында лимфатүйіндердің тығыз конгломерат. Сүт безі обырының түрін көрсетініз

- ойылған жаралы

- маститтәрізді

- ісікті-инфилтративті

- панцирлі
- түйінді

= Науқас 32 жаста маммолог дәрігерге оң жақ үрпіден бір ай бойы қанды бөлініске шағымданады. Қарауда екі жақ сүт безі бірдей пішінде, жұмсақ, біртекті, үрпі орталықта, оң жақта жоғарғы шаршыда ареола нүктелерін басқанда үрпіден қанды бөлініс шығады. Болжам диагнозды көрсетіңіз

- обыр
- өзекшеішілік папиллома
- мастит
- түйінді мастопатия
- фиброаденома

= Науқас 52 жаста өзі оң жақ сүт безінде ісік анықтап, маммологқа қаралған. Қарауда оң жақ сүт безінде ішкі шаршыда 1,5 см дейін, дөңгеленген, ауырсынбайтын, шекарасы айқын емес, тас тәрізді тығыз, беті бұдырлығ сүт безі тінінде қозғалмайтын түзіліс. Кениг симптом оң. Болжам диагнозды көрсетіңіз

- өзекшеішілік папиллома
- мастит
- обыр
- фиброаденома
- түйінді мастопатия

= 67 жастағ науқас маммологқа сол жақ сүт безінің бір ай бойы ауырсынуына шағымданады. Қарауда сол жақ сүт безі көлемі кішірейген, тығыз, ауыр, терісі «тасбақа панцирі» тәрізді, үрпі ішіне тартылған. Терісі тығыз, кей жерлері ойылған, қыртыспен қабыршақталған, пигменттелген. Сол жақ қолтық астында тығыз лимфатүйін. Сүт безі обыры түрін көрсетіңіз

- ойық жаралы
- түйінді
- панцирлі
- маститтәрізді
- ісікті-инфилтративті

= 65 жастағы науқаста профилактикалық қарауда терапевт оң жақ сүт безінің жоғарғы сыртқы шаршыдағы IIIa St (T3N1M0) обырын, түйінді түрін анықтады. Диагноз гистологиялық анықталды. Обыр ИГХ гормонға жоғары сезімтал. Емдеу түрі

- химиотерапия
- кешенді терапия
- хирургиялық ем
- гормонотерапия
- сәулелік терапия

= Ойлау бұзылуының түрін анықтаңыз: "Сіз өзіңізді қалай сезінесіз" науқас жауап береді: "сіз"сезім" деген сөзбен түсінгеніңізге байланысты. Егер сіз олардың астында менің сезімдерімнен сіздің сезіміңізді түсінсеңіз, онда сіздің сезімдеріңіз туралы менің ойларыма сәйкес келмейді

- резонерлік
- паралогиялық ойлау
- символикалық ойлау
- пәндік нақты ойлау

- ойлаудың байланыссыздығы(инкогерентті ойлау
- 
- = Ойлау бұзылуының түрін анықтаңыз: Сұраққа "Алма ағашынан алма жақын жерде құлайды" деген сөзді қалай түсінесіз, науқас: "Алма әрқашан ағаштың жанында құлайды"деп жауап береді
  - резонерлік
  - символикалық ойлау
  - нақты ойлау
  - ойлаудың үзілуі
  - тақырыптан ауытқу
  -
- =Ойлау бұзылуының түрін анықтаңыз: "Айналада тым көп нәрсе бір тізбекке қосылады. Оқуға бара жатқанда мені қара киінген адам итеріп жіберді, содан кейін үйге оралғанда екі күдікті қоңырау болды, телефонды көтеріп, үнсіздікті естідім. Содан кейін кіреберісте "тағы да сен осындасың" деген жаңа жазу пайда болды, содан кейін үйлер суды өшірді. Мен балконға шығып, сол адамды көремін, бірақ қара көйлек киген. Ата-анасынан есікке қосымша құлып қосуды қажет екенін сұрау керек
  - аффективті ойлау
  - резонерлік
  - паралогиялық ойлау
  - аутистикалық ойлау
  - параноидты ойлау
  -
- = Белсенді (позитивті) психопатологиялық симптоматикаға барлығы жатады, тек
  - сандырақ
  - деменция
  - галлюцинация
  - сананның бұзылысы
  - иллюзия
  -
- = Тапшылық (дефицитарлық) (теріс) психопатологиялық симптоматологияға барлығы жатады, тек
  - делирий
  - абулия
  - тұлғаның регрессиясы
  - амнезия
  - деменция
  -
- = Жасөспірімнің ата-анасы (12 жаста) дәрігерге барып, олардың ұлы анда-санда үйден қашып, қаңғыбас, басқа қалаға кетіп, вокзалдарда түнейтінін айтты. Тағы да полиция бейтаныс қалаға кетуге тырысқанда пойыздан түсіріп алды. Жағдайды анықтаңыз
  - клептомания
  - пиромания
  - дипсомания
  - гипербулия
  - дромомания
  -
- =Науқас ештеңеге қызығушылық танытпайды, сөйлеспейді, уақытты төсекте өткізеді, өзін басқалардан көрпемен қоршап алады. Ол тек үстелге мәжбүрлеп әкеліп, қасықтан

тамақтандырылған жағдайда ғана қоректенеді. Төсекке жиі зәр шығарады және төсек-орын ауыстыруды сұрамайды. Бұл

- гипобулия
- апато-абулия
- стереотип
- каталепсия
- гипербулия
- 

=Науқас дауысы қарлыққанша көп сөйлейді, науқастардың кез-келгенімен сөйлесуге тырысады, бірақ соңына дейін тыңдамай, екіншісінің өлеңдерін құлшыныспен оқиды. Санитардың еденді жууға тырысып жатқанын көріп, оған көмекке асығады, бірақ көп ұзамай басталғаннан кейін шахмат ойнайтын науқастарға кеңес береді. Ол өз іс-әрекетіне шаршамайды, жылдам сөйлейді, көңіл-күй көтеріңкі. Бұл

- эйфория
- кататоникалық қозу
- маниакальды қозу
- мазасыз қозу
- гипербулия
- 

=Психопатологиялық симптомды атаңыз: науқас заттардың өзгеру сезімін сезінеді: олар бірде үлкен, бірде кішкентай, бірде қиғаш және т. б

- деперсонализация
- фотопсия
- сенестопатиялар
- дереализация
- психосенсорлық бұзылулар
- 

=Галлюцинаторлық бұзылыстың түрін көрсетіңіз: науқас дәрі қабылдауға тыйым салатын дауысты естиді

- гипнагогиялық галлюцинациялар
- ұсынылған галлюцинациялар
- императивті галлюцинациялар
- сахналық галлюцинациялар
- рефлекторлық галлюцинациялар
- 

=Симптомды атаңыз: науқас көрші палатадағы науқастар-жалған адамдар екеніне сенімді. Олардың арасынан туыстары мен әріптестерін табады. Бұл

- оң қосарланған сандырақ
- қарым-қатынас сандырағы
- теріс қосарланған сандырақ
- әсер ету сандырақтары
- интерметаморфозды сандырақ
- 

=Науқас 15 жаста, қабылдау бөлмене жеткізілді. Сұрақтарға қатты күлкімен, ысқырық жауап береді. Ол неше түрлі позаларды қолданады, дәрігерді мазақ етеді, күледі. Орындықтан секіріп, би билей бастады. Ол жылайды, бірақ бірден, ол барлығына ойнағанын мәлімдеді. Онда

- маниакальды қозу
- кататоникалық қозу

- делириозды қозу
  - гебефрениялық қозу
  - истериялық қозу
  -
- = Симптомды атаңыз: науқас әйелі арнайы аппараттың көмегімен мидың атрофиясын тудырады деп мәлімдейді. Зиянды құрылғының әсерін болдырмау үшін басына қалпақ киеді. Онда
- кудалау сандырағы
  - физикалық әсер ету сандырағы
  - қарым-қатынас сандырағы
  - паранойялды сандырақ
  - өте бағалы идея
  -
- =Деменция қай патологияға тән емес екенін көрсетіңіз
- Ми тамырларының атеросклерозы
  - Альцгеймер ауруы
  - Мидың травматикалық ауруы
  - Эпилепсия
  - Маниакальды-депрессиялық психоз
  -
- = Эпилепсиялық статус кезіндегі өмірге тікелей қауіп
- Мидың ісінуі
  - Өкпе ісінуі
  - Тоникалық құрысулар
  - Кома
  - Бастың жарақатының болуы
  -
- =.Эпилепсияға тән эмоциялардың бұзылуын көрсетіңіз
- Эйфория
  - Апатия
  - Мория
  - Дисфория
  - Қорқыныш
  -
- = Ретроградтық амнезия сипатталады
- Конфабуляциялармен
  - Сананың өшірілуімен жедел ми апатының алдындағы оқиғалардың жадынан шығуы
  - Есте сақтау қабілетінің жоғалуы, ағымдағы оқиғаларға есте сақтау қабілетінің болмауы
  - Псевдореминисценциялармен
  - Сананы өшіру кезеңіндегі амнезия
  -
- =Антероградтық амнезия сипатталады
- Барлық аталған мәлімдемелер
  - Бейсаналық күйдің немесе басқа психикалық бұзылыстың аяқталуынан кейінгі оқиғалар туралы естеліктерді жоғалту
  - Мұндай ұмытудың әртүрлі кезеңдерге таралуы (сағаттар, күндер, апталар
  - Осы, содан кейін ұмытылған кезеңде науқастардың дұрыс мінез-құлқы
  - Аталған мәлімдемелердің ешқайсысы жоқ

–

= Фиксациялық амнезия сипатталады

- Ағымдағы оқиғаларға жадтың болмауы
- Бейсаналық күйден бұрын болған оқиғаларды есте сақтау арқылы
- Көбейту қабілетін жоғалту
- Бейсаналық күйден кейінгі оқиғалардың жадынан шығуы
- Сананы өшіру кезеңінің амнезиясы

–

= Жағдайды анықтаңыз: науқас ұзақ уақыт ауруханада жатыр. Ешкіммен сөйлеспейді, пассивті бағынышты, бөлім ішіндегі жұмысқа қатысады, бірақ ол өз бастамасын көрсетпейді. Кейде ауруханадан шығару туралы сұрайды, бірақ оның белсенділігі тек сұрақ қоюмен шектеледі. Ол әлі де емделу керек деген жауапқа қанағаттанады

- Кататония
- Гебефрения
- Гипобулия
- Булимия
- Апатия

–

=Жағдайды атаңыз: науқас балалар туралы сөйлескенде жылай бастайды және олар туралы жақсы айтады. Ауруханада біраз уақыт болу керек деп айтқан кезде жылайды. Оны емдеуге уәде бергені үшін дәрігердің қолын сүюге тырысады. Тәртіп сақшысынан уәде алып, оны ұрып тастады, палатадағы көршілерімен кішкене мәселе бойынша жанжалдасады

- Дисфория
- Амбиваленттік
- Эмоционалды парадоксалдылық
- Аффективті тұрақсыздық
- Зұлым мания

–

=Жағдайды анықтаңыз: науқас қабырға бойымен өтіп, бірнеше қадамдар жасайды. Бір жаққа өтіп, ол тоқтайды, қандай да бір "артистикалық" қимыл жасайды, рифмалық фразаны айқайлайды, тік бұрылады, бірдей қадамдар жасап өтеді, қимылды қайталайды және бұрынғы фразаны айқайлайды да, кері бағытта қайта жүреді. Оны тоқтатуға тырысқан кезде мағынасыз қарсылық көрсетеді

- Патетикалық қозу
- Импульсивті қозу
- Маникальды қозу
- Кататоникалық қозу
- Делириозды қозу

–

=Ақыл-ой кемістігінің дәрежесін анықтаңыз: 14 жастағы жасөспірім, сөйлеу ақаулы, сыбырлайды, сөз қоры күрт шектеулі, сөйлеу стереотипті, шаблонды. Ол арнайы мектепте оқыды, бірақ 10-ға дейін әрең үйренді, оқи алмайды, бірақ ол жеке әріптерді атай алады. Қызығушылықтар физиологиялық қажеттіліктерді қанағаттандырумен шектеледі. Қарапайым тұрмыстық дағдылары біледі

- Жеңіл дәрежелі имбецилділік
- Идиотия
- Терең дәрежелі имбецилділік
- Терең дәрежелі дебилділік
- Терең дәрежелі идиотия

–  
=Жағдайды анықтаңыз: науқас немқұрайлы, амимикалық бет әлбетті. Ол сұрақтарға тек "жұлқылап оятқаннан" кейін, тек бір буынды немесе қысқа сөз тіркестерімен жауап береді. Жалғыз қалғаннанда, ол ұйқышылдыққа түседі

- Фрустрация
- Сопор
- Есеңгіреу (оглушение)
- Ступор
- Кома

–  
= Жағдайды анықтаңыз: бас ми жарақаты бар науқас ауруханаға жеткізілді. Өтірік айтады, басқа адамдарға жауап бермейді. Сөйлемейді. Жарыққа реакциясы сақталған, сіңір рефлекстері әлсіреген, патологиялық рефлекстер жоқ. Ауырсыну тітіркенуіне вербалды емес қысқа мерзімді реакция береді (ауырсыну сезімі, қолды алып тастау әрекеті). Жағдайдан шығу-толық амнезия

- Есеңгіреу (оглушение)
- Кома
- Сопор
- Аменция
- Ступор

–  
= Жағдайды анықтаңыз: науқас ұйқышыл, тежелген, айналаға бағдарсыздық байқалады. Қойылған сұрақтарға бірден емес, қиындықпен жауап береді, бір ғана жауаппен және кейде дұрыс емес жауаптар береді. Қарапайым нұсқауларды орындайды. Айналадағы тітіркендіргіштер науқасқа (науқастың өзінің айтуы бойынша), "мақта жүнінің тығыз қабаты арқылы" өткізгендей, бұл жағдайдан шыққан кезде ішінара амнезия ретінде жетеді

- Обнубиляция
- Фрустрация
- Есеңгіреу (оглушение)
- Сопор
- Кома

–  
= Жағдайды атаңыз: науқас орындақта ұйқылы бет әлпетімен отыр. Кейде орындықтан тұрып, бөлмеде баяу қозғалады. Сұрақтарға жауап бермейді. Патологиялық жағдайдан шыққан кезде ол: "оны және балаларды "белгісіз" адамдар басқа қалаға қалай алып кетті, онда "хирургтар" науқастың қолдарын, аяқтары мен бастарын кесіп тастады, балалар да бөлшектеді. Содан кейін оның "жақсы жанашырлары" пайда болды және бәрін желімдеді. Ауырған кезде ол қайда екенін есіне түсіре алмады. Палатаны азаптау бөлмесі, ал аурухананы ертегі қаласы деп қабылдады. Онда

- Делирий
- Аменция
- Сананың күңгіртенуі
- Онейроид
- Сананың ерекше жағдайы

–  
= Жағдайды атаңыз: шахмат ойыны кезінде науқас кенеттен қолында шахмат фигурасымен қатып қалды, фигура құлап түсті. Бұл жағдай 2-3 секундқа созылды. Осыдан кейін науқас абдырап қалды, ойларын жинай алмады, не болғанын түсінбеді

- Транс
- Амбулаториялық автоматизм

- Абсанс
- Фрустрация
- Ступор

–  
 =Жағдайды атаңыз: науқас күтпеген жерден және басқа қалада өзі үшін түсініксіз жағдайды байқады. Осы сапар барысында ол абдырап қалған, тұңғыық ойына батқан адам сияқты әсер қалдырды

- Дромомания
- Онейроид
- Амбулаториялық автоматизм
- Сананың күңгіртенуі
- Импульсивті әрекет

–  
 =Жағдайды анықтаңыз: түнде палатада дене қызуы көтерілген пневмониямен ауыратын науқас қабырғаларда, төбелерде үлкен өрмекшілер мен басқа да қорқынышты жәндіктердің қалай пайда болғанын көрді, олар құлап, оның жағына қарай жорғалап кетті. Қорқыныштан ол айқайлай бастады, көмекке шақырды, жасырынуға тырысты. Медициналық қызметкерлермен сөйлескенде ол атын, жасын дұрыс атады, бірақ қай жерде екенін түсінбеді, айналасындағы адамдарды достары, содан кейін туыстары деп атады

- Онейроид
- Делирий
- Сумерки
- Аменция
- Галлюциноз

–  
 =Симптомды атаңыз: науқаста өте тұрақсыз көңіл-күй бар, жағдайдың әсерінен көңіл-күйі тез ауыспалы. Ол эмоцияларын ұстай алмайды

- Дисфория
- Мания
- Депрессия
- Апатия
- Лабильділік

–  
 =Шизофренияның параноидты түрі үшін негізгі синдром бұзылулар болып табылады

- галлюцинаторлы-сандырақтық
- эмоционалды бұзылулар
- қимыл-қозғалысы-ерік-жігер бұзылысы
- өрескел мінез-құлықтың бұзылуы
- аффективті бұзылулар

–  
 =Жыныстық жетілу кезінде шизофренияның дебютінің жиі кездесетін белгісі

- псевдогаллюцинаторлық синдром
- парафренді синдромы
- кататоно-онейроид синдромы
- параноидты синдром
- дисморфоманиялық синдром

–  
 =Делирияны емдеу үшін ең алдымен қолданылады

- нейролептиктер

- есірткі психотерапиясы
- дезинтоксикация
- ЭСТ
- Антиконвульсанттар
- 

=Шизофренияға арналған ең аз сипатталатын патология

- Қабылдау
- Эмоционалды сала
- Естеу
- Ойлау
- Қозғалыс-ерік саласы
- 

=Депрессиялық синдром барлық белгілерді қамтиды, тек

- гипотимия
- қозғалтқыштың тежелуі
- парамнезия
- идеаторлық тежелу
- Диссомния
- 

=Ойлау бұзылысының қандай түрі дебилділікке тән

- нақты ойлау
- резонерлік ойлау
- жеделдетілген ойлау
- паралогиялық ойлау
- ойлаудың үзілуі
- 

=Есте сақтау қабілетінің бұзылуының белгілері мен синдромдарына төмендегілердің барлығы жатады, тек

- гипермнезия
- деменция
- гипомнезия
- палимпсест
- Криптомнезия
- 

=Науқас көңілді, мейірімді, өзін сансыз бай деп санайды, айналасындағыларға миллиондаған сыйлықтар береді, марапаттар береді, "әлемнің барлық барлау агенттері" болып табылатын "әлемнің үш есе батыры" деп мәлімдейді. Синдромды анықтаңыз

- маниакальды
- параноидты
- деменция
- гебефрениялық
- Парафрен
- 

= Қыз ең ақылды, ең әдемі, ең жақсы деп санайтын отбасында тәрбиеленді. Ең жақсысы оған басқа отбасы мүшелерінің қажеттіліктеріне қарсы берілді. Ол нашар оқыды, бірақ ата-аналар мұғалімдерді "қызды түсінбеді", "біздің ақылды қызды бағаламады" деп айыптады. Болашақта балада қандай тұлға пайда болуы мүмкін

- истероидты
- мазасыз
- параноидты

- шизоидты
- Астеникалық
- 

= 13 жастағы қыз, нормастеникалық дене бітімі, көршісінің "томпақ" екенін айтқаннан кейін өзін тамақпен шектей бастады. Түскі және кешкі астан бас тартты. Таңғы ас кезінде тек бір алма жейді. Оны күштеп тамақтандыруға тырысқанда, ол өздігінен құсуды тудырды. Екі апта ішінде ол 5 кг-ға арықтады, бірақ ол "өте толық"деп санайды. Жағдайды анықтаңыз

- параноид
- гипобулия
- жүйкелік анорексия
- депрессия
- Ипохондрия
- 

= Патологияның түрін көрсетіңіз: науқас денесінде үнемі қозғалатын жәндіктерді сезінетінін айтады

- Тактильді галлюцинация
- Жалған галлюцинациялар
- Шынайы галлюцинациялар
- Функционалды галлюцинациялар
- Висцеральды галлюцинация
- 

=Галлюцинаторлық бұзылыстың түрін көрсетіңіз: науқас бос пәтерде, оның әрекеттерімен бірге жүретін дауыстарды естиді

- Рефлекторлық
- Императивті
- Функционалды
- Комментирлеуші
- Сезігіш
- 

=Қабылдау патологиясының түрін көрсетіңіз: науқас тұмаудан кейін шамның әдеттегі жарығы, оған одан сайын жарық болып көрінетініне шағымданады, әдеттегі әңгіме оған адам төзгісіз қатты болып естіледі

- Иллюзия
- Дисфория
- Гиперестезия
- Сенестопатия
- Акозмалар
- 

= Патологияның түрін көрсетіңіз: науқас түрлі-түсті бұлыңғыр дақтар оның көз алдында қалқып жүргенін айтады

- Фотопсия
- Сенестопатия
- Акозмалар
- Иллюзия
- Гиперестезия
- 

=Симптомды атаңыз: ампутацияланған науқас "бас бармақта" ауырсынуды сезінеді

- Гиперестезия
- Елес

- Фантом Симптомы
- Дене схемасының бұзылуы
- Истерия
- 

=Симптомды атаңыз: науқас асқазан, ішек аймағында жырттылу, жану, қытықтау сезімін сезінеді

- Шынайы галлюцинация
- Жалған галлюцинация
- Сенестопатия
- Дерреализация
- Висцеральды галлюцинация
- 

=Симптомды атаңыз: науқас кейде бастың ұлғаюын немесе денесінің, аяқ-қолдың ұзарғанын (қысқарғанын), дене салмағының азаюын сезінеді

- Дерреализация
- Деперсонализация
- Иллюзиялық бұзылулар
- Галлюцинация
- Дене схемасының бұзылуы
- 

= Симптомды атаңыз: науқас өткен өмірдегі көріністерді "бастың бір жерінде" көреді, ол оған" арнайы " көрсетілгеніне сенімді

- Шынайы галлюцинация
- Галлюциноз
- Дерреализация
- Псевдогаллюцинация
- Императивті галлюцинация
- 

=Бұзылу түрін көрсетіңіз: науқасқа көше керемет ұзын, үйлер үлкен, өз денесі кішкентай сияқты көрінеді

- Иллюзия
- Галлюцинация
- Микропсия
- Порропсия
- Макропсия
- 

=Синдромды атаңыз: науқас оның ішектері шіріген деп санайды, тамақ сіңірілмейді, бірақ жамбас қуысына түседі

- Котар синдромы
- Кандинский-Клерамбо синдромы
- Парафренді синдромы
- Паранойялды синдромы
- Зиян келтіру сандырағы
- 

=Науқас 19 жаста, қабылдау бөлмесіне жеткізілді. Сұрақтарға қатты күлкі, ысқырық жауап береді. Ол көркем позаларды қабылдайды, дәрігерді мазақ етеді, күледі. Орындықтан секіріп, би билей бастады. Ол жылады, бірақ бірден бәрін ойнайтынын мәлімдеді. Науқаста

- Маникальды қозу
- Кататоникалық қозу

- Делириозды қозу
- Истерикалық қозу
- Гебефрениялық қозу
- 

=Жағдайды қарастырыңыз: науқас мазасыз, тынышсыз, ішінара байланысқа түседі, бірақ қоршаған ортада бағдар бұзылған. Төсектен жиі жылдам тұрады, жастықтың астынан бірдеңе іздейді, кереуеттің астына қарайды, төсек-орындарды ақтара береді, қабырғадан бірдеңе іздейді, жәндіктерді ұстауға тырысып, қолын қабырғаға айналдырады. Кейде ол қорқып қалады, қиялдағы сұхбаттасушыға сөйлеседі. Жетекші синдромды анықтаңыз

- Галлюцинаторлық
- Параноидты
- Делирий
- Сананың күңгіртенуі
- Аменция
- 

=Жағдайды атаңыз: науқас, шахмат ойнау кезінде кенеттен қолында шахмат фигурасымен қатып қалды, фигура құлап түсті. Ол 2-3 секундқа созылды. Осыдан кейін науқас абдырап қалды, ойларын жинай алмады, не болғанын түсінбеді. Онда

- Транс
- Амбулаториялық автоматизм
- Фрустрация
- Абсанс
- Ступор
- 

=Жағдайды атаңыз: науқас күтпеген жерден және басқа қалада өзі үшін түсініксіз жағдайды байқады. Осы сапар барысында ол абдырап қалған, тұңғық ойына батқан адам сияқты әсер қалдырды

- Дромомания
- Амбулаториялық автоматизм
- Онейроид
- Сананың күңгіртенуі
- Импульсивті әрекет
- 

=Жағдайды атаңыз: кенеттен, өзіне есеп бермей, айналасындағыларды түсінбестен, науқас бір жерде айнала бастайды және киімін шешеді. Бұл жағдай шамамен 1-2 минутқа созылады және кенеттен аяқталады

- Импульсивті қозу
- Стереотип
- Фуга
- Моторлы қозу
- Истериялық қозу
- 

=Жағдайды анықтаңыз: түнде палатада дене қызуы көтерілген пневмониямен ауыратын науқас қабырғаларда, төбелерде үлкен өрмекшілер мен басқа да қорқынышты жәндіктердің қалай пайда болғанын көрді, олар құлап, оның жағына қарай жорғалап кетті. Қорқыныштан ол айқайлай бастады, көмекке шақырды, жасырынуға тырысты. Медициналық қызметкерлермен сөйлескенде ол атын, жасын дұрыс атады, бірақ қай жерде екенін түсінбеді, айналасындағы адамдарды достары, содан кейін туыстары деп атады

- Онейроид

- Сумерки
- Делирий
- Аменция
- Галлюциноз
- 

= Жағдайды атаңыз: науқас 2 апта бойы кататоникалық ступормен ауырды, осы жағдайдан шыққан кезде ол ғарыштық саяхат жасағанын, ерекше планеталарға барғанын, өзінің "саяхатының" барлық бөлшектерін егжей-тегжейлі сипаттағанын айтты

- Түс көрудегі сананың бұзылуы
- Люцидті кататония
- Онейризм
- Каталепсия
- Онейроидты кататония
- 

=Жағдайды атаңыз: науқас үнемі төсекте эмбриональды қалыпта жатыр, оның барлық бұлшықеттері кернелген, жақтары қысылған, ерні алға созылған

- Каталепсия
- Бұлшықеттің толық жансыздану ступоры
- Негативистік ступор
- Субступор
- Абулиялық ступор
- 

=Жағдайды атаңыз: науқас үнемі төсекте эмбриональды қалыпта жатыр, оның барлық бұлшықеттері кернелген, жақтары қысылған, ерні алға созылған

- Каталепсия
- Негативистік ступор
- Бұлшықеттің толық жансыздану ступоры
- Субступор
- Абулиялық ступор
- 

= Шизофренияның кататоникалық түрі үшін негізгі симптомы

- эмоционалды бұзылулар
- галлюцинаторлық сандырақ
- мінез-құлықтың өрескел бұзылуы
- моторлы-ерік бұзылыстары
- аффективті бұзылулар
- 

=Шизофренияның карапайым түрі үшін негізгі симптомы

- эмоционалды бұзылулар
- галлюцинаторлық сандырақ
- моторлы-ерік бұзылыстары
- мінез-құлықтың өрескел бұзылуы
- аффективті бұзылулар
- 

=Шизофренияның гебефрениялық түрі үшін негізгі осьтік синдромдар

- галлюцинаторлық сандырақ
- моторлы-ерік бұзылыстары
- мнестические
- эмоционалды бұзылулар және мінез-құлықтың өрескел бұзылуы
- аффективті бұзылулар

- 
- =Симптомды атаңыз: науқас көрші палатадағы науқастар-жалған адамдар екеніне сенімді. Олардың арасынан туыстары мен әріптестерін табады. Бұл
  - оң қосарланған сандырақ
  - қарым-қатынас сандырағы
  - теріс қосарланған сандырақ
  - әсер ету сандырақтары
  - интерметаморфозды сандырақ
- 
- =Галлюцинаторлық бұзылыстың түрін көрсетіңіз: науқас бос пәтерде, оның әрекеттерімен бірге жүретін дауыстарды естиді
  - Рефлекторлы галлюцинация
  - Императивті галлюцинация
  - Функциональды галлюцинация
  - Сезіну (внушенные) галлюцинация
  - Комментирлеуші галлюцинация
- 
- =Галлюцинаторлық бұзылыстың түрін көрсетіңіз: науқас дәрі қабылдауға тыйым салатын дауысты естиді
  - Гипнагогиялық галлюцинация
  - Сезіну галлюцинация
  - Сахналық галлюцинация
  - Императивті галлюцинация
  - Рефлекторлық галлюцинация
- 
- =Параноидты синдром барлық белгілерді қамтиды, тек
  - галлюцинаторлық бұзылулар
  - сандырақ идеялар
  - күдік
  - брендтің мән-жайы
  - прогрессивті амнезия
- 
- =Кататоникалық синдром барлық белгілерді қамтиды, тек
  - персеверация
  - балауыз икемділігі
  - эхо-симптомы
  - вербигерация
  - Негативизм
- 
- =Психикалық автоматизм синдромы барлық белгілерді қамтиды, тек
  - жалған галлюцинациялар
  - сандырақ әсер ету идеялары
  - идеаторлық автоматизм
  - персеверация
  - сөйлеу жылдамдығы автоматизмі
  - моторлы автоматизм
- 
- =Ойлау бұзылуының түрін анықтаңыз "Айналада тым көп нәрсе бір тізбекке қосылады. Оқуға бара жатқанда мені қара киінген адам итеріп жіберді, содан кейін үйге оралғанда екі күдікті қоңырау болды, телефонды көтеріп, үнсіздікті естідім. Содан кейін кіреберісте

"тағы да сен осындасың" деген жаңа жазу пайда болды, содан кейін үйлер суды өшірді. Мен балконға шығып, сол адамды көремін, бірақ қара көйлек киген. Ата-анасынан есікке қосымша құлып қосуды қажет екенін сұрау керек

- аффективті ойлау
- резонерлік
- параноидты ойлау
- паралогиялық ойлау
- аутистикалық ойлау
- 

=Патологияның түрін көрсетіңіз: науқас асқазанында жыландарды сезінеді

- Висцеральды галлюцинация
- Сенестопатия
- Дене схемасының бұзылуы
- Иллюзия
- Псевдогаллюцинация
- 

=Патологияның түрін көрсетіңіз: науқас денеде үнемі қозғалатын жәндіктерді сезінетінін айтады

- Жалған галлюцинациялар
- Шынайы галлюцинациялар
- Тактильді галлюцинация
- Функционалды галлюцинация
- Висцеральды галлюцинация
- 

=Науқас көңілді, мейірімді, өзін сансыз бай деп санайды, айналасындағыларға миллиондаған сыйлықтар береді, марапаттар береді, "әлемнің барлық барлау агенттері" болып табылатын "әлемнің үш есе батыры" деп мәлімдейді. Синдромды анықтаңыз

- маниакальды
- параноидты
- деменция
- парафренді
- Гебефрениялық
- 

=Галлюциаторлық бұзылыстың түрін көрсетіңіз: науқас дәрі қабылдауға тыйым салатын дауысты естиді

- Императивті галлюцинация
- Гипнагогиялық галлюцинация
- Сезіну галлюцинация
- Сахналық галлюцинация
- Рефлекторлық галлюцинация
- 

=Галлюциаторлық бұзылыстың түрін көрсетіңіз: науқас оянған кезде өзімен сөйлеседі

- Вербальды
- Гипнопомпикалық
- Функционалды
- Экстракампин
- Гипнагогикалық
- 

=Психопатологиялық симптомды атаңыз: науқас өзінің және басқалардың ойларының дыбысын еститінін айтады, әсіресе кешке

- Функционалды галлюцинация
- Псевдогаллюцинация
- Ұсынылған (внушенные) галлюцинация
- Иллюзия
- Гипнопомпиялық галлюцинация
- 

=Психопатологиялық симптомды атаңыз: науқас заттардың өзгеру сезімін сезінеді: оларды үлкен, кішкентай, қиғаш және т. б

- Иллюзия
- Көру галлюцинация
- Сенестопатиялар
- Дерезация
- Психосенсорлық бұзылулар
- 

=Аталған галлюцинациялардың ішіндегі ең қауіптісі

- Императивті галлюцинация
- Жалған галлюцинация
- Шынайы галлюцинация
- Функционалды галлюцинация
- Комментирленген галлюцинация
- 

=Симптомды атаңыз: науқас айтады, оның тілімен сөйлемдер айтуға, оның қалауына қарсы мәжбүрлеп сөйлетеді деп мәлімдейді

- Жалған галлюцинациялар
- Егіздік (двойника) симптомы
- Императивті галлюцинация
- Шынайы галлюцинация
- Идеомоторлы психикалық автоматизм
- 

= Ауыр белгіні көрсетіңіз: кенеттен науқас ашуланшақ көңіл-күйге ие болды, ол басқаларды ренжіте бастады, тіпті агрессивті болды. Бұл жағдай кенеттен басылып, науқас қорлаған және ренжіткен адамдардан кешірім сұрады

- Мания
- Эмоционалды жеткіліксіздік
- Амбивалентті
- Эмоционалды парадоксализм
- Дисфория
- 

=Жағдайды атаңыз: науқас төсектен тұрмайды, төсекте денесіне аяқ-қолдарын бүгілген күйде жатып алған. Оның орнын өзгертуге тырысқанда үнсіз қарсылық білдіреді

- Каталепсия
- Апатиялық ступор
- Белсенді негативизммен ступор
- Психогендік ступор
- Пассивті негативизммен ступор
- 

=Жағдайды атаңыз: науқас үнемі төсекте эмбриональды қалыпта жатыр, оның барлық бұлшықеттері кернелген, жақтары қысылған, ерні алға созылған

- Бұлшықеттің толық жансыздану ступоры
- Каталепсия

- Негативистік ступор
- Субступор
- Абулиялық ступор
- 

=Айқын қозғыштық, ұстамсыздық, қоғамға жат әрекеттер кезінде тағайындалады

- ноотроптар
- седативтер
- антидепрессанттар
- нейрорептиктиктер
- жыныстық гормондар
- 

=Нейрорептиктиктерге мыналар жатады

- аминалон
- ноотропил
- аминазин
- циннаризин
- Кавинтон
- 

= Антидепрессанттарға қандай препарат жатады

- амитриптилин
- сфигнолицин
- стрептомицин
- амоксиклав
- Доксциклин
- 

=Электр ұстараның шуылында науқас оның мінез-құлқына комментирленген дауысты естиді, галлюцинаторлық бұзылыс атаңыз

- Функционалды галлюцинациялар
- Жалған галлюцинациялар
- Ұсынылған галлюцинациялар
- Гипнагогиялық галлюцинациялар
- Экстракампиндік галлюцинациялар
- 

=Гашишпен жедел интоксикация барлық аталған бұзылулардан көрінеді, тек

- жеңілдік күйінің өсуі, секіруге, билеуге, көркем позаларды қабылдауға деген ұмтылыс
- эмоционалды фонның күрт ауытқуы (ашуланшақтық, көтеріңкі көңіл-күй
- кең таралған қиялдардың, иллюзиялардың пайда болуы
- жүрек айнуы, аузындағы ащы сезім, сілекей ағу, бас айналу
- дыбыстардың сөну сезімі
- 

= Жедел кокаинмен улану клиникасы жоғарыда айтылғандардың барлығымен сипатталады, тек

- қысқа мерзімді өткір бас ауруы және жеңіл бас айналу
- энергияның толқыны, "қайнаған әрекет" сезімі
- есте сақтаудың, зейіннің, жалпы интеллекттің өршуі
- өз тұлғасын қайта бағалау
- аштық сезімі
- 

= Өзгертілген реактивтілік синдромы жоғарыда аталғандардың барлығын қамтиды, тек

- абстинентті синдромының пайда болуы
- мас ететін затты тұтыну формасының өзгеруі
- төзімділіктің өзгеруі
- дозаланғанда қорғаныс реакцияларының жоғалуы
- мас болу формасының өзгеруі

=Нашақорлықтың қалыптасуының басталуы жоғарыда аталғандардың барлығымен анықталады, тек

- есірткінің әсерінен психикалық және физикалық әл-ауқаттың қолайлы ауысуы
- белгілі бір препаратқа артықшылық беру
- есірткіні қабылдаудың жүйелілігі
- абстиненттік синдромы
- препараттың бастапқы әсерінің жоғалуы

= Бет терісінің қышуы-бұл теріс пайдалану кезінде белгілі бір шектейтін биологиялық (қорғаныс) реакция

- опиаттар
- гашиш
- барбитураттар
- эфедрин
- Галлюциногендермен

=Есірткіге психикалық тәуелділік синдромы жоғарыда айтылғандардың барлығын қамтиды, тек

- есірткіге обсессивті тарту
- интоксикация кезінде психикалық жайлылыққа қол жеткізу қабілеттері
- импульсивті тарту
- абстиненттік
- психологиялық тартымдылық

= Есірткіге физикалық тәуелділік синдромы жоғарыда айтылғандардың барлығын қамтиды, тек

- компульсивті тарту
- булимия
- интоксикация кезінде физикалық жайлылыққа қол жеткізу қабілеттері
- абстиненттік синдромы
- анозогнозиялар

=Абстиненттік синдромының қалыптасуы тұтыну кезінде қысқа мерзімде жүреді

- героин
- барбитураттар
- гашиша
- эфедрина
- Алкоголь

=Нашақордың моральдық-этикалық деградациясы көрінеді

- паразиттік өмір салты
- тізімделгендердің барлығына
- отбасымен және достарымен байланысты үзу, эмоционалды тегістеу
- еңбек етуге деген ұмтылысын жоғалту

- Эгоцентризм
- 
- =Топтық тәуелділік келесі жағдайларда пайда болады
  - каннабиноидтарды қолдану
  - опиаттарды қолдану
  - галлюциногендерді қолдану
  - ұйықтататын және седативті препараттарды қолдану
  - Алкоголь
  -
- =Алкогольдің шектен шығуы кезіндегі оқиғалардың ішінара немесе толық есте сақталуы болмауы-бұл
  - фиксациялық амнезия
  - антероградтық амнезия
  - палимпсест
  - жалған(псевдозапой
  - ретроградтық амнезия
  -
- =Шынайы ішімдік пен жалған ішімдіктің айырмашылығы
  - циклдік
  - айқын соматикалық белгілер
  - психикалық бұзылулардың пайда болуы
  - ұзақтығы
  - психотикалық эпизодтар
  -
- =Алкоголизмнің қай кезеңінде жедел алкогольдік психоз пайда болады
  - бірінші
  - үшінші
  - өзгерген реактивтілік синдромы
  - екінші
  - жоғарыда айтылғандардың барлығы
  -
- =Науқас оны қоршап тұрған заттардың жақындағанын немесе одан алыстап бара жатқанын көреді, заттарға дейінгі қашықтық керемет ұзарады
  - шынайы галлюцинация
  - сенестопатия
  - дереализация
  - дене схемасының бұзылуы
  - иллюзия
  -
- =Белсенді (позитивті) психопатологиялық белгілерге мыналар жатады
  - Гипоэстезия
  - Ступор
  - Деменция
  - Сандырақ
  - Аменция
  -
- =Симптомды атаңыз: науқас көрші палатадағы науқастар-жалған адамдар екеніне сенімді. Олардың арасынан туыстары мен әріптестерін табады. Бұл
  - оң қосарланған сандырақ
  - қарым-қатынас сандырағы

- теріс қосарланған сандырақ
- әсер ету сандырақтары
- интерметаморфозды сандырақ