

ОНТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары		«Оңтүстік-Қазақстан медицина академиясы» Кәсіптік АҚ «Оңтүстік-Қазақстан медицина академиясы» 69/32 беттің 1 беті

БАҚЫЛАУ – ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ

Бағдарламаның №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары

Пәні: «Гастроэнтерология»

ББ атауы және шифры: «Терапия» - 6В10120

Оқу сағаты/кредит көлемі: 6/144

Оқу курсы мен семестрі: 6 курс, 12 семестр

Құрастырған: ассистент Ахметова Л.В.

Кафедра меңгерушісі м.ғ.к., қауым.профессор Қауызбай Ж.Ә. _____

Хаттама № _____ « _____ » _____ 2025 ж.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары	АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» 32 беттің 2 беті

<question>Сарысулық амилазаның айтарлықтай жоғарылауы тән:

<variant>жедел панкреатитке

<variant>жедел гепатитке

<variant>жедел гепатитке

<variant>жедел пиелонефритке

<variant>жедел холециститке

<question>Қан сарысуындағы трипсиннің белсенділігі жоғарылайды:

<variant>созылмалы панкреатиттің өршуінде

<variant>жедел гепатитте

<variant>ойық жара ауруында

<variant>перитонитте

<variant>жедел холециститте

<question>Эритроциттердің гемолизі кезінде конъюгацияланбаған билирубин деңгейінің жоғарылауы тән

<variant>уробилинурияға

<variant>терінің қышуына

<variant>гипертрансаминаземияға

<variant>сілтілі фосфатазаның жоғарылауына

<variant>гамма - глутамилтранспептидазаның ұлғаюына

<question>Қан сарысуындағы конъюгацияланбаған билирубиннің жоғарылауы тән емес:

<variant>калькулозды емес холециститке

<variant>функционалды Гилберт

гипербилирубинемиясына

<variant>мейленграхт синдромына

<variant>созылмалы белсенді гепатитке

<variant>гемолитикалық анемияға

<question>Қан сарысуындағы аланин

трансаминазасының жоғарылауы тән емес:

<variant>бүйрек ауруларына

<variant>миокардитке

<variant>кез-келген этиологиядағы

гепатоциттердің некрозына

<variant>қаңқа бұлшықетінің жарақаттарына

<variant>миокард инфарктісіне

<question>Қандағы g-глутамилтранспептидазаның жоғарылауы тән емес:

<variant>стероидты ем әсеріне

<variant>алкогольді тұтынуға

<variant>инфекциялық мононуклеозге

<variant>холестазға

<variant>кез келген гепатотоксикалық затпен улану

<question>Холестерин концентрациясының жоғарылауы тән емес:

<variant>гипертиреозға

<variant>қант диабетіне

<variant>билиарлы циррозға

<variant>холестатикалық гепатитке

<variant>алкоголизмге

<question>Бауыршілік холестаз тән емес:

<variant>қан сарысуындағы конъюгацияланбаған билирубин фракциясының жоғарылауына

<variant>билирубинурияға

<variant>қандағы сілтілі фосфатазаның жоғарылауына

<variant>гиперхолестеринемияға

<variant>қандағы өт қышқылдарының пайда болуына

<question>12 елі ішектің шырышты қабығынан және аш ішектің жоғарғы бөлігінен бөлінетін келесі гормондардың қайсысы ас қорыту ферменттеріне бай ұйқы безі шырынын шығаруды ынталандырады?

<variant>холецистокинин

<variant>секретин

<variant>глюкагон

<variant>ұйқы безінің полипептиді

<variant>вазоактивті интестинальды пептид

<question>Гастрин-17 бөлінеді:

<variant>Асқазанның антральды бөлімінде

<variant>Асқазанның негізгі бөлімінде

<variant>12-елі ішектің шырыштықабатында

<variant>Бруннер бездерінде

<variant>Ұйқы безінде

<question>Секретиннің 12 елі ішектің шырышты жасушаларынан босатылуына әсер етеді

<variant>12 елі ішекке тұз қышқылының түсуі

<variant>өт

<variant>майлардың 12 елі ішекке түсуі

<variant>дисахаридтердің 12 елі ішекке түсуі

<variant>12 елі ішектің PH 4-тен жоғары болуы

<question>Асқазан сөліндегі сутегі иондарының концентрациясын анықтауда нақты ақпарат береді:

<variant>РН-метрия

<variant>фенолфталейнмен титрометрия

<variant>титрометрия с фенол-ауыз

<variant>бейтарап қызыл түсті титрометрия

<variant>ацидотест

<question>Асқазанның PH ортасын тәуліктік бақылау келесі мақсаттарда жүзеге асырылады

<variant>антисекреторлық препараттың оңтайлы дозасын және тағайындау уақытын анықтау

<variant>асқазандағы ойық жара және қабыну

процесінің орналасуын нақтылау

<variant>асқазан обырын диагностикалау

<variant>асқазан полипозын анықтау

<variant>асқазан жарасының тыртықтану

кезендерін анықтау

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары	«Южно-Казахстанская медицинская академия» 32 беттің 3 беті

<question>Гастродуоденальды шырышты қабықтың инфекциясы бірге жүреді
<variant>белсенді антральды гастриттің дамуымен
<variant>ахлоргидриямен
<variant>асқазанның негізгі бездерінің диффузды атрофиясымен
<variant>гастрин секрециясының төмендеуімен
<variant>өт өндірісін ынталандырумен
<question>Жоғарыда аталғандардың ішінен ұзақ мерзімді субфебрилитеті бар науқастарды зерттеуге кірмейді:
<variant>Helico Bacter pylori анықтау
<variant>Райт, Видаль, Хельсон реакциясы, токсоплазмозға қан анализі
<variant>Стерильділікке және анаэробтарға қан себу
<variant>Амбурже және Нечипоренко сынабалары, колониялар санымен және антибиотикограммамен несеп культурасы
<variant>Манту реакциясы
<question>Жоғарыда айтылғандардың ішінен қандай ауру ретроградтық холангиопанкреатографияға қарсы көрсеткіш емес:
<variant>асқазан жарасы
<variant>жедел панкреатит
<variant>асқазанның ыдырайтын қатерлі ісігі
<variant>жедел гепатит
<variant>жедел асқазан-ішектен қан кету
<question>Төменде келтірілген аурудың қайсысын диагностикалау үшін ультрадыбыстық зерттеу ең төменгі ақпаратты әдіс:
<variant>склерозды холангит
<variant>бауыр циррозы
<variant>холецистолитиаз
<variant>порталдық гипертензия синдромы
<variant>жедел және созылмалы гепатит
<question>Ультрадыбыстық зерттеу кезінде нашар анықталады
<variant>Фатер емізік қатерлі ісігі
<variant>Холелитиаз
<variant>Бауыр гемангиомасы
<variant>Ұйқы безінің кистасы немесе абсцесі
<variant>Бауырдағы ошақты процесс
<question>Гепатомегалия туу себебін анықтауда ең жоғарғы ақпаратты әдістер
<variant>Бауыр биопсиясы
<variant>Бауыр функцияларын биохимиялық зерттеу
<variant>Ультрадыбыстық зерттеу
<variant>"Феттат" РФП-мен бауырды сканерлеу
<variant>Селективті ангиография

<question>Бауырдың тері астындағы пункциялық биопсиясын жүргізуге қарсы көрсетілімдерге жатпайды
<variant>бауырдың белсенді циррозы
<variant>тромбоцитопения-50 мың / мм3
<variant>жедел вирустық В гепатиті
<variant>науқастың келісімінің болмауы
<variant>ішкі қан кетуге күдік
<question>Жоғарғы ас қорыту жолдарының фиброэндоскопиясына қарсы көрсетілім:
<variant>астматикалық жағдай
<variant>жоғарғы ас қорыту жолынан қан кету
<variant>өңеш дивертикуласы
<variant>өңештің варикозды тамырлары
<variant>асқазанның кардиальды қатерлі ісігі
<question>Аталған диагностикалық әдістерден механикалық сарғауды анықтау үшін ең маңыздысы
<variant>ретроградтық холангиопанкреатография
<variant>көктамырішілік холангиография
<variant>бауыр скintiграфиясы
<variant>пероральді холецистография
<variant>тікелей спленопортография
<question>Тері арқылы бауыр биопсиясының ең жиі байқалатын және ауыр асқынуы
<variant>іш қуысына қан кету
<variant>өт перитониті
<variant>плевра қуысына қан кету
<variant>өт эмболиясы
<variant>іш қуысы мүшелерінің инемен зақымдануы
<question>Колоноскопияға абсолютті қарсы көрсеткіштер:
1) спецификалық емес ойық жаралы колиттің және Крон ауруының ауыр түрі
2) декомпенсацияланған жүрек және өкпе жеткіліксіздігі
3) гемофилия
4) жедел парапроктит
5) қан кететін геморрой:
<variant>дұрыс жауап 1, 2
<variant>дұрыс жауап 2, 3
<variant>дұрыс жауап 3, 4
<variant>дұрыс жауап 4, 5
<variant>дұрыс жауап 1, 5
<question>Қандай патологиямен науқастар гастроскопияға арнайы дайындықты қажет етеді:
<variant>пилорлық стенозбен
<variant>асқазан жарасымен
<variant>созылмалы гастритпен
<variant>эрозиялық гастритпен
<variant>асқазан полиптерімен

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары		АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» 32 беттің 4 беті

<question>Медициналық статистикалық зерттеулердегі сенімділік деңгейі зерттелетін белгінің ықтималдығы болып табылады
<variant>95%
<variant>90%
<variant>92%
<variant>68%
<variant>94%
<question>Бауырдың диффузды ауруларында тұрақты жұмыс қабілеттілігі жоғалуы мүмкін
<variant>қайталанатын бауыр энцефалопатиясымен асқынған бауыр циррозында
<variant>аутоиммунды гепатит кезінде
<variant>субкомпенсация сатысындағы алкогольдік бауыр циррозы кезінде
<variant>вирустық гепатит В кезінде
<variant>қант диабетімен көрінетін гемохроматоз кезінде
<question>Эзофагогастродуоденальды қан кетуді тудыруы мүмкін аурулардың ішінде қан құсу сирек болуы тән
<variant>өңеш дивертикуласына
<variant>диафрагманың өңеш саңылауының грыжасына
<variant>веналардың варикозды кеңеюіне
<variant>12 елі ішектің ойық жарасына
<variant>асқазан жарасына
<question>Диафрагманың өңеш саңылауының грыжасы кезіндегі ауырсынуды жеңілдету үшін ең тиімді болып табылады:
<variant>церукал
<variant>платифиллин
<variant>но-шпа
<variant>атропин
<variant>седуксен
<question>Өңештің тарылуы әдетте мыналарға байланысты:
<variant>өңештің асқазан жарасына
<variant>созылмалы пневмонияға
<variant>ойық жара ауруына
<variant>катаральды рефлюкс-эзофагитке
<variant>диафрагманың өңеш саңылауының грыжасы қысылып қалуына
<question>Өңештің бастапқы идиопатиялық гипертензиясында емдеудің негізгі әдісі
<variant>невроздарды емдеу
<variant>тұтқыр, шырышты қабатты қорғайтын дәрілер
<variant>жалпы күш беретін дәрілер
<variant>диеталық терапия
<variant>физиотерапия
<question>Баррет өңешінің белгілері:

<variant>сілтілі өңеш
<variant>өңештің төменгі бөлігіндегі эпителийдің цилиндрлік метаплазиясы
<variant>туа біткен қысқа өңеш
<variant>өңеш перистальтикасының болмауы
<variant>өңештің жарасы
<question>Өңештің асқазан жарасын ажырату керек:
<variant>ойық жаралы қатерлі ісікпен
<variant>лейомиомамен
<variant>лейкоплакиямен
<variant>саркомамен
<variant>өңеш дивертикуласымен
<question>Лейкоплакия ұғымына мыналар жатады
<variant>мүйізгектенген эпителийдің ошақтары
<variant>қатерсіз ісік
<variant>қатерлі ісік
<variant>өңештің саңырауқұлақ инфекциясы
<variant>кистозды эзофагит
<question>Созылмалы эзофагитті диагностикалаудың негізгі әдісі
<variant>эзофагоскопия
<variant>РН-метрия
<variant>рентгенография
<variant>эзофаготономография
<variant>цитология
<question>Кардия ахалазиясы бар науқастарды диспансерлеу кезінде тексеру жүргізу керек
<variant>жылына 2 рет
<variant>жылына 1 рет
<variant>жылына 3 рет
<variant>үздіксіз бақылау
<variant>2 жылда 1 рет
<question>Аутоиммунды пангастрит кезіндегі ахилия мыналарға байланысты:
<variant>асқазан бездерінің диффузды атрофиясына
<variant>асқазанның безді аппаратында органикалық өзгерістердің болмауына
<variant>белсенді гастритпен
<variant>гипергастринемияға
<variant>ішек метаплазиясына
<question>Ахлоргидрия байқалатын жағдайлар:
<variant>Ересектердегі пернициозды анемия кезінде
<variant>Менетрие ауруында
<variant>Лимфоцитарлы гастритте
<variant>Эозинофильді гастритте
<variant>Гранулематозды гастритте
<question>Асқазанның жедел кеңеюі клиникалық көрінісіне тән ЕМЕС:
<variant>Метеоризм

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары	«Южно-Казахстанская медицинская академия» 32 беттің 5 беті
---	--	--	---

<variant>Іш пердесінің тітіркену белгілері
 <variant>Жедел ауырсыну
 <variant>Қиналумен жүретін құсу
 <variant>Шөлдеу сезімі
 <question>Лимфоцитарлы гастритке тән белгілер:
 <variant>Асқазанның шырышты қабығының
 меншікті қабатына лимфоциттердің
 инфильтрациясы
 <variant>Шырышты қабықтың эозинофильді
 инфильтрациясы
 <variant>Аллергиялық аурулармен
 патогенетикалық байланысы
 <variant>Қышқыл түзу қабілетінің тұрақты
 төмендеуі
 <variant>Эпителийдің ауыр дисплазиясы
 <question>Хеликобактерлі созылмалы гастриттің
 негізін құрайды:
 <variant>Асқазанның шырышты қабығының
 меншікті қабатында нейтрофилдермен,
 лимфоциттермен және плазмоциттермен қабыну
 инфильтрациясы
 <variant>Эпителий мен бездердің ошақтық
 атрофиясы
 <variant>Метаплазия
 <variant>Шырышты қабықтың микробтармен
 колонизациясы
 <variant>Эпителий мен бездердің диффузды
 атрофиясы
 <question>Пилорус стенозының сенімді
 клиникалық белгісі:
 <variant>Ас қабылдағаннан кейін 3–4 сағаттан
 соң байқалатын “су шашқандағы” секілді шу
 <variant>Іштің кебуі
 <variant>Траубе аймағында резонанс
 <variant>Өтпен құсу
 <variant>Қарағанда көруге болатын
 перистальтика
 <question>Симптоматикалық жаралардың ойық
 жара ауруынан басты айырмашылықтары:
 <variant>Созылмалы қайталанбалы ағымының
 болмауы
 <variant>Жараның орналасуы
 <variant>Жараның көлемі
 <variant>Қан кету
 <variant>Жиі пенетрация
 <question>Он екі елі ішектің жарасы жиі пайда
 болады:
 <variant>Бауыр циррозында
 <variant>Аддисон–Бирмер анемиясында
 <variant>Гипофиз жеткіліксіздігінде
 <variant>Жүктілік кезінде
 <variant>Бүйрек үсті безі жеткіліксіздігінде

<question>Науқас 49 жаста. Соңғы 3 айда
 терапияға төзімді, массивті асцит және кахексия
 дамыған. Бұрын өзін сау деп санаған. Қарау
 кезінде бауыр мен көкбауыр мөлшері қалыпты,
 теріде бауырлық белгілер жоқ. Орташа
 дәрежедегі анемия, ЭТЖ жоғары,
 гипопроteinемия. Несептегі амилаза белсенділігі
 – нормада. Болжам диагноз:
 <variant>Канцероматоздық асцит
 <variant>Ұйқы безі рагы
 <variant>Лимфосаркома
 <variant>Созылмалы панкреатит
 <variant>Бауыр циррозы
 <question>Пилорикалық хеликобактериоздың
 клинико-морфологиялық түрлеріне кірмейді:
 <variant>Созылмалы аутоиммундық гастрит
 <variant>Жедел гастрит
 <variant>Созылмалы гастрит
 <variant>Созылмалы гастродуоденит
 <variant>Асқазан мен он екі елі ішектегі
 қайталанатын жаралармен өтетін жара ауруы
 <question>Менетрие ауруына тән емес:
 <variant>Дене қызуының көтерілуі
 <variant>Асқазаннан ақуыздың жоғалуы
 <variant>Анемия
 <variant>Асқазан қатпарларының алып
 гипертрофиясы
 <variant>Дене салмағының төмендеуі
 <question>Ер адам, 49 жаста. Бір жыл бұрын
 тотальды гастрэктомия жасалған. Отадан кейін
 қатты қыжыл мазалайды.
 Қай препарат бұл белгіні азайтады?
 <variant>итоприд
 <variant>омепразол
 <variant>рамепрезол
 <variant>мизопростол
 <variant>ранитидин
 <question>Асқазан полиптері көбіне орналасады:
 <variant>Асқазанның антралды бөлімінде
 <variant>Үлкен иін бойында
 <variant>Кіші иін бойында
 <variant>Асқазан денесінде
 <variant>Пилорикалық канал аймағында
 <question>Асқазан формасының «құм сағат»
 пішіне ұқсап өзгеруінің себебі:
 <variant>Асқазан рагы
 <variant>Лимфома
 <variant>Асқазан жарасы
 <variant>Сифилис
 <variant>Он екі елі ішектің жарасы
 <question>Керлинг жаралары байқалатын
 жағдайлар:
 <variant>Күйік ауруында

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары		АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» 69/ 32 беттің 6 беті

<variant>Жарақат кезінде
<variant>Миокард инфарктінде
<variant>Сепсисте
<variant>Гормоналды препараттарды қабылдағанда
<question>Атеросклероз және жүрек-қантамыр жеткіліксіздігі фонындағы симптоматикалық жараларға тән емес:
<variant>Айқын ауырсыну синдромы
<variant>Диспепсиялық бұзылыстар
<variant>Маусымдық өршу болмауы
<variant>Ауырсынудың кезеңділігінің болмауы
<variant>Қан кету
<question>56 жастағы науқас эпигастрий аймағындағы ауырсынуға шағымданады. Бірнеше сағаттан кейін ауырсыну тамақ тұсы қысылып қалғандай сезімімен, ауа жетпеу, сол қолдың ұйып қалуы және жауырын арасы ауыруымен қатар жүреді. Анамнезінде – асқазан жарасы. Қарауда: іш кебіңкі, қалпын өзгерткенде ауырсыну өзгермейді. Құрсақ бұлшықеттерінің кернелуі науқас ойы басқа нәрсеге бөлінген кезде жоғалып, кейін қайта пайда болады. Бұл клиникалық көрініс келесі диагноздардың қайсысына тән?
<variant>жедел миокард инфарктісі
<variant>он екі елі ішектің жарасы, жараның тесілуі
<variant>құрсақ қолқасының аневризмасының жарылуы
<variant>жедел ішек өтімсіздігі
<variant>өт-тас ауруы, өттік шаншу
<question>Асқазан мен он екі елі ішектің көп мөлшердегі жаралары, гиперацидті жағдаймен және антацидтермен басылмайтын тұрақты эпигастрийлік ауырсынумен қатар жүрсе, бұл ең ықтимал:
<variant>Золлингер–Эллисон синдромы
<variant>Дубин–Джонсон синдромы
<variant>Асқазан рагының жаралануы
<variant>Асқазан бұрышының жарасы
<variant>Симптоматикалық жара
<question>Гиперацидті гастрит кезінде ең тиімді минералды сулар:
<variant>натрий-гидрокарбонатты
<variant>натрий-хлорид-гидрокарбонатты
<variant>натрий-хлоридті
<variant>натрий-сульфат-гидрокарбонатты
<variant>органикалық заттары жоғары сулар
<question>Секреторлық жеткіліксіздігі бар созылмалы гастритте ең тиімді минералды сулар:
<variant>натрий-хлоридті
<variant>натрий-гидрокарбонатты

<variant>натрий-сульфат-гидрокарбонатты
<variant>радонды
<variant>мышьяқты
<question>Мэллори–Бейсс синдромының дамуына себеп болуы мүмкін:
<variant>алкогольмен улану
<variant>өңеш тесігінің жылжымалы диафрагмалық жарығы
<variant>мальабсорбция синдромы
<variant>тітіркенген тоқ ішек синдромы
<variant>қабынуға қарсы стероидты емес дәрілерді (салицилаттарды) қабылдау
<question>Асқазан-ішек жолының жоғарғы бөлігінен қан кетудің себебі мен орнын анықтауда ең ақпаратты әдіс:
<variant>гастродуоденоскопия
<variant>портоманометрия
<variant>лапароскопия
<variant>рентгенография
<variant>целиакография
<question>Сирек рецидивті ағымдағы жара ауруында өршу жиілігі:
<variant>5 жылда 1 рет
<variant>жылына 2 рет
<variant>жылына 3 рет
<variant>2 жылда 1 рет
<variant>жылына 1 рет
<question>62 жастағы науқас, жара ауруының қысқа анамнезі бар, ұзақ жазылмайтын асқазан жарасына байланысты әлсіздік, жүрек айну, тәбеттің жоғалуы, тұрақты эпигастрий ауырсынуы және салмақ жоғалтуды байқайды. Мұндай жағдайда ойлануға болады:
<variant>малигнизация
<variant>асқазанның шығу бөлімінің стенозы
<variant>жараның пенетрациясы
<variant>жарадан микроқан кету
<variant>жараның тесілуі
<question>Асқазан жарасы 4 апталық емнен кейін жазылмаған, тұрақты эпигастрий ауырсынуы, тәбет төмен, салмақ жоғалуы сақталған. Науқасты ары қарай жүргізу тактикасы:
<variant>нысаналы биопсиямен эндоскопия және гистологиялық зерттеу
<variant>емді түзету енгізу
<variant>алдыңғы емді жалғастыру
<variant>санаторийлік-курорттық ем ұсыну
<variant>ұйқы безінің УДЗ
<question>Адекватты ойық жара терапиясынан кейін он екі елі ішектің жарасы тыртықтанған, қабыну басылған, Нр (-). Алдағы тактика:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары		АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» 69/ 32 беттің 7 беті

<variant>қолдаушы терапия курсын 2 ай бойы жалғастыру, содан кейін "талап бойынша" терапия

<variant>1 жылдық демеуші терапия

<variant>емді көктем мен күзде қайталау

<variant>емді тоқтату

<variant>санаторийлік-курорттық ем ұсыну

<question>Жара ауруының одан әрі ағымын болжаудағы ең негізгі көрсеткіш:

<variant>адекватты медикаментозды терапия

<variant>жараның орналасуы

<variant>жараның өлшемі

<variant>тұқым қуалаушылыққа бейімділік

<variant>қан тобы

<question> «Гепатогендік» жаралардың дамуының жетекші факторы:

<variant>гастриннің жиналуы

<variant>портальды гипертензия

<variant>интоксикация

<variant>гипербилирубинемия

<variant>цитолитикалық ферменттердің жоғарылауы

<question>Асқазан жарасын емдеуде

қолданылмайтын препараттар тобы:

<variant>адреноблокаторлар

<variant>М-холиноблокаторлар

<variant>гистаминдік H₂-рецептор блокаторлары

<variant>протон помпасы блокаторлары

<variant>гастропротекторлар

<question>57 жастағы әйел ауруханаға асқазан-ішек жолдарының жоғарғы бөлігінен жаппай қан кетумен келді. Бір жыл бұрын перфорацияланған дуоденальды жараны тігу операциясы жасалды. Қан кетуді тоқтату мүмкін болмады және шұғыл операция жасалды - Ваготомиямен Билрот-II гастрэктомиясы, 6 аптадан кейін қайталанатын сулы диарея дамыды. Физикалық зерттеу тек эпигастрийдегі ауырсынуды анықтады. Кальций мен калий қалыпты. Диареяның ықтимал себептерін көрсетіңіз

<variant>ваготомия

<variant>антрумның алынуы

<variant>мальабсорбция

<variant>гиперпаратиреоз

<variant>жедел энтерит

<question>Постгастрорезекциялық дистрофиядағы сіңірілу бұзылыстарының себептеріне жатпайды:

<variant>демпинг-синдром

<variant>асқазан қалдығының секреторлық қызметі жеткіліксіздігі

<variant>ішек микрофлорасының өзгеруі

<variant>ұйқы безі сөлінің секрециясының әлсіреуі

<variant>ішек шырышты қабығының қабынбалы-дистрофиялық өзгерістері

<question>Постгастрорезекциялық дистрофияны емдеуге кірмейді:

<variant>антисеротониндік препараттар

<variant>ферменттік терапия

<variant>парентералды қоректену

<variant>витаминдік терапия

<variant>диетотерапия

<question>Тимол сынамаcы сарысудағы келесі компоненттің өзгерісіне тәуелді:

<variant>γ-глобулин

<variant>фибриноген

<variant>α-глобулин

<variant>альбумин

<variant>билирубин

<question>γ-глутамилтранспептидаза деңгейінің жоғарылауы тән:

<variant>жедел алкогольді гепатитке

<variant>созылмалы персистирлеуші В гепатитіне

<variant>гемохроматозға

<variant>қант диабетіне

<variant>созылмалы панкреатитке

<question>Гепатомегалия, гипергликемия, терінің гиперпигментациясы, қандағы темір деңгейінің жоғарылауы тән:

<variant>Гемохроматозға

<variant>Врустық этиологиялы созылмалы гепатитке

<variant>Бауыр циррозына

<variant>Бүйрек үсті бездерінің

гиперфункциясына

<variant>Вильсон–Коновалов ауруына

<question>Созылмалы белсенді гепатит кезіндегі гиперспленизм синдромына тән емес:

<variant>сүйек кемігінің мегакариоцитарлық өсіндісінің азаюы

<variant>тромбоцитопения

<variant>гранулоцитопения

<variant>геморрагиялық синдром

<variant>анемия

<question>Жильбер синдромына тән зертханалық көрсеткіш:

<variant>қандағы конъюгацияланбаған

билирубиннің жоғарылауы

<variant>билирубинурия

<variant>трансаминазалардың артуы

<variant>гиперретикулоцитоз

<variant>гипоальбуминемия

<question>52 жастағы науқаста астениялық шағымдар фонында мезгіл-мезгіл оң қабырға астында ауырсыну, жүрек айнуы, аздап сарғаю байқалады. Сол кездері бауыр функциясының

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары		АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» 69/ 32 беттің 8 беті

биохимиялық көрсеткіштері бұзылуы байқалады:

АЛТ, билирубин, сулема және тимол сынамаcы, ауыз фракциялары. Рецидивтер инфекциялармен байланысты. Жұмысқа қабілеті сақталған.

Болжам диагноз:

<variant>Созылмалы персистирлеуші гепатит

<variant>Портальды бауыр циррозы

<variant>Билиарлы цирроз

<variant>Бауыр амилоидозы

<variant>Бадда–Киари синдромы

<question>Сарғаю байқалатын науқаста спленомегалия, эритроциттер санының өзгеруі және нәжістегі уробилиногеннің жоғары болуы қай патологияға тән:

<variant>гемолитикалық сарғаюға

<variant>бауырдан тыс холестазаға

<variant>бауырішілік холестазаға

<variant>сепсиске

<variant>апластикалық анемияға

<question>Гиперспленизм синдромының ең сезімтал тесті:

<variant>қандағы гранулоциттер мен

тромбоциттер санын анықтау

<variant>радиофармпрепаратпен динамикалық скинтиграфия

<variant>сарысудағы АСТ анықтау

<variant>сарысудағы сілтілі фосфатазаны анықтау

<variant>сарысудағы билирубинді анықтау

<question>Сарысудағы трансаминаз деңгейінің жоғары болуы көрсетеді:

<variant>жедел гепатитті

<variant>холестазды

<variant>микронодулярлы циррозды

<variant>бастапқы билиарлы циррозды

<variant>аминазиндік сарғаюды

<question>Сарғаю кезіндегі тері қышынуы байланысты:

<variant>өт қышқылдарының тұздарымен

<variant>билирубинмен

<variant>лецитинмен

<variant>фосфолипидтермен

<variant>сілтілі фосфатазамен

<question>Созылмалы белсенді гепатиттің морфологиялық субстраты (персистирлеуші және холестатикалық гепатиттен айырмашылығы):

<variant>сатылы некроздар

<variant>мыс тұнбалары

<variant>майлы дистрофия

<variant>темір тұнбалары

<variant>бауыр бөліктерінің архитектоникасының бұзылуы

<question>Созылмалы гепатиттің субъективті көріністері:

<variant>астения

<variant>іш қату

<variant>қан кетулер

<variant>қызба

<variant>іш өту

<question>Ағзадағы алкоголь метаболизмінің басты орны:

<variant>бауыр

<variant>бүйрек

<variant>май тіні

<variant>ми

<variant>асқазан-ішек жолы

<question>Гиперспленизм синдромымен жүретін созылмалы белсенді гепатитте болжамдық тұрғыдан қауіпті:

<variant>тромбоциттер санының 50–30·10⁹/л дейін төмендеуі

<variant>эритроциттердің азаюы

<variant>лейкопения

<variant>тәуліктік 15–20 мг преднизолонға әсер болмауы

<variant>гипоальбуминемия

<question>Латентті жүретін созылмалы алкогольдік гепатиті бар науқасқа қандай диета көрсетіледі:

<variant>Жалпы толыққанды рацион

<variant>Көмірсулар басым диета

<variant>Белоктар басым диета

<variant>Майлар басым диета

<variant>Темір басым диета

<question>Бауырдағы майлы дистрофияның себебі бола алмайды:

<variant>Вирусты гепатит

<variant>Жүктілік

<variant>Қант диабеті

<variant>Кортикостероидтармен емдеу

<variant>Аштық

<question>Мезенхималық қабыну синдромы қан құрамында қандай көрсеткіштің жоғарылауымен сипатталады:

<variant>γ-глобулиндер

<variant>Холестерин

<variant>Сілтілік фосфатаза белсенділігі

<variant>Билирубин

<variant>Альбумин

<question>Созылмалы бауыр ауруларында билиарлық синдромның клиникалық белгілеріне жатпайды:

<variant>Бауырдың дөңес беткейімен үлкейуі

<variant>Терінің қышуы

<variant>Ксантелазма

<variant>Сарғаю

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары

<variant>Сарысудағы сілтілік фосфатаза белсенділігінің жоғарылауы

<question>Біріншілік билиарлық циррозға тән симптомокомплекс:

<variant>Сарғаю, қышу, ксантомалар, гепатоспленомегалия, сілтілік фосфатаза мен холестериннің жоғарылауы

<variant>Сарғаю, аппетит төмендеуі, жүрек айнуы, жұмсақ бауыр, трансаминаздардың жоғарылауы және сілтілік фосфатазаның қалыпты болуы

<variant>Сарғаю, гепатоспленомегалия, трансаминаздардың орташа жоғарылауы, гипер-ү-глобулинемия, тегіс бұлшықетке қарсы антиденелердің оң реакциясы

<variant>Гепатомегалия, гиперхолестеринемия, трансаминаздардың қалыпты болуы

<variant>Сарғаю, жоғарғы оң квадранттағы ауырсыну, бауыр жұмсақ, лейкоцитоз

<question>Спленомегалия мен гепатомегалия бірге анықталуы қайсы ауруды болжауға негіз бола алмайды:

<variant>Жүрек жеткіліксіздігі

<variant>Коновалов-Вилсон ауруы

<variant>Идиопатиялық гемохроматоз

<variant>Бадц-Киари ауруы мен синдромы

<variant>Бауыр циррозы

<question>Науқас 47 жаста. 5 жыл бойы шынтақ буындарындағы терінің қышуына, етеккір циклінің бұзылуына шағымданады. Дерматологта "нейродермит" бойынша және гинекологта "аналық бездің климактериялық дисфункциясы" бойынша ем қабылдаған. Салмақтың төмендеуі, склераның белсенділігі байқалды. Тексеру кезінде склераның субиктеризмі, пигментті дақтар және тері қабатында көптеген тырнақтар іздері анықталды. Бауыр қабырға доғасының шетінен 7 см шығыңқы, тығыздалған, ауырсынусыз. Көкбауыр пальпацияланбайды. Билирубин - 87.5 мкмоль/л, ЭТЖ -25 мм/сағ. Ең ықтимал диагноз:

<variant>Біріншілік билиарлық цирроз

<variant>Холедохолитиаз

<variant>Ұйқы безінің рагы

<variant>Ұлтабар рагы

<variant>Жедел гепатит

<question>Науқас 47 жаста. 5 жыл бойы шынтақ буындарындағы терінің қышуына, етеккір циклінің бұзылуына шағымданады. Дерматологта "нейродермит" бойынша және гинекологта "аналық бездің климактериялық дисфункциясы" бойынша ем қабылдаған. Салмақтың төмендеуі, склераның белсенділігі байқалды. Тексеру кезінде склераның субиктеризмі, пигментті дақтар және

тері қабатында көптеген тырнақтар іздері анықталды. Бауыр қабырға доғасының шетінен 7 см шығыңқы, тығыздалған, ауырсынусыз. Көкбауыр пальпацияланбайды. Билирубин - 87.5 мкмоль/л, ЭТЖ -25 мм/сағ. Бауырішілік холестаздың болуын растау үшін жүргізу міндетті емес зерттеу әдісі:

<variant>Ақуыз және ақуыз фракциялары

<variant>Эндоскопиялық ретроградты холангиография

<variant>Қанның сілтілік фосфатаза белсенділігі

<variant>Гамма-глутамилтрансфераза белсенділігі

<variant>Бауыр ультрадыбысы (УДЗ)

<question>Интерферонотерапия көрсетілетін науқастар:

<variant>Жоғары активтілігі бар созылмалы вирусты гепатит С

<variant>Персистирлі вирусты гепатит В

<variant>Вирусты гепатит В, процесс активтігіне қарамастан

<variant>Жоғары активтілігі бар аутоиммунды гепатит

<variant>Жедел гепатит А

<question>Жедел вирусты гепатитке тән:

<variant>Сарғаю

<variant>Гиперпротеинемия

<variant>Бауырдан тыс белгілер

<variant>Гипер-ү-глобулинемия

<variant>Айқын емес цитоллиз синдромы

<question>Вирусты гепатит В репликациясында қан маркерлері:

<variant>HBe Ag

<variant>HBc Ag

<variant>Анти-HBs

<variant>Анти-HBc IgG

<variant>Анти-HBe

<question>Вирусты гепатитке сәйкес:

<variant>Сарғаю, анорексия, жүрек айну, жұмсақ бауыр, трансаминаздардың жоғарылауы, сілтілік фосфатаза қалыпты

<variant>Сарғаю, қышу, ксантомалар, гепатоспленомегалия, щелочалық фосфатаза мен холестерин жоғары

<variant>Сарғаю, гепатоспленомегалия, трансаминаздар орташа жоғары, гипер-ү-глобулинемия, тегіс бұлшықет антиденелерінің оң реакциясы

<variant>Сарғаю, қызба, гепатомегалия, бүйрек жеткіліксіздігі, кома, ЭЭГ өзгерістері, трансаминаздардың орташа жоғарылауы

<variant>Сарғаю (тұрақты белгі емес), жоғарғы оң квадранттағы ауырсыну, бауыр жұмсақ, лейкоцитоз

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары		69/ 32 беттің 10 беті

<question>Цирроздағы асцит дамуында патогенетикалық мәні жоқ:

<variant>Перитонит

<variant>Гипоальбуминемия

<variant>Бауыр лимфасының жоғары өндірісі

<variant>Ренин-альдостерон жүйесі мен вазопрессин белсенділігінің жоғарылауы

<variant>Портальды гипертензия

<question>Бауырлық иіс пайда болу қандай зат алмасуға байланысты:

<variant>Метионин

<variant>Билирубин

<variant>Холин

<variant>Глютамин

<variant>α-Кетоглутар қышқылы

<question>Гемохроматозды растауда ең сенімді диагностикалық әдіс:

<variant>Бауыр биопсиясы

<variant>Қан плазмасындағы темірді анықтау

<variant>Жіңішке ішек биопсиясы

<variant>Тік ішек биопсиясы

<variant>Терінің биопсиясы

<question>Гемохроматоздағы таңдамалы терапия:

<variant>Дезферриоксамин

<variant>Витамин С

<variant>Фенобарбитал

<variant>Легалон

<variant>Делагил

<question>57 жастағы науқас, орташа ауырлықтағы жағдайда, қарқынды сарғаю және тері қышуымен жатқызылды. Билирубин – 416 мкмоль/л, холестерин – 9,2 мкмоль/л, СФ – 490 Е/л, АЛТ – 4 қалыпты, АСТ – 3 қалыпты. Бауыр 4 см ұлғайған, тығыз, қатты ауырсынумен. Өт қабығы мен көкбауыр анықталмайды. Көп жыл бойы седативті, транквилизаторлар, фуросемид, аналгетиктер, СЕҚҚ препараттар, шөптік биологиялық белсенді заттар қолданған. Жуырда пневмония еміне амоксиклав тағайындалған. Өзіндік ем ретінде парацетамол, аспирин қабылдаған. Болжам диагноз:

<variant>Токсикалық дәрілік гепатит

<variant>Механикалық сарғаю

<variant>Билиарлық цирроз

<variant>Жедел вирусты гепатит

<variant>Гемолитикалық сарғаю

<question>57 жастағы науқас, орташа ауырлықтағы жағдайда, қарқынды сарғаю және тері қышуымен жатқызылды. Билирубин – 416 мкмоль/л, холестерин – 9,2 мкмоль/л, СФ – 490 Е/л, АЛТ – 4 қалыпты, АСТ – 3 қалыпты. Бауыр 4 см ұлғайған, тығыз, қатты ауырсынумен. Өт қабығы мен көкбауыр анықталмайды. Көп жыл

бойы седативті, транквилизаторлар, фуросемид, аналгетиктер, СЕҚҚ препараттар, шөптік биологиялық белсенді заттар қолданған. Жуырда пневмония еміне амоксиклав тағайындалған. Өзіндік ем ретінде парацетамол, аспирин қабылдаған. Зерттеу тактикасы:

<variant>Қандағы трансаминаз деңгейін зерттеу

<variant>Эндоскопиялық ретроградты

холангиография

<variant>Қандағы амилаза белсенділігін зерттеу

<variant>Сілтілік фосфатазаны зерттеу

<variant>Гамма-глутамилтрансфераза

белсенділігін зерттеу

<question>α-интерферонмен емдеуді тоқтатудың міндетті себептері:

<variant>Ауыр депрессия

<variant>Афтоздық стоматит

<variant>Тромбоцитопения

<variant>Грипп тәрізді синдром

<variant>Артериалды гипертензия

<question>Цирроз диагнозына тән емес

патогенетикалық өзгерістер:

<variant>Майлы инфильтрация

<variant>Фиброз

<variant>Некроз

<variant>Регенерация

<variant>Архитектониканың қайта құрылуы

<question>56 жастағы науқас оң қабырға астында ұстама тәрізді ауырсынуға, таңертең ауызда ащы дәм пайда болуына, терісі аздап қышынуына, қалтырауға шағымданады. Анамнезінде калькулезді холецистит бойынша холецистэктомия жасалған. Ауырсыну бірнеше сағаттан екі күнге дейін, айына бірнеше рет қайталаанады. Соңғы уақытта стенокардия ұстамалары жиілеген. Қарап тексергенде: салмағы шамадан тыс жоғары, склер мен тері сарғаюы, температура – 37,5°C, жүрек үндері бәсең, пульс 82/мин, АҚҚ 135/80 мм сын.бағ. Бауыр 4 см шығыңқы, пальпацияда ауырсынусыз. Болжам диагноз:

<variant>Холангит

<variant>Созылмалы рецидивті панкреатит

<variant>Постхолецистэктомиялық синдром

<variant>Ұйқы безінің басының рагы

<variant>Созылмалы гепатит

<question>Жедел холангитке тән

симптомокомплекс:

<variant>Сарғаю, оң жоғарғы квадранттағы

ауырсыну, бауыр жұмсақ, лейкоцитоз

<variant>Сарғаю, анорексия, жүрек айну, жұмсақ бауыр, трансаминаздар жоғары, сілтілі фосфатаза қалыпты

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары	«Южно-Казахстанская медицинская академия» 32 беттің 11 беті

<variant>Сарғаю, гепатоспленомегалия, трансаминаздар орташа жоғары, гипер-ү-глобулинемия, тегіс бұлшықет антиденелерінің оң реакциясы

<variant>Гепатомегалия, гиперхолестеринемия, трансаминаздар қалыпты

<variant>Сарғаю, қышу, ксантомалар, гепатоспленомегалия, сілтілі фосфатаза мен холестерин жоғары

<question>Аутоиммунды гепатиттің циррозға өтуіндегі симптомокомплекс:

<variant>Сарғаю, гепатоспленомегалия, трансаминаздар орташа жоғары, гипер-ү-глобулинемия, тегіс бұлшықет антиденелерінің оң реакциясы

<variant>Сарғаю, анорексия, жүрек айну, жұмсақ бауыр, трансаминаздар жоғары, сілтілі фосфатаза қалыпты

<variant>Сарғаю, қышу, ксантомалар, гепатоспленомегалия, сілтілі фосфатаза мен холестерин жоғары

<variant>Гепатомегалия, гиперхолестеринемия, трансаминаздар қалыпты

<variant>Сарғаю, оң жоғарғы квадранттағы ауырсыну, бауыр жұмсақ, лейкоцитоз

<question>Бауырдың майлы дистрофиясына тән симптомокомплекс:

<variant>Гепатомегалия, гиперхолестеринемия, трансаминаздар қалыпты

<variant>Сарғаю, анорексия, жүрек айну, жұмсақ бауыр, трансаминаздар жоғары, сілтілі фосфатаза қалыпты

<variant>Сарғаю, гепатоспленомегалия, трансаминаздар орташа жоғары, гипер-ү-глобулинемия, тегіс бұлшықет антиденелерінің оң реакциясы

<variant>Сарғаю, қышу, ксантомалар, гепатоспленомегалия, сілтілі фосфатаза мен холестерин жоғары

<variant>Сарғаю, оң жоғарғы квадранттағы ауырсыну, бауыр жұмсақ, лейкоцитоз

<question>Өңештің варикоз веналарын склероздауға көрсеткіш:

<variant>Цирроз кезінде веналардан қан кету

<variant>Аутоиммунды гепатит

<variant>Цирроз субкомпенсацияланған

<variant>Қайталанатын сарғаю

<variant>Портальды энцефалопатия

<question>Жильбер синдромында бауырдың гистологиялық зерттеуінде анықталады:

<variant>Бауыр тінінің қалыпты болуы

<variant>Центролобулярлық аймақтарда липофусцин пигментінің болуы

<variant>Гликогеннің артық болуы

<variant>Перипорталды фиброз

<variant>Майлы дистрофия

<question>33 жастағы науқас кеуде арты ауырсынуына, кернелу сезіміне шағымданады. Кешкі тамақтану кезінде балық жеп отырып қақалып қалған. Таңертең жұтыну қиындап, дене температурасы 37,3°С көтеріліп, мойын мен төменгі бет аймағында ісіну пайда болған. Құсу байқалмаған. Мойын пальпациясында крепитация; кеуде рентгенінде медиастинаум көлеңкесінің газбен кеңеюі, паравертебральды орналасуы. Болжам диагноз:

<variant>Өңеш перфорациясы

<variant>Мойын лимфадениті

<variant>Мойын флегмонасы

<variant>Медиастинаум ісігі

<variant>Медиастинальды эмфизема

<question>33 жастағы науқас кеуде арты ауырсынуына, кернелу сезіміне шағымданады. Кешкі тамақтану кезінде балық жеп отырып қақалып қалған. Таңертең жұтыну қиындап, дене температурасы 37,3°С көтеріліп, мойын мен төменгі бет аймағында ісіну пайда болған. Құсу байқалмаған. Мойын пальпациясында крепитация; кеуде рентгенінде медиастинаум көлеңкесінің газбен кеңеюі, паравертебральды орналасуы. Дәрігер тактикасы:

<variant>Науқасты жылдам хирургиялық бөлімге жатқызу

<variant>Мойынның клетчаткасын пункциялау және Дюфо инелерін қою

<variant>Эзофагоскопия жүргізу

<variant>Антибиотик тағайындау, аурухана парағын беру, 2-3 күннен кейін қайта қарау ұсынысы

<variant>Отоларингологқа консультацияға шақыру

<question>Семсер өсінді негізі тұсында жүрек аймағына таралатын, тамақтан кейін 30 минут ішінде пайда болатын және физикалық жүктеме мен тұлғамен иілу кезінде күшейетін күйдіру сезімі тәрізді ауырсынулар; альмагельмен толық басылмайтын ауырсыну пайда болған. Сонымен қатар ауамен кекіру, демікпе ұстамасы, жөтел байқалады. Барий қосылған рентген зерттеуінде асқазаннан өңешке рефлюкс анықталған. Болжам диагноз:

<variant>Диафрагмалық өңеш қуысының аксиалды (жылжымалы) жарығы және рефлюкс-эзофагит

<variant>Өңеш рагы

<variant>Бронхиалды астма

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары	«Южно-Казахстанская медицинская академия» 69/ 32 беттің 12 беті

<variant>Созылмалы гастрит
<variant>Кардиа ахалазиясы
<question>Өңеш қуысының жарығы бар науқаста соңғы уақытта клиникалық көрініс өзгерді: қызылдар және регургитация жоғалды, қатты тағамды жұту кезінде дисфагия пайда болды, тәбет жоқ, салмақ азайды. Болжам:
<variant>Өңеш рагының дамуы
<variant>Асқазан рагының дамуы
<variant>Грыжаның қысылуы
<variant>Өңеш дивертикулы
<variant>Өңеш перфорациясы
<question>Өңеш қуысының грыжасы бар науқаста соңғы уақытта клиникалық көрініс өзгерді: қызылдар және регургитация жоғалды, қатты тағамды жұту кезінде дисфагия пайда болды, тәбет жоқ, салмақ азайды. Науқаста диагнозды растау үшін келесі зерттеулердің қайсысы ақпаратсыз:
<variant>Асқазан секрециясын зерттеу
<variant>Зәрдегі жасырын қан талдауы
<variant>Өңештің рентгеноскопиясы және рентгенографиясы
<variant>Эзофагогастроскопия
<variant>Эксфолиативті материалдың цитологиялық зерттеуі
<question>18 жастағы жас әйелде эмоционалды стресстен кейін сұйық, ыстық немесе суық тағамды жұту кезінде дисфагия пайда болды (қатты тағам жақсы өтеді). Дисфагия толқу, шаршау кезінде пайда болды. Тәбет сақталған, салмақ азаймаған. Физикалық тексеруде патология анықталмады. Мүмкін себебі:
<variant>Идиопатиялық өңеш гиперкинезиясы
<variant>Өңеш рагы
<variant>Өңештің пептикалық жарасы
<variant>Диафрагмалық өңеш саңылауының аксиалды (жылжымалы) грыжасы
<variant>Өңеш дивертикулы
<question>Ұзақ уақыт бойы асқазан жарасы бар науқас. Шағымдары: әлсіздік, жүрек айну, тәбеттің жоғалуы, тұрақты эпигастрийлік ауырсыну, салмақ азаю. Мүмкін асқыну:
<variant>Жараның малигнизациясы
<variant>Шығару бөлігінің стенозы
<variant>Жараның пенетрациясы
<variant>Жарадан микроқан кету
<variant>Жараның перфорациясы
<question>50 жастағы ер адам 3 жыл бойы жиі өршитін он екі елі ішек жарасы ауруымен ауырады. Зантакпен (ранитидин) ем жақсы нәтиже берген. Келесі өршу ауырсыну және қан

кетумен басталды. Қан құйылды. 4 апталық терапиядан кейін жара жазылды, бірақ эрозиялық гастродуоденит қалды.
Дәрігер тактикасы:
<variant>H.pylori анықтап, оң нәтиже болса үштік антибактериалды терапия (де-нол + оксациллин + трихопол) және кейін (қажеттілік бойынша) терапия
<variant>Ұзақ уақыт зантакпен қолдау терапиясы
<variant>Хирургиялық ем
<variant>Сукральфатпен терапия
<variant>Курс омепразол терапиясы
<question>42 жастағы әйел. Шағымдары: кіндік аймағындағы ауырсыну, шырыш араласқан көп мөлшердегі күніне 7-8 ретке дейін нәжіс, оң жақ қабырғаасты аймағында ауырсыну, аяқтарында мерзім-мерзім пайда болатын бөртпелер, терінің қышуы (әсіресе түнде), әлсіздік, есте сақтау қабілетінің төмендеуі, ұйқысы бұзылуы, түнгі қорқыныш сезімдер, тәбеттің төмендеуі. Түйінді эритема. Іші жұмсақ, пальпация кезінде кіндік аймақтарында күрт ауырсыну, оң жақ қабырғаасты аймақта аздаған ауырсыну анықталды. Курлов бойынша бауыр өлшемдері 12-10-9 см, беті сәл бұдырлы, шеттері біркелкі емес. Қандай тексеру диагнозды нақтылауға мүмкіндік береді?
<variant>Колоноскопия жіне биопсия
<variant>Қарапайым абдоминальді рентген
<variant>КТ
<variant>Ректороманоскопия
<variant>Ирригоскопия
<question>53 жастағы әйел, асқазан жарасы ауруымен ауырады. Артериялық гипертензия бойынша гипертензияға қарсы терапия қабылдайды. Ауруларды басқару бағдарламасына қатысады. 10 жылдық SCORE ≥ 1 -ден $< 5\%$ - ға дейін. "Алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету қағидаларына және алғашқы медициналық-санитарлық көмек ұйымдарына тіркелу қағидаларына" сәйкес (2015 жылғы 28 сәуірдегі № 281 бұйрық) осы пациентке МСАК дәрігерінің тексерулерінің қандай кезеңділігі ұсынылады?
<variant>6 айда бір рет
<variant>3 айда бір рет
<variant>1 айда бір рет
<variant>2 айда бір рет
<variant>12 айда бір рет
<question>21 жастағы колледж студенті 2 күн бойы эпигастрий аймағында ауырсынуға және құсуға шағымданады. Анамнезінде: атопиялық дерматит, Хашимото тиреоидиті, левотироксин

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары	«Южно-Казахстанская медицинская академия» 32 беттің 13 беті

қабылдайды, вакцина алған жоқ. Демалыс күндері 1-2 сыра ішеді, кейде марихуана шегеді. Дене температурасы 36,3°C, пульс 95, тыныс жиілігі 16, АҚҚ 130/80 мм сын.бағ. Пальпациялағанда іш қуысында газ, эпигастрий аймағында ауырсыну байқалады. Hb – 152 г/л. Келесі қадам:

<variant>Эзофагогастродуоденоскопия жүргізу
<variant>Тер бөлінуіне тест жүргізу
<variant>Шошқа тұмауы бойынша IgM деңгейін анықтау

<variant>Вертикальды рентгенография жасау
<variant>Қандағы липид деңгейін анықтау
<question>42 жастағы әйелге 2 ай бұрын «бронх демікпесі» диагнозы қойылған. Сальбутамол және беклометазон қабылдайды, түнде жөтел мазалайды. Соңғы 2 аптада кеуде тұсында ауырсыну пайда болған. Бойы 158 см, салмағы 75 кг, ДСИ 30. Дауысы қарлығып қалған, тексеру барысында тамағын жиі сумен шайып тазалай береді. Өкпесі таза. FEV1 78%. Келесі қадам:

<variant>Протонды помпа ингибиторын қосу
<variant>Эхокардиограмма тағайындау
<variant>Сальметерол ингалятор қосу
<variant>Преднизолон қосу
<variant>IgE тексеру
<question>22 жастағы әйел, жүктілігі 35-36 апта.

Терісі қышып мазалайды, АЛТ 168, АСТ 148, билирубин 11,2 мкмоль/л, СФ 520 деңгейлері жоғарылаған. УДЗ: ұрықтың құрсақшілік дамуында гестация кезеңінен 2 аптаға кешігу анықталған. Қандай препарат уақытылы тағайындалса, асқыну қаупін азайтады?

<variant>Урсодезоксикол қышқылы
<variant>Адеметионин
<variant>Лактулоза
<variant>Менадиона
<variant>Цетиризин

<question>47 жастағы ер адамды аптасына 3-4 рет ұйықтап жатқанда құрғақ жөтел, қиын, ысқырықты тыныс алу, кеуде артында күйдіріп ауырсыну сезімі, қышқылмен кекіру мазалайды. Спирография: FEV1 65%, сальбутамолдан кейін 78%. Емдеу тактикасы:

<variant>Ранитидин, итоприд, беродуал
<variant>Сальбутамол және монтелукаст
<variant>Омепразол, фенотерол, будесонид
<variant>Пантопразол, домперидон, спирива
<variant>Цетиризин, ипратропиум бромид

<question>18 жастағы ер адамды тамақтан кейін 1-1,5 сағаттан соң қыжыл, қышқылды кекіру, іш қату, эпигастрий аймағында тамақтан кейін аз уақытқа басылатын дискомфорт мазалайды. Объективті: іші жұмсақ, эпигастрий аймағында

сезімталдық жоғары. Қан анализінде: эритроциттер $4,3 \times 10^{12}/л$, Hb 145, лейкоциттер $5,2 \times 10^9/л$, таяқшайдролық 10 %, сегменттіядролық 62%, лимфоциттер 23%, моноциттер 5%, ЭТЖ 8 мм/сағ. Клиникалық хаттама бойынша қандай препаратпен емдеген тиімді:

<variant>Омепразол
<variant>Лоратадин
<variant>Панзинорм
<variant>Ренни
<variant>Хилак форте

<question>45 жастағы ер адам кеуде торының сол жағына және қолдарына таралатын семсер өсінді тұсында күйдіріп ауырсынуға шағымданады. Сауалнама кезінде науқас ауырсыну жатқанда пайда болатынын және тік қалыпқа ауысқанда жоғалып кететінін немесе әлсірейтінін атап өтеді. Қандай патология туралы ойлану керек?

<variant>Диафрагмалық өңеш қуысының жарығы
<variant>Жедел коронарлық синдром
<variant>Перикардит ауырсыну синдромы
<variant>Плеврит ауырсынуы
<variant>Интеркостальды невралгия

<question>Науқас 54 жаста, тамақ ішкеннен кейін 25-30 минуттан кейін пайда болатын эпигастрий аймағында ауырсынуға, ауамен кекіруге, соңғы айда дене салмағының 3 кг-ға төмендеуіне шағымданады. Анамнезінде: аурудың алғашқы белгілері үш жыл бұрын күзде пайда болған (эпигастрий аймағында тамақ ішкеннен кейін 30-40 минуттан кейін ауырсыну пайда бола бастады, қысқа мерзімді әсері бар но-шпа мен алмагельді өз бетінше қабылдаған), тексерілмеген, ауырсынуудың пайда болуының маусымдылығына назар аударған (көктем мен күзде).Тексеру кезінде: терісі бозғылт, таза. Іші жұмсақ, эпигастрий бұлшықеттерінің орташа кернелуі, эпигастрий аймағында жергілікті ауырсыну.

Бауыр, көкбауыр ұлғаймаған. Қан анализінде: Hb-118 г/л, эритроциттер $4,0 \cdot 10^{12}/л$, түсті көрсеткіш 0,85, ЭТЖ 15 мм/сағ. ФГДС: өңеш өзгеріссіз, кардия толығымен жабылады. Асқазан ауамен жақсы таралады. Кішкентай иінде ісіну, қабыну өзгерген жиектері бар жара, мөлшері 6x8 мм, жараның тереңдігінде ұйыған қан бар. 12 елі ішектің жуашығы өзгеріссіз. Жараның шеттерінен шырышты биопсия жасалды. Гистологиялық зерттеу: эпителийдің ішек метаплазиясының құбылыстарымен атрофиялық гастриттің көрінісі. Жараның жиегінен биопсияға алынған тінде созылмалы қабыну белгілері. Helicobacter pylori аз мөлшерде анықталды. Ең ықтимал диагнозды атаңыз?

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары	«Южно-Казахстанская медицинская академия» 32 беттің 14 беті

<variant>Асқазан жарасы

<variant>Созылмалы антральдық Н.pylori
ассоциирленген гастрит

<variant>12 елі ішек жарасы

<variant>Асқазан аденокарциномасы

<variant>Функционалды диспепсия

<question>Науқас 54 жаста, тамақ ішкеннен кейін
25-30 минуттан кейін пайда болатын эпигастрий
аймағында ауырсынуға, ауамен кекіруге, соңғы
айда дене салмағының 3 кг-ға төмендеуіне
шағымданады. Анамнезінде: Өз бетінше но-шпа
қабылдаған, қысқа уақыттық әсер берген,
тексеруден өтпеген.Қарау кезінде:Тері
жабындылары бозғылт, таза. Іші жұмсақ,
эпигастрий аймағында жергілікті ауырсыну бар.
Бауыр мен көкбауыр ұлғаймаған.
ФГДС: өңеш өзгеріссіз, кардия толығымен
жабылады. Асқазан ауамен жақсы таралады.
Кішкентай иінде ісіну, қабыну өзгерген жиектері
бар жара, мөлшері 6х8 мм, жараның тереңдігінде
ұйыған қан бар. 12 елі ішектің жуашығы
өзгеріссіз.

Helicobacter pylori талдауы: +++ (оң
нәтиже).Сұрақ: Бірінші қатардағы үш
компонентті терапия құрамына кіретін дәрі-
дәрмектерді атаңыз.

<variant>ПППИ + амоксициллин + кларитромицин

<variant>ПППИ + амоксициллин + нитроимидазол

<variant>ПППИ + амоксициллин + фторхинолон

<variant>ПППИ + амоксициллин + висмут

трикалийдицитраты

<variant>ПППИ + амоксициллин + тетрациклин

<question>Жалпы практика дәрігері 15 жастағы
жасөспірімге кенеттен басталған көп мөлшерлі
құсу мен іштің ауыруы шағымымен шақырылды.
Бір апта бұрын ол ангинамен ауырған. Әжесінің
кеңесімен бірнеше күн бойы аспирин қабылдаған.
Бүгін бірнеше сағат бұрын екі стақан қою кофе
ішкен соң, жалпы әлсіздік, бас айналу, көз
алдында "шіркейлер ұшқан тәрізді" сезім пайда
болған. Кеше кешке майлы тамақ (куырып
пісірілген тауық және шоколад торт) жеген.
Құсық "кофе қоюы" тәрізді, құрамында кеше
жеген астың қалдықтары бар. Науқастың
жағдайы: тері бозарған, жүрек соғысы жиі — 100
рет/мин, пульсі әлсіз. Қан қысымы — 100/50 мм
сын. бағ. Іші жұмсақ, эпигастрий аймағында
ауырсыну байқалады. Соңғы тәулікте үлкен
дәреті болмаған. Ең ықтимал диагноз:

<variant>Мэллори-Вейс синдромы

<variant>Тағамдық токсикоинфекция

<variant>Жедел панкреатит

<variant>Аллергиялық энтероколит

<variant>Эрозиялық гастрит

<question>Пациент – 44 жастағы ер адам.

Шағымдары: терінің қарқынды қышуы, салмақ
жоғалту – соңғы 1,5 жылда 18 кг салмақ тастаған.
Объективті тексеру кезінде: астениялық дене
бітімі. Тері мен көздің склерасы сарғайған. Теріде
көптеген тырнақ іздері байқалады. Қабақтарда
ксантелазмалар (май жиналуы). Аяқтар мен сирақ
терісі "пергамент тәрізді" жұқа, құрғақ. Бауыр
өлшемдері:12×10×10 см – шамалы ұлғайған.
Зертханалық көрсеткіштер: Жалпы қан талдауы:
Hb – 94 г/л (анемия). Эритроциттер – $2,6 \times 10^{12}/л$
(төмен). Лейкоциттер – $7,9 \times 10^9/л$ (қалыпты).
Тромбоциттер – $139 \times 10^9/л$ (аздап төмендеген).
ЭТЖ – 39 мм/сағ (жоғары, қабыну белгілері).
Биохимиялық талдау: жалпы белок – 33 г/л (өте
төмен). Холестерин – 8,8 ммоль/л (жоғары).
Креатинин – 152 мкмоль/л (бүйрек қызметінің
бұзылуы). Жалпы билирубин – 181 мкмоль/л,
оның ішінде тікелей – 160 мкмоль/л
(механикалық сарғаю белгісі). АЛТ – 59 Ед/л,
АСТ – 48 Ед/л (бауыр ферменттері сәл жоғары).
Сілтілі фосфатаза – 722 Ед/л (өте жоғары –
холестаз көрсеткіші). Болжам диагноз:

<variant>Цирроз

<variant>Вирусты гепатит

<variant>Альвеолярлы эхинококкоз

<variant>Вильсон-Коновалов ауруы

<variant>Бауыр рагы

<question>44 жастағы ер адам. Шағымдары:
семсер өсіндісі артында күйдіріп ауырсыну,
көбінесе ұйықтап жатқанда, кейде жүрек айналуы,
жиі қыжыл, кейде қан қосылған құсу.

Анамнезінде: 2 жыл бойы осы белгілер
байқалған. Қарап тексергенде: іші жұмсақ,
эпигастрийде орташа ауырсыну. Бауыр қабырға
доғасы шетінде. Нәжіс қалыпты. Болжам диагноз:

<variant>Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы

<variant>Миокард инфаркты

<variant>Жедел гастрит

<variant>Жедел панкреатит

<variant>Жедел аппендицит

<question>50 жастағы әйел тамақты көбірек ішіп
қойса айқын қыжыл, семсер өсінді артында
ауырсыну, тұлғасымен төменге иілгенде аузына
ащы дәм келуіне шағымданды. Емнен кейін
жағдайы жақсарған. 2 апта омепразол, алюминий
фосфатын, фамотидин қабылдаған. Қандай ауруға
тән белгілер:

<variant>ГЭРА

<variant>Созылмалы В типті гастрит

<variant>12 елі ішек жарасы

<variant>Асқазан жарасы

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY «Отбасылық медицина» кафедрасы АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	69/ 32 беттің 15 беті
--	---	----------------------------------

<variant>Өңеш рагы

<question>47 жастағы әйел тамақ өңеш арқылы қиын өтуіне, айқын қыжылға, аузына қышқыл дәм келуімен кекіруге шағымданады.

Эндоскопияда рефлюкс эзофагит анықталған – өңештің бүкіл ішкі қабатын түгел қамтымайтын біріктірілмейтін эрозиялар анықталған. Savary-Miller классификациясы бойынша ГЭРА дәрежесі:

<variant>Дәрежесі II

<variant>Дәрежесі III

<variant>Дәрежесі IV

<variant>Дәрежесі 0

<variant>Дәрежесі I

<question>Ішектің тітіркену синдромының дамуына себеп:

<variant>Функционалды бұзылулар

<variant>Вирустық инфекция

<variant>Бактериалды инфекция

<variant>Тағам компоненттеріне сезімталдықтың жоғарылауы

<variant>Ішектің қатерлі ісіктері

<question>52 жастағы ер адам тамақтан кейін 3 сағаттан соң және түнде пайда болатын эпигастрий аймағында ауырсынуға, жүрек айнуына шағымданды. Тамақтан кейін жеңілдейді. Бұл ауру белгілері соңғы 3 ай ішінде байқалады.

Соңғы айда бірнеше рет қара нәжіс болған. 40 жыл бойы күніне бір қорап темекі шегеді, алкоголь қабылдайды. Дәрі қабылдамайды. Температура 36,4°C, пульс минутына 80 рет, АҚҚ 110/70 мм сын.бағ. Пальпацияда эпигастрий аймағында ауырсыну. Тыныстық уреаздық тест оң. Қандай ем науқастың ауруының асқынуының алдын алу үшін тиімді:

<variant>Амоксициллин, кларитромицин және омепразол

<variant>Ранитидин және пантопразол

<variant>Витамин B12 веналық енгізу

<variant>Бағаналық ваготомия

<variant>Диета сақтау

<question>41 жастағы ер адам ауыз қуысында және қызыл иек тұстарында ауырсынуға, шаршауға, тәулігіне 4 ретке дейін іші өтуіне, тамақтан кейін күшейетін іш тұсында спастикалық ауырсынуға шағымданды.

Анамнезінде: 3 жыл бойы ауырады. Күніне бір қорап темекі шегеді. Температурасы 37,9°C, пульсі минутына 81 рет, АҚҚ 120/75 мм сын.бағ..

Ауыз қуысында 2 ауырсынатын 1 см-лік жара, пальпацияда оң жақ төменгі квадрантта жеңіл ауырсыну анықталды. Қан анализінде: Hb 115 г/л, лейкоциттер 11,8 x 10⁹/л, тромбоциттер 360 x

10⁹/л. Тоқ ішектің шырышты қабығынан биопсия алу арқылы жүргізілген колоноскопия нәтижесі: казеозды емес гранулемалар және крипталардың нейтрофильді қабынуы анықталды. Болжамды диагноз:

<variant>Крон ауруы

<variant>Дивертикулит

<variant>Уиппл ауруы

<variant>Спецификалық емес колит

<variant>Глютен ауруы

<question>24 жастағы ер адам тамақ ішпесе мазалайтын, ауамен немесе жеген тағаммен кекірумен қатар жүретін, тамақтанғаннан кейін азаятын іштің ауырсынуына шағымданады. Бұл шағымдар науқасты шамамен бір жылдан бері мазалайды. Эмоциялық тұрғыдан тұрақсыз. Іші пальпация кезінде ауырсынбайды. Нәжісі іш қатуға бейім. Фиброгастроскопия кезінде асқазан мен он екі елі ішектің шырышты қабығынан ешқандай өзгерістер табылмады. Қандай диагноз неғұрлым ықтимал?

<variant>Функционалды диспепсия

<variant>Созылмалы гастрит

<variant>Асқазан жарасы

<variant>Созылмалы дуоденит

<variant>Созылмалы эзофагит

<question>Цирроз кезінде бауыр паренхимасының УДЗ құрылымы көбінесе:

<variant>Диффузды біркелкі емес

<variant>Біркелкі

<variant>Майда түйіршікті

<variant>Ірі түйіршікті

<variant>Ошақты

<question>Псевдокиста УДЗ белгілеріне тән емес:

<variant>Гиперэхогенді құрылым

<variant>Дөңгелек, сопақша форма

<variant>Анэхогенді құрылым

<variant>Дистальді жалған күшейтілген эффект

<variant>Эхогенді қосылыстар немесе суспензия болуы

<question>Созылмалы атрофиялық холециститтің ремиссиядағы эхографиялық белгілері:

<variant>Өт қабының өлшемдері қалыпты немесе ұлғайған, қабырғасы біртекті емес, жұқа — 0,5–1,5 мм дейін, гиперэхогенді (жоғары эхо-белгісі бар), қуысы жиі эхогенді тұнбамен толған.

<variant>Өт қабының өлшемдері қалыпты, қабырғасы бірқабатты, қалыңдығы 2–3 мм, қуысы біртекті эхонегативті (эхо бермейтін, сұйықтық тәрізді).

<variant>Өт қабының өлшемдері жиі ұлғайған, қабырғасы қалыңдаған — 3,5–5 мм дейін, біртекті емес, эхогендігі жоғарылаған, қуысы эхонегативті

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 32 беттің 16 беті

немесе эхогенді тұнбамен.

<variant>Өт қабының өлшемдері әртүрлі, қабырғасы біркелкі емес, 4–5 мм-ден қалың, қабырғасы қабатты және біртекті емес, аралас эхогенділікпен (гипо-, изо-, гиперэхогенді бөліктері бар), қуысы біртекті немесе эхогенді тұнбамен.

<variant>Өт қабының өлшемдері әртүрлі, қабырғасы біркелкі емес, 4–5 мм-ден қалың, қабырғасы біртекті емес, кейде қабатты, эхогендігі орташа немесе айтарлықтай жоғарылаған, қуысы біртекті немесе өттің іркілу белгілерімен.

<question>Бауыр рагының эхографиялық белгісі:

<variant>Эхогендігі төмен көлемді құрылым

<variant>Гиперэхогенді көлемді құрылым

<variant>Орташа жоғары эхогенді

<variant>Орташа эхогенді

<variant>Анэхогенді

<question> «Гартман қапшығы» УДЗ-де кейде анықталады:

<variant>Өт қабының анатомиялық ерекшелігі

<variant>Билиарлық гипертензия кезінде өт қабының ұлғаюының ерекше белгісі

<variant>Созылмалы холециститтің ұзақ уақыт бойы сақталуының салдары

<variant>Өт тас ауруының ұзақ уақыт бойы сақталуының салдары

<variant>Жедел холецистит кезінде тыртықты деформацияның салдары

<question>Бауыр аденомасының УДЗ-дағы ең сенімді белгі:

<variant>Контурдың біркелкі және анық болуы

<variant>Үлкен мөлшер

<variant>Контурдың тегіс еместігі, бұдырлы

<variant>Кішкентай мөлшер

<variant>Гипоэхогенді хало болуы

<question>Жедел панкреатиттің эхографиялық (УДЗ) белгілеріне басым көпшілігінде жатпайтын белгі қайсысы?

<variant>Без өлшемдерінің азаюы

<variant>Без өлшемдерінің ұлғаюы

<variant>Контурлардың анық еместігі

<variant>Диффузды біркелкі емес құрылым

<variant>Тіннің эхогенділігінің төмендеуі

<question>Бауыр паренхимасының майда ошақты біртекті емес эхокартинасын микронодулярлық бауыр циррозының морфологиялық көрінісімен теңестіру басым көпшілік жағдайда:

<variant>Дұрыс емес (негізсіз) болып табылады

<variant>Дұрыс (орынды) болып табылады

<variant>Қақпа венасының гипертензиясына тән

эхографиялық белгілер болған жағдайда – дұрыс болып табылады

<variant>Бауырішілік холестаздың эхографиялық белгілері болған жағдайда – дұрыс болып табылады

<variant> Эхографиялық белгілер болған жағдайда – дұрыс болып табылады

<question> «Сегменттелген ұйқы безі» қалыпты жағдайда:

<variant>Даму аномалиясы

<variant>Қабыну процесінің салдары

<variant>Операция, жарақат салдары

<variant>Ісік зақымдануы салдары

<variant>Қант диабетінің прогрессі

<question>Бауырдың терең бөлімдеріндегі үдемелі, кең таралған бәсеңдеудің стандартты жағдайларда байқалуы көбінесе ненің белгісі болып табылады?

<variant>Диффузды бауыр зақымының белгісі

<variant>Дұрыс дайындалмаған УДЗ құрылғысы

<variant>Ошақтық зақымдану

<variant>Адсорбенттер қолдану

<variant>Науқастың дайын еместігі

<question>Панкреонекроздың тікелей эхографиялық белгілеріне тән емес:

<variant>Шажырқайлық қапшықта сұйықтық болуы

<variant>Без өлшемдерінің ұлғаюы

<variant>Контурлардың бұдырлы және анық еместігі

<variant>Без тіндерінде гипер-, изо-, гипо-,

анэхогенді аймақтардың алмасуы

<variant>Кистаның пайда болуы

<question>УДЗ-де қарапайым түсті доплер әдісі ұйқы безінің ошақты өзгерістерінде келесі өзгерістерді анықтауға көмектеседі:

<variant>Ошақтық өзгерістер мен маңайындағы тамыр құрылымындағы бұзылыстарды

<variant>Өзгерген аймақтардағы вакуляризация құрылымы мен дәрежесін нақты анықтауға

<variant>Солидты өзгерістің қатерлі немесе қатерлі емес табиғатына ажыратпалы диагностика жасауға

<variant>Қатерлі ісіктердегі патологиялық неоваскуляризацияны анықтауға

<variant>Вакуляризация құрылымын және дәрежесін нақты анықтауға

<question>Гепатолиенальды синдром УДЗ-де сипатталады:

<variant>Бауыр мен көкбауыр көлемі ұлғайған, порталды веналар өзгеруімен

<variant>Көкбауыр ұлғаюы

<variant>Порталды жүйенің кеңеюі

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары		АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» 32 беттің 17 беті

<variant>Бауыр мен көкбауыр эхогенділігінің жоғарылауы

<variant>Бауыр мен көкбауыр эхогенділігінің төмендеуі

<question>Бауыр веналарының венаның аузынан 2-3 см қашықтықтағы диаметрінің патология жоқ жағдайдағы өлшемі:

<variant>10–14 мм

<variant>3–5 мм

<variant>5–10 мм

<variant>15–22 мм

<variant>25–40 мм

<question> «Сұр шкала» мен түсті доплер әдісі қолданылғанда нақты уақыттағы ұйқы безінің қандай өлшемдерін УДЗ арқылы анықтау мүмкін емес:

<variant>Ұйқы безінің функционалды күйін бағалау

<variant>Ұйқы безінің пішінін бағалау

<variant>Ұйқы безінің құрылымын бағалау

<variant>Әртүрлі этиологиядағы диффузды зақымдарды анықтау

<variant>Әртүрлі этиологиядағы ошақтық зақымдарды анықтау

<question>Бауыр ішіндегі өт шығаратын каналдарға жатады:

<variant>Бөлімдік, сегменттік, субсегменттік каналдар

<variant>Жалпы өт каналы

<variant>Жалпы бауыр каналы

<variant>Субсегменттік, сегменттік, бөлімдік каналдар, өт қапшығының каналы

<variant>Жалпы өт каналы, өт қапшығының каналы

<question>Бауыр фиброзын УДЗ-де сипаттайтын көрініс:

<variant>Бауыр көлемі қалыпты, архитектурасы бұзылған, дәнекер тіндік элементтері көбейген

<variant>Бауыр көлемі қалыпты, жиекті бұдырлы, порталды жүйе кеңейген

<variant>Бауыр көлемі азайған, паренхима эхогендігі төмен

<variant>Бауыр паренхимасының біркелкі емес құрылымы, ультрадыбысты шағылтудың төмендеуі

<variant>Архитектурасы өзгермеген

<question>Қалыпты бауыр паренхимасының УДЗ құрылымы:

<variant>Майда түйіршікті

<variant>Үлкен ошақтық

<variant>Көптеген жоғары эхогенді учаскелер

<variant>Төмен эхогенді учаскелер

<variant>Орташа эхогенді учаскелер

<question>Бауырдың ошақтық май инфильтрациясын айқын дифференциалды диагностикалау үшін маңызды емес белгі:

<variant>Бауыр көлемі

<variant>Өзгерген учаскенің контурлары

<variant>Өзгерген учаскенің құрылымы

<variant>Тамыр құрылымының күйі

<variant>Эхогенділік сипаты

<question>УДЗ-де ісіктің инвазивті өсу белгісі:

<variant>Шекаралардың анық еместігі

<variant>Анэхогенді сақина

<variant>Ісік құрылымының өткір біркелкі еместігі

<variant>Ісік ортасында анэхогенді, контуры бұдырлы зона

<variant>Ісік ішіндегі кальцинаттар

<question>Инвазивті емес ұйқы безін УДЗ арқылы зерттеудің нақты мүмкіншіліктері:

<variant>Зақымданудың сипаты мен таралуын анықтау

<variant>Зақымданудың сипатын анықтау

<variant>Нозологиялық формасын

<variant>Нозологиялық форма мен оның дәрежесін

<variant>Нозологиялық форма мен болжамын

<question>Орташа толу фазасындағы өт қапшығы қабырғасының орташа қалыңдығы:

<variant>1,5–3 мм

<variant>0,5–1 мм

<variant>1–2 мм

<variant>2–4,5 мм

<variant>3–5 мм

<question>Созылмалы гипертрофиялық холециститтің ремиссиядағы эхографиялық көрінісі:

<variant>Әртүрлі мөлшерде, қабырға 3,5–4 мм, біркелкі емес, гиперэхогенді, қуысы эхонегативті немесе эхогенді суспензиямен

<variant>Қалыпты мөлшерде, бір қабатты, 2–3 мм, біркелкі эхонегативті қуыс

<variant>Қалыпты немесе үлкейген мөлшерде, қабырға 0,5–1,5 мм, жіңішке, гиперэхогенді, қуысы жиі эхогенді суспензиямен

<variant>Әртүрлі мөлшерде, қабырға >4–5 мм, қабырға қабатты, біркелкі емес, қуысы біркелкі емес немесе эхогенді суспензиямен

<variant>Әртүрлі мөлшерде, қабырға >4–5 мм, қабырға біркелкі емес, кейде қабатты, орташа–жоғарылықтағы эхогенділік, қуысы біркелкі немесе өт жинақталуымен

<question>Атрофиялық бауыр циррозы УДЗ-де сипатталады:

<variant>Бауыр көлемінің азаюы және асцит

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары		АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» 69/ 32 беттің 18 беті

<variant>Бауыр паренхимасының біркелкі емес құрылымы және спленомегалия
<variant>Порталды гипертензия белгілері
<variant>Өңеш веналарының варикозды кеңеюі
<variant>Бауыр мен көкбауыр көлемінің ұлғаюы
<question>Ұйқы безінің ошақтық зақымдануын нақты анықтау үшін ең тиімді әдіс:
<variant>Эхография немесе КТ бақылауымен пункциялық биопсия
<variant>Рентгендік КТ
<variant>МРТ
<variant>УДЗ
<variant>Радиоизотоптық зерттеу
<question>Қалыпты өт қапшығы қабырғасы жоғары класты УДЗ құрылғыларында:
<variant>Бір қабатты, жұқа, изоэхогенді
<variant>Бір қабатты, жұқа, гиперэхогенді
<variant>Екі қабатты, гиперэхогенді
<variant>Үш қабатты, аралас эхогенді
<variant>Бес қабатты, аралас эхогенді
<question>Қабырғасында бірнеше нүктелік гиперэхогенді құрылымдар, қалыңдығы мен контур өзгермеген:
<variant>Өт қапшығы холестерозы
<variant>Созылмалы холецистит
<variant>Өт қапшығы аденомиоматозы
<variant>Өт қапшығы рагы
<variant>Өт тас ауруы
<question>Жедел панкреатиттің ең тән және жиі кездесетін белгілері:
<variant>Мөлшердің ұлғаюы, эхогенділіктің төмендеуі, құрылымның біркелкі еместігі, контурлардың өзгеруі
<variant>Мөлшердің сақталуы, эхогенділіктің төмендеуі, құрылым біркелкі, контур анық
<variant>Контурларды анықтау мүмкін емес, эхогенділік жоғары
<variant>Мөлшердің ұлғаюы, эхогенділіктің жоғарылауы, контурлардың айқын болуы
<variant>Ерекше белгі жоқ
<question>Қалыпты бауырдың сол жақ бөлігінің төменгі шеті УДЗ-де ең үлкен бұрышы асырмайды:
<variant>45 градус
<variant>50 градус
<variant>80 градус
<variant>40 градус
<variant>75 градус
<question>Бауыр кисталарын эхографиялық диагностикалау негізделеді:
<variant>Бауыр паренхимасында дөңгелек, гипоехогенді немесе анэхогенді, шекарасы айқын түзілімдерді анықтау

<variant>Бауыр паренхимасында солидті құрылымдарды анықтау
<variant>Айқын шекарасы бар полиморфты эхоструктуралы түзілімдерді анықтау
<variant>Әр түрлі тығыздықтағы инфильтрациялық өзгерістерді анықтау
<variant>Гиперэхогенді түзілімдерді анықтау
<question>Өт қапшығында су жиналуы кезінде эхографияда әдетте байқалмайды:
<variant>Бауыр ішілік өт жолдарының кеңеюі
<variant>Өт қапшығының айтарлықтай үлкеюі
<variant>Өт қапшығы қуысының эхографиялық көрінісінің біртіндеп өзгеруі – өттің эхогенділігінің артуы
<variant>Өт қапшығы мойнында конкременттің болуы немесе мойын бөлігінің қабырғасының айтарлықтай қалыңдауы
<variant>Эхогенділіктің төмендеуі, құрылымның біркелкілігі және контурдың айқын болуы
<question>Бауырдың май инфильтрациясында контурлар мен жиектері қалай өзгередінін көрсетіңіз:
<variant>Контурлар тегіс, шеттер дөңгелек
<variant>Контурлар бұдырлы, шеттер өткір
<variant>Контурлар біркелкі емес, шеттер жалпақ
<variant>Контурлар бұдырлы, шеттер дөңгелек
<variant>Контурлар тегіс, шеттер өткір
<question>Бауырдың алғашқы рагының эхографиялық көрінісі сипатталады:
<variant>Эхографиялық көріністердің полиморфизмімен, бауырдың үлкен немесе кіші бөлігін зақымдануымен
<variant>Бір бөлікте гипоехогенді кистозды түзілімдер болуымен
<variant>Порталды гипертензия белгілерімен
<variant>Бауыр көлемінің құрылымы өзгермей ұлғаюы
<variant>Бауыр мен көкбауыр көлемінің ұлғаюы
<question>Өт қапшығының шектелген аденомиоматозы диспластикалық процесс болып табылады және УДЗ-да анықталуы мүмкін:
<variant>Өт қабырғасының кейбір бөлімдерінде біркелкі емес қалыңдауы, негізінен шырышты қабатта, гипер- және анэхогенді аймақтар, көп полиптер
<variant>Өт қабырғасының барлық бөлімдерінде біркелкі емес қалыңдауы, негізінен шырышты қабатта, гипер- және анэхогенді учаскелер, көп полиптер
<variant>Өт қабырғасының бірнеше жеке аймақтарының бұлшықет қабатында «моншақтар тізбесі» түрінде, бүкіл контурда қалыңдауы,

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары		69/ 32 беттің 19 беті

<variant>Өт қабырғасының бірнеше бірігіп кеткен қалыңдауы «моншақтар тізбесі» түрінде, бүкіл контурда, бұлшықет қабатында

<variant>Өт қабырғасының сыртқы контурында серозды қабаттабірнеше кіші және орташа (3–5 мм, 4–7 мм) түзілімдер

<question>Жалпы екіншілік эхографиялық белгілер тән ЕМЕС:

<variant>Бауырдың алғашқы рагына

<variant>Холедохолитиазға

<variant>Өт жолдарының рагына

<variant>Жалпы бауыр каналындағы ісіктеріне

<variant>Ұйқы безінің бас бөлігінің рагына

<question>Эхинококкозға күдік тудырған көлемді түзілімді пункциялау үшін негізгі шартқа жатады:

<variant>Серологиялық тесттер теріс нәтиже бергенде

<variant>Түзілім қабатының кальцинациясы визуализацияланғанда

<variant>Түзілім қуыстарында перделер визуализацияланғанда

<variant>Қуыста суспензия визуализацияланғанда

<variant>Түзілім қабатының кальцинациясы визуализацияланғанда

<question>Майлы гепатоз УДЗ-де беретін көрініс:

<variant>Бауыр көлемі қалыпты, эхогендігі жоғары, периферияда трабекулдық құрылым саны азайған, эхосигнал тез әлсірейді

<variant>Бауыр көлемі ұлғайған, паренхима эхогендігі төмен

<variant>Бауыр көлемі азайған, эхогендігі жоғары, порталды жүйе кеңейген

<variant>Бауыр көлемі ұлғайған, паренхиманың ультрадыбысты шағылтылуы төмен

<variant>Бауыр мен көкбауыр көлемі ұлғайған

<question>Циррозда бауыр паренхимасының құрылымы көбінесе:

<variant>Диффузды біркелкі емес

<variant>Біркелкі

<variant>Майда түйіршікті

<variant>Ірі түйіршікті

<variant>Ошақтық

<question>Өт қапшығының лабильді иілістері мен қалқасы УДЗ-де:

<variant>Норманың нұсқасы

<variant>Гепатит белгісі

<variant>Дисхолия белгісі

<variant>Холецистит белгісі

<variant>Өт қапшығы дискинезиясы белгісі

<question>Ұйқы безінің ісіктері көбінесе кездеседі:

<variant>Ұйқы безінің бас бөлігінде

<variant>Ұйқы безінің денесінде

<variant>Ұйқы безінің құйрығында

<variant>Фатер емізікшесі аймағында

<variant>Ұйқы безінің жалпы аймағында

<question>Стандартты жағдайда өт тасы УДЗ-де көрініс береді:

<variant>Гиперэхогенді қисық сызықты түзіліс

<variant>Қапшықталған түзіліс

<variant>Солидті түзіліс

<variant>Шағылыс бермейтін түзіліс

<variant>Гиперэхогенді солидті түзіліс

<question>УДЗ-де бауыр архитектурасының бұзылу себебіне жатпайды:

<variant>Майлы гепатоз

<variant>Бауырдың алғашқы рагы

<variant>Метастатикалық зақым

<variant>Цирроз

<variant>Түйінді гиперплазия

<question>Инвазивті емес бауыр УДЗ-де мүмкін:

<variant>Зақымдың сипаты мен таралуын анықтау

<variant>Зақым сипатын анықтау

<variant>Нозологиялық формасын анықтау

<variant>Нозологиялық формасы мен дәрежесін анықтау

<variant>Нозологиялық форма мен болжамын анықтау

<question>«Сегменттелген ұйқы безі» қалыпты жағдайда:

<variant>Даму аномалиясы

<variant>Жұқпалы процестің салдары

<variant>Оперативтік араласу, жарақат салдары

<variant>Ісік зақымының салдары

<variant>Қант диабетінің прогрессі

<question>Ұйқы безінің эхографиялық көрінісін дұрыс бағалау үшін қажет шартқа жатпайды:

<variant>Ұйқы безінің қалыпты және топографиялық анатомиясын білу

<variant>Анамнез және клиникалық картинаны білу

<variant>Патологиялық анатомия мен физиологияны білу

<variant>УДЗ технологиясын білу

<variant>УДЗ физикалық принциптерін білу

<question>Созылмалы жүрек жеткіліксіздігінде іркілген бауыр УДЗ-де:

<variant>Көлемі ұлғайған, паренхимасы төмен эхогенді, кеңейген жеке веналар

<variant>Көлемі ұлғайған, паренхимасы жоғары эхогенді, кеңейген жеке веналар

<variant>Көлемі ұлғайған, құрылымы біркелкі емес

<variant>Көлемі азайған, жоғары эхогенді, v.portae кеңейген

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары		69/ 32 беттің 20 беті

<variant>Көлемі қалыпты, эхогендігі жоғары, периферияда трабекулдық құрылым азайған
<question>Бауырдың жарақат салдарынан жарылуының УДЗ белгілері арасында ең маңызды емес:

<variant>Құрсақ қуысында бос газдың болуы
<variant>Бауыр контурасының (капсула) жергілікті зақымдануы
<variant>Паренхимада гипо-анэхогенді түзілім, жиі шекарасы айқын емес
<variant>Құрсақ қуысында еріген сұйықтықтың болуы

<variant>Қарын қуысында еріген сұйықтықтың жылдам көбеюі
<question>Орташа айқындықтағы пневмобилияның пайда болу себебіне әдеттежатпайды:

<variant>Өт тасы ауруы
<variant>Өт жолына операция
<variant>Жедел іріңді холангит
<variant>Құрсақ-өт фистуласы
<variant>Жедел холецистит

<question>Жедел холециститтің УДЗ белгісіне тән емес:

<variant>Қуыстың айтарлықтай жоғары дыбыс өткізгіштігі

<variant>Өт қапшығының үлкеюі
<variant>Контурлардың анық еместігі немесе біркелкі еместігі

<variant>Қабырғалардың құрылымының біркелкі еместігі (үш қабатты немесе қабатты құрылысты болуы мүмкін)

<variant>Қуыстың құрылымы біркелкі немесе біркелкі емес, қабырғалар эхогендігі аралас немесе жоғары

<question>Ұйқы безін қоршаған тамырлардың жағдайы бойынша ошақтық зақымдарды диагностикалауда маңызды емес:

<variant>Тамыр қабырғаларын айқын анықтау
<variant>Тамыр бағыты

<variant>Тамыр қисық сызықты сипаты
<variant>Үлкен және орта тамырлардың диаметрлерінің өзгеру сипаты

<variant>Бұтақшалардың негізгі тамырдан шығу бұрыштары мен біркелкілігі

<question>Өт тас ауруының негізгі этиологиялық факторына жатады:

1. моторлық-секреторлық бұзылыстар
2. организмдегі метаболизм процестерінің бұзылыстары
3. тамақтану тәртібіндегі сандық және сапалық ауытқулар
4. туа пайда болатын бейімділік

<variant>дұрыс жауап 1, 2, 3, 4

<variant>дұрыс жауап 1, 3

<variant>дұрыс жауап 2, 4

<variant>дұрыс жауап 4

<variant>дұрыс жауап 1, 2, 3

<question>Өт тастасры көбінесе пайда болады:

<variant>холестериннен

<variant>өт қышқылы тұздарынан

<variant>оксалаттардан

<variant>несеп қышқылынан

<variant>цистиндерден

<question>Созылмалы калькулезді холециститті болжаған жағдайда диагнозды нақтылау үшін жүргізу қажет:

1. дуоденальді зондтау
2. ультрадыбысты зерттеу
3. құрсақ қуысындағы органдардың шолу рентгенографиясы
4. өт шығару жолының компьютерлік немесе МРТ-визуализациясы

<variant>дұрыс жауап 2, 4

<variant>дұрыс жауап 1, 2, 3

<variant>дұрыс жауап 1,3

<variant>дұрыс жауап 1, 4

<variant>дұрыс жауап 1, 2, 3, 4

<question>Өт шаншып ауру ұстамасы бірге жүреді:

1. ұтқыр ауырсынумен
2. құсумен
3. лихорадкамен
4. диареямен

<variant>дұрыс жауап 1, 2, 3

<variant>дұрыс жауап 1, 3

<variant>дұрыс жауап 3, 4

<variant>дұрыс жауап 2, 4

<variant>дұрыс жауап 1, 2, 3, 4

<question>Өт тастарын еріту үшін қолданады:

1. хенофальк
2. холестирамин
3. урсофальк
4. олиметин

<variant>дұрыс жауап 1, 3

<variant>дұрыс жауап 1, 2, 3

<variant>дұрыс жауап 2, 4

<variant>дұрыс жауап 4

<variant>дұрыс жауап 1, 2, 3, 4

<question>Постхолецистэктомиялық синдром еміне бағытталған:

1. дискинезияны жою
2. өт бөлінуін күшейту
3. инфекцияны басу
4. холестазды жою

<variant>дұрыс жауап 1, 2, 3, 4

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	69/ 32 беттің 21 беті
---	--	--	----------------------------------

<variant>дұрыс жауап 1, 3

<variant>дұрыс жауап 2,4

<variant>дұрыс жауап 4

<variant>дұрыс жауап 1, 2, 3

<question>Холецистит дамуының этиологиялық факторына жатады:

1. тамақтану тәртібіндегі сандық және сапалық ауытқулар

2. өт қапшығы және өт жолдары жүйесінің моторлық-секреторлық бұзылыстары

3. инфекция

4. темекі шегу

<variant>дұрыс жауап 1, 2, 3, 4

<variant>дұрыс жауап 1, 3

<variant>дұрыс жауап 2, 4

<variant>дұрыс жауап 4

<variant>дұрыс жауап 1, 2,3

<question>Операция кезінде жабысқан өт қапшығы, жалпы өт өзегі 4 мм - ден тар екендігі анықталды, дуоденум және панкреас-өзгеріссіз. Бауыр ұлғайған, оның сыртқы түрі өт циррозына ұқсас. Бұл симптомдар кешені ең тән патология:

<variant>бауыр жолдарының бифуркациясының карциномасы

<variant>холестатикалық гепатит

<variant>біріншілік билиарлы цирроз

<variant>екіншілік склерозды холангит

<variant>біріншілік склерозды холангит

<question>60 жастағы әйел төмен дәрежелі анорексияға, салмағы 10 кг –ға азаюына және сарғаю пайда болуына шағымданады. Соңғы 2 аптада несеп қою түсті, нәжіс түссізденіп өзгерген. Физикалық тексеруде орташа дәрежелі гепатомегалия және сарғаю анықталды.

Рентгенограммда Фатер емізікшесінің ұлғаюын көрсетті. Ең ықтимал диагноз:

<variant>Фатер емізікшесі ампуласының карциномасы

<variant>ұйқы безінің карциномасы

<variant>холедохолитиаз

<variant>жалпы өт жолының тарылуы

<variant>холангиогенді гепатит

<question>Тексеру барысында науқаста өт жолдарының тас ауруы, асқазан-ішек полипозы, ауыз қуысы шырышты қабатында және дененің терісінде түтінді дақтар бар. Болжам диагноз:

<variant>Пейтц-Эйгерс синдром

<variant>Созылмалы панкреатит

<variant>Бауыр циррозы

<variant>Уишл ауруы

<variant>Рандю-Ослер ауруы

<question>ГЭРБ клиникалық формалары бойынша классификация:

<variant>Эрозиясыз рефлюкс ауруы, рефлюкс-эзофагит, Барретт өңеші

<variant>Аутоиммундық рефлюкс ауруы, рефлюкс-эзофагит, аденокарцинома

<variant>Эндоскопиялық теріс, рефлюкс-эзофагит, созылмалы эзофагит

<variant>Ойық жаралы рефлюкс ауруы, Барретт өңеші, жедел эзофагит

<variant>Эрозиясыз рефлюкс ауруы, ойық жаралы рефлюкс ауруы

<question>Ересектерде УДЗ-де патологиясыз оң жақ бауыр бөлігінің қысық вертикалды өлшемі қанша мм-ден аспауы қажет:

<variant>150 мм

<variant>190 мм

<variant>175 мм

<variant>165 мм

<variant>180 мм

<question>Бауыржасушалық жеткіліксіздік синдромының белгілері:

1) бауырлық энцефалопатия

2) порталді гипертензия

3) паренхиматозды сарғаю

4) гепато-лиенальды синдром

5) ауыздан "бауыр" иісі шығуы

6) геморрагиялық

7) гиперспленизм

8) ахолиялық нәжіс

<variant>1, 3, 5, 6

<variant>1, 3, 4, 5, 7

<variant>1, 2, 3, 5, 6

<variant>1, 2, 3, 5, 8

<variant>1, 2, 3, 4, 5, 7

<question>Науқас 36 жаста, іште толғақ тәрізді ауырсынуға, сұйық көп мөлшерде нәжіске және құсуға шағымданып, аурудың алғашқы тәулігінің соңына қарай қабылдау бөлмесіне жеткізілді.

Температура – 38,2⁰С градус. Лейкоциттер - 23000, т/я - 3%, с/я - 87%, лимфоциттер - 7%, моноциттер - 3%, ЭТЖ-23 мм/сағ. Тері бозғылт.

Пульс - минутына 96 рет, ырғақты, АҚҚ - 90/60 мм сын. бағ. Тілі дымқыл, сұр жабындымен жабылған, іші ісінбеген, барлық бөлімдерде ауырсынулар анықталды. Ең ықтимал болжам диагноз:

<variant>тамақтан болған токсикоинфекция

<variant>жедел дизентерия

<variant>жедел аппендицит

<variant>мезентериальді тромбоз

<variant>бүрлі тоқ ішек аденомасы

<question>Науқас 40 жаста, оң жақ қабырғаастында және эпигастрий аймағында тартып ауырсынуға, әлсіздікке, тез

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары

шаршағыштыққа шағымданады. 6 ай бойы ауырады. Ет комбинатында кесу цехында жұмыс істейді. Тексеру кезінде: тері және шырышты қабаттар қалыпты түсті. Бауыр қабырға доғасының астынан 4 см шығыңқы, серпімді, пальпация кезінде ауырсынады. Қан анализінде: гемоглобин - 100 г/л, лейкоциттер – 7,2, эозинофилдер - 19%, ЭТЖ-15 мм/сағ. Ең ықтимал болжам диагноз:

<variant>бауыр эхинококкозы
<variant>бауыр абсцесі
<variant>гепатома
<variant>созылмалы персистерленген гепатит
<variant>бауырдың қатерлі түзілімнен метастазды зақымдалуы
<question>Гиперспленизм синдромының ең сезімтал сынамасына жатады
<variant>қандағы гранулоциттер мен тромбоциттер санын анықтау
<variant>динамикалық радиофармпрепаратпен скintiграфия
<variant>қан сарысуындағы АСТ анықтау
<variant>қан сарысуындағы сілтілі фосфатазаны анықтау
<variant>қан сарысуындағы билирубин деңгейін анықтау
<question>27 жастағы науқаста 5 жыл бойы 3 жүктілік болған, олардың әрқайсысы III-IV айдан бастап қарқынды қышу және көп ұзамай сарғаю пайда болды, жалпы билирубин 80 мкмоль/л дейін және тікелей 40 мкмоль/л дейін дейін жоғарылаған, сілтілі фосфатаза белсенділігі 3-4 нормаға дейін, ЭТЖ 35-40 мм/сағ дейін. Барлық жүктілік мерзімінен бұрын өлі ұрықпен аяқталды. Ең ықтимал диагноз
<variant>жүктіліктің гемолитикалық сарғаюы
<variant>холедохолитиаз
<variant>созылмалы холестатикалық гепатит
<variant>жедел вирусты гепатит А
<variant>жүктілік холестазы
<question>27 жастағы науқаста 5 жыл бойы 3 жүктілік болған, олардың әрқайсысы III-IV айдан бастап қарқынды қышу және көп ұзамай сарғаю пайда болды, жалпы билирубин 80 мкмоль/л дейін және тікелей 40 мкмоль/л дейін дейін жоғарылаған, сілтілі фосфатаза белсенділігі 3-4 нормаға дейін, ЭТЖ 35-40 мм/сағ дейін. Барлық жүктілік мерзімінен бұрын өлі ұрықпен аяқталды. Гемолитикалық анемия болжанған жағдайда диагнозды нақтылау үшін жүргізу қажет
<variant>ретикулоциттер және билирубин анықтау
<variant>вирусты гепатит В сарысулық

маркерлерін зерттеу
<variant>венаішілік рентгендік холеграфия
<variant>эндоскопиялық ретроградты холангиография
<variant>бауырдың пункционды биопсиясы
<question>56 жастағы әйел 6 ай ішінде сол жақ тізе буынының ауыруы мен ісінуіне шағымданады. Анамнезінде: асқазанның ойық жарасы ауруы бойынша омепразол қабылдайды. Локальді статус: сол жақ тізе буынының крепитациясы және қозғалғыштығы шектелуі. Бұл жағдайда ең қауіпсіз препарат қандай?
<variant>Целекоксиб
<variant>Ибупрофен
<variant>Диклофенак
<variant>Ацетилсалициловая кислота
<variant>Парацетамол
<question>Созылмалы алкоголизммен ауыратын 53 жастағы әйелде аспирин қабылдағаннан кейін 12 сағаттан кейін қан аралас құсу, іштің ауырсынуы пайда болды, пульс минутына 84 рет, өмірлік маңызды функциялар тұрақты, сана айқын, сарғаю, бауырдың, көкбауырдың ұлғаюы. Сіздің алғашқы диагностикалық қадамыңыз:
<variant>эндоскопия
<variant>асқазан жолдарының жоғарғы бөлігін рентгендік зерттеу
<variant>бариймен клизма
<variant>селективті ангиография
<variant>бауырды сканирлеу
<question>20 жастағы науқас, астеник, нейрциркуляторлық дистония фоннда оң қабырғаастында стрессорлық жағдайларға байланысты тұйықталған ауырсыну пайда болған, дене температурасы қалыпты. Тексергенде: өт жолдарында конкременттер жоқ, холецистограммада өт қапшығының көлемі кішірейген, дуоденальді зондтағанда қапшықтық өт көлемі (В порциясы) - 15 мл, уақыты — 3 минут. Ең ықтимал болжам қорытынды:
<variant>Өт жолдарының гипермоторлы типті дискинезиясы
<variant>Созылмалы холецистит
<variant>Өт жолдарының гипомоторлы типті дискинезиясы
<variant>Панкреатикалық өзектің қысымы жоғарылауы
<variant>Одди сфинктерінің спазмы
<question>Цирроздың терминалды сатысында бауырдың ультрадыбыстық өлшемдері көбінесе:
<variant>оң жақ бөлік азайған
<variant>қалыпты шекте
<variant>оң жақ бөлік арқылы ұлғайған

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары	«Южно-Казахстанская медицинская академия» 32 беттің 23 беті

<variant>сол жақ бөлік азайған
<variant>бауырдың жалпы көлемі айтарлықтай ұлғайған
<question>41 жастағы пациенттің УЗИ деректері: бауырдың сол жақ бөлігі арқылы ұлғайған, контурлары анық, экоструктурасы гиперэхогенді ошақтардан диффузды біркелкі емес. Қақпалы вена 16 мм, көкбауыр венасы 11 мм, бауыр веналары кеңейген. Бұл өзгерістер:
<variant>порталды гипертензия белгілері бар бауыр циррозы
<variant>бауыр метастаздары
<variant>көптік бауыр гемангиомалары
<variant>бауырдың бастапқы рагы
<variant>гепатит
<question>61 жастағы пациенттің УЗИ деректері: оң жақ бауыр бөлігі жоғары тығыздықтағы, біркелкі құрылымдағы, контуры анық 3 см түзіліс. Мүмкіндігі жоғары:
<variant>бауыр липомасы
<variant>бауырдың майлы дистрофиясы
<variant>бауыр гемангиомасы
<variant>бауыр метастаздары
<variant>гепатит
<question>Науқас 50 жаста, құрсақ қуысының ағзаларын УДЗ зерттеу кезінде: бауыр 3 см ұлғайған, негізінен сол жақ бөлігінің есебінен, шекаралары анық, тегіс, эхоқұрылысы диффузды біртекті емес, дұрыс емес пішінді гиперэхогенді ошақтар арқылы. Қақпа венасы — 17 мм, көкбауыр венасы — 1,2 см, бауыр веналары кеңейген. Бұл өзгерістерді қалай түсіндіруге болады?
<variant>қақпалық гипертензия белгілері бар бауыр циррозы
<variant>бауыр метастаздары
<variant>көптік бауыр гемангиомалары
<variant>бауырдың бастапқы рагы
<variant>гепатит
<question>58 жастағы әйелдің УЗИ деректері: оң жақ бауыр бөлігі жоғары тығыздықтағы, біркелкі құрылымдағы, контуры анық 3 см түзіліс. Мүмкіндігі жоғары:
<variant>бауыр липомасы
<variant>бауырдың майлы дистрофиясы
<variant>бауыр гемангиомасы
<variant>бауыр метастаздары
<variant>гепатит
<question>51 жастағы ер адамда оң қабырғаастында ұзаққа созылатын тартып ауырсыну байқалады. Тексергенде: сарғаю жоқ, Кера симптомы оң, температура субфебрильді, ЭТЖ — 30 мм/с. Болжам диагноз?

<variant>созылмалы холецистит өршу фазасы
<variant>созылмалы панкреатит ремиссия фазасы
<variant>асқазанның ойық жара ауруы өршу фазасы
<variant>созылмалы гепатит
<variant>12-елі ішек ойық жара ауруы өршу фазасы
<question>Оперативтік емге көрсеткіш емес
<variant>эмпиема
<variant>өт қапшығында су жиналу
<variant>өт қапшығының деформациясы
<variant>перфорация
<variant>холедох стриктурасы, фатер емізікшесінің стенозы
<question>Эндоскопиялық ретроградты холангиопанкреатография қандай жағдайды ажыратуға мүмкіндік бере алмайды
<variant>панкреатиттің әртүрлі формаларын ажыратуға
<variant>үлкен дуоденальді емізікше патологиясын анықтауға
<variant>холецистолитиаз белгілерін анықтауға
<variant>өт жолдарында тастарды анықтауға
<variant>склероздеуші холангитті диагностикалауға
<question>Өт жолдарын зақымдайтын лямблиоздың емінде қолданады
<variant>трихопол
<variant>левомецетин
<variant>канамидин
<variant>невиграмон
<variant>энтеросептол
<question>Диспансерлік УДЗ кезінде тұрақты сұйықтықты түзіліс, өт қабының төменгі, латеральді немесе медиальді қабырғасына жабысқан, жұқа, анық қабырғалары бар, қозғалыссыз эконегативті түзіліс тән:
<variant>өт қабының дивертикулына
<variant>қабынған шеткі абсцесске
<variant>ішінде сұйықтығы бар ішек ілмегіне
<variant>бауыр кистасына
<variant>ұйқы безі кистасына
<question>Бауыр қақпасындағы лимфогранулематозға тән симптомдар:
<variant>парааортальды және бауыр қақпасының лимфа түйіндерінің ұлғаюы
<variant>көкбауырдың ұлғаюы
<variant>бауыр паренхимасының ошақтық түзілістері
<variant>өт жолдарының ұлғаюы
<variant>бауыр мен көкбауырдың ұлғаюы
<question>Холестаз бар екенін көрсететін көрсеткішке жатпайды

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары	«Южно-Казахстанская медицинская академия» 32 беттің 24 беті

<variant>амилаза
 <variant>сілтілі фосфатаза
 <variant>лейцинаминопептидаза
 <variant>холестерин
 <variant>өт қышқылы
 <question>Өт қапшығында тас болуымен байланысты туындаған өт шаншуы ұстамасында қолданылатын ем
 <variant>консервативті ем
 <variant>экстренді түрде операция
 <variant>ұстама тоқтату мақсатында операция
 <variant>антиферментті терапия
 <variant>лапароскопиялық холецистостомия
 <question>Қандай тұжырым ең дұрыс?
 Холедохолитиаз және ұйқы безі ісігі фонындағы бауырдан тыс холестатикалық сарғаюды ажыратуда ісікті болжауға мүмкіндік беретін белгі
 <variant>Курвуазье симптом оң болуы
 <variant>Спленомегалия
 <variant>Температура жоғарылауы
 <variant>Сарғаю алдында өт шаншу ұстамасы болуы
 <variant>Қышыма болмауы
 <question>Бауырлық шаншу ұстамасына тән емес
 <variant>Оң қабырғаастында ауырсыну және бұлшық еттердің кернелуі
 <variant>Френикус-симптомы
 <variant>Мэрфи симптомы
 <variant>Оң қабырғаастында арқаға таралатын ауырсыну
 <variant>Ортнер симптомы
 <question>Науқас 50 жаста, созылмалы калькулезді холецистит бойынша жасалған холецистэктомиядан кейін 6 айдан соң қайтадан оң қабырғаастында ауырсыну, склера сарғаюымен бірге байқалады. Құрсақ қуысын ультрадыбысты тексергенде бауырдан тыс өт өзектерінде патологиялар анықталмаған. Бұл жағдайда қандай диагностикалық зерттеу ең ақпаратты болып табылады?
 <variant>эндоскопиялық ретроградты панкреатохолангиография
 <variant>пероральді холецистография
 <variant>инфузионды холеграфия
 <variant>бауырды сканирлеу
 <variant>компьютерлік томография
 <question>Сарысудағы амилаза белсенділігінің айқын жоғарылауы тән
 <variant>жіті панкреатитке
 <variant>ішек өтімсіздігіне
 <variant>пневмонияға

<variant>ұйқы безі ісігіне
 <variant>қант диабетіне
 <question>Механикалық сарғаюдың ең ауыр асқынуын көрсетініз:
 <variant>бауыр-бүйрек жеткіліксіздігі
 <variant>бауырдың белок түзу қызметі төмендеуі
 <variant>ішектің сіңіру қызметі бұзылуы
 <variant>өт қапшығында су жиналуы
 <variant>өт қапшығы істен шығуы
 <question>60 жастағы әйел терапевтке суық су немесе алкоголь ішкенде пайда болатын, ал қатты тағамды жұтқанда болмайтын жұту қиындауына, төс артында арқасына және мойнына таралатын ауырсынуға шағымданып келді. Бариймен рентгенографияда аорта доғасының төменгі бөлігінде «шаңырақ тәрізді» көрініс анықталды. Ең ықтимал диагноз қандай?
 <variant>Эзофагоспазм
 <variant>Кардиа ахалазиясы
 <variant>Асқазан ісігі
 <variant>Гастроэзофагеальдық рефлюкс ауруы
 <variant>Барретт өңеші
 <question>35 жастағы ер адам, дене салмағының индексі 35, қышқылға, қышқылмен кекіруге, жүрек тұсында «түйілу» сезімі, кейде арқасына тарайтын жүрек тұсында қыжылға шағымданды. Симптомдар кешкі тамақтан кейін жатқанда жиі пайда болады. Төменгі эзофагта 5 сағаттық рН-метрия жүргізілді. Емдеу тактикасы қандай?
 <variant>Омепразол
 <variant>Атропин
 <variant>Верапамил
 <variant>Нифедипин
 <variant>Нитроглицерин
 <question>76 жастағы ер адам қатты және сұйық тағамдарды қиналып жұтуына, қорытылмаған тамақпен құсуға, жиі кекіруге, жиі ықылыққа шағымданды. Салмағы төмен, терісі бозғылт, дауысы дөрекі, сол жақ мойын және кеудеүсті лимфа түйіндері ұлғайған. Бір жыл бойы ауырады. ЭФГДС-та: өңештің ортаңғы бөлігінде шеңберлік тарылу, қабырғалары қатаң, тарылған жерде қанталаған ойық жаралар. Ең ықтимал диагноз:
 <variant>Өңеш ісігі
 <variant>Кардиа ахалазиясы
 <variant>Склерозды медиастинит
 <variant>Барретт өңеші
 <variant>Эрозиялық-ойықтық эзофагит
 <question>58 жастағы ер адам эмоционалды стресс кезінде тамақ жұтқанда төс артында арқасына тарайтын аздап ауырсынуға, «шаншу

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары		69/ 32 беттің 25 беті

сезімі» тәрізді ауырсынуға шағымданды. Ең ықтимал диагноз:

<variant>эзофагоспазм

<variant>кардиа ахалазиясы

<variant>стенокардия ұстамасы

<variant>диафрагмалық эзофагеальді грыжа

<variant>гастроэзофагеальдық рефлюкс ауруы

<question>42 жастағы әйел оң қабырға астында ауырсынуға, ауызында ащы дәм пайда болуына, кекіруге, жүрек айнуына, іші қатуына, майлы және қуырған тағамдарды жей алмауына шағымданды. Дуоденальдық зондтау нәтижелері: I порция 5 мин — 4,0 мл; II 7 мин - 4,3 мл; III 5 мин - 10 мл; IV 30 мин - 90 мл; V 10 мин - 15 мл. Қалған сарысу - 45 мл, сарысу рН - 5,0. Микроскопиялық зерттеуде II порцияда лейкоциттер, шырыш, холестерин кристалдары көп. Ең ықтимал клиникалық диагноз:

<variant>Созылмалы холецистит, Одди сфинктерінің гиперфункциясы және өт қабының гипотониясы

<variant>Холецистит ауырсынулы түрі, Одди сфинктерінің гипотониясы

<variant>Созылмалы калькулезді холецистит, өт қабының гипотониясы

<variant>Созылмалы калькулезді холецистит, Одди сфинктерінің гипотониясы және өт қабының гипертониясы

<variant>Созылмалы холецистит, аралас типтегі Одди сфинктерінің дисфункциясы

<question>48 жастағы әйел оң қабырға асты ауырсынуына, бір апта бұрын өткір ауырсыну болуына, жүрек айнуына, аз мөлшерде сарысу шығуына шағымданады. Но-шпа қабылдағанда ауырсыну жеңілдеген. Объективті: жағдайы салыстырмалы жақсы, температурасы 37,2°C, оң қабырға асты пальпацияда ауырсынады, Кер симптомы оң. Лабораториялық зерттеу: Нв 121 г/л, лейкоц 10,3x10⁹/л, ЭТЖ 25 мм/сағ. Биохимия: жалпы ақуыз 68 г/л, холестерин 4,2 ммоль/л, билирубин 26 мкмоль/л (тікелей — 8,7), АЛТ 38 б/л, АСТ 31 б/л, СФ 56 б/л. УДЗ: өт қапшығы қабырғасы 4 мм, екі тас 10x6 см мөлшерінде, холедох 0,4 см. Ең тиімді емдеу тактикасы:

<variant>метронидазол 1,5 г/тәул + дротаверин 80 мг/тәул + УДХК 1000 мг/тәул + жоспарлы холецистэктомия

<variant>хенодесоксихолевая қышқылы 750-1000 мг/тәул + гимекромон 600 мг/тәул

<variant>папаверин 10-20 мг 3 рет/тәул + УДХК 1000 мг/тәул

<variant>баралгин 5 мл/им + шұғыл холецистэктомия

<variant>цефтриаксон 1 г/тәул + метронидазол 1,5 г/тәул + УДХК 1000 мг/тәул

<question>57 жастағы әйел тері мен шырышты қабаты сарғаюына, ымаға, ауызда жағымсыз дәм, әлсіздік, жайсыздық болуына шағымданады. Бала кезінде қызылшамен ауырған. Соңғы 6 айда қышу күшейген, соңғы 1 айда сарғаю, субфебрилитет байқалады. Инфекциялық стационарда инфекциялық гепатит жоқ деп танылды, механикалық сарғаюға күдікпен хирургия бөліміне ауыстырылды. Биохимия: жалпы билирубин жоғары, тікелей гипербилирубинемия, гиперхолестеринемия, АЛТ, АСТ 2-2,5 есе жоғары, сілтілі фосфатаза 9 есе жоғары. УДЗ: бауыр аздап ұлғайған, билиарлы жолдар кеңеймеген. Емдеу:

<variant>урсосан 15-20 мг/кг/тәул

<variant>гептрал 800 мг/тәул

<variant>эссенциале 2 капс 3 рет/тәул

<variant>преднизолон 1 мг/кг/тәул

<variant>плазмаферез

<question>35 жастағы ер адам жиі мұрыннан қан кетуге, әлсіздікке, есте сақтау нашарлауына, оң қабырға асты және эпигастрийде ауырсыну, тәбет төмендеу, жүрек айнуы, тері мен склеры сарғаюына, тері қышымасына, қою сарысумен құсуға шағымданады. Лабораториялық зерттеу: АЛТ 120, жалпы билирубин 171,6 мкмоль/л, тік 121, жартылай 50, альбумин 32 г/л. Протромбин индексі 57%. УДЗ: бауырда эхоплоттық теңсіздік, оң бөлік 133 мм, сол 97 мм, v.portae 14 мм, көкбауыр 65 см². Ең ықтимал диагноз:

<variant>бауыр циррозы

<variant>созылмалы вирустық гепатит

<variant>алкогольдік гепатит

<variant>біріншілік-билиарлық цирроз

<variant>екіншілік-билиарлық цирроз

<question>49 жастағы әйел эпигастрий мен сол қабырға астында ауырсынуға, майлы, қуырған тағамнан кейін күшейетін кейде белдеулік ауырсынуға шағымданады. Іші ауырсынумен, метеоризм, көп мөлшерде нәжіс. Терісі өте құрғақ, ангулярлы стоматит, эпигастрий мен оң қабырға асты пальпацияда ауырсынады. Қандай фермент деңгейін анықтау қажет:

<variant>амилаза

<variant>аланинтрансфераза

<variant>лактатдегидрогеназа

<variant>аспартаттрансфераза

<variant>карбогидраза

<question>57 жастағы әйелде УДЗ- де өт қапшығының 1/3бөлігінде майда конкременттер анықталған. Майлы тағамнан кейін белдеулік

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары	«Южно-Казахстанская медицинская академия» 32 беттің 26 беті

ауырсыну, жүрек айну, бір рет құсу.

Платифиллин қабылдағаннан кейін жеңілдеген.

Кейін склера сарғайған. Емдеу тактикасы:

<variant>холецистэктомия

<variant>урсодезоксикол қышқылы

<variant>тамақтану тәртібін өзгерту

<variant>силимарин

<variant>дротаверин

<question>58 жастағы ер адам ауыз құрғауына, арқасына тарайтын, тағамнан кейін күшейетін эпигастрий, оң қабырға асты, кіндік аймағында ауырсынуға, 2-3 рет сұйық нәжіске, дене салмағы төмендеуіне, табет төмендеуіне шағымданады. 18 жыл бойы ауырады, алкогольді қабылдаған.

Пальпация: Шоффар зонасында ауырсыну. ЖҚА: лейкоциттер $9,4 \times 10^9/\text{л}$, ЭТЖ 26 мм/сағ. Биохимия:

липаза 200 Ед/мл, амилаза 150 Ед/л, жалпы

билирубин 49 мкмоль/л. УДЗ: ұйқы безі

өлшемдері кішірейген, эхогендігі жоғары,

кілегейлі, кей жерлерде пішіні бұзылған,

құрылымы әркелкі, Вирсунг каналы кеңейген. Ең

ықтимал клинико-морфологиялық панкреатит:

<variant>фиброзды-склеротикалық (индуративті)

<variant>интерстициальді-ісінген

<variant>паренхиматозды

<variant>гиперпластикалық (псевдоұйқы без тәрізді)

<variant>кистозды

<question>Терминалды илеитпен науқас, Крон

ауруы: глоссит, «лакталған тіл», төменгі

аяқтардағы парестезия, билирубинемия. Қай микроэлемент жетіспеушілігін болжайсыз:

<variant>B12 витамині

<variant>темір

<variant>кальций

<variant>D витамині

<variant>B6 витамині

<question>52 жастағы ер адам 15 жыл бойы жаралы колитпен ауырады. Соңғы бірнеше айда іш қату, іштің ісінуі, іштің төменгі бөлігінде ауырсынуы, 5 кг салмақ жоғалту байқалған.

Соңғы 3-4 күнде жағдайы нашарлады: ауырсыну күшейді, жиі шырышпен, қан аралас нәжіс «қой нәжісі» пайда болды. Қан анализі: ЭТЖ 52 мм/сағ, РЭА 62,6 нг/мл. МРТ: ректум ортаңғы бөлігінде 2,5 см тығыздық, ұзындығы 6,5 см, қабырғалары шетсіз, параректальды клетчаткада инвазия белгісі. Қандай патология дамыды:

<variant>Тік ішек аденокарциномасы

<variant>MALT-лимфома

<variant>Капоши саркомасы

<variant>Псевдомембраноздық колит

<variant>Тік ішек стриктурасы

<question>29 жастағы қыз жиі, көп мөлшердегі жағымсыз иісі бар сұйық нәжіске, іштің ауырсынуына, іші кебуіне, бала кезінен шағымданады. Анемия, гипотония, дисменорея мазалайды. Антитела а-ЕмА, ішек шырышты қабатының атрофиясы анықталған. Аглютен диетасын ұстанбағанда қандай қатерлі ісік жиі дамиды:

<variant>Лимфома

<variant>Капоши саркомасы

<variant>Лейомиосаркома

<variant>Аденокарцинома

<variant>Қабат жасушалы рак

<question>78 жастағы ер адам ауыр жағдайда жіті коронарлық синдром диагнозымен стационарға түскен. Бірнеше күн ішінде эпигастрийде ауырсыну, қышқылмен кекіру мазалаған.

Кардиологиялық тұрақсыз күйі ЭГДС жасауға мүмкіндік бермейді. ЖҚА: 5 күнде гемоглобин

122-ден 85 г/л-ге төмендеген. Әлсіздік, бас айналу күшейген. Қандай патологияны болжайсыз:

<variant>асқазан-ішектен қан кету

<variant>асқазанның созылмалы жарасы өршуі

<variant>гемолитикалық анемия

<variant>жараның малигнизациясы

<variant>жараның пенетрациясы

<question>5 жыл жаралы колитпен ауыратын 48

жастағы әйелдің салондық ретсіз қабылдау фондында жағдайы нашарлаған: іші ауырсынуы,

температура 39°C жоғарылауы, метеоризм,

дефекация күніне 8-ден 1 ретке дейін азайған.

Рентген: көлденең тоқ ішек және төмендейтін тоқ ішек қуыстары 8-9 см-ге кеңейген, гаустрация жоғалған. Ең ықтимал асқыну:

<variant>токсикалық мегаколон

<variant>ішек өтімсіздігі

<variant>ішек перфорациясы

<variant>мезентериалды артерия тромбозы

<variant>абсцесс

<question>30 жастағы ер адам ауыр жағдайда,

шағымдары: сұйық дәрет 50 рет тәулігіне,

шырышты, қан- ірің аралас, қызба 39°C , әлсіздік,

іш ауырсынуы. Объективті: ЖЖЖ 105, сол жақ

мықын аймағында тимпанит. Бұрынғы жасалған

колоноскопияда тоқ ішектің барлық

аймақтарында шырышты қабаттың некротикалық

қабынуы, айқын іріңді экссудация, спонтанды

қан кету, микроабсцестер, жалған полиптер

анықталған. Қан анализінде: лейкоцитоз 11 мың.,

гипоальбуминемия. Шолу рентгенограммада: тоқ

ішектің төмендеуші бөлігі кеңейген. Дамыған

асқыну:

<variant>Токсикалық мегаколон

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары		69/ 32 беттің 27 беті

<variant>Ішек өтімсіздігі
<variant>Ішек қан кету
<variant>Ішек парезі
<variant>Гиршпруг ауруы
<question>30 жастағы әйел шаршағыштыққа, әлсіздікке, есте сақтау төмендеуіне, буын ауырсынуына шағымданады. Объективті: терісі құрғақ, «пальмарлық эритема», папулезді бөртпе. Анамнез: дисменорея. Бауыр ұлғаймаған, тығыз, көкбауыр анықталмайды. АЛТ 622, АСТ 810, билирубин 43, ПТИ 85%, жалпы ақуыз 67, альбумин 42. Эластография: 14 кПа, 4 аптадан кейін 9,2 кПа. Пациент қандай ем алды:
<variant>адефовир
<variant>метилпреднизолон пульс-терапия
<variant>преднизолон 40 мг/тәул
<variant>софосбувир + даклатосвир
<variant>ламивудин
<question>38 жастағы әйел температурасы 38,2°C, іші ауырсынуына, сұйық шырыш, қан аралас күніне 7-8 рет нәжіске, әлсіздікке, буын ауырсынуына шағымданады. Объективті: түйіндік эритема. Колоноскопияда: төмендеген және сигма тәрізді ішек зақымдалған. Гистология: тоқ ішектің шырышты қабатында созылмалы қабыну фоннда аймақтық ошақты қабынулар белгілері, бөлек бездер эпителийлерінде жеңіл/орта дәрежелі дисплазия. Қандай препарат базалық емде қолданылады:
<variant>месалазин
<variant>такролимус
<variant>преднизолон
<variant>ципрофлоксацин
<variant>ритуксимаб
<question>55 жастағы ер адамда тотальді жаралы колит, минимальді эндоскопиялық/гистологиялық белсенділік, қабыну полиптері. CRC алдын алу мақсатында скрининг колоноскопиясының жиілігі:
<variant>3 жылда бір рет
<variant>5 жылда бір рет
<variant>жыл сайын
<variant>6 айда бір рет
<variant>әр өршу кезінде
<question>20 жастағы қыз жиі, көп мөлшерде, жағымсыз иісі бар, нәжіске, іштің ауырсынуына, іштің кебуіне шағымданады. Бұл белгілер балалық шақтан кезек-кезек мазалаған. Тамақтануы нашар, терісі бозарған. Көп жылдар бойы анемия мен гипотония анықталады, дисменорея бар. ЭГДС кезінде мақсатты биопсияда он екі елі ішектің шырышты қабаты жұқарып, шырышты қабаттың шырышты

саңылаулары қатты қысқартылған. Науқастың рационнан қандай тағамдарды алып тастау қажет?
<variant>Бидай, арпа және жүзім
<variant>Жаңғақтар
<variant>Кептірілген жемістер
<variant>Жүгері мен картоп
<variant>Сүт өнімдері
<question>20 жастағы жас жігіт 2 жыл бойы он екі елі ішектің жара ауруымен ауырады. Зерттеу кезінде Helicobacter pylori бактериясы көп мөлшерде анықталды. Бір курс «үштік» эрадикациялық терапия (ИПП + амоксициллин + кларитромицин) тағайындалды. Терапия аяқталғаннан кейін 8 аптадан соң жасалған нәжіс талдауы оң нәтиже көрсетті. Осы жағдайда ең оңтайлы ем тактикасы қандай?
<variant>Висмут препаратымен төрттік терапия
<variant>H2-рецептор блокаторларын қолдану
<variant>Антацид терапиясы
<variant>Диета терапиясы
<variant>Оперативтік ем
<question>26 жастағы әйел бірінші жүктілік кезінде түсік қаупі пайда болғанда дидрогестерон (Дюфастон) тағайындалды. Екі аптадан кейін тері қышуы және трансаминазалардың (АЛТ – 885 Ед/л, АСТ – 447 Ед/л) жоғарылауы байқалды, дәрі-дәрмек тоқтатылғаннан кейін төмендеді. Денесі сау бала дүниеге келді. Екінші жүктіліктің 8-9 аптасында Дюфастон 10 мг 2 рет күнделікті тағайындалды. Екі аптадан кейін жүрек айнуы, АЛТ – 982 Ед/л, АСТ – 1072 Ед/л, жалпы билирубин – 119,0 мкмоль/л, тікелей билирубин – 114,78 мкмоль/л, жанама – 4,22 мкмоль/л жоғарылауы байқалды. Осы жағдайда қандай патологияны болжауға болады?
<variant>Дәрілік гепатит, цитолитикалық вариант
<variant>HELLP синдромы
<variant>Аутоиммунды гепатит
<variant>Дәрілік гепатит, аралас вариант
<variant>Жүктілік кезіндегі өткір бауырдың майлы дистрофиясы
<question>Мейрамхана бас аспазы майлы, ащы тағамдардан кейін оң және сол қабырға астында ауырсынуға, жүрек айнуы мен құсуға шағымданады. Объективті тексеруде: артық салмақ, Мерфи симптомы әлсіз оң. ЖҚА – қалыпты, СРБ – 2 мкг/л. Бауырдың функционалды сынамалары – қалыпты. Іштің УДЗ: өт қабы сопақша, өт қуысының 1/3 көлемінде орналасқан 3-4 мм дейін конкременттер, өт жолдары кеңеймеген, өтімді, ұсақ диффузды ұйқы безі паренхимасының

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары	«Южно-Казахстанская медицинская академия» 32 беттің 28 беті

өзгерістері. Рентгенограммада конкременттердің көлеңкесі көрінбейді. Консервативті емде қай препарат ең қолайлы?

<variant>Урсосан

<variant>Ганатон

<variant>Дюспаталин

<variant>Креон

<variant>Тримедат

<question>Гастроэнтеролог қабылдауында 32 жастағы әйел тез шаршау, полиартралгия, айқын тері қышымасына шағымданады. Науқас бір жыл бойы ауырады, ауруын стресспен байланыстырады. Тексеру кезінде: астеникалық, терісі мен аяқ- қолдары қараюы, сарғаюы қасыған тырнақ іздері, шырышты қабаттар сарғаюы, гепатомегалия анықталған. Лабораториялық анализдер: АЛТ 6 есе жоғары, гипергаммаглобулинемия 3 есе жоғары тегіс бұлшықетті антиденелер мен АМА-М2 оң. Бұл жағдайда ең ықтимал диагноз қандай?

<variant>Біріншілік билиарлы холангит + аутоиммунды гепатит

<variant>Ауыр вирустық гепатит

<variant>Аутоиммунды гепатит

<variant>Вильсон-Коновалов ауруы

<variant>Біріншілік склерозирлеуші холангит

<question>34 жастағы ер адамда 5 жыл бойы кезеңді сарғаю, әлсіздік, күндіз ұйқышылдық, түнде ұйқысыздық, жиі мұрыннан қан кету байқалады. Соңғы 6 айда стресс кезінде 5 кг салмақ жоғалтқан. Биохимия: АЛТ – 150 МЕ/л, АСТ – 185 МЕ/л. IgA деңгейі жоғары, IgG қалыпты. ПТИ – 56%. УДЗ: гепатоспленомегалия, v.portae – 1,3 см, созылмалы панкреатит белгілері. ANA – теріс, РФ – теріс, LKM1,2 – теріс. Гепатит маркерлері – теріс. Диагнозды растау үшін анықтау қажет?

<variant>Алкогольді пайдалану анамнезі

<variant>Тұқым қуалайтын анамнез

<variant>Гепатотоксикалық препараттарды пайдалану

<variant>Нашақорлық анамнезі

<variant>Афлатоксиндерді пайдалану

<question>Компьютерлік томография кезінде созылмалы алкоголизммен ауыратын ер адамда ұйқы безі тінінде келесі өзгерістер анықталды. Бұл қандай құрылымдар?



<variant>Кальцификаттар

<variant>Псевдокисталар

<variant>Шынайы кисталар

<variant>Псевдоаневризмалар

<variant>Осификацияланған паразитарлы кисталар

<question>29 жастағы қыз жиі, көп мөлшерде, жағымсыз иісі бар, нәжіске, іштің ауыруына, іштің кебуіне шағымданады. Бұл белгілер балалық шақтан кезек-кезек мазалаған. Тамақтануы нашар, терісі бозарған. Көп жылдар бойы анемия мен гипотония анықталады, дисменорея бар. ЭГДС кезінде мақсатты биопсияда он екі елі ішектің шырышты қабаты жұқарып, шырышты қабаттың шырышты саңылаулары қатты қысқартылған. Қандай иммунологиялық зерттеу диагнозды жоғары сезімталдықпен және спецификалықпен растауға мүмкіндік береді?

<variant>Эндомизийге қарсы антиденелер a-EmA

<variant>Глиадинге қарсы антиденелер AGA

<variant>Митохондрияға қарсы антиденелер АМА

<variant>Ретикулинге қарсы антиденелер R1-ARA

<variant>Тегіс бұлшық еттер тіндеріне қарсы антиденелер a-SMA

<question>39 жастағы әйел табиғат аясындағы серуеннен оралғаннан кейін кенеттен ауырды. Дене қызуы 37,2°C, қалтырау, бас ауруы, әлсіздік, бас айналу пайда болды. Бір рет құсу болды.

Содан кейін іштің ұстамалы ауырулары, су тәрізді тәулігіне 20 ретке дейін шырыш және қан аралас іші өтуі, бастапқыда нәжіспен, кейін нәжіссіз.

Тенезмдер мазалайды. Этиотроптық ем үшін қандай препарат қолдану орынды?

<variant>Ципрофлоксацин

<variant>Линекс

<variant>Неомицин

<variant>Доксициклин

<variant>Цефтриаксон

<question>34 жастағы әйел 3 ай бойы гарднереллез бойынша бақылаусыз ем алды: гентамицин, ровамицин, цефтриаксон, миконазол. Соңғы уақытта іштің кебуі, үрей, дискомфорт, кейде кіндік аймағында ауырсыну, нәжіс өзгерістері байқалады. Тексеру кезінде: дене салмағы төмен, терісі құрғақ, тырнақтары сынғыш. Дұрыс ем тактикасын таңдау үшін қандай зерттеу қажет?

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	69/ 32 беттің 29 беті
---	--	--	----------------------------------

<variant>Нәжісті дисбактериозға талдау
<variant>Дем шығарғандағы ауадағы сутегі деңгейі
<variant>Дуоденальді зонды пайдалану
<variant>Копрологиялық зерттеу
<variant>Колоноскопия
<question>49 жастағы ер адам эпигастрий мен сол қабырға астындағы ауырсынуға шағымданады, ауырсыну жатқанда немесе алға еңкейгенде күшейеді. Ауырсыну тамақтан кейін 1 сағаттан соң, әсіресе қуырылған тағам немесе алкогольден кейін пайда болады, тұйықталған тұрақты сипатта. Сонымен қатар қыжыл, іштің кебуі, тұрақсыз нәжіс мазалайды. Тексеру кезінде: дене салмағы төмен, қол дірілі, гепатомегалия, Шоффар аймағында ауырсыну байқалады. Ұйқы безінің УДЗ нәтижесі қалай болуы ықтимал?
<variant>Бас және дене көлемі ұлғайған, тығыздық біркелкі емес
<variant>Өлшемдер азайған, тығыздық төмен
<variant>Бас көлемі қатты ұлғайған, тығыздық жоғары
<variant>Дене мен құйрық көлемі ұлғайған, тығыздық жоғары
<variant>Өлшемдер өзгермеген, денеде кисталық ошақтар
<question>48 жастағы пациент кезеңді ауырсынуға, тері қышуына, әлсіздікке, салмақ жоғалтуға, тері қараюына, іштің кебуіне, аяқтың ісінуіне, тез шаршауға шағымданады. Анамнезінде: вирус гепатитін жоққа шығарады, дерматолог және алергологта жарты жыл емделген, нәтиже жоқ. Объективті: жалпы жағдай орташа, тері гиперпигментациясы, құрғақ, тырнақ сынғыш, ксантелазмалар бар. Бауыр +3 см, шеті үшкір, тығыз. УДЗ: гепатомегалия, паренхима диффузды-ұсақтұтас, v.porta – 14 мм, кіші жамбас қуысында сұйықтық. Қандай болжам диагноз ең ықтимал?
<variant>Біріншілік билиарлы цирроз
<variant>Мейгс синдромы
<variant>Бадда-Киари синдромы
<variant>Аутоиммунды гепатиттің соңындағы цирроз
<variant>Біріншілік гемохроматоз
<question>52 жастағы сантехник жалпы әлсіздікке, тәбеті болмауына, жүрек айнуына, құсуға, ұйқы мен ояңдық бұзылысына шағымданады. Тексеру: тері мен склерада сарғаю, мұрын және склерадағы тамыр кеңеюі, айқын васкулярлы жұлдызшалар, иық белдеуі бұлшықеттерінің атрофиясы, алақан эритемасы, Дюпюитрен контрактурасы. УДЗ: бауыр

паренхимасы гиперэхогенді, спленомегалия орташа, порталды тамыр – 14 мм. Ең ықтимал алдын ала диагноз қандай?
<variant>Алкогольді цирроз
<variant>Созылмалы вирустық гепатит
<variant>Вирустық цирроз
<variant>Жіті алкогольді гепатит
<variant>Алкогольді емес стеатогепатит
<question>45 жастағы мал шаруашылығымен айналысатын ер адам оң қабырға астында және эпигастрийде ауырсыну, тері қышуы және дене мен аяқтарында қышынуға шағымданды. УДЗ кезінде бауырда гепатомегалия, сол бөлігінде дөңгелек пішінді ісік тәрізді құрылым анықталды. Қандай болжам диагноз ең ықтимал?
<variant>Бауыр эхинококкозы
<variant>Бауыр гемангиомасы
<variant>Біріншілік билиарлы цирроз
<variant>Гепатоцеллюлярлы карцинома
<variant>Бауыр абсцесі
<question>42 жастағы науқас қабылдау бөліміне қара қан құсу, әлсіздік, бас айналу шағымымен жеткізілді. Анамнезінде шамамен бір жыл бұрын өткір панкреатитпен ауырған. Тексеру: тері мен шырышты қабат бозарған. УДЗ: айқын спленомегалия, ұйқы безінің паренхимасында кальцификаттар, бауыр үлкеймеген, қапша тамыры 10 мм, көкбауыр тамыры анық көрінбейді. ФГДС: Өңеш веналарының варикозды кеңеюі II-III дәрежесі, құрысқан қан kery Forrest II. Ең ықтимал болжам диагноз:
<variant>Көкбауыр тамырының тромбозы
<variant>Асқазан рагы
<variant>Меллори-Вейс синдромы
<variant>Асқазан ойық жарасы
<variant>Жіті деструктивті панкреатит
<question>45 жастағы пациент оң қабырға астында ауырлық, ыңғайсыздық сезіміне шағымданады. 2 типті қант диабеті, гликемия нашар бақыланады. УДЗ: бауыр эхогенділігі ұлғайған, көлемі артқан, эхосигнал әлсіреу феномені бар. Ең ықтимал диагноз:
<variant>Алкогольсіз бауырдың майлы ауруы
<variant>Аутоиммунды гепатит
<variant>Дәрілік гепатит
<variant>Гепатолентикулярлық деградация
<variant>Біріншілік гемохроматоз
<question>Созылмалы бүйрек ауруымен ауыратын науқас тез шаршау, полиартралгия, тері қышуына шағымданады. Кешенді зерттеуде: гепатоспленомегалия, теріде геморрагия, тырнақ және теріде сызықтар. Лаборатория: жалпы билирубин 80 мкмоль/л; тікелей билирубин 56

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары	«Южно-Казахстанская медицинская академия» 32 беттің 30 беті

мкмоль/л, СФ 925 ЕД/л; альбумин 24 г/л; HBsAg – оң; тромбоцитопения 15×10^9 /л. Қандай зерттеулер диагнозды растауға қажет:

<variant> Аутоиммунды маркерлер + УДЗ

<variant> Жоғары сезімтал HBV DNA + бауыр эластометриясы

<variant> УДЗ + ЭФГДС

<variant> Бауыр биопсиясы + HBV DNA

<variant> Бауыр биопсиясы + ЭФГДС

<question> 52 жастағы ер адам тамақтан кейін күшейетін іштің кебуіне, күніне 3-4 рет сұйық, жылтыр нәжіске, салмақ азаюына, тәбеті болмауына шағымданды. Бір жыл бойы ауырады, дәрігерге қаралмаған, алкогольді көп пайдаланады. Пальпация: Шоффар аймағында ауырсыну. ЖҚА: гемоглобин 118 г/л, эритроциттер $3,4 \times 10^9$ /л, лейкоциттер $5,4 \times 10^9$ /л, ЭТЖ 26 мм/сағ, жалпы белок 62 г/л, альбумин 34 г/л, амилаза 24 ЕД/л, жалпы билирубин 20 мкмоль/л. УДЗ: ұйқы безінің көлемдері азайған, эхогенділігі жоғары, контурлары ұсақтау, кей жерлері тісшеленген, құрылымы біркелкі емес. Ең орынды ем тактикасы:

<variant> Панкреатин, липаза 75 мың /тәулігіне

<variant> Пантопразол 40 мг 2 рет/күніне

<variant> Диоктаэдрлік смектит 3 рет/күніне

<variant> Месалазин 2 г/күніне

<variant> Лоперамид 2 мг әр сұйық нәжіс соңында

<question> 45 жастағы әйел эпигастрийде тұйық ауырсынуға, жүрек айнуына, тамаққа байланысты емес ауырсынуға шағымданады. ЭФГДС: асқазан денесінің төменгі үштен бір бөлігінде және антралдық бөлігінде үлкен иін бойында 0,5–1 см полиптер анықталды. Қандай зерттеу ең орынды:

<variant> Биопсия материалын цитологиялық зерттеу

<variant> 24 сағаттық рН-метрия

<variant> Гастрин деңгейін анықтау

<variant> Фракциялық асқазан сөлін зерттеу

<variant> Асқазан сөліндегі сүт қышқылы деңгейін анықтау

<question> 24 жастағы ер адам ревматологқа бел мен ірі буындардағы ауырсыну, бел бөлігінде шектелуге шағымданады. Анамнез: 2 жыл бойы оң иық сүйегінде аздап ауырсыну, соңғы кезде сұйық, күніне 5-6 рет көп мөлшерде көбікті нәжіс, қызба, салмақ азаюы байқалады. Пальпация: оң иық сүйегі аймағында ауырсынатын инфильтрат. Қандай зерттеу диагнозды растауға ең ықтимал:

<variant> Колоноскопия + биопсия

<variant> Іш қуысы КТ-сы

<variant> Омыртқа КТ-сы

<variant> Ректороманоскопия

<variant> Лапароскопия

<question> 50 жастағы әйел ішек өтімсіздігін басынан өткізген, әлсіздікке, субфебрильді температура жоғарылуына, диареяға шағымданады. Пальпация: іштің оң жақ бөлігінде инфильтрат. Қан анализінде: анемия, диспротеинемия, электролит теңгерімінің бұзылысы. Колоноскопия (оң жақты терминалды бөлігінсіз) патология жоқ. Алдағы тактика:

<variant> ЭГДС + видеокапсульді эндоскопия

<variant> ЭРХПГ

<variant> Эндоскопияны 6 айдан кейін қайталау

<variant> Хромозэндоскопия

<variant> NBE (тар спектрлі эндоскопия)

<question> 62 жастағы науқас іштің кебуіне, іштің төменгі бөлігінде ауырсынуға, іш қатуға, 5 кг салмақ жоғалтуға шағымданады. Симптомдар соңғы 2 айдан бері байқалады, соңғы 3-4 күнде жағдайы нашарлаған, жиі шырыш пен қан аралас нәжіс, “қой нәжісі” пайда болған. Бір жыл бұрын тік ішек полипы анықталған. Іш сәл кепген, тоқ ішек тұсында ауырсыну анықталады. Қан: ЭТЖ 52 мм/сағ, РЭА 42,6 нг/мл. МРТ: тік ішектің ортаңғы ампула қабырғасында 2,5 см біркелкі емес дөңестену, ұзындығы 6,5 см, қабырғалары тегіс емес, параректальді тіннің тығыздалуы. Қандай зерттеу диагнозды нақты растайды:

<variant> Колоноскопия + мақсатты биопсия

<variant> Копрология

<variant> Ирригоскопия

<variant> Қан анализінде жасырын қан

<variant> Іш қуысының УДЗ

<question> 73 жастағы әйел эпигастрийде тамақ ішкен кезде және тамақ қабылдағаннан кейін күшейетін ауырсынуға, кейде құсу, еттен жиіркену сезіміне шағымданды. Соңғы 3-4 ай бойы ауырған, соңғы айда құрғақ тағамдардан бас тартқан, тек сорпалар мен сұйық ботқалар ішеді. ЖҚА: эритроциттер $3,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 88 г/л, ЭТЖ 65 мм/сағ, РЭА 58,9 нг/мл. Қай зерттеу ең ақпаратты:

<variant> ЭГДС + мақсатты биопсия

<variant> АФП анықтау

<variant> Өңештің рН-метриясы

<variant> СА 15-3 анықтау

<variant> Кеуде қуысының рентгенографиясы

<question> 68 жастағы ер адам эпигастрийде қатты тойып тұрғандай сезімге, кекіруге шағымданады. ЭГДС: өңештің төменгі үштен бір бөлігінде шырышты қабат гиперемиясы; асқазанда – рельеф жоғалған, жұқарған шырышты қабаттан қан тамырлары көрінеді; метилен көк ерітіндісімен бояғанда айқын боялған учаскелер.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Отрасылық медицина» кафедрасы АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	69/ 32 беттің 31 беті
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №1 аралық бақылауға арналған сұрақтары			

Биопсия: эпителий метаплазиясы. Алдыңғы уақытта қандай жиілікте ЭГДС + биопсия жүргізу қажет:

<variant>Жылына бір рет

<variant>3 жыл сайын

<variant>2 жыл сайын

<variant>3–6 ай сайын

<variant>1–2 ай сайын

<question>75 жастағы ер адам эпигастрийде тұйықталған ауырсыну, тәбеті төмендеу, жүрек айну, әлсіздікке шағымданады. 2-3 ай бойы ауырып, 7 кг салмақ жоғалтқан. Тамақтануы нашар, тері бозарған. Пальпация: эпигастрийде ауырсыну. Қан: Hb 92 г/л, ЭТЖ 64 мм/сағ, РЭА 75,73 нг/мл, СА-19-9 89,19 нг/мл. ЭГДС:

кішкентай иінінде 5×4×1,8 см дұрыс емес формада ойық жара, қабырғалары дөңестенген, жанындағы шырышты қабат инфильтрацияланған. Келесі диагностикалық кезеңде қандай зерттеу қажет:

<variant>Іш қуысының КТ

<variant>Іш қуысының шолу рентгенографиясы

<variant>Колоноскопия + биопсия

<variant>Төменгі іш қуысының КТ

<variant>Кеуде қуысының КТ

<question>Барретт өңеші (Прагалық критерийлер) диагнозы үшін өңеш-асқазан шекарасын нақты анықтау үшін қандай эндоскопиялық ориентирлер қолдану керек:

<variant>Z-жол деңгейі

<variant>Кілегейасты веналық өрімнің дисталды жиегі және асқазан қатпарларының проксималды жиегі

<variant>Тек кілегейасты веналық өрімнің дисталды жиегі

<variant>Тек асқазан қатпарларының проксималды жиегі

<variant>Өңештің шырышты қабатының жағдайы