

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY Южно-Казахстанская медицинская академия	69/ 40 беттің 1 беті
---	--	-------------------------

БАҚЫЛАУ – ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ

Бағдарламаның №2 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 №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 2 беті
---	--	--	---------------------------------

<question>ГЭРА- ның клиникалық түрлері бойынша жіктелуі:

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

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

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

<variant>Жаралы рефлюкс ауруы, Барретт өңеші, жедел эзофагит

<variant>Эрозиясыз рефлюкс ауруы, жаралы рефлюкс ауруы

<question>Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруының дамуының жиі кездесетін механизмі:

<variant>Төменгі өңеш сфинктерінің тосқауылдық қызметінің бұзылуы

<variant>Асқазан перистальтикасының бұзылуы

<variant>Хеликобактер пилори

<variant>Жоғарғы өңеш сфинктерінің қызметінің бұзылуы

<variant>Антродуоденальды координациясының бұзылуы

<question>Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы диагнозына негіз болатын зерттеу әдістері:

<variant>Эзофагогастродуоденофиброскопия, рН-метрия

<variant>Асқазан сөліндегі протеолитикалық ферменттердің белсенділігін анықтау

<variant>Рентгендік диагностика, тыныстық уреазалық тест

<variant>Хеликобактер пилориді анықтау, Бернштейн сынаамасы

<variant>Өңеш пен асқазанның секреторлық қызметін анықтау

<question>Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруына тән емес белгі:

<variant>Эндоскопиялық зерттеу кезінде өңештің ұзындығының қысқаруы

<variant>Өңештің дистальды бөлімінің шырышты қабатында эрозиялардың болуы

<variant>Өңештің дистальды бөлімінің шырышты қабатының гиперемиясы

<variant>Тренделенбург жағдайында өңешке контрасты затпен рентгенологиялық зерттеу кезінде асқазан ішіндегісінің өңешке қайта шығуы

<variant>Кардиялық сфинктерінің ашық тұруы немесе толық жабылмауы

<question>Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруын диагностикалауда Бернштейн мен

Бейкер сынаамасын жүргізу кезінде қолданылатын ерітінді:

<variant>Тұз қышқылы

<variant>Күкірт қышқылы

<variant>Сірке қышқылы

<variant>Алма қышқылы

<variant>Ас содасы

<question>Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруын емдеуде негізгі патогенетикалық дәрі-дәрмектер:

<variant>Протон помпасының тежегіштері (ИПП) және H2-гистаминдік рецепторлардың блокаторлары

<variant>Антацидтік және ферменттік препараттар

<variant>Спазмолитиктер және кальций каналдарының антагонистері

<variant>Прокинетиктер және адсорбенттер

<variant>Протон помпасының тежегіштері және асқазан сөлін ынталандыратын препараттар

<question>ГЭРА-ның эрозиясыз және 1-ші сатыдағы эрозиялық түрлерінде 4 апта бойы қолданылатын емдеу әдісі:

<variant>Протон помпасының тежегіші + прокинетикалық препараттар

<variant>Протон помпасының тежегіші + антацид

<variant>Прокинетик + антацид

<variant>Прокинетик + мукоцитопротектор

<variant>Спазмолитик + кальций каналдарының антагонисі

<question>ГЭРА-ның 2 және 3 сатысындағы эрозиялық түрінде қолданылатын фармакотерапия:

<variant>Протон помпасының тежегіші + прокинетик + антацид

<variant>Протон помпасының тежегіші + антацид + мукоцитопротектор

<variant>Протон помпасының тежегіші + антацид

<variant>Прокинетик + мукоцитопротектор

<variant>Спазмолитик + кальций каналдарының антагонисі

<question>Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруының 2–3 сатысындағы эрозиялық түрін емдеудің негізгі курсының ұзақтығы:

<variant>8 апта

<variant>6 апта

<variant>4 апта

<variant>10 апта

<variant>12 апта

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 3 беті
---	--	--	---------------------------------

<question>ГЭРА-ның 4-ші сатысында жүргізілетін хирургиялық ем:

<variant>Фундопластика

<variant>Асқазан мен өңештің төменгі үштен бір бөлігінің резекциясы

<variant>Өңештің зақымданған бөлігін кесіп алып тастау

<variant>Экстрамукозды миотомия

<variant>Диафрагманың өңеш тесігін пластика жасау

<question>H. pylori бактериясы ойық жара ауруының патогенезінде рөл атқаратын қандай ферменттерді өндіреді:

<variant>Уреаза, муциназа

<variant>Қышқыл фосфатаза, липаза

<variant>Фосфолипаза, тұз қышқылы

<variant>Амилаза, уреаза

<variant>Фосфатаза, амилаза

<question>H. pylori асқазанның антралды бөлігінің шырышты қабатының эпителий жасушаларында қалай адгезия процессі орындалады:

<variant>Адгезин-белоктардың көмегімен

<variant>Кірпікшелердің көмегімен

<variant>Сорғыштар арқылы

<variant>Муциназа ферменті арқылы

<variant>Ақуыздық табиғатты жабысқақ зат түзу арқылы

<question>H. pylori ең алдымен жиі зақымдайтын асқазан бөлігі:

<variant>Антралды бөлім

<variant>Субкардиялық бөлім

<variant>Кардиялық бөлім

<variant>Фундалды бөлім

<variant>Асқазан денесі

<question>H. pylori диагностикасы мен оны емдеу туралы шешімдер қабылданған Еуропалық зерттеу тобының ұсынымдары қалай аталады:

<variant>Маастрихт консенсусы

<variant>Гаага конвенциясы

<variant>Берлин кеңесі

<variant>Потсдам келісімі

<variant>Мәскеу саммиті

<question>Маастрихт келісімі бойынша бірінші қатардағы эрадикациялық терапия тиімді болмаған жағдайда не істеу керек:

<variant>Екінші қатардағы терапияны тағайындау

<variant>Сол схеманы препараттардың екі еселенген дозасымен қолдану

<variant>Резервтік схеманы қолдану

<variant>Сол схеманы 14 күнге тағайындау

<variant>Бірінші қатардағы кез келген басқа схеманы 14 күн қолдану

<question>Екінші қатардағы терапия (квадротерапия) тиімді болмаған жағдайда қолданылатын емдеу әдісі:

<variant>"Құтқарушы терапия"

<variant>"Үмітсіз терапия"

<variant>"Қажет болған жағдайда терапия"

<variant>"Сұраныс бойынша терапия"

<variant>"Бөлшектік диеталық терапия"

<question>Он екі елі ішектің буылтық аймағында ойық жара ауруының жетекші этиологиялық факторы:

<variant>Helicobacter pylori (H. pylori)

<variant>Алкогольді қолдану

<variant>Ішек таяқшасы

<variant>Шылым шегу

<variant>Тұқым қуалаушылық факторы

<question>Он екі елі ішектегі ойық жараның дамуының жетекші патогенетикалық факторы:

<variant>Айқын білінетін қышқыл-пептикалық фактор

<variant>Өт рефлюксі

<variant>Он екі елі ішек шырышты қабығының қорғаныш факторларының әлсіреуі

<variant>Иммунологиялық факторлар

<variant>Асқорыту жолының моторлық қызметінің бұзылуы

<question>Асқазан денесінде орналасқан ойық жараның жетекші патогенетикалық факторы:

<variant>Асқазан шырышты қабығының қорғаныш қасиеттерінің төмендеуі

<variant>Қышқыл-пептикалық фактор

<variant>Өт рефлюксі

<variant>Асқорыту жолының моторлық-эвакуаторлық қызметінің бұзылуы

<variant>Иммунологиялық факторлар

<question>Тағам қабылдағаннан кейін 30–60 минут ішінде эпигастрий аймағында және төс артында пайда болатын ерте ауырсынулар келесі ойық жараның орналасуына тән:

<variant>Асқазанның кардиалды және субкардиалды бөліктері

<variant>Он екі елі ішектің буылтық аймағында

<variant>Он екі елі ішектің постбульбарлы бөлігі

<variant>Пилорикалық канал

<variant>Асқазанның антралды бөлігі

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 4 беті
---	--	--	---------------------------------

<question>Кеш пайда болатын, ашқарынға және түнгі мезгілдегі эпигастрий аймағындағы ауырсынулар келесі ойық жараның орналасуына тән:
 <variant>Он екі елі ішек
 <variant>Асқазанның антралды бөлімі
 <variant>Асқазанның үлкен және кіші иілімдері
 <variant>Асқазанның кардиалды бөлімі
 <variant>Асқазанның субкардиалды бөлімі
 <question>Гепатобилиарлық патологияға ұқсас симптомдар беретін және ұйқы безіне пенетрациямен жиі асқынатын ойық жара орналасуы:
 <variant>12-елі ішек буылтығының артқы қабырғасы
 <variant>Асқазанның антралды бөлігінің артқы қабырғасы
 <variant>Асқазанның антралды бөлігінің алдыңғы қабырғасы
 <variant>12-елі ішек буылтығының алдыңғы қабырғасы
 <variant>Пилорикалық канал
 <question>Ойық жара ауруына тән ЕМЕС асқыну:
 <variant>Кардиоспазм
 <variant>Қан кету
 <variant>Перфорация
 <variant>Пенетрация
 <variant>Малигнизация
 <question>Ойық жараның перфорациясына тән симптом:
 <variant>Жобер симптомы
 <variant>Бергман симптомы
 <variant>Мерфи симптомы
 <variant>Айзенберг симптомы – I
 <variant>Айзенберг симптомы – II
 <question>НР-негативті ойық жара ауруын емдеуде болуы тиіс :
 <variant>Кешенді терапия
 <variant>Бір ғана препаратпен монотерапия
 <variant>Тек 7-10 күндік эрадикациялық терапия
 <variant>Тек бір антисекреторлық препарат
 <variant>Тек бір репаратант
 <question>НР-позитивті ойық жараны эрадикациялық емдеудің бірінші қатардағы ұсынылатын схемасы:
 <variant>Омепразол + амоксициллин + кларитромицин, 12-14 күн
 <variant>Омепразол + трихопол + кларитромицин, 7-10 күн

<variant>Пантапрозол + амоксициллин + трихопол, 7-10 күн
 <variant>Пантапрозол + тетрациклин + трихопол, 7-10 күн
 <variant>Омез + де-нол + метронидазол, 10-12 күн
 <question>Бауыр циррозы бар науқастардың ісіну-асцит синдромын емдеу үшін диуретиктерді тағайындағанда ескерілетін көрсеткіш:
 <variant>Калий деңгейі
 <variant>Хлор
 <variant>Кальций
 <variant>Фтор
 <variant>Натрий
 <question>В гепатитінде қан сарысуында табылмайтын маркер:
 <variant>HBc Ag
 <variant>HBs Ag
 <variant>HBe Ag
 <variant>Анти-HBe IgG
 <variant>Анти-HBe IgM
 <question>Бауыр энцефалопатиясына жатпайтын белгілер:
 <variant>Гипербилирубинемия
 <variant>«Шапалақтау» тремор
 <variant>Қанда аммиак концентрациясының көтерілуі
 <variant>Есте сақтау қабілетінің төмендеуі
 <variant>Ауыздан бауыр иісінің шығуы
 <question>Біріншілік билиарлық цирроздың ерте клиникалық белгісі:
 <variant>Терінің қышуы
 <variant>Асцит
 <variant>Варикозды кеңейген тамырлар
 <variant>Сағғыштық
 <variant>Спленомегалия
 <question>Созылмалы гепатит - бауырдағы қабыну ауруы, жақсы нәтиже берілмейуі кемінде ... уақытқа созылады:
 <variant>6 ай
 <variant>2 ай
 <variant>3 ай
 <variant>4 ай
 <variant>1 жыл
 <question>Вирусты гепатит В-нің белсенді репликациясының көрсеткіші болып табылатын серологиялық маркер:
 <variant>HBeAg
 <variant>Анти-HBs
 <variant>Анти-HBc IgG
 <variant>Анти-HBe
 <variant>Антинуклеарлық антиденелер

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDICINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 5 беті
---	--	--	---------------------------------

<question>25 жастағы пациент тамақтан кейін эпигастрий аймағындағы ауырлық сезіміне, қалыпты тамақ мөлшерін қабылдағаннан кейін тоқтық сезіміне шағымданады. Бұл симптомдар 4 ай бұрын пайда болған. Алдын ала диагнозыңыз:

<variant>Функционалды диспепсия, постпрандиальды түрі

<variant>Функционалды диспепсия, ауырсыну түрі

<variant>Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы

<variant>А типті гастрит

<variant>В типті гастрит

<question>64 жастағы ер адам, тамақтан кейін және түнгі уақытта жиі қыжылға шағымданып жүгінді. Диагностика үшін ең ақпаратты әдіс:

<variant>Эзофагогастродуоденоскопия

<variant>Ультрадыбыстық зерттеу

<variant>Рентгенологиялық зерттеу

<variant>Электрокардиография

<variant>Флюорография

<question>59 жастағы ер адам, тамақтан кейін және түнде жиі қыжыл болатынына шағымынды. ЭГДС кезінде өңештің төменгі бөлігінің ісінуі мен гиперемиясы, өңештің шамамен барлық айналасын алып жатқан көптеген эрозиялар анықталды. Алдын ала диагнозыңыз:

<variant>Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы

<variant>Функционалды диспепсия, ауырсыну түрі

<variant>Созылмалы гастрит, өршу сатысында

<variant>Асқазанның ойық жарасы

<variant>Кардия ахалазиясы

<question>28 жастағы С. есімді пациент әрбір тамақтанғаннан соң эпигастрий аймағында тоқтық сезіміне, қалыпты тамақ мөлшерін қабылдағаннан кейін ерте тою сезіміне шағымданады. Бұл симптомдар 4 ай бұрын пайда болған. Асқазан-ішек жолдарының моторикасын жақсарту үшін қолданылатын дәрілік заттар тобы:

<variant>Прокинетики

<variant>Асқорыту ферменттері

<variant>Протон сорғысының ингибиторлары

<variant>H2-гистамин рецепторларының блокаторлары

<variant>Гастропротекторлар

<question>24 жастағы М. есімді науқас тамақтан кейін эпигастрий аймағында тоқтық сезіміне, қалыпты тамақ мөлшерін

қабылдағаннан кейін ерте тою сезіміне шағымданады. Бұл симптомдар 4 ай бұрын пайда болған. Асқазан-ішек жолдарының моторикасын жақсартуға арналған дәрі:

<variant>Итомед

<variant>Креон

<variant>Де-нол

<variant>Гастал

<variant>Хофитол

<question>40 жастағы науқас әлсіздік, бас айналу, екі рет “кофе ұнтағы тәрізді” құсу, сұйық қара нәжіспен ,тершендік, шөлдеу сезімдерімен жедел жәрдем қабылдау бөліміне жеткізілді. Анамнезінде: 1 жыл бойы эпигастрий аймағында ауырсыну болған, оны сода ішу жеңілдеткен. Қазіргі жағдайы таңертең ауыр зат көтергеннен кейін нашарлаған. Объективті қарағанда: бозару, қан қысымы 100/65 мм с.ба., жүрек соғысы 105 рет/мин, пульсте әлсіз толымдылығы бар. Іштің тітіркену симптомдары жоқ. Клиникалық хаттамаға сәйкес қан кетуді тоқтату үшін ең тиімді тағайындау:

<variant>Аминокапрон қышқылы

<variant>Нитрендипин

<variant>Омепразол

<variant>Новосевен

<variant>Гемотрансфузия

<question>Науқас Р., 36 жаста, жеңіл сарғаюға, оң қабырғаасты аймағында ауырсынуға, буынның ауыруына шағымданады. Зерттеу кезінде гепатомегалия, нормохромды анемия, лейкопения, тромбоцитопения, LE-жасушалары ++. ИФА талдауында теріс бұлшықетке қарсы антиденелер (SMA) және антинуклеарлы антиденелер(ANA) анықталды. Клиникалық хаттамаға сәйкес, ықтимал диагноз:

<variant>Аутоиммунды гепатит

<variant>Біріншілік склерозды холангит

<variant>Overlap синдромы

<variant>Бауырдың біріншілік билиарлы циррозы

<variant>Бауырдың екіншілік билиарлы циррозы

<question>Науқас Р., 36 жаста, сарғаюға, терідегі эритемаға, оң қабырғаасты аймағында ауырлық сезіміне, тәбеттің төмендеуіне, әлсіздікке және буындардағы ауырсынуға шағымданады. Объективті қарау кезінде бауыр қабырға доғасынан 2 см

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDICINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 6 беті
---	--	--	---------------------------------

шығып тұр, көкбауыр пальпацияланбайды. Жалпы қан талдауында: гемоглобин – 100 г/л, эритроциттер – $3,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциттер – $3,0 \times 10^9$ /л, тромбоциттер – 100×10^9 /л, ЭТЖ – 32 мм/сағат. ИФА талдауында: бауыр-бүйрек микросомаларына (ALKM-1) қарсы антиденелер анықталған. Клиникалық хаттамаға сәйкес, ықтимал диагноз

<variant> Аутоиммунды гепатит

<variant> Біріншілік склерозды холангит

<variant> Overlap синдромы

<variant> Бауырдың біріншілік билиарлы циррозы

<variant> Бауырдың екіншілік билиарлы циррозы

<question> Науқаста оң қабырғаасты аймағындағы ауырлық сезімі, сарғаю, гепатомегалия байқалады. Зерттеу кезінде жалпы билирубин – 60 мкмоль/л, тікелей билирубин – 35 мкмоль/л, АЛТ – 2,0 мккат/л, АСТ – 1,5 мккат/л. ИФА нәтижелері: HBsAg +, HBeAg +, HBcAb +, HBV ДНҚ +.

<variant> HBV-дың репликация сатысы

<variant> Вирусты гепатит В-мен ауырып болғаннан кейін қалыптасқан иммунитет

<variant> HBV тасымалдаушылық

<variant> Вакцинациядан кейін қалыптасқан иммунитет

<variant> HBV-дың интеграция сатысы

<question> Науқаста оң қабырғаасты аймағындағы ауырлық сезімі, сарғаю және гепатомегалия анықталады. Зерттеу нәтижелері бойынша: жалпы билирубин – 60 мкмоль/л, тікелей билирубин – 35 мкмоль/л, АЛТ – 2,0 мккат/л, АСТ – 1,5 мккат/л. ИФА әдісімен жүргізілген зерттеуде HBsAg оң, HBeAg оң, HBcAb оң, және В гепатитінің ДНҚ-сы (HBV ДНҚ) оң нәтиже көрсетті. Клиникалық хаттамаға сәйкес, медикаментозды ем тактикасы:

<variant> Арнайы вирусқа қарсы терапия

<variant> Симптоматикалық терапия

<variant> Патогенетикалық терапия

<variant> Глюкокортикостероидты терапия

<variant> Антифиброзды терапия

<question> Науқаста сарғаю, гепатомегалия және трансферазалардың орташа дәрежеде жоғарылауы байқалады. ИФА талдауының нәтижелері бойынша: HBsAg оң, HBcAb (IgG класы) оң, HBV ДНҚ теріс. Клиникалық хаттамаға сәйкес, бұл серологиялық маркерлер келесі жағдайды көрсетеді:

<variant> HBV-дың интеграция сатысы

<variant> HBV-дың репликация сатысы

<variant> В гепатитімен ауырғаннан кейін қалыптасқан иммунитет

<variant> В гепатитінің тасымалдаушылығы

<variant> Вакцинациядан кейінгі иммунитет

<question> Науқаста көздің ақ қабығының жеңіл сарғаюы, майлы тағамға төзбеушілік, оң жақ қабырғаасты аймағындағы ауырлық сезімі және аминотрансфераз деңгейінің шамалы жоғарылауы анықталған. ИФА нәтижелері бойынша: HBsAg – теріс, HBeAb – оң, HBcAb (IgG класы) – оң, HBV ДНҚ – теріс. Клиникалық хаттамаға сәйкес, бұл серологиялық маркерлер:

<variant> В гепатитімен ауырғаннан кейінгі иммунитет

<variant> В гепатиті вирусының репликация сатысы

<variant> В гепатиті вирусының тасымалдаушылығы

<variant> Вакцинациядан кейінгі иммунитет

<variant> В гепатиті вирусының интеграция сатысы

<question> Науқас К., 35 жаста, стационарға асқазаннан қан кетумен жеткізілді. Соңғы 6 жыл бойы терапевт бақылауында 12 елі ішектің ойық жарасы ауруымен ауырған; жаралар стандартты емге нашар жауап береді, жиі қайталаңады. Эзофагогастродуоденоскопияда 12 елі ішектің шырышты қабатында көптеген жаралар анықталды. Клиникалық хаттамаға сәйкес диагнозы:

<variant> Золлингер-Эллисон синдромы

<variant> Постпрандиалдық дистресс синдромы

<variant> Эпигастрийдегі ауырсыну синдромы

<variant> Асқазандық диспепсия синдромы

<variant> Мэлори-Вейс синдромы

<question> Науқас К., 35 жаста, асқазаннан қан кетумен стационарға жеткізілді. Соңғы 6 жыл бойы терапевт бақылауында 12 елі ішек ойық жарасы ауруымен тұрады, жаралар стандартты емге нашар жауап береді, жиі қайталаңады. ЭФГДС кезінде 12 елі ішек шырышты қабатында көптеген жаралар анықталды. Клиникалық хаттамаға сәйкес диагнозды нақтылау үшін келесі диагностикалық әдіс:

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/40 беттің 7 беті
---	--	--	----------------------------

<variant>Қанда гастрин деңгейін анықтау
<variant>Асқазанның рентгенконтрасттық зерттеуі
<variant>Копрологиялық зерттеу
<variant>12 елі ішек шырышты қабатынан биопсия алу
<variant>Қанда кальцитонин деңгейін анықтау
<question>40 жастағы науқаста стандартты антисекреторлы препараттар мен антибиотиктерге жақсы әсер етпейтін, қайталанып тұратын 12 елі ішек ойық жарасы аясында Золлингер-Эллисон синдромына күдіктенеді. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагностикалық тактикаңыз:
<variant>Қанда гастрин деңгейін анықтау
<variant>Негізгі қышқыл бөлінуін анықтау (НҚБ)
<variant>Максималды қышқыл бөлінуін анықтау (МҚБ)
<variant>НҚБ/МҚБ қатынасын анықтау
<variant>Холландер тестін өткізу
<question>42 жастағы науқас А. сарғаю, оң жақ қабырға астындағы ауырсыну, оссалгия және миалгияға шағымданады. Объективті зерттеуде: бауыр қабырға астынан 2,5 см-ге шығыңқы, көкбауыр 6x8 см. Жалпы қан анализінде нормохромды анемия, лейкопения, тромбоцитопения анықталды. LE-жасушалары ++. ИФА-да тегіс бұлшықетке (SMA) және антинуклеарлық антиденелер (ANA) анықталды. Клиникалық хаттамаға сәйкес, сіздің одан әрі медикаментозды тактикаңыз:
<variant>Азатиоприн + преднизолон
<variant>Урсодезоксихолевая қышқылы + холестирамин
<variant>Гептрал + эссенциале-форте
<variant>Десферал + ЛИВ-52
<variant>Д-пеницилламин + карсил
<question>30 жастағы науқас К. тері түсінің сарғаюы, оң жақ қабырға астындағы ауырсыну, төбетінің төмендеуі, әлсіздік және буын ауруына шағымданады. Объективті түрде: бауыр қабырға доғасынан 2 см шығыңқы, көкбауыр 6x8 см. Қан анализі: гемоглобин – 100 г/л, эритроциттер – $3,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциттер – $3,0 \times 10^9/л$, тромбоциттер – $100 \times 10^9/л$, ЭТЖ– 32 мм/сағ. ИФА зерттеуде ерітіндідегі бауыр антигеніне (SLA) және ерітіндідегі бауыр-ұйқы безі антигеніне (LP) қарсы антиденелер

анықталды. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің алдын ала диагнозыңыз:
<variant>3 типті аутоиммунды гепатит
<variant>1 типті аутоиммунды гепатит
<variant>2 типті аутоиммунды гепатит
<variant>Бастапқы билиарлы бауыр циррозы
<variant>Екінші билиарлы бауыр циррозы
<question>43 жастағы В. науқас оң жақ қабырға астындағы тұйық ауырсынуға, тері сарғаюына, несептің қараюына шағымданды. Объективті түрде: терісі сарғыш, алақан гиперемиясы, гинекомастия байқалады. Тілі ашық қызыл, ылғалды. Іш жұмсақ, оң жақ қабырға астында ауырсыну бар. Бауыр қабырға доғасынан 2,5 см шығыңқы орналасқан. ИФА нәтижесінде: HBeAg+, анти-HBc IgM+, HBV ДНҚ анықталды. Клиникалық хаттамаға сәйкес диагнозыңыз:
<variant>Созылмалы В гепатиті
<variant>Созылмалы С гепатиті
<variant>Созылмалы А гепатиті
<variant>Созылмалы Д гепатиті
<variant>Созылмалы G гепатиті
<question>52 жастағы науқас әлсіздік, жүрек айну, түнгі ұйқысыздық пен күндізгі ұйқышылдық, іштің ұлғаюы, оң жақ қабырға астындағы ауырсынуына шағымданады. Ауырсынулар майлы және ащы тағам қабылдағаннан кейін күшейеді, сұйық нәжіспен бірге жүреді. Бауыр қабырға доғасынан 6 см шығыңқы, тығыз және пальпация кезінде ауырады. Көкбауыр көлемі 10x12 см, пальпацияланбайды. Перкуссияда іштің төменгі бөлігінде дыбыстың тұйықталуы анықталады. Жалпы қан анализінде: гемоглобин 115 г/л, лейкоциттер 4,8 мың 1 мкл-де, ЭТЖ–28 мм/сағ. АЛТ – 1,75 ммоль/л, АСТ – 1,45 ммоль/л. Жалпы билирубин – 46 мкмоль/л, альбуминдер – 30 г/л, ПТИ – 60%. Клиникалық хаттамаға сәйкес болжамды диагнозыңыз:
<variant>Бауыр циррозы, декомпенсация кезеңі
<variant>Бауыр циррозы, компенсация кезеңі
<variant>Бауыр циррозы, субкомпенсация кезеңі
<variant>Аутоиммунды гепатит 1 түрі
<variant>Аутоиммунды гепатит 2 түрі
<question>45 жастағы ұзақ уақыт арақ ішкен ер адамды оң жақ қабырға астындағы ауырсынулар мазалайды. Объективті: терісі сары түске боялған, бауыр қабырға доғасынан 2 см шығып, пальпация кезінде

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 8 беті
---	--	--	---------------------------------

ауырады. Зертханалық көрсеткіштер: макроцитарлы анемия, орташа лейкоцитоз, АСТ/АЛТ қатынасы > 2, ГГТП деңгейінің жоғарылауы. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Алкогольді бауыр ауруы

<variant>Созылмалы панкреатит

<variant>Созылмалы гепатит

<variant>Билиарлы панкреатит

<variant>Бауырдың майлы гепатозы

<question>45 жастағы ұзақ уақыт арақ ішкен ер адамды оң жақ қабырға астындағы ауырсынулар мазалайды. Объективті: тері сары түске боялған, бауыр қабырға доғасынан 2 см шығып, пальпация кезінде ауырады. Зертханалық көрсеткіштер: макроцитарлы анемия, орташа лейкоцитоз, АСТ/АЛТ қатынасы > 2, ГГТП деңгейінің жоғарылауы. Медикаментозды терапия:

<variant>Глутаргин, В дәрумендері тобы

<variant>Гастропротекторлар, С дәрумені

<variant>Ферменттік препараттар, поливитаминдер

<variant>Протеолитикалық ферменттер, В12 дәрумені

<variant>Эссенциалды фосфолипидтер, пробиотиктер

<question>Асқазанның ойық жара ауруын диеталық емдеу кезінде бөлшектелген тамақтану кезінде ақуыздық тағамдарды қосу келесі әсерге әкеледі:

<variant>Асқазанның қышқылдығының төмендеуі

<variant>Асқазанның қышқылдығының көбеюі

<variant>Асқазан мазмұнындағы пепсин деңгейінің көбеюі

<variant>Асқазан мазмұнындағы пепсин деңгейінің төмендеуі

<variant>Секретин деңгейінің төмендеуі

<question>Жас әйелде 18 жаста эмоциялық күйзелістен кейін жұтыну қиындығы, төс тұсында түйін тұрғандай сезімі пайда болды. Дисфагия кейінгі уақытта уайым, шаршаған кезде қайта пайда болды. Тәбеті сақталған, салмағы өзгермеген. Физикалық тексеруде патология анықталған жоқ. Дисфагияның ең ықтимал себебі:

<variant>Эзофагоспазм

<variant>Өңеш обыры

<variant>Өңештің пептикалық жарасы

<variant>Өңеш тесігіндегі аксиальды жарық

<variant>Өңештің герпестік зақымдануы

<question>49 жастағы науқасқа 5 жыл бұрын ойық жарадан қан кету және перфорация бойынша операция жасалған. Қазір науқас бұрынғыға ұқсас, бірақ сол жақ эпигастрий аймағында орналасқан ауырсынуға, ауырудың шегінде құсуды және салмақ жоғалтуды айтады. Консервативті ем тиімді емес. Нәжісте Грегерсен реакциясы (+++). Клиникалық хаттамаға сәйкес диагнозыңыз:

<variant>Пептикалық жараның анастомозы

<variant>Гипогликемия синдромы

<variant>Агастральдық астения

<variant>Қосарлы ілмек синдромы

<variant>Демпинг синдромы

<question>26 жастағы ер адам дәрігерге келесі шағымдармен келді: тамақтан кейін 1-1,5 сағаттан соң пайда болатын эпигастрийдегі ауырсыну, кекіру, қыжыл. Тексеру кезінде: тіл ылғалды, үстінде ақ жабынды бар, іші жұмсақ, эпигастрийде орташа дәрежеде ауыру сезіледі. ФГДС кезінде: асқазанның шырышты қабатының диффузды гиперемиясы, асқазанның антральды бөлімінде 0,5 см-ге дейін беткейлі шырышты қабаттың дефектілері анықталды. Клиникалық хаттамаға сәйкес диагнозыңыз:

<variant>Эрозиялармен бірге созылмалы атрофиялық емес гастрит

<variant>Созылмалы атрофиялық гастрит

<variant>Асқазанның жара ауруы

<variant>Рефлюкс-гастрит

<variant>Функционалды жарасыз диспепсия

<question>76 жастағы ер адамда тамақтан кейін эпигастрийде ауырлық пен толу сезімі, тамақпен кекіру, жүрек айну, ауызда жағымсыз дәм; метеоризм; іштің құрылдауы мен іштергі сұйықтықтың қозғалғандай сезімі байқалады. ФГДС кезінде: шырышты қабаттың бозаруы және дақтың болуына, қатпарлардың тегістелуі, шырыш асты тамырлар суретінің көрінуі. Морфологиялық зерттеуде (асқазанның денесі мен антральды бөлімінен алынған биопсияда) атрофия, лимфоплазмцитарлы инфильтрация, орташа дәрежелі ішек метаплазиясы анықталды. Клиникалық хаттамаға сәйкес диагнозыңыз:

<variant>Созылмалы атрофиялық пангастрит

<variant>Созылмалы аутоиммунды пангастрит

<variant>Созылмалы H. pylori антральды гастрит

<variant>Созылмалы антральды рефлюкс гастрит

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 9 беті
---	--	--	---------------------------------

<variant>Созылмалы гиперпластикалық гастрит

<question>Науқаста гепатомегалия, гипергликемия, тері гиперпигментациясы, қандағы темір деңгейінің жоғарылауы анықталды. Бұл симптомокомплекс тән:

<variant>Гемохроматозға

<variant>Вирустық этиологиялы созылмалы гепатитке

<variant>Бауыр циррозына

<variant>Бүйрекүсті бездерінің гиперфункциясына

<variant>Вильсон-Коновалов ауруына

<question>Мезенхималық қабыну синдромы қан құрамында келесі көрсеткіштердің көбеюімен сипатталады:

<variant>Гамма-глобулиндер

<variant>Холестерин

<variant>Қышқылдың сілтілік фосфатазасы

<variant>Билирубин

<variant>Альбумин

<question>28 жастағы ер адам, инъекциялық есірткі қолданушы. Созылмалы шаршау байқалады, АСТ деңгейі қалыптыдан 4 есе жоғары, АЛТ қалыптыдан 5 есе жоғары, анти-HCV тесті оң. Клиникалық хаттамаға сәйкес диагнозыңыз:

<variant>Гепатит С

<variant>Гепатит В

<variant>Гепатит А

<variant>Гепатит Е

<variant>Гепатит G

<question>Науқастың қанынан зерттеу барысында В гепатиті анықталды. Созылмалы тасымалдаушы статусын созылмалы активті В гепатитінен нақты ажырататын ең сенімді лабораториялық тест:

<variant>Қан сарысуындағы беткей антиген (HBsAg)

<variant>Ядролық антиген (анти-HBc, IgM)

<variant>Қан сарысуындағы теріс бұлшықетке қарсы антитела

<variant>Антиядролық фактор (ANF)

<variant>Қан сарысуындағы AFP (α-фетопротеин)

<question>58 жастағы, 2 дәрежелі семіздігі бар әйелде аутоиммунды гепатит диагнозы қойылды. Қан сарысуындағы АЛТ 6 есе жоғарылады. Емдеудің бірінші кезектегі препараты:

<variant>Азатиоприн

<variant>Преднизолон

<variant>D-пеницилламин

<variant>Эссенциальды фосфолипидтер

<variant>Адеметионин

<question>Қан сарысуындағы IgM деңгейінің жоғарылауы және митохондрия компоненттеріне қарсы аутоантиденелердің пайда болуы, сарғаю және гепатоспленомегалиясы бар науқастарда көбінесе келесі ауруға тән:

<variant>Біріншілік билиарлы цирроз

<variant>Дәрілік гепатит

<variant>Вирустық гепатит

<variant>Алкогольді гепатит

<variant>Гемохроматоз

<question>54 жастағы 3. науқасы, стоматолог, әлсіздік, тіс еттерінің қансырауы, салмақ жоғалту, тері қышуы туралы шағымданады. 38 жасында жатыр фибромиомасы бойынша операция жасалған. Тамақтануы төмен, тері мен көрінетін шырышты қабықтары сарғыш, тамыр жұлдызшалары, алақандық эритема бар. Бауыр сол жақ бөлігінің есебінен 5 см ұлғайған, тығыз, көкбауыр сол жақ қабырға доғасынан 3 см төмен орналасқан. Іш көлемі сәл ұлғайған, іштің бүйір беттерінде веноздық тор бар; аяқтарда ісіктер жоқ. Қан сарысуында ИФА әдісімен анықталған: HBsAg (+); анти-HBc IgG (+). Жалпы қан талдауында — Hb 107 г/л; эритроциттер $2,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциттер $3,4 \times 10^9/л$, тромбоциттер 93 мың. Клиникалық протоколға сәйкес диагнозыңыз:

<variant>Вирустық гепатиттің нәтижесінде бауыр циррозы

<variant>Декомпенсацияланған криптогенді бауыр циррозы

<variant>Гепатоцеллюлярлы карцинома

<variant>Біріншілік билиарлы цирроз

<variant>Созылмалы вирустық гепатит

<question>48 жастағы М. науқасы, оң қабырға асты аймағында қайталамалы ауырсынуға, тері қышуы, әлсіздік, салмақ жоғалту, терінің қараюы мен құрғақтығына шағымданады. Вирустық гепатит жоқтығын айтады, дерматолог пен аллергологта емделген, нәтиже жоқ. Объективті жағдайы — терінің гиперпигментациясы, құрғақтық, тырнау іздері, гиперкератоз, ксантомалар мен ксантелазмалар байқалады. Бауыр мен көкбауыр ұлғайған, бауыр шеті үшкір, тығыз. Ісік жоқ. УДЗ-да бауыр ұлғаюы, паренхиманың ЭХО-тығыздығының өзгеруі анықталған; бауырдан тыс өт жолдары, өт қабы және ұйқы безі қалыпты. Қанда —

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDICINA AKADEMIASY		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары		«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары

антимитохондриялық антиденелер анықталған және IgM деңгейі жоғарлаған. Клиникалық хаттамаға сәйкес диагнозыңыз:

<variant>Біріншілік билиарлы бауыр циррозы

<variant>Біріншілік склерозирлеуші холангит

<variant>Гемохроматоз

<variant>Вильсон-Коновалов ауруы

<variant>Екіншілік билиарлы бауыр циррозы

<question>48 жастағы М. науқасы, оң қабырға асты аймағында қайталама ауырсынулар, тері қышуы, әлсіздік, салмақ жоғалту, терінің қараюы мен құрғақтығына шағымданды. Вирустық гепатит жоқтығын айтады, дерматолог пен аллергологта емделген, нәтиже жоқ. Объективті жағдайда — терінің гиперпигментациясы, құрғақтық, тырнау іздері, гиперкератоз, ксантомалар мен ксантелазмалар байқалады. Бауыр мен көкбауыр ұлғайған, бауыр шегі үшкір, тығыз. Ісік жоқ. УДЗ-да бауыр ұлғаюы, паренхиманың ЭХО-тығыздығының өзгеруі анықталған; бауырдан тыс өт жолдары, өт қабы және ұйқы безі қалыпты. Қанда — антимитохондриялық антиденелер анықталған және IgM деңгейі жоғарлаған. Клиникалық хаттамаға сәйкес емдеу тактикасы:

<variant>Метотрексат, Урсофальк

<variant>Преднизолон, Креон

<variant>Омепразол, Урсосан

<variant>Гепабене, Квестран

<variant>Хофитол, Урсодекс

<question>Асқазан мен он екі елі ішекте көптеген жаралар, гиперацидті күй және эпигастрийдегі ауырсынуудың антацидтермен басылмауы көбінесе байланысты:

<variant>Гастронома

<variant>Асқазан обыры

<variant>Портальді гастропатия

<variant>Өт тасы ауруы

<variant>H.pylori персистенциясы

<question>Науқас С., 45 жаста, дәрігерге кеуде тұсының артында күйдіріп ауырсынуына, ол физикалық жүктемемен анық байланыспайтынын және тамақ ішкеннен кейін дереу пайда болатынын, сондай-ақ қыжылға шағымданды. Ауырсыну нитроглицерин қабылдағаннан кейін басылмайды. Объективті: тамақтану қалыпты деңгейде. Терісі қалыпты түсте, таза. Қан қысымы 125/85 мм сын.бағ., жүрек соғысы минутына 74 рет, ырғақты. Жүрек тоны- сәл әлсіз, ырғақты. Өкпеде патология жоқ. Тілі

ылғалды, ақшыл жабынды бар. Іштері жұмсақ, эпигастрий аймағында жеңіл ауырсыну бар. Клиникалық хаттамаға сәйкес алдын ала диагнозыңыз:

<variant>Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы

<variant>Өт тасы ауруы

<variant>Ишемиялық жүрек ауруы

<variant>Жара ауруы

<variant>Созылмалы панкреатит

<question>Орта жастағы адамдарда көп мөлшерде, жиі қан кетулермен және диареямен асқынатын, емдеуге резистентті он екі елі ішек жаралары көбінесе қай ауруға тән?

<variant>Золлингер-Эллисон синдромы

<variant>Он екі елі ішек жарасының қатерлі ісігі

<variant>Гиперпаратиреоз

<variant>Жедел қабынуға қарсы дәрілер (НПВС) тудырған дуоденопатия

<variant>Мэллори-Вейс синдромы

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес, бауыр циррозы бар науқаста энцефалопатия, ауыздан тәтті иіс шығуы, қолын ұзартқанда «шапалақтайтын» тремор байқалуы қай жағдайға тән:

<variant>Бауыр жасушалық жеткіліксіздігіне

<variant>Портальды гипертензия

<variant>Гепато-ренальды синдром

<variant>Мезенхималық қабыну

<variant>Холестаз синдромы

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес, бауыр циррозы бар науқаста дамыған асқазан-ішектен қан кетуі ең алдымен қандай жағдайдың болуын көрсетеді:

<variant>Портальды гипертензия

<variant>Бауыр жасушалық жеткіліксіздігі

<variant>Гепато-ренальды синдром

<variant>Мезенхималық қабыну

<variant>Холестаз синдромы

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес, жедел гепатиттің нақты критерийі қандай:

<variant>АЛТ пен АСТ деңгейінің 10 есе жоғарылауы

<variant>Тимол сынаамасының 2-3 есе жоғарылауы

<variant>Альбумин деңгейінің 40 г/л-ден төмендеуі

<variant>Гамма-глобулин деңгейінің 27 г/л-ден жоғарылауы

<variant>Сілтілі фосфатаза деңгейінің 3 есе және одан жоғары көтерілуі

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 11 беті
---	--	--	----------------------------------

<question>28 жастағы науқас 1,5-2 сағат тамақ ішкеннен кейін пайда болатын эпигастрийде ауырсыну және ауамен кекіруге шағымданды. ЭФГДС кезінде пилорикалық және антральды бөлімдердегі асқазанның шырышты қабаты гиперемияланған. Клиникалық протоколға сәйкес, әрі қарайғы диагностикалық тактикаңыз қандай?

<variant>Helicobacter pylori-ға зерттеу

<variant>Хромоскопия

<variant>Асқазанның рентгеноскопиясы

<variant>Ішкі асқазандық рН-метрия

<variant>Электрогастрографиялық әдіс

<question>47 жастағы А. науқас қатты тері қышуына шағымданды. 25 жыл бойы химиялық зертханада жұмыс істеген. Объективті түрде: терісі қоңыр түсті, бетінде ксантеллазмалар бар. Бауыр қабырға доғасынан 4 см шығыңқы. ЖҚА: Гемоглобин - 100 г/л, эритроциттер - $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциттер - $6,5 \times 10^9/л$, ЭТЖ- 28 мм/сағ. ЖЗА: билирубин ++. Биохимиялық анализ: жалпы билирубин 185 г/л, тура билирубин - 94 г/л, холестерин - 12,6 ммоль/л, АЛТ - 2,52 ммоль/л, АСТ - 1,98 ммоль/л, альбуминдер - 34 ммоль/л, ПТИ - 45%. IgA - 20 МЕ/мл. Клиникалық хаттамаға сәйкес диагнозды нақтылау үшін ең тиімді әдіс:

<variant>Қысқа мерзімді эластография

<variant>Эзофагогастродуоденоскопия

<variant>Эндоскопиялық ретроградты панкреатохолангиография

<variant>Құрсақ қуысының ультрадыбыстық зерттеуі

<variant>Құрсақ қуысының компьютерлік томографиясы

<question>46 жастағы науқас әлсіздік, құсу сезімі, оң жақ қабырға астында ауырсыну, нәжістің тұрақсыздығына шағымданады. Бауыр шеті қабырға доғасынан 3 см жоғары, қатты, пальпацияда ауырсыну бар. Көкбауыр пальпацияланбайды, өлшемдері 8x10 см. Гемоглобин 125 г/л, лейкоциттер 5,2 мың/мкл, ЭТЖ 28 мм/сағ. АЛТ 1,75 ммоль/л, АСТ 1,45 ммоль/л. Жалпы билирубин 32 мкмоль/л, альбуминдер 40 г/л, ПТИ 65%. УДЗ: порталды венаның диаметрі 1,3 см, көкбауыр венасы 1,0 см. Клиникалық хаттамаға сәйкес алдын ала диагнозыңыз:

<variant>Бауыр циррозы, компенсация сатысы

<variant>Бауыр циррозы, субкомпенсация сатысы

<variant>Бауыр циррозы, декомпенсация сатысы

<variant>Аутоиммунды гепатит

<variant>Крювелье-Баумgarten ауруы

<question>28 жастағы науқас К. жүріс пен сөйлеу бұзылысына, бұлшық ет ригидтілігіне шағымданды. Объективті қарағанда: терісі сарғыш, қасаң қабықтың шеткі бөлігінде жасыл түсті сақина анықталды. Бауыр қабырға доғасынан 3 см шығыңқы, көкбауыр 10x12 см. Жалпы билирубин – 45 мкмоль/л, альбуминдер – 40 г/л, ПТИ – 65%, сарысудағы церулоплазмин – 0,1 г/л. Клиникалық хаттамаға сәйкес ықтимал диагнозыңыз:

<variant>Гепато-лентиккулярлық дегенерация

<variant>Бауырдың бастапқы билиарлық циррозы

<variant>Екінші дәрежелі билиарлық цирроз

<variant>Гемохроматоз

<variant>Бауыр карциномасы

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес бауыр веналарының тромбозында дамиды:

<variant>Бадда-Киари синдромы

<variant>Мэллори-Вейс синдромы

<variant>Крювелье-Баумgarten синдромы

<variant>Золлингер-Эллисон синдромы

<variant>Демпинг синдромы

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес қандағы билирубин мен холестерин деңгейінің бір мезгілде жоғарылауы науқаста қандай синдромның бар екенін көрсетеді:

<variant>Холестаз

<variant>Цитоллиз

<variant>Мезенхималық қабыну

<variant>Бауыр жасушалық жетіспеушілік

<variant>Портальды гипертензия

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес созылмалы В гепатитінде вирусқа қарсы терапияның көрсеткіші ретінде ИФА арқылы анықталатын көрсеткіш қандай:

<variant>HBsAg

<variant>Anti-HBcor IgG

<variant>Anti-HBcor IgM

<variant>HBeAg

<variant>Anti-HBeAg

<question>Сары ауруы, орташа дәрежедегі бауыр ұлғаюы бар науқаста биохимиялық зерттеуде жалпы ақуыз 60 г/л, гамма-глобулиндер 28 г/л, С-реактивті белок ++, тимол сынамасы 6 бірлік, ЭТЖ 26 мм/сағ

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 12 беті
---	--	--	----------------------------------

анықталды. Клиникалық хаттамаға сәйкес қандай синдром туралы ойлау керек:

<variant>Мезенхималық қабыну

<variant>Цитолиз

<variant>Холестаз

<variant>Бауыр жасушалық жеткіліксіздік

<variant>Бауыр қан ағымының шунтталуы

<question>Бауыр және көкбауыр ұлғаюы, асциті бар науқаста биохимиялық зерттеуде қалдық азот пен зәр қышқылының көбеюі, зәрде индол, скатол және фенол деңгейлерінің жоғарылауы анықталды.

Клиникалық хаттамаға сәйкес қай синдромның дамығаны туралы ойлау керек:

<variant>Бауыр жасушалық жеткіліксіздік

<variant>Цитолиз

<variant>Холестаз

<variant>Мезенхималық қабыну

<variant>Бауыр қан ағымының шунтталуы

<question>Науқаста бауыр көлемінің

кішіреюі, тамыр жұлдызшалары, гинекомастия, қан кету белгілері бар.

Лабораториялық зерттеуде қанның альбумині - 35 г/л, ПТИ - 40%, жалпы билирубин - 5 ммоль/л анықталды. Клиникалық хаттамаға сәйкес қай синдромның дамығаны туралы ойлау керек:

<variant>Бауыр жасушалық жеткіліксіздік

<variant>Цитолиз

<variant>Холестаз

<variant>Мезенхималық қабыну

<variant>Бауыр қан ағымының шунтталуы

<question>Науқаста айқын сары ауру, тері қышуы, зәрдің қараюы және нәжістің ашық түске айналуы бар. Лабораториялық

зерттеуде жалпы билирубин 120 ммоль/л, холестерин – 8,5 ммоль/л, бета-

липопротеиндер – 5 ммоль/л, сілтілі

фосфатаза – 235 МЕ/л анықталды.

Клиникалық хаттамаға сәйкес қай синдромның дамығаны туралы ойлау керек:

<variant>Холестаз

<variant>Цитолиз

<variant>Мезенхималық қабыну

<variant>Бауыр жасушалық жеткіліксіздік

<variant>Бауыр қан ағымының шунтталуы

<question>Гепатоспленомегалиясы және сары ауруы бар науқаста зерттеуде І дәрежелі энцефалопатия; верошпиронға жауап беретін

асцит; сарысудағы жалпы билирубин – 38 ммоль/л, ПТИ – 48%, сарысудағы альбумин

деңгейі – 30 г/л анықталды. Клиникалық

хаттамаға сәйкес алдын ала диагнозыңыз:

<variant>Декомпенсацияланған бауыр

циррозы (К 74)

<variant>Компенсацияланған бауыр циррозы (К 74)

<variant>Субкомпенсацияланған бауыр циррозы (К 74)

<variant>Созылмалы бауыр жеткіліксіздігі (К 72)

<variant>Портальді гипертензия (К 76.6)

<question>27 жастағы науқас 1 сағат бұрын пайда болған жедел іш ауруымен қабылдау бөліміне жеткізілді. Қақырық пен нәжіс

болған жоқ. Объективті түрде: эпигастрийде бұлшықетте қорғаныш кернеулігі,

перкуторлы түрде бауырдың тұйықталуы жоғалған. Клиникалық хаттамаға сәйкес

сіздің келесі диагностикалық тактикаңыз:

<variant>Құрсақ қуысының жалпы рентгенографиясын жүргізу

<variant>Гемоглобин, гематокрит, эритроцит деңгейлерін анықтау

<variant>Эзофагогастродуоденоскопия жүргізу

<variant>Тромбоциттер санын есептеу

<variant>Бариймен асқазан рентгеноскопиясын жүргізу

<question>А., 47 жастағы науқас тері қышуы, әлсіздік шағымымен жүгінді. 25 жыл химиялық зертханада жұмыс істеген.

Объективті: терісі қоңыр түсті, бетінде ксантомалар бар. Жалпы қан анализі: Hb -

100 г/л, эритроциттер - $3,5 \times 10^{12}/л$,

лейкоциттер - $6,5 \times 10^9/л$, ЭТЖ 28 мм/сағ. Зәр анализі: түсі қоңыр, салыстырмалы

тығыздығы - 1029. Биохимия: билирубин 185 г/л, холестерин - 12,6 ммоль/л, АЛТ - 2,52

ммоль/л, АСТ - 1,98 ммоль/л, ПТИ - 45%. IgA

- 20 МЕ/мл. УДЗ: гепатоспленомегалия,

бауыр ішіндегі өт жолдарының кеңеюі, портальды венаның диаметрі - 16 мм,

көкбауыр венасының диаметрі - 13 мм. Құрсақ қуысында - 900 мл сұйықтық бар.

Клиникалық протоколға сәйкес сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant>Бауырдың токсикалық зақымдануы, циррозымен (К71.7)

<variant>Алкогольді бауыр циррозы (К70.3)

<variant>Біріншілік билиарлы цирроз (К74.3)

<variant>Екіншілік билиарлы цирроз (К74.4)

<variant>Токсикалық гепатит (К71)

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес, пилорикалық бөліктің және 12 елі ішектің ойық жараларында ауырсыну қай жерде

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары		«Оңтүстік-Қазақстанская медицинская академия» 40 беттің 13 беті

орналасады:

<variant>Ортаңғы сызықтан оң жақ
эпигастрийде

<variant>Кеуде сүйегінің төменгі ұшында
(жебе тәрізді өсінді астында) эпигастрийде

<variant>Кеуде сүйегі артында

<variant>Ортаңғы сызықтан сол жақта
эпигастрийде

<variant>Кіндік аралық аймақта

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес,
жедел В вирусты гепатиттен сауығу маркері
болып табылады:

<variant>HBcAb IgG класы

<variant>HBeAg

<variant>HBcAb IgM класы

<variant>HBV ДНҚ

<variant>HbsAg

<question>Р., 27 жастағы пациенттің
шағымдары: оң жақ қабырға астындағы
толғақ тәрізді ауырсынуларға, газ шығару
және дефекациядан кейін жеңілдеуі мен
нәжістің тұрақсыздығы анықталды. Тілі
ылғалды, таза. Іш жұмсақ, оң қабырға
астында пальпацияда сезімтал. Бауыр мен
көкбауыр үлкеймеген. Билирубин – 20
ммоль/л, АЛТ – 0,68 ммоль/л, АСТ – 0,45
ммоль/л. УДЗ: өт қабы қалыпты көлемде,
қабырғасының қалыңдығы 0,3 см. Алдын ала
диагнозыңыз:

<variant>Өт жолдарының дискинезиясы

<variant>Созылмалы холециститтің өршуі

<variant>Созылмалы гепатит

<variant>Панкреатит- өршу кезеңінде

<variant>Ішектің тітіркенгіш синдромы

<question>М., 58 жастағы науқас,
остеоартрозбен ауырады, 3 жыл бойы
стероид емес қабынуға қарсы препараттарды
қабылдайды. Клиникалық протоколға сәйкес,
СҚҚД-индуцирленген асқазан жараларының
алдын алу үшін ең тиімді ем тағайындау:

<variant>Омепразол + мизопростол

<variant>Омепразол + тетрациклин

<variant>Омепразол + домперидон

<variant>Омепразол + фамотидин

<variant>Омепразол + аллохол

<question>С., жүк тасушы, қыжылға және
кеуде тұсындағы ауырсынуға, тамақтан кейін
және дене жүктемесінде күшейетіндігіне
шағымданады. Алмагель қабылдау
жеңілдетеді. ЭФГДС кезінде: өңештің
шырышты қабаты бос, шырышты қабықтың
зақымдануы 5 мм-ден ұзын, шырышты
қабықтың бүктемелерімен шектелген,

төменгі өңеш сфинктерінің ашылуы

байқалады. Клиникалық хаттамаға сәйкес,
сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant>ГЭРА II дәрежесі

<variant>ГЭРА I дәрежесі

<variant>ГЭРА III дәрежесі

<variant>ГЭРА IV дәрежесі

<variant>ГЭРА V дәрежесі

<question>С., 60 жаста, әлсіздік, аяқтарында
парестезиялар, жүрісінің тұрақсыздығы,
тәбеттің төмендеуі, шіріген иісті кекіруге
және іш өтуі туралы шағымданады.

Объективті: терісі бозғылт, сарғыш реңі бар.

Тілі «лакталған» . Іш жұмсақ,

ауыртпалықсыз. Бауыр қабырға доғасынан

+2 см. Көкбауыр- 12x7 см. Жалпы қан

анализінде: Гемоглобин - 80 г/л,

эритроциттер - $2,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциттер -

$3,3 \times 10^9/л$, тромбоциттер - $100 \times 10^9/л$, ЭТЖ -

26 мм/сағ. Жалпы билирубин - 40 г/л, тура

билирубин - 4 г/л, АЛТ - 0,68 ммоль/л,

тимолдық сынама - 5,0 бірлік. ЭФГДС:

асқазанның антральды бөлігінің шырышты

қабығы бозғылт, қабаттар әлсіз айқындалған,

беткейі тегіс. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Атрофиялық антральды гастрит

<variant>Гипертрофиялық гастрит

<variant>Гранулематозды гастрит

<variant>Қуықша рефлюкс-гастрит

<variant>Созылмалы белсенді гастрит,

эрозиясыз

<question>56 жастағы науқас қабылдау

бөлімшесіне әлсіздік, бас айналу, екі рет

"кофе түйіршіктеріне" ұқсас құсу, сұйық,

қара жабысқақ нәжіс, терлеу, шөлдеу

шағымдарымен жеткізілді. Анамнезінде:

антиагреганттарды қабылдайды,

эпигастрийдегі ауырсынулар 1 жыл бойы,

сода қабылдау арқылы жеңілдеген; ағымдағы

жағдайы таңертең ауыр зат көтергеннен

кейін нашарлаған. Объективті: бозғылт, қан

қысымы 100/65 мм с.б., жүрек соғу жиілігі

105 мин, әлсіз толымды пульс, ортостатизм

белгілері бар. Құрсақ қуысының тітіркену

симптомдары жоқ. Клиникалық хаттамаға

сәйкес алдын ала диагнозыңыз:

<variant>Симптоматикалық асқазанның ойық

жарасы, қан кету

<variant>Он екі елі ішектің ойық жарасы, қан

кету

<variant>Жедел геморрагиялық гастрит, қан

кету

<variant>Асқазанның ойық жарасының

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDICINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 14 беті
---	--	--	----------------------------------

перфорациясы

<variant>Гудпасчер синдромы, асқазаннан қан кету

<question>М., 40 жастағы науқас гастроэнтерологиялық бөлімге тері қышуы, сарғыштық, оң жақ қабырға астында ауырсыну, әлсіздікпен келді. Объективті: тері сарғыш, тырнау іздері бар, бауыр +5 см, көкбауыр 5x7 см. Қанда: сілтілік фосфатаза - 208 МЕ/л, жалпы билирубин - 120 мкмоль/л, холестерин - 8,0 ммоль/л. Науқаста басым синдром:

<variant>Холестаздық

<variant>Гепатолиеналды

<variant>Цитолитикалық

<variant>Мезенхималық-жұқпалы

<variant>Бауыр жасушалық жеткіліксіздігі

<question>М., 40 жастағы науқас гастроэнтерологиялық бөлімге тері қышуы, сарғыштық, оң жақ қабырға астында ауырлық сезімі, әлсіздікпен келді.

Объективті: тері сарғыш, тырнау іздері бар, бауыр +5 см, көкбауыр 5x7 см. Қанда: сілтілік фосфатаза - 208 МЕ/л, жалпы билирубин - 120 мкмоль/л, холестерин - 8,0 ммоль/л. Холестаз синдромын жеңілдету үшін тағайындау қажет дәрі:

<variant>Орнитин-аспарат

<variant>Дифенгидрамин

<variant>Холестирамин

<variant>Хофитол

<variant>Эссливер-форте

<question>Науқаста В гепатитінің созылмалы вирустық түрі расталған, қандағы АЛТ деңгейі 410 ЕД/л. Клиникалық хаттамаға сәйкес үдерістің белсенділік дәрежесі:

<variant>орташа

<variant>минималды

<variant>төмен

<variant>жоғары

<variant>үдерістің белсенділігі қандағы билирубин деңгейімен анықталады, АЛТ емес

<question>Науқаста С гепатитінің созылмалы вирустық түрі расталған, қандағы жалпы билирубин деңгейі 85,5 мкмоль/л.

Клиникалық хаттамаға сәйкес үдерістің белсенділік дәрежесі:

<variant>Белсенділік дәрежесі билирубин емес, АЛТ деңгейіне қарай анықталады

<variant>Белсенділік дәрежесі билирубин емес, сілтілік фосфатаза деңгейіне қарай анықталады

<variant>Минималды, себебі белсенділік дәрежесі билирубин деңгейіне қарай анықталады

<variant>Орташа, себебі белсенділік дәрежесі билирубин деңгейіне қарай анықталады

<variant>Айқын, себебі белсенділік дәрежесі АСТ деңгейіне қарай анықталады

<question>Гастроэнтерологқа кеңес алуға 23 жастағы науқас келді. Биохимиялық зерттеу нәтижелері: жалпы билирубин – 79,5 мкмоль/л, конъюгацияланған билирубин – 4,5 мкмоль/л, АЛТ – 25 ЕД/л. Клиникалық хаттамаға сәйкес зертханалық көрсеткіштерге эквивалентті клиникалық белгілер:

<variant>Тері жамылғыларының сарғаюы, әлсіздік

<variant>Сары ауру, тері қышуы, несептің қараюы өт пигменттері есебінен

<variant>Сары ауру, тері қышуы, нәжістің түссізденуі

<variant>Гепатомегалия, тері қышуы, несептің қараюы өт пигменттері есебінен

<variant>Сары ауру, несептің қараюы бос билирубин есебінен

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес, асқазан денесінің ойық жарасы кезінде ауырсынудың орналасуы:

<variant>Эпигастрий аймағында, ортаңғы сызықтың сол жағында

<variant>Жебе тәрізді өсінді тұсында

<variant>Төс сүйегінің артында

<variant>Эпигастрий аймағында, ортаңғы сызықтың оң жағында

<variant>Кіндік маңында

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес HCV репликациясының маркері болып табылады:

<variant>HCV РНҚ

<variant>HCV ДНҚ

<variant>Ig M класты HCV-ге қарсы антиденелер

<variant>Ig G класты HCV-ге қарсы антиденелер

<variant>HDV антигені

<question>27 жастағы науқас қабылдау бөліміне іштің кенеттен басталған қатты ауырсынуына байланысты жеткізілді (ауырсыну 1 сағат бұрын пайда болған). Құсу және үлкен дәрет болмаған. Объективті: эпигастрий аймағында бұлшықетте қорғаныш кернеулігі анықталды, перкуссияда — бауыр тұйықталуының

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY «Оңтүстік-Қазақстан медицина академиясы»	69/ 40 беттің 15 беті
--	--	-------------------------------------

жоғалуы анықталады. Клиникалық хаттамаға сәйкес алдын ала диагнозыңыз:

<variant>Асқазан ойық жарасының перфорациясы

<variant>Асқазан ойық жарасының пенетрациясы

<variant>Асқазаннан қан кету

<variant>Жедел холецистит

<variant>Жедел панкреатит

<question>Жас ер адам екі жылдан бері қыжылға, жүрек айнуы, тамақ ішкеннен кейін басылатын эпигастрий аймағындағы ауырсынуға шағымданып жүр. Ауырсыну негізінен түнгі сағат 2–3 шамасында пайда болып, альмагель қабылдағаннан кейін басылған. Соңғы уақытта ауырсыну тұрақты сипат алды. Клиникалық хаттамаға сәйкес, клиникалық көріністің өзгеруі қандай асқынуға тән:

<variant>Пенетрация

<variant>Перфорация

<variant>Қақпақшаның стенозы

<variant>Қан кету

<variant>Малигнизация

<question>Асқазан ойық жарасы бар науқас эпигастрий аймағындағы толықтық сезімі мен ауырсынуға, сасық иісті, алдыңғы күні жеген тамақпен құсуына, салмақ жоғалтуға шағымданады. Қарау кезінде шашырау шуы дыбысымен көрінетін перистальтика байқалады. Клиникалық протоколға сәйкес сіздің диагнозыңыз:

<variant>Асқазан ойық жарасы, қақпақша стенозымен асқынған

<variant>Он екі елі ішектің ойық жарасы

<variant>Асқазан ойық жарасы, пенетрациямен асқынған

<variant>Асқазан ойық жарасы, перфорациямен асқынған

<variant>Асқазан ойық жарасы, қан кетумен асқынған

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес өңештің көк тамырларының варикозды кеңеюі келесі синдромның белгісі болып табылады:

<variant>Порталдық гипертензия

<variant>Бауыр жеткіліксіздігі

<variant>Мезенхималық қабыну

<variant>Қатпарлану

<variant>Сіңірілу бұзылысы

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес гинекомастия, алақанның гиперемиясы, таңқурай түсті «лакты» тіл келесі ауруға тән:

<variant>Бауыр циррозы

<variant>Панкреатит

<variant>Өт тас ауруы

<variant>Целиакия

<variant>Муковисцидоз

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес бауырдың диффузды ауруларында ұсынылатын емдік мәзір:

<variant>№ 5

<variant>№ 1

<variant>№ 2

<variant>№ 6

<variant>№ 7

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес кардиальды бөлімнің ойық жарасында ауырсынуудың орналасуы:

<variant>Смсер тәрізді өсінді тұсында

<variant>Төс сүйегінің артында

<variant>Эпигастрий аймағында, ортаңғы сызықтың сол жағында

<variant>Эпигастрий аймағында, ортаңғы сызықтың оң жағында

<variant>Кіндік маңында

<question>Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы бар науқаста

эзофагогастродуоденоскопия кезінде өңештің бірнеше қатпарларына таралған, өңештің 50% айналасын қамтитын шырышты қабаттың зақымдануы анықталды.

Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің дәрі-дәрмек тактикаңыз:

<variant>Протон помпасының ингибиторы + прокинетик

<variant>Антацид + глюкокортикостероид

<variant>Антибиотик + гастропротектор

<variant>Спазмолитик + кальций

каналдарының антагонисі

<variant>Холинолитик + антацид

<question>Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы бар науқаста

эзофагогастродуоденоскопия кезінде өңештің бірнеше қатпарларына таралған, өңештің 50% айналасын қамтитын шырышты қабаттың зақымдануы анықталды.

Клиникалық хаттамаға сәйкес рефлюкс-эзофагиттің дәрежесі:

<variant>C

<variant>A

<variant>B

<variant>D

<variant>E

<question>Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы бар науқаста

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 16 беті
---	--	--	----------------------------------

эзофагогастродуоденоскопия кезінде өңештің бірнеше қатпарларына таралған, өңештің 50% айналасын қамтитын шырышты қабаттың зақымдануы анықталды.

Клиникалық хаттамаға сәйкес курстық емнің ұзақтығы:

<variant>6-8 апта

<variant>4-6 апта

<variant>6 ай

<variant>1 жыл

<variant>26 апта

<question>Науқас 4-6 сағаттан кейін тамақ ішкеннен кейін пайда болатын сасық иісті көп құсуға шағымданады. Соңғы айда 5 кг салмақ жоғалтқан. Клиникалық хаттамаға сәйкес алдын ала диагнозыңыз:

<variant>Қақпақшаның стенозы

<variant>Кардианың ахалазиясы

<variant>Диффузды эзофагоспазм

<variant>Пилороспазм

<variant>Гастрит

<question>46 жастағы науқаста тамақ ішкеннен кейін 1 сағаттан соң мазасыздандыратын ауырсыну мен эпигастрийде ауырлық сезімі; қышқыл ащы құсу, тәбеттің күрт төмендеуі байқалады. Ауру 2 жыл бойы созылып келеді.

Объективті: терең пальпация кезінде эпигастрийде ауырсыну. Қан анализі: гемоглобин — 100 г/л, эритроциттер — $4,2 \times 10^{12}/л$, жалпы ақуыз — 54 г/л. ЭФГДС: асқазан шырышының беткі қабаты ми ойылығы тәрізді. Клиникалық хаттамаға сәйкес алдын ала диагнозыңыз:

<variant>А типті созылмалы гастрит

<variant>Асқазан рагы

<variant>Созылмалы атрофиялық гастрит

<variant>С типті созылмалы гастрит

<variant>Гигантты гипертрофиялық гастрит

<question>46 жастағы науқаста тамақ ішкеннен кейін 1 сағаттан соң мазасыздандыратын ауырсыну мен эпигастрийде ауырлық сезімі; қышқылмен кекіру, тәбеттің күрт төмендеуі байқалады. Ауру 2 жыл бойы созылып келеді.

Объективті: терең пальпация кезінде эпигастрийде ауырсыну. Қан анализі: гемоглобин — 100 г/л, эритроциттер — $4,2 \times 10^{12}/л$, жалпы ақуыз — 54 г/л. ЭФГДС: асқазан шырышының беткі қабаты ми ойылығы тәрізді. Клиникалық хаттамаға сәйкес консервативті ем:

<variant>Антисекреторлы препараттар, спазмолитиктер

<variant>Ас қорыту ферменттері, ауырсынуды басатын дәрілер

<variant>Антибиотиктер, спазмолитиктер

<variant>Гастропротекторлар, прокинетики

<variant>Глюкокортикоидтер, висмут препараттары

<question>19 жастағы А. науқас тамаққа байланысты және аш қарынға байланысты тұрақсыз ауырсынуларға, тамақтан кейін эпигастрийде толықтық сезіміне шағымданады. Бұл белгілер 3 ай бұрын нервті-психикалық жүктемеге байланысты пайда болған. ЭФГДС: өңештің өткізгіштік қасиеті сақталған, кардия жетіспеушілігі 1 дәрежеде, асқазан шырышы қызғылт, қатпарлар анық, Н. pylori анықталмады. Алдын ала диагнозыңыз:

<variant>Функционалды диспепсия

<variant>Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы

<variant>А типті гастрит

<variant>В типті гастрит

<variant>С типті гастрит

<question>46 жастағы П. науқас әлсіздік, диспепсиялық бұзылыстар, іштің төменгі бөлігінде ауырлық сезіміне шағымданады. Объективті: бауыр қабырға доғасынан 2 см шыңғықы, көкбауыр пальпацияланбайды, өлшемдері 8x14 см. УДЗ: v.porta диаметрі - 16 мм, v.lienalis - 12 мм, іш қуысында 900 мл еркін сұйықтық бар. Лапароцентез кезінде сұйықтық сары сабан тәрізді түсті. Клиникалық хаттамаға сәйкес алдын ала диагнозыңыз:

<variant>Бауыр циррозы

<variant>Жүрек жеткіліксіздігі

<variant>Панкреатит

<variant>Іш перитонитінің туберкулезі

<variant>Инфекциялық перитонит

<question>32 жастағы науқаста тамақ ішкеннен кейін 2 сағат өткен соң пайда болатын эпигастрийдегі ауырсыну, қышқыл ащы кекіруге, қыжылға шағымданады. ЭФГДС: асқазанның антральды бөлімінде шырышты қабат қатты гиперемияланған, біркелкі эрозиялар анықталған. Клиникалық хаттамаға сәйкес оңтайлы медикаментозды терапия:

<variant>Амоксициллин + кларитромицин + нольпаза

<variant>Домперидон + алмагель + де-нол

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 17 беті
---	--	--	----------------------------------

<variant>Маалокс + фамотидин + домперидон
<variant>Омепразол + амоксициллин + трихопол
<variant>Амоксиклав + метронидазол + висмут субцитрат
<question>32 жастағы науқас 1 сағат бұрын басталған жедел іш ауруымен жедел қабылдау бөліміне жеткізілді. Құсу және нәжісі болған жоқ. Объективті: науқас оң жағына жатады, арқаға жатып немесе тұруға тырысқанда ауру күшейеді. Пальпацияда эпигастрий аймағында өткір ауырсыну және бұлшық еттердің кернеулігі байқалады. Қарапайым рентгенографияда оң қабырға асты аймағында ауа анықталды. Анамнезде - асқазанның ойық жарасы бар. Клиникалық хаттамаға сәйкес алдын ала диагнозыңыз:
<variant>Жараның перфорациясы
<variant>Жарадан қан кету
<variant>Жараның кіші сальникке енгені
<variant>Жараның ұйқы безіне енгені
<variant>Қақпақша стенозы
<question>Бауыр жасушаларында ... ферментінің көмегімен конъюгирленген (байланысқан) билирубин түзіледі.
<variant>Глюкуронилтрансфераза
<variant>Лейцинаминопептидаза
<variant>Қышқыл фосфатаза
<variant>Нуклеотидаза
<variant>Амилаза
<question>32 жастағы А. науқас клиникаға эпигастрийдегі ауырсыну, қыжылға, құсу, бас айналу және құлақта шу болуы туралы, олар тік бағытта күшейеді, қара нәжіспен шағымданды. Объективті: жалпы жағдай орташа ауырлықта, терісі сұрғылт. Аускультацияда: өкпеде – везикулярлы тыныс, сырыл жоқ. Жүрек тондары тұйықталған, ырғағы дұрыс. Қан қысымы 110/70 мм с.б. Іші жұмсақ, эпигастрийде ауырсыну бар. Бауыр қабырға доғасы жиегінде, жұмсақ, ауырсынусыз. Клиникалық хаттамаға сәйкес диагнозыңыз:
<variant>Асқазанның ойық жарасы, асқынған қан кетумен
<variant>Асқазанның ойық жарасы, асқынған пенетрациямен
<variant>Декомпенсацияланған жаралы қақпақша стенозы
<variant>Асқазан ойығының малигнизациясы
<variant>Мэллори-Вейс синдромы

<question>Вакцинамен алдын-алу және вакциналық емнің тиімділігі дәлелденген гепатит түрі:
<variant>B
<variant>C
<variant>D
<variant>A
<variant>E
<question>21 жастағы науқас созылмалы гастродуоденитпен ауырады. Тұқымқуалаушылығы анықталан – әкесінде 12 елі ішектің ойық жарасы бар. Екі жыл бұрын эрадикациялық терапия курсынан өтті, әсері болды. Аурудың қайта өршуіне байланысты Helicobacter pylori бар-жоғын анықтау үшін тексерілді. Нәтиже оң болды. Клиникалық хаттамаға сәйкес бұл жағдайда не туралы айтуға болады:
<variant>Негізгі аурудың қайта өршуі
<variant>Helicobacter pylori-дің қайта инфекциясы
<variant>12 елі ішектің ойық жарасының дамуы
<variant>Функционалды диспепсия
<variant>Асқазан ойық жарасының дамуы
<question>Науқас постпрандиальды дистресс-синдромымен зардап шегеді. Тамақтан кейін құрсақ қуысының жоғарғы аймағында ауырлық пен толып тұрғандай сезіміне, жүрек айнуына, құсуға шағымданды. Осы жағдайда терапиядағы бірінші дәрі:
<variant>Прокинетик
<variant>Антацид
<variant>Протонды помпа ингибиторы
<variant>H2-блокатор
<variant>Спазмолитик
<question>Науқасқа хеликобактер этиологиясына байланысты он екі елі ішек жарасы үшін екінші курс эрадикациялық терапия (квадротерапия) тағайындалды. Клиникалық хаттамаға сәйкес бақылау эрадикациясын жүргізу мерзімі:
<variant>4 аптадан кейін
<variant>2 аптадан кейін
<variant>Емдеу аяқталған соң дереу
<variant>Бір жылдан кейін
<variant>Емдеу барысында
<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес асқазанның жара ауруы мен обырын ажыратуда маңызды зерттеу:
<variant>Эндоскопиялық зерттеу биопсиямен
<variant>Рентгенологиялық зерттеу

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 18 беті
---	--	--	----------------------------------

<variant>Гистаминмен асқазан секрециясын зерттей

<variant>Қанды жасырушы ішектің зәрін зерттей

<variant>Іш қуысының ультрадыбыстық зерттейі

<question>Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруының негізгі даму механизмі:

<variant>Төменгі өңеш сфинктерінің қорғаныш функциясының бұзылуы

<variant>Helicobacter pylori

<variant>Жоғарғы өңеш сфинктерінің функциясының бұзылуы

<variant>Одди сфинктерінің спазмы

<variant>Асқазанның перистальтикасының бұзылуы

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес, тамақтанғаннан кейін 30-60 минут аралығында пайда болатын эпигастрий аймағы мен кеуде тұсының артында ерте ауырсынулар келесі жаралық ақаудың орналасуына тән:

<variant>Асқазанның кардиалды және субкардиалды бөлімінде

<variant>Барлық гастродуоденальды қосымша жаралар үшін

<variant>Он екі елі ішектің басында

<variant>Он екі елі ішектің постбульбарлы бөлімінде

<variant>Пилорикалық каналда

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес бауыр циррозы кезінде ісінулі-асциттік синдромды емдеуде келесі ережені сақтау қажет: шығарылған сұйықтық мөлшері ішкен сұйықтық мөлшерінен аспауы тиіс:

<variant>400-500 мл

<variant>1000-1500 мл

<variant>1500-1800 мл

<variant>1800-2500 мл

<variant>200-300 мл

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес созылмалы гепатиттің циррозға өтуінің ең маңызды белгісі болып келесі синдромның пайда болуы табылады:

<variant>Портальды гипертензия

<variant>Сарғаю

<variant>Астеновегетативтік синдром

<variant>Артериальды гипертензия

<variant>Қан айналымының жеткіліксіздігі

<question>Соңғы уақытта асқазан мен он екі елі ішек жарасы бар науқаста клиникалық көрініс өзгерді: тамақтан кейін ауырсыну, жүрек айну, күннің екінші жартысында көп

мөлшерде тамақпен құсу, ауыздан жағымсыз иіс, салмақ жоғалту байқалады.

Мүмкін болатын асқыну:

<variant>Органикалық қабықшаның стенозы

<variant>Функционалдық қабықшаның жабылуы

<variant>Жараның қатерлі ісігі

<variant>Жараның пенетрациясы

<variant>Жараның перфорациясы

<question>38 жастағы кәсіпкер іш көлемінің ұлғаюына, тері мен шырышты қабаттардың сарғаюына, зәрдің қараюы, іштің кебуі, тұрақсыз нәжіс, айтарлықтай жалпы әлсіздік, тез шаршау, кейде уақыт пен кеңістікте адасу, есте сақтау қабілетінің төмендеуі, жазуының нашарлауына, ұйқының бұзылуы (күндіз ұйықтап, түнде ұйықтай алмау) сияқты шағымдармен жүгінеді. Анамнезінде: балалық шақта А гепатиті болған. Соңғы 7 жылда алкогольді ішімдіктерді көп пайдаланады. Соңғы 2 аптадағы жағдайының нашарлауы диетаға және алкогольді жиі ішуге байланысты деп есептейді.

Ең ықтимал диагноз:

<variant>Бауыр циррозы

<variant>Өт тас ауруы

<variant>Созылмалы гепатит

<variant>Созылмалы панкреатит

<variant>Ұйқы безінің рагы

<question>65 жастағы зейнеткер науқас оң жақ қабырға астындағы ауырсынуға, физикалық жүктеме кезінде күшейетін, кішкене тізе асты және табанның ісінуіне, зәрдің қараюына шағымданады. Алкогольді көп жылдар бойы пайдаланады. Қарағанда: апатиялық, жүрісі сенімсіз, терісі мен склералары сары түсті, «қан тамырлы» жұлдызшалары, «бауырлық» алақандары, тілі малин түсті, асцит, тізеасты және табанның жеңіл ісінуі байқалады. Диагнозыңыз:

<variant>Бауыр циррозы

<variant>Созылмалы гепатит

<variant>Жедел гепатит

<variant>Созылмалы холецистит

<variant>Созылмалы панкреатит

<question>52 жастағы науқас ұзақ уақыт бойы астеникалық шағымдардың фонында оң қабырға асты аймағында ауырлық сезімі, құсу, аздап сарғыштық пайда болады. Осы кезеңде бауыр функциясының биохимиялық көрсеткіштері бұзылады: аланинтрансфераза, билирубин, сулема сынаамасы, тимол сынаамасы, ақуыз фракциялары. Рецидивтер

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 19 беті
---	--	--	----------------------------------

инфекциялармен байланысты. Еңбек қабілеттілігі сақталған.

Клиникалық синдром мен зертханалық деректер сәйкес диагноз:

<variant>Созылмалы тұрақты гепатит

<variant>Портальды бауыр циррозы

<variant>Билиарлы бауыр циррозы

<variant>Созылмалы активті гепатит

<variant>Бауырдың псевдоциррозы

<question>32 жастағы науқас жедел «пышақ сұққандай» эпигастрий аймағындағы ауырсыну сезіміне шағымданады. Анамнезінде соңғы үш жыл бойы жиі қайталанатын 12 елі ішек ойық жарасымен ауырған. Н2-гистамин блокаторларымен емге жақсы жауап берген. Қан құйылған. Ранитидинмен төрт апталық терапиядан кейін жара жазылған. Клиникалық хаттамаға сәйкес әрі қарайғы ем тактикасы:

<variant>Кларитромицин + амоксициллин + омепразол

<variant>Тетрациклин + метронидазол + омепразол

<variant>Кларитромицин + метронидазол + квамател

<variant>Амоксициллин + де-нол + омепразол

<variant>Амоксициллин + метронидазол + квамател

<question>48 жастағы науқас А., оң жақ қабырға асты аймағында ауырсыну белгісіне, сарғаю, жалпы әлсіздікке шағымданады. Анамнезінде: алкогольді ұзақ уақыт пайдаланады, бір апта бұрын өңештің варикозды кеңейген тамырларынан қан кету болған. Қарау кезінде: терісі мен склералары сарғаюы, телеангиэктазиялар бар, іш кебуі байқалады, бауыр мен көкбауыр үлкейген. Қанда: анемия, тромбоцитопения, ЭТЖ - 44 мм/сағ. Жалпы билирубин - 68 мкмоль/л, негізінен тура фракциясы жоғары. Тағайындау керек:

<variant>Гептрал + жаңа мұздатылған плазма + С, К витаминдері

<variant>Преднизолон + гепабене + креон

<variant>Гептрал + эритромакс + креон

<variant>Преднизолон + гептрал + С витамині

<variant>Феррум-лек + преднизолон + гептрал

<question>45 жастағы ер адамды төс артындағы ауырсыну мазалайды, олар тамақ

ішу кезінде және физикалық жүктеме соңында пайда болады, қыжыл, жеген тамағымен кекіру, жұтуда кедергі сезімі бар. Тексеру нәтижелері: электрокардиограмма - патология жоқ; эндоскопиялық фиброгастродуоденоскопия: төменгі өңеш сфинктері жабылмайды, өңештің шырышты қабаты қызарған, ісінген, жеке эрозиялар бар. Клиникалық хаттамаға сәйкес тиімді дәрі-дәрмек комбинациясы:

<variant>Домперидон + рабепразол

<variant>Маалокс + ампициллин

<variant>Омепразол + смекта

<variant>Омепразол + маалокс

<variant>Омепразол + но-шпа

<question>37 жастағы әйел науқас эпигастрий аймағында қысып ауырсыну сезіміне түнде, аш қарынға пайда болып, тамақтан кейін басылады. Анамнезінде 5 жыл бойы ойық жара ауруымен ауырған. Өршу соңғы 2 аптада байқалады. Объективті: тіл ақ жабынмен қапталған, эпигастриялық аймақта кең таралған ауырсыну бар. Бауыр мен көкбауыр ұлғаймаған. Қан және несеп талдауларында патология анықталмады. Эндоскопиялық фиброгастродуоденоскопия: өңештің өткізгіштігі, асқазан шырышы гиперемияланған, қабаттар гипертрофияланған, 12 елі ішектің буылтығында қабырғасының алдыңғы бетінде 0,5х0,7 см көлемінде ойық жара анықталды. Тиімді дәрі-дәрмек комбинациясы:

<variant>Кларитромицин + флемоксин + париет

<variant>Омепразол + де-нол + маалокс

<variant>Метронидазол + де-нол + алмагель

<variant>Тетрациклин + омепразол + квамател

<variant>Кларитромицин + метронидазол + фосфолгел

<question>34 жастағы К. науқас стационарға «түнгі» және «аш қарынға» эпигастриялық ауырсынумен, соңғы 2 аптада пайда болған шағымдарымен түсті. Эндоскопиялық зерттеуде алғаш рет 12 елі ішектің алдыңғы қабырғасындағы 1,2 см жара анықталды. Биоптатта Helicobacter pylori анықталды. Клиникалық хаттамаға сәйкес тиімді дәрі-дәрмек комбинациясы:

<variant>Омепразол + ампициллин + кларитромицин

<variant>Омепразол + метронидазол +

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 20 беті
---	--	--	----------------------------------

ампициллин

<variant>Квамател + де-нол + тетрациклин

<variant>Омепразол + гастропепин +

тетрациклин

<variant>Де-нол + ампициллин + алмагель

<question>48 жастағы науқас әлсіздік, тез

шаршау, бас ауыруы, жүрек айнуы, оң

қабырға астында ауырлық, тіс қанауының

болуы туралы шағымдармен түсті.

Анамнезінде: 10 жыл бұрын созылмалы

бауыр ауруымен емделген. Кейінгі жылдары

өзін жақсы сезініп, диетаны сақтамаған.

Объективті: тері мен склера сарғаюы,

«бауырлық» алақандар, кеуде қуысының

жоғарғы жартысында тамырлық

жұлдызшалар, гепатоспленомегалия

анықталды. Қан анализінде: анемия, ЭТЖ-нің

жоғарылауы, гипербилирубинемия негізінен

тікелей фракцияның артуымен, АЛТ мен

АСТ деңгейі 3 есе жоғарылады. Гепатит

маркерлері: вирустық гепатит С барлық

маркерлері оң.

Клиникалық протоколға сәйкес

тағайындалатын препараттар:

<variant>Инtron + гептрал

<variant>Эссенциале + креон

<variant>Гептрал + урсосан

<variant>Гептрал + креон

<variant>Преднизолон + эссенциале

<question>50 жастағы ер адам, көп темекі

шегеді, тұншығу ұстамаларына, кеуде

қуысының төменгі үштен бір бөлігінде

күйдіріп ауырсынуына, қышқылмен кекіруге

шағымданады. Теофиллин топтағы дәрілерді

қолданғанда жағдайы нашарлайды. ЭКГ-де

ишемиялық өзгерістер тіркелмеген.

Клиникалық хаттамаға сәйкес

диагностиканың келесі кезеңі:

<variant>ЭФГДС

<variant>ЭхоКС

<variant>Жүрекше-қарынша

эхокардиографиясы

<variant>Өкпе мен кеуде қуысының

рентгенографиясы

<variant>Спирография

<question>45 жастағы ер адам, ойық жара

ауруымен ауырады, қабылдау бөлімшесіне

тұрақты эпигастриялық ауырсынуға,

арқасына таралатын, тамақ қабылдаумен

байланысты емес, антацидтер мен

спазмолитиктерге тәуелсіз, жүрек айну, құсу,

сұйық нәжіс, дене температурасының

субфебрильді деңгейге дейін көтерілуі

туралы шағымдармен келді.

Рентгенологиялық зерттеуде терең «қуыс»

анықталады, ойық аймағының аз

қозғалғыштығы байқалады; ФГДС кезінде

терең ойық, ойық жараның жиегі биік, қыр

тәрізді көрінеді. Бұл жағдайдың себебі:

<variant>Ойық жараның ұйқы безіне өтуі

<variant>Ойық жараның тесілуі

<variant>Перидуоденит

<variant>Ойық жараның кішкене салықке

өтуі

<variant>Ойық жарадан қан кетуі

<question>43 жастағы есірткі қолданушы ер

адам жалпы әлсіздік, тез шаршау, арықтау,

жүрек айну, ауыздан ащы дәм, оң жақ

қабырға асты ауырсыну, дене қызуының

субфебрильді деңгейге дейін кезекті

көтерілуі, тері қышуы, қызыл иектерден қан

кету, несептің қараюы, нәжістің ашық түске

баялуы туралы шағымдар білдіреді.

Объективті түрде: бауырдың ұлғаюы, сарғаю,

жоғарғы қабақтарда ксантомалар

анықталады. Клиникалық хаттамаға сәйкес

патология нұсқасын растау үшін

қолданылатын диагностикалық әдіс:

<variant>Вирустық инфекция маркерлерін

анықтау

<variant>Қанның биохимиялық анализі

<variant>Капрологиялық зерттеу

<variant>Ферритин концентрациясын

анықтау

<variant>Церулоплазмин концентрациясын

анықтау

<question>45 жастағы ер адам, ұзақ уақыт

алкогольді пайдаланып келген, қан құсу

туралы шағымданады. Объективті түрде:

санасы айқын емес, тежелген, сөйлеуі анық

емес, асцит, іштің алдыңғы қабырғасындағы

веналардың кеңеюі, спленомегалия, қан

қысымы 80/60 мм сын./бағ., жүрек соғу

жиілігі минутына 110. Пациентті басқару

тактикасындағы келесі қадам:

<variant>Өңешті баллонды тампонадалау

<variant>Жаңа мұздатылған плазманы құю

<variant>Антибиотикотерапия

<variant>Вазопрессин енгізу

<variant>Эндоскопиялық веналарды байлау

<question>50 жастағы ер адам, темекіні көп

шегеді, тұншығу ұстамалары, кеуде

қуысының төменгі үштен бір бөлігінде

күйдіру сипатындағы ауырсынуға,

қышқылмен кекіруге шағымданады.

Теофиллин тобының препараттарын

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 21 беті
---	--	--	----------------------------------

қолданғанда жағдайы нашарлайды. ЭКГ-де ишемиялық өзгерістер тіркелмеген. Пикфлоуметрияда дем шығару кезінде ең жоғарғы жылдамдықтың аздап төмендеуі анықталды. Ең ықтимал диагноз:

<variant>Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы

<variant>Созылмалы гастрит

<variant>Жүректің ишемиялық ауруы.

Тұрақты стенокардия

<variant>Бронхтық астмасы

<variant>Созылмалы обструктивті өкпе ауруы

<question>30 жастағы ер адам, эпигастрийдің жоғарғы бөлігіндегі мезгіл-мезгіл болатын айқын аштық кезіндегі ауру сезімдеріне, қыжыл, жүрек айнуы, қышқылмен кекіруге шағымданады. Объективті түрде: пилородуоденальды аймақта жергілікті ауырсыну байқалады. ФГДС кезінде антральды бөлімнің шырышты қабатының гиперемиясы мен ісінуі, қабыршақтардың гиперплазиясы, антральды спазм анықталады. Клиникалық хаттамаға сәйкес, патологиялық процестің этиологиясын анықтауға мүмкіндік беретін зерттеу әдісі:

<variant>Уреаздық тест

<variant>Ішкі асқазандық рН-метрия

<variant>Қанның жалпы талдауы

<variant>Асқазанның рентгенографиясы

<variant>Дуоденальді зондтау

<question>55 жастағы ер адам, диагнозы: 12-елі ішектің буылтығының ойық жара ауруы, Helicobacter pylori (HP) ассоциациясымен, қайталанатын ағым. Протонды помпаны тежегіш (ППТ), кларитромицин және амоксициллинді қамтитын комбинирленген терапия нәтижесінде толық ремиссия және HP эрадикациясы жүзеге асты. Клиникалық хаттамаға сәйкес пациентті әрі қарай жүргізудің тактикасы:

<variant>ППТ қолдау терапиясы

<variant>H2-блокаторлармен үзілісті курстық терапия

<variant>Антибиотиктермен қолдау терапиясы

<variant>Орнықтыратын ферменттік терапия

<variant>Цитопротекторлармен курстық терапия

<question>43 жастағы есірткі қолданушы ер адам жалпы әлсіздік, тез шаршау, салмақ жоғалту, жүрек айну, ауызда ащы дәмнің сезілуіне, оң жақ қабырға астында ауырсыну, дене температурасын субфебрильді деңгейге

дейін уақытша жоғарлауы, тері қышуы, тісінен қан кетуге, несептің қараюы, нәжістің ашық түске айналуы туралы шағымдарымен жүгінеді. Объективті: гепатомегалия, сарғаю, жоғарғы қабақтарда ксантомалар анықталады. Ең ықтимал диагнозы:

<variant>Созылмалы вирустық гепатит

<variant>Созылмалы холецистит

<variant>Созылмалы панкреатит

<variant>Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі

<variant>Гемолитикалық анемия

<question>γ-глутамилтранспептидаза, 5-нуклеотидаза, сілтілік фосфатаза белсенділігінің жоғарылауы, гиперхолестеринемия, тікелей билирубиннің жоғарылауы келесі синдромның биохимиялық белгілері болып табылады:

<variant>Холестаз

<variant>Мезенхималды-ішек қабыну синдромы

<variant>Цитолиз

<variant>Портокавальды шунтинг

<variant>Гепатоцеллюлярлы жеткіліксіздік

<question>Ер адам, 75 жаста, эпигастрий аймағында ауырлық сезімі, тоқтық сезімі, ұйқысыздық, ауызда жағымсыз дәм, жүрек айну, тәбет төмендеуі, ауамен кекіруге, тұрақсыз іш өту туралы шағымданады. Ішті пальпациялау кезінде алдыңғы іш қабырғасының диффузды кернеуі және эпигастрий аймағында ауырсыну анықталады. ФГДС кезінде: асқазан денесі мен антрумында бозарған, тегістелген, тамырлардың көрініп тұруы, жоғары жарақаттылық, гипотония, гипокинезия, өттің рефлюксі байқалады. Жоғарыда сипатталған клиникалық көрініс келесі ауруға тән:

<variant>Созылмалы атрофиялық гастрит

<variant>Антральды атрофиясыз гастрит

<variant>Жара ауруы

<variant>Спецификалық емес жаралы колит

<variant>Қатерлі асқазан ісігі

<question>47 жастағы ер адамды эпигастрийде, сол және оң қабырға асты аймақтарында белдеулік сипаттағы ауырсынуға, майлы тамақ ішкеннен кейін пайда болатын ауырсыну мазалайды, сондай-ақ ішектің тұрақсыз жұмысы байқалады. Клиникалық хаттамаға сәйкес ферменттермен заместительді терапияға қосымша қандай препаратты енгізу қажет:

<variant>Протон помпасының

ОНТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 22 беті

ингибиторлары

<variant>Антацидтер

<variant>Прокинетики

<variant>Антихолинергиялық препараттар

<variant>H2-гистамин рецепторларының

блокаторлары

<question>50 жастағы әйел жалпы әлсіздік,

оң қабырға асты аймағында ауырсыну, тіс

етінің қанауы, тері қышуы туралы

шағымданады. 2 жыл бұрын гепатитті

өткерген. Объективті түрде: тері сарғыш,

құрғақ. Бауыр қабырға астынан 2 см шығып

тұр, пальпацияда сезімтал. Қанда: орташа

деңгейдегі анемия, тікелей фракция бойынша

гипербилирубинемия; В және С

вирустарының ПТР-нәтижелері теріс, альфа-

фетопротеин деңгейі – 20 е/л.

Ең сенімді зерттеу әдісі:

<variant>Гистологиялық

<variant>Имунологиялық

<variant>Морфометриялық

<variant>Морфофункционалдық

<variant>Имуногистохимиялық

<question>28 жастағы әйелде аутоиммунды

гепатит диагнозы қойылған, оң қабырға асты

аймағында кезекті ауырсыну сезімі мен аздап

әлсіздік байқалады. Объективті: бауыр

қабырға доғасы бойымен пальпацияланады.

Қанда: ТПО-ға қарсы антиденелер деңгейі

жоғарылаған. Гепатит вирустарының

маркерлері теріс. Клиникалық хаттамаға

сәйкес тағайындау қажет:

<variant>Преднизолон

<variant>Легалон

<variant>Кларитромицин

<variant>Зефикс

<variant>Ламивудин

<question>53 жастағы ер адам, алкогольді өте

көп пайдаланады, өңештің варикозды

кеңейген тамырларынан қан кету салдарымен

қабылданған. Бір апта бұрын оң қабырға

асты аймағында ауырсыну пайда болған,

сарғаю дамыған. Объективті: тері мен

склерасы сарғайған, телеангиэктазиялар бар.

Іші ісінген. Бауыр қабырға доғасынан 3 см

шығыңқы, тығыз, ауырсынады.

Спленомегалия байқалады. Қанда: анемия,

тромбоцитопения, ЭТЖ - 36 мм/сағ. Жалпы

билирубин 56 мкмоль/л, тура фракциясы –

12,2 мкмоль/л.

Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Алкогольді этиологиялы бауыр

циррозы

<variant>Криптогенді бауыр циррозы

<variant>Созылмалы алкогольдік гепатит

<variant>Созылмалы криптогенді гепатит

<variant>Созылмалы дәрілік гепатит

<question>Ер адамда бауыр циррозы

дамыған, айқын ісік-асцит синдромы бар.

Төсектік режим, тұзсыз диета және күніне

1000 мл сұйықтықты шектеу 3 күн бойы

ісіктер азайған жоқ.

Клиникалық хаттамаға сәйкес емдеудің әрі

қарайғы тактикасы үшін тиімді дәрі:

<variant>Верошпирон

<variant>Лазикс

<variant>Урегит

<variant>Триампур

<variant>Гипотиазид

<question>27 жастағы ер адам эпигастральды

аймақта тамақтан кейін 1,5-2 сағат өткен соң,

сондай-ақ «түнгі» ауырсынулар, қышқылмен

кекіру, жүрек айнуға шағымданады.

Объективті: тамақтануы төмен, тілі ылғалды,

ақ жабындымен қапталған, пальпация кезінде

эпигастрияда ауырсыну байқалады.

Клиникалық хаттамаға сәйкес ең ақпаратты

зерттеу әдісі:

<variant>Гастроскопия

<variant>Ирригоскопия

<variant>Эзофагоманометрия

<variant>Жүрекше рентгенографиясы

<variant>Іш қуысының ультрадыбыстық

зерттеуі

<question>47 жастағы ер адам соңғы алты

айда 15 кг салмақ жоғалтумен, тұрақты

сипаттағы төменгі құрсақ қуысында

ауырсынуға, эпигастрийде ауырлық пен

толып тұру сезімі. Объективті: тамақтануы

төмен, тері жабындары бозғылт, аяқтарда

ісіну; пальпация кезінде эпигастрияда

ауырсыну. Қанда — эритроциттер 3,2 млн.,

гемоглобин 112 г/л, ЭТЖ 10 мм/сағ; жалпы

ақуыз 49 г/л. ЭФГДС кезінде — асқазан

шырышты қабатының бүктемелері «ми

қатпары түрінде», ұсақ нүктелі эрозиялар

бар.

Ең тиімді ем тактикасы:

<variant>Хирургиялық ем

<variant>Санаторлық-курорттық ем

<variant>Симптоматикалық ем

<variant>Орнын толтыру терапиясы

<variant>Диетотерапия

<question>Әйел, 52 жаста, тамақ ішкеннен

кейін оң жақ қабырға астында ауырлық пен

ыңғайсыздық, ауызда ащы дәмнің болуына,

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDICINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 23 беті
---	--	--	----------------------------------

кейде құсуға шағымданады. Объективті: тамақтану жоғарылаған, тері түсі қалыпты, пальпация кезінде өт қабының проекциясында сезімталдық анықталады. Клиникалық хаттамаға сәйкес ең ақпаратты зерттеу әдісі:

<variant>Құрсақ қуысының ультрадыбыстық зерттеуі

<variant>Гастроскопия

<variant>Ирригоскопия

<variant>Дуоденальды зондтау

<variant>Бауырдың пункциялық биопсиясы

<question>38 жастағы ер адам әлсіздік пен тез шаршағыштыққа, салмақ жоғалтуға, терінің, шырышты қабаттардың қараюына шағымданады. Объективті : терісі қоңыр түспен сұр түсті; ірі буындардың ісінуі. Қандағы гипергликемия. Десферал сынамаcы оң. Ықтимал диагноз:

<variant>Бастапқы гемохроматоз

<variant>Аутоиммунды гепатит

<variant>Дабин - Джонсон синдромы

<variant>Марчафава ауруы-Микели

<variant>Вильсон – Коновалов ауруы

<question>Созылмалы вирустық В гепатиті

бар 35 жастағы ер адамда зертханалық тексеру кезінде мыналар анықталды: билирубин 55 ммоль / л, тимол сынамаcы 8 бірлік, АЛТ 1,5 ммоль / л, АСТ 1,2 ммоль / л; серологиялық зерттеу HBsAg+, HBeAg+ және HbCAbIgM+ анықтады.

Бұл патологияны емдеуде тиімді препарат:

<variant>Интерферон

<variant>Креон

<variant>Дюфалак

<variant>Эссенциале

<variant>Е дәрумендері

<question>38 жастағы әйел оң жақ қабырға астындағы орташа деңгейдегі ауырсынуға, эпигастрийдегі ауырлыққа, жиі мұрыннан қан кетуге, айқын әлсіздікке, ұйқышылдыққа шағымданады. УЗДГ-да бауыр эхотығыздылығының диффузды ұлғаюы, сагитальды мөлшердің ұлғаюы анықталды. Қанда-эр. 3,9 млн., лей. 2,4 мың, тромб. 145 мың, Нв 106 г\л, ЭТЖ 22 мм\сағ. тимол сынағы 19,0, ПТИ 76%. Жалпы ақуыз-76 г\л, альбуминдер-40%, альфа-1-4%, альфа – 2 – 10%, бета-16%, гамма - глобулиндер - 30%, альбуминдер/глобулиндер коэффициенті-0,67.

Тимол сынамаcының жоғарылауымен байланысты көрсеткіш:

<variant>Гамма-глобулин

<variant>Альбумин

<variant>Билирубин

<variant>Фибриноген

<variant>Альфа-глобулин

<question>65 жастағы ер адам, хирург, терінің қатты қышуына, әлсіздікке, күндіз ұйқышылдыққа, түнде ұйқысыздыққа шағымданады. Объективті: тері сарғайған, теріде – тырнау іздері, жұлдызшалы тамырлар; бауыр оң жақ қабырға доғасының астынан 4 см шығып тұрады, перкуссия кезінде көкбауыр 14 x 10 см. қанда: жалпы билирубин 68 ммоль/л, тікелей 52 ммоль / л, сілтілі фосфатаза 925 бірлік (қалыптыда 85 дейін бірлік), АЛТ 2,48 ммоль/л, АСТ 16 ммоль/л. ЭФГДС кезінде – өңештің варикозды кеңеюі.

Клиникалық хаттамаға сәйкес тағайындаған жөн:

<variant>Орнитин

<variant>Эссенциале

<variant>Ванкомицин

<variant>Пиридоксин хлориді

<variant>Аскорбин қышқылы

<question>68 жастағы ер адам аш қарынға пайда болатын және тамақтанғаннан кейін басылатын ауырсыну эпигастрий ауруына шағымданады. Анамнезінде: 12 жыл бойы асқазан жарасы. Объективті:

қанағаттанарлық тамақтану, пальпация кезінде эпигастрийде орташа ауырсыну. ЭФГДС-де-кіші иінінде 1,5 x 2 см өлшемді, біркелкі емес пішінді ойық жаралы ақау табылды, жиектері біркелкі емес және түбі сұрғылт жабынмен жабылған.

Ең ықтимал диагноз:

<variant>жараның қатерлі ісігі

<variant>ойық жараның енуі

<variant>ойық жараның перфорациясы

<variant>жарадан қан кету

<variant>қақпашының стенозы

<question>42 жастағы ер адам жалпы әлсіздікке, салмақ жоғалтуға, іштің көлемінің ұлғаюына шағымданады. Тексеру кезінде – аз тамақтану, терісі сарғайған, құрсақ қуысы асцит есебінен ұлғайған, бауыр қабырға доғасының шетінен 4 см шығып тұрады. Қанда эритроциттердің тұну жылдамдығының жеделдеуі, сілтілі фосфатаза мен гаммаглутамилтранспептидаза белсенділігінің жоғарылауы. Клиникалық

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 24 беті
---	--	--	----------------------------------

хаттамаға сәйкес зерттеудің ең Ақпараттық әдісі:

<variant>Бауыр Эластографиясы

<variant>Ретроградтық холецистография

<variant>Дуоденальды зондтау

<variant>Панкреатохолангиография

<variant>Дуоденоскопия

<question>Келесі препараттарды қабылдау асқазан-ішек жолдарының шырышты қабығына ойық жаралы зақым келтіруі мүмкін:

<variant>Аспирин

<variant>Метронидазол

<variant>Кларитромицин

<variant>Сукралфат

<variant>Амоксицилин

<question>Асқазандағы жараның локализациясы және оның ұзақ уақыт емделмеуі бірінші кезекте көрсетілген:

<variant>ойық жараның шетінен алынатын тіндердің биопсиясымен қайталанатын эзофагогастроскопия

<variant>қайта рентгенологиялық зерттеу

<variant>гипербариялық оксигенация курсын жүргізу

<variant>жараға қарсы терапия курсын жалғастыру

<variant>симптоматикалық терапия курсын жалғастыру

<question>Бауыр ауруларындағы клиникалық хаттамаға сәйкес гептрал келесі мақсаттарда тағайындалады:

<variant>Гепатопротективті, антиоксидантты, қалпына келтіретін

<variant>Протеолитикалық, антисекреторлық, эубиотикалық

<variant>Гепатопротективті,

прокинетикалық, спазмолитикалық

<variant>Холеретикалық, вирусқа қарсы, цитопротективті

<variant>Литолитикалық, эрадикациялық, қабынуға қарсы

<question>Қан кетудің алдын алу мақсатында өңештің варикозды тамырларының клиникалық хаттамасына сәйкес көрсетілген:

<variant>Эндоскопиялық байлау

<variant>Лапароцентез

<variant>Шар тампонадасы

<variant>Эндоскопиялық склеротерапия

<variant>Пневмокардиодилатация

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес бауыр энцефалопатиясының дәрілік терапиясы төмендеуге бағытталған:

<variant>Гипераммонемия

<variant>Гиперхолестеринемия

<variant>Гиперазотемия

<variant>Гипербилирубинемия

<variant>Гипоальбуминемия

<question>Гепаторенальды жеткіліксіздіктегі клиникалық хаттамаға сәйкес және диуретикалық терапия аясында пайда болатын рефрактерлік асцит дамыған кезде:

<variant>диуретиктерді алып тастау, лапароцентез жүргізу

<variant>диуретиктер схемасын біріктіру

<variant>диуретиктерді максималды дозада жалғастырыңыз

<variant>диуретиктерді болдырмау, глюкокортикоидтарды тағайындау

<variant>лапароцентезді болдырмау, жаппай диуретикотерапия жүргізу

<question>Фиброгастродуоденоскопиядағы бақылау гистологиялық зерттеулерді қоса, диспансерлік бақылауды қажет ететін асқазан шырышты қабығының қатерлі ісікке дейінгі өзгерістеріне мыналар жатады:

<variant>эпителий метаплазиясы бар

атрофиялық гастрит

<variant>асқазан жарасы, Н. Р. - байланысты

<variant>созылмалы гастрит, атрофиялық емес

<variant>асқазан діңінің Рефлюкс-гастриті

<variant>СҚҚП– гастропатия

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес он екі елі ішектің ойық жарасын емдеуге арналған препараттардың оңтайлы комбинациясы Н.р.(+):

<variant>Омепразол + амоксициллин + кларитромицин

<variant>Рабепразол + висмут субцитраты + офлоксацин

<variant>Домперидон + рабепразол + фамотидин

<variant>Маалокс + фамотидин + ципрофлоксацин

<variant>Лансопразол + трихопол + тетрациклин

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес стероидты емес қабынуға қарсы препараттар қабылдаумен байланысты жедел асқазан жараларын емдеуге арналған препараттардың оңтайлы комбинациясы, Н.р. (-):

<variant>Омепразол + висмут субцитраты

<variant>Домперидон + рабепразол

<variant>Маалокс + фамотидин

<variant>Омепразол + амоксициллин

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDICINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 25 беті
---	--	--	----------------------------------

<variant>Омепразол + трихопол
<question>Науқас и., 47 жаста, тамақтан кейін бірден пайда болатын, көлденең қалыпта күшейетін төс сүйегінің артындағы ауырсынуға, жеген тамақтың регургитациясына, қыжылға, өңештің ортаңғы үштен бірінде "бөтен дененің" бар болу сезіміне шағымданады. Объективті: патологиясыз. Рентгенологиялық: өңештің өткізгіш қасиеті сақталған, кардияның артқы медиастинумға шығуы және асқазаннан өңешке контрастты массаның құйылуы байқалады. Қажетті зерттеу әдісі:

<variant>ЭФГДС

<variant>Ирригоскопия

<variant>Гастрография

<variant>Колоноскопия

<variant>Медиастинальды Томография

<question>Өңеш стриктурасының дамуына не алып келуі мүмкін:

<variant>Өңештің пептикалық ойық жарасы

<variant>Ойық жара ауруы

<variant>Кардия ахалазиясы

<variant>Катаральды рефлюкс-эзофагит

<variant>Өңеш тесігінің диафрагмалық жарығы

<question>Урсодезоксикол қышқылын тағайындауға көрсеткіштер:

<variant>Сілтілі эзофагит

<variant>Эрозивті эзофагит

<variant>Рефлюкс-эзофагит 1-дәреже

<variant>Рефлюкс-эзофагит 2-дәреже

<variant>Атрофиялық эзофагит

<question>Ш. есімді 45 жастағы әйел эпигастрий аймағындағы сыздап ауырсынуларға және жүрек айнуға шағымданып түсті. Ауырсыну тамақ қабылдаумен байланыссыз. Объективті: іш жұмсақ, эпигастрий аймағында сәл ауырсынады. Қан, несеп, нәжіс талдауларында – патологиясыз. ЭФГДС: асқазанның төменгі үштен бір бөлігінде және антральды бөлімінде үлкен иіні бойымен – диаметрі 0,5–1,0 см дөңгелек пішінді көптеген полиптер анықталған. Диагнозды нақтылау үшін қажетті зерттеу:

<variant>Биопсия материалын цитологиялық зерттеу

<variant>Тәуліктік РН-метрия

<variant>Асқазан сөлін фракциялық зерттеу

<variant>Асқазан сөліндегі тұз қышқылының мөлшерін анықтау

<variant>Асқазанды рентгеноскопиялау

<question>О. есімді 32 жастағы әйел ащы тамақ немесе алкоголь қабылдағаннан кейін 30 минуттан соң пайда болатын, эпигастрий аймағындағы қысып ауырсынуға, әрі — ас содасын қабылдағаннан кейін басылатын қыжылға шағымданады. Ауырғанына 3 жыл болған, ем қабылдамаған. Объективті: тілі ақ жабынмен жабылған, терең пальпация кезінде эпигастрий аймағында жайылған ауырсыну байқалады. ЭФГДС: асқазанның шырышты қабығы гиперемияланған, ісінген, антральды бөлімінде – жекелеген қан кетулер бар. Клиникалық хаттамаға сәйкес диагнозды нақтылау үшін тағайындалуы тиіс:

<variant>Helicobacter pylori-ге зерттеу

<variant>Өңештің 24 сағаттық рН-метриясы

<variant>Асқазан сөлін гастротест әдісімен зерттеу

<variant>Копрологиялық зерттеу

<variant>Нәжістің бактериологиялық зерттеуі

<question>Ж. есімді 39 жастағы ер адам тамақтанғаннан кейін 40–60 минуттан соң пайда болатын эпигастрий аймағындағы қысатын ауырсынуға және ауырлық сезіміне, қышқыл немесе ауамен кекіруге, әлсіздікке, ашушандыққа шағымданады. Ауырғанына 3–4 жыл болған. Бір жыл бұрын рентгенологияда анықталған полипке байланысты операциялық ем ұсынылған. Объективті: терең пальпация кезінде эпигастрий аймағында ауырсыну. Қан талдауында: гипохромды анемия, гипопропротеинемия. Рентгенологиялық: асқазанның үлкен иіні мен синустары бойында — пилорусқа қарай түсіп тұратын алып қатпарлар анықталған. Болжамды диагноз:

<variant>Алып гипертрофиялық гастрит

<variant>Созылмалы эрозивті гастрит, өршу кезеңі

<variant>Созылмалы атрофиялық гастрит

<variant>Асқазан обыры

<variant>Асқазандағы көптеген ұсақ гиперпластикалық полиптер

<question>С. есімді 34 жастағы ер адамды тамақтан кейін 1 сағаттан соң пайда болатын эпигастрий аймағындағы қысатын ауырсыну мен ауырлық сезімі, қышқылмен кекіру, ашушандық мазалайды. Ауырғанына 2–3 жыл болған. Екі жыл бұрын рентгенологиясынан анықталған асқазан полипіне байланысты операциялық ем ұсынылған. Объективті: терең пальпация

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 26 беті
---	--	---	---

кезінде эпигастрий аймағында ауырсыну.

Қан талдауында: гипохромды анемия, гипопропротеинемия. Рентгенологиялық: асқазанның үлкен иіні бойында — пилорусқа қарай түсіп тұратын алып қатпарлар.

Таңдаулы препарат:

<variant>Алмагель

<variant>Метилурацил

<variant>Ацидин-пепсин

<variant>Амоксициллин

<variant>Де-нол

<question>Л. есімді 64 жастағы әйел тұрақты белдеулік ауырсынуларға және эпигастрий аймағындағы ауырлық сезіміне, үдей түскен әлсіздікке, тәбеттің болмауына шағымданып түсті. 8 жылдан бері асқазанның ойық жара ауруымен ауырады. Соңғы 3–4 айда ауырсыну сипаты өзгерген: тамақ қабылдаумен байланысты ұстамалы ауырсынулар орнына — белдеулік ауырсынулар пайда болған. Объективті: эпигастрий аймағында орташа ауырсыну.

Рентгенологиялық: асқазанның төменгі үштен бір бөлігінде, кіші иіні бойында — 1,5 x 0,8 см ойық жаралары бар. Ойық жараға қарсы терапия курсынан кейін жара көлемі екі есеге ұлғайған, ауырсыну басылмаған.

Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Асқазанның ойық жара-обыры

<variant>Асқазанның ойық жара ауруы

<variant>Асқазан полипі

<variant>Асқазанның пенетрацияланған ойық жарасы

<variant>Менетрие ауруы

<question>Ш. есімді 54 жастағы ер адам тұрақты сыздап ауырсынуға және эпигастрий аймағындағы ауырлық сезіміне, үдей түскен әлсіздікке, тәбеттің болмауына шағымданады. 5 жылдан бері асқазанның ойық жара ауруымен ауырады. Соңғы жарты жылда тамақ қабылдаумен байланысты ұстамалы ауырсынулар орнына сыздап ауырсыну пайда болған, салмағы 8 кг азайған. Тексеру кезінде: тамақтануы төмендегені байқалады. Эпигастрий аймағында орташа ауырсыну анықталады. Рентгенологиялық: кіші иінінде 1,8 x 1,5 см ойық жаралы ниша бар. Ойық жараға қарсы терапия әсер етпеді. Оптималды ем:

<variant>Операциялық ем

<variant>Антибактериалды терапия

<variant>Наркотик емес ауырсынуды басатын дәрілер

<variant>Спазмолитиктер – холинолитиктер

<variant>Ерімейтін антацидтер

<question>Он екі елі ішек ойық жарасының ауырсыну сипаты:

<variant>Эпигастрий аймағында «кеш» және «аштық» ауырсынулар

<variant>Майлы тамақ қабылдағаннан кейін оң қабырға астында өткір ауырсыну

<variant>Тамақ қабылдаумен байланысты емес, тұрақты, сыздап, қысатын ауырсыну эпигастрий аймағында

<variant>Алкоголь және майлы тамақ қабылдағаннан кейін пайда болатын белбеу тәрізді ауырсыну

<variant>Тамақ қабылдаумен байланысты емес бел омыртқа аймағындағы ауырсыну

<question>Алып асқазан ойық жараларының мөлшері келесі аралыққа жатады:

<variant>3,0–3,5 см

<variant>0,6–0,9 см

<variant>1,0–1,5 см

<variant>0,3–0,5 см

<variant>1,6–1,9 см

<question>48 жастағы әйел әлсіздік, жалпы сырқаттану, буын аурулары, іш көлемінің ұлғаюы, ауамен кекіру, тұрақсыз нәжіске шағымданады. Объективті: терісі құрғақ, гипер- және гипопигментация ошақтары бар, шырышты қабығы бозарған, іш көлемі метеоризм салдарынан ұлғайған. УДЗ – гепатоспленомегалия, v.portae 1,5 см. Қанда – анемия, тромбоцитопения. ФЭГДС: өңештің төменгі үштен бір бөлігінде варикозды веналардың кеңеюі 2-дәрежеде, «қызыл дақтар» симптомы бар. Анамнезінде 2 типті қант диабеті бар. Қан қысымы – 110/85 мм с.б. Мүмкін болатын асқынуды алдын алу мақсатында тағайындалуы тиіс дәрі:

<variant>карведилол

<variant>нифедипин

<variant>биспролол

<variant>нитроглицерин

<variant>омепразол

<question>53 жастағы ер адамның анамнезінде В гепатитінің салдарынан бауыр циррозы бар. Соңғы аптада тұмау өткеннен кейін әлсіздік артып, күндіз ұйқышылдық, түнде ұйқысыздық, эйфория кезеңдері апатиямен ауысып отырады. Қабылдау кезінде жағдайы ауыр, сана шатасқан, психомоторлы қозу бар. Бауыр қабырға жиегінде орналасқан. Несеп қара түсті. Дем алу – минутына 24 рет, пульс – минутына 100

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 27 беті
---	--	--	----------------------------------

соққы, қан қысымы – 90/60 мм с.б. Осы асқынуды емдеудің негізгі препараты:

<variant>L-орнитин-L-аспартат

<variant>лактолоза

<variant>адеметионин

<variant>урсодезоксикол қышқылы

<variant>рифаксимин

<question>45 жастағы әйел екі ай бұрын тұмау кезінде алғаш рет пайда болған сарғаюға шағымданды. Сол кезде зерттеу барысында байланыспаған билирубиннің деңгейінің жоғарылауы анықталды. Сарғаю эпизодтары тағы 2 рет қайталанды. Тексеру кезінде – тері қабатының терең жерлерінде қараю байқалады. Бір жыл бұрын УДЗ-да патология анықталған жоқ. Қазіргі уақытта УДЗ-да өт қабының ¼ бөлігін толтыратын конкременттер анықталды. Қанда – эритроциттер $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 82 г/л, ЭТЖ 30 мм/сағ. Несеп анализінде ең ықтимал анықталатын көрсеткіш қандай?

<variant>гемосидеринурия

<variant>протеинурия

<variant>глюкозурия

<variant>цилиндрурия

<variant>эритроцитурия

<question>62 жастағы ер адам оң қабырға астындағы ауырсыну, сарғаю, дене температурасының көтерілуі, тері қышуына шағымданады. Объективті: тері қабаты сарғыш, тырнау іздері бар. Тілі ылғалды, сары түсті жабынмен жабылған. Іштің пальпациясында ауырсыну, бауырдың үлкейгені анықталады, шеті домалақталған, іш қатуы жоқ. Бірінші кезекте зерттелуі қажет нәрсе:

<variant>жалпы билирубин, сілтілік фосфатаза

<variant>қышқыл фосфатаза, лактатдегидрогеназа

<variant>зәр азоты, креатинин

<variant>жалпы ақуыз, альбумин

<variant>креатинфосфокиназа МВ, миоглобин

<question>65 жастағы ер адам, II типті қант диабетімен ауырады, дене массасының индексі 36,0, алкоголь ішпейді. Тексеру кезінде жағдайы орташа ауыр, бауыр +0,5–1,0 см, көкбауыр +1,0–1,5 см үлкейген. Қанның биохимиялық анализінде – АЛТ 45 Е/л, АСТ 60 Е/л, СФ 240 Е/л, жалпы билирубин 24,0 мкмоль/л, альбумин 30 г/л, ПТИ – 65%. ЭФГДС-де өңештің 1-дәрежелі

варикозды кеңеюі анықталған. Бауыр эластографиясы – 10,5 кПа (F3), ИХА: HBsAg, aHCV теріс. Мүмкін диагноз:

<variant>алкогольдік емес стеатогепатиттің салдарынан бауыр циррозы

<variant>В вирус гепатитінің салдарынан бауыр циррозы

<variant>белгісіз этиологиялы бауыр циррозы

<variant>алкогольдік емес стеатогепатит

<variant>белгісіз этиологиялы созылмалы гепатит

<question>Постпрандиалдық дистресс синдромы тән:

<variant>Функционалдық диспепсияға

<variant>Ахалазия кардияға

<variant>Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруына

<variant>Панкреатитке

<variant>Өт тас ауруына

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес гранулематозды гастрит кездеседі:

<variant>Крон ауруында

<variant>Уиппл ауруында

<variant>Геликобактер инфекциясында

<variant>Иценко-Кушинг ауруында

<variant>Ішек дисбактериозында

<question>Атрофиялық гастриті бар науқаста, асқазанның париетальды жасушаларына және Касл факторының антиденелерінің түзілуімен, аурудың алғашқы көрінісі қай органның зақымдануы болып табылады:

<variant>Орталық жүйке жүйесі

<variant>Шеткі жүйке жүйесі

<variant>Бүйрекүсті бездері

<variant>Ұйқы безі

<variant>Ішек

<question>1-типті аутоиммунды гепатитке тән:

<variant>Теріс бұлшықетке қарсы антиденелер (SMA)

<variant>Бауыр-бүйрек микросомаларына қарсы антиденелер (ALKM-1)

<variant>Ерігіш бауыр антигеніне қарсы антиденелер (SLA)

<variant>Бауыр-ұйқы безі антигеніне қарсы антиденелер (LP)

<variant>Тропоизомеразаға қарсы антиденелер (Scl-70)

<question>Ішектің патологиялық флораның әсеріне төзімділігін қамтамасыз ететін факторлар:

<variant>Бифидобактериялар

<variant>Лактобактериялар

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 28 беті
---	--	--	----------------------------------

<variant>Энтеробактерлер
<variant>Протей
<variant>Клебсиеллалар
<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес өңештің ахалазиясын емдеуге таңдалған дәрі:
<variant>Изосорбид нитраты
<variant>Верапамил
<variant>Фентоламин
<variant>Дилтиазем
<variant>Домперидон
<question>58 жастағы ер адам тамақтанғаннан кейін 20-30 минуттан кейін пайда болатын, семсер тәрізді өсінді астында күйдіру және қысу сезіміне, сол жақ жауырыңға таралатын ауырсынуға шағымданады. Рентгенде асқазанның субкардиальды бөлімінің артқы қабырғасындағы «қуыс» анықталған. Клиникалық протоколға сәйкес тиімді препаратты тағайындау керек:
<variant>омепразол
<variant>церукал
<variant>эглонил
<variant>ретаболил
<variant>мотилиум
<question>41 жастағы әйел майлы тамақ ішкеннен кейін пайда болатын оң қабырға астындағы ауырсынуға шағымданады. Объективті: тамақтануы жақсы, пальпацияда өт қабының проекциясы аймағында орташа ауырсыну байқалады. Қанда: лейкоциттер 6,9 мың, ЭТЖ 12 мм/сағ, холестерин 7,3 ммоль/л. УДЗ кезінде өт қабында диаметрі 0,8 см болатын тастың анықталуы. Ең тиімді препарат:
<variant>хенодесоксихол қышқылы
<variant>фламин
<variant>холагол
<variant>ампициллин
<variant>платифиллин
<question>36 жастағы әйел төменгі іштің квадрантындағы ауырсынуға, тәулігіне 2-3 рет сұйық, қоймалжың нәжіске шағымданады, патологиялық қоспаларсыз. Қарау кезінде – тамақтануы төмендеген, ауыз қуысында көп мөлшерде афталар бар, ішек бойымен пальпацияда ауырсыну байқалады. Ректороманоскопияда – анальды жарықтар анықталды. Ирригоскопияда – әртүрлі өлшемді және пішінді жаралар, ішектің стриктурасы, «тас төселген жол» тәрізді шырышты қабаты анықталады. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Крон ауруы
<variant>Созылмалы колит
<variant>Ішек туберкулезі
<variant>Ішек амилоидозы
<variant>Белгісіз язвалық колит
<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес келесі дәрілерді қабылдау асқазан-ішек жолдарының шырышты қабатын жарақаттауы мүмкін:
<variant>аспирин
<variant>метронидазол
<variant>кларитромицин
<variant>сукральфат
<variant>амоксициллин
<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес Крон ауруы кезінде эндоскопиялық зерттеу мына өзгерістерді анықтауы мүмкін:
<variant>шырышты қабатының «тас төселген» тәрізді болуы
<variant>тамырлы өрнектің болмауы
<variant>созылмалы пішінді жаралар
<variant>саусақ тәрізді абсцесстер
<variant>іріңді абсцесстер
<question>46 жастағы ер адам әлсіздік, ұйқының бұзылуы, назар аудару қиыншылығы, есте сақтау қабілетінің төмендеуі, соңғы уақытта жазудың өзгеруі, мұрыннан қан кету, көгерулерге шағымданады. Терісі құрғақ, гипо- және гиперпигментация ошақтары бар, тырнақтары ақшыл, кеуде мен бетінде телеангиоэктазиялар байқалады. Бауыр қабырға доғасының астынан 1 см шығыңқы, қатты. Көкбауыр 15х8 см. Іш қуысында еркін сұйықтық анықталады. АЛТ – 28 МЕ/мл, АСТ – 24 МЕ/мл, билирубин – 143 мкмоль/л, ПТИ – 45%, жалпы белок – 57 г/л, альбумин – 32 г/л. бауырдың эластографиясы – 43 кПа. ФЭГДС нәтижесі:
<variant>Өңештің төменгі үштен бір бөлігінде кеңейген веналар, саңылауға шығып тұрған
<variant>Жүрекке қарай жиылған асқазан шырышты қабатының гиперемиясы жолақтары
<variant>Қарын астыңғы үшінші бөлігінің гиперемиясы
<variant>Асқазанның үлкен иілісінде жаралық дефект
<variant>Венозды өрнегі айқындалған атрофиялық асқазан шырышты қабаты
<question>Ер адам іштің көлемінің ұлғаюы, оң және сол қабырға асты аймақтарында

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 29 беті
---	--	--	----------------------------------

ыңғайсыздық, ұйқының инверсиясы (күндіз ұйқышылдық, түнде ұйқысыздық), іш қату мәселелерімен жүгінді. Бұл белгілер 3 ай бұрын пайда болған. УДЗ кезінде гепатоспленомегалия және асцит анықталды. Соңғы аптада әлсіздік күшейіп, дене температурасы субфебрильді деңгейге дейін көтеріліп, іштің ауыруы және диурездің төмендеуі байқалады. Қанның жалпы анализінде: лейкоциттер $9,9 \times 10^9/\text{л}$, п – 5%, с – 75%, м – 1%, л – 19%, эритроциттер $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 112 г/л, ЭТЖ 30 мм/сағ. Науқаста ықтимал асқыну:

<variant>Спонтанды бактериялық перитонит
<variant>Жедел бауыр жеткіліксіздігі
<variant>Асқазан-ішек жолдарының инфекциясының қосылуы
<variant>Гепаторенальды синдром
<variant>Несеп шығару жолдарының инфекциясының қосылуы

<question>52 жастағы науқас қатты тағамды жұтқанда, тамақты жұту қиындықтары, тамақтан кейін қайта шығару, кеуде тұсында тамақтың іркіліп қалуы сезімі мен ауырулары бар екенін айтып шағымданады, бұл белгілер физикалық жүктемемен байланысты емес. Тамақты жұтуын жеңілдету үшін жылы су ішуге мәжбүр. Бұл белгілер 5 жылдан бері мазалайды. Клиникалық хаттамаға сәйкес диагнозыңыз:

<variant>Кардиа ахалазиясы
<variant>Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы
<variant>Өңеш обыры
<variant>Баррет өңеші
<variant>Қабырғааралық өңеш тесігінің қуысының жарығы

<question>52 жастағы науқас тамақ ішу кезінде, әсіресе қатты тағамды жұтуының қиындығына, тамақтың кеуде тұсында қалып қоюына шағымданды. Бұл белгілер физикалық жүктемемен байланысты емес. Жұтынуды жеңілдету үшін тамақты жылы сумен ішеді. Бұл симптомдар 5 жыл бойы мазалайды. Жалпы жағдайы жақсы, салмағы 70 кг, бойы 164 см. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің тактикаңыз қандай?

<variant>Эндоскопиялық баллондық дилатация
<variant>Динамикалық бақылау
<variant>Хирург кеңесіне қаралу
<variant>Гастроэнтеролог консультациясы
<variant>Медикаментозды терапия

<question>30 жастағы науқас қабылдау бөліміне әлсіздік, бас айналу, екі рет "кофе ұнтағы" тәрізді құсу, сұйық, қара нәжіс, терлеу, шөлдеу шағымымен жеткізілді. Аурудың нашарлауы ауыр зат көтергеннен кейін таңертең басталды. Объективті: бозарып кеткен, қан қысымы 100/65 мм сын.бағ., жүрек соғысы 105 мин, әлсіз толымды пульс. Құрсақ қуысының тітіркену симптомдары жоқ. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің алдын ала диагнозыңыз қандай?

<variant>Асқазанның жедел жараларынан қан кету
<variant>Симптоматикалық асқазан жарасы
<variant>Өткір геморрагиялық гастрит, қан кету
<variant>Асқазан жарасының перфорациясы
<variant>Гудпасчер синдромы, асқазан қан кетуі

<question>Науқас П., 43 жаста, әлсіздік, шөлдеу, тәбеттің артуы, полиурия, орташа жүктемеде енгіту және тахикардияға шағымданды. Объективті: терісі қола түсті, бауыры үлкейген, тығыз консистенциялы, жиегі үшкір. Көкбауыр пальпацияланбайды, перкуссияда 8-10 см көлемінде. Қандағы глюкоза – 11,2 ммоль/л. Диагнозды нақтылау үшін келесі зерттеу әдісі:

<variant>Сарысудағы темір деңгейі
<variant>Сарысудағы кальций деңгейі
<variant>Сарысудағы мыс деңгейі
<variant>Сарысудағы креатинин деңгейі
<variant>Сарысудағы мочеви́на деңгейі

<question>Науқаста тәулігіне 4 ретке дейін іш өтуі, нәжісте аз мөлшерде қан аралас болуы, колоноскопияда сигма тәрізді беткей жаралар, төменгі және көлденең тоқ ішек бойында беткей жаралар анықталды. Клиникалық хаттамаға сәйкес қандай ем тағайындау орынды?

<variant>Сульфасалазин 2 г/тәулік + преднизолон 20 мг/тәулік
<variant>Сульфасалазин 1 г/тәулік + преднизолон 20 мг/тәулік
<variant>Сульфасалазин 2 г/тәулік + преднизолон 40 мг/тәулік
<variant>Сульфасалазин 2 г/тәулік + преднизолон 60 мг/тәулік
<variant>Сульфасалазин 1 г/тәулік + преднизолон 40 мг/тәулік

<question>Науқас К., 32 жаста, іштің ісінуі, тәулігіне 4-6 рет іш өтуі, әлсіздік, тәбеттің төмендеуіне шағымданды. Бұл белгілер 8

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 30 беті
---	--	--	----------------------------------

апталық антисекреторлы препараттар мен антибиотиктер курсын аяқтағаннан 10 күннен кейін пайда болды. Диареяның себебі неде?

<variant>Микробтық контаминация синдромы
<variant>Асқазан-ішек жолдарының тітіркену синдромы

<variant>Созылмалы панкреатит

<variant>Глютендік энтеропатия

<variant>Ішек липодистрофиясы

<question>16 жастағы науқаста тәулігіне 10 ретке дейін іш өту, стеаторея, салмақ жоғалту, полигиповитаминоз және электролиттік бұзылыстар белгілері бар.

ИФА-да эндомизийге және тіндік транслутаминазаға (IgA) антиденелер анықталды. Алдын ала диагнозыңыз қандай?

<variant>Глютендік энтеропатия

<variant>Панкреатит

<variant>Уиппл ауруы

<variant>Крон ауруы

<variant>Жиардиаз

<question>45 жастағы науқаста айқын сыздап ауырсыну белгілеріне, салмақ жоғалту, шөлдеу, әлсіздіктің артуы, табеттің төмендеуі бар. Ашқарынға қан глюкозасы – 11,0 ммоль/л. УЗИ: ұйқы безінің көп бөлігінің дәнекер тінмен алмастырылуы анықталды. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің алдын ала диагнозыңыз қандай?

<variant>Ұйқы безінің фиброзы, II типті қант диабеті

<variant>Созылмалы обструктивті

панкреатит, I типті қант диабеті

<variant>Созылмалы кальцификальды

панкреатит, II типті қант диабеті

<variant>Созылмалы паренхиматозды

панкреатит, глюкозаға төзімділіктің бұзылуы

<variant>Созылмалы псевдотуморозды

панкреатит, II типті қант диабеті

<question>45 жастағы науқаста айқын сыздап ауырсынуға, салмақ жоғалту, шөлдеу, әлсіздіктің артуы, табеттің төмендеуі байқалады. Ашқарынға қан глюкозасының деңгейі – 11,0 ммоль/л. УДЗ- ұйқы безінің көп бөлігі дәнекер тінмен алмастырылған. Клиникалық хаттамаға сәйкес емнің мақсаты неге бағытталған?

<variant>Сыртқы секреция тапшылығы мен гипергликемияны түзету

<variant>Ішкі секреция тапшылығын және гипергликемияны түзету

<variant>Панкреатикалық тапшылықты және гипогликемияны түзету

<variant>Сыртқы секреция тапшылығын және гипогликемияны түзету

<variant>Антисекреторлық функцияны және гипергликемияны түзету

<question>40 жастағы науқас, созылмалы холециститпен 8 жыл ауырған, диета бұзылғаннан кейін қатты ауырсыну, іштің ісінуі, құсу, көз склерасының сарғаюы пайда болған. Хирургиялық бөлімшеге "Жедел холецистит" диагнозымен жатқызылған. УДЗ: ұйқы безінің басы ісінген, Вирсунг түтігі кеңейген, эхотығыздығы жоғары, контурлары тегіс емес. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз қандай?

<variant>Псевдотуморозды панкреатит формасы

<variant>Созылмалы холециститтің асқынуы

<variant>Ұйқы безі рагы

<variant>Өт тас ауруы

<variant>Одди сфинктерінің дисфункциясы

<question>40 жастағы әйел науқас, созылмалы холециститпен 12 жыл ауырған, диета бұзылғаннан кейін қатты ауырсыну, іштің ісінуі, құсу, көз склерасының сарғаюы пайда болған. Хирургиялық бөлімшеге "Жедел холецистит" диагнозымен жатқызылған. УДЗ: ұйқы безінің басы ісінген, Вирсунг түтігі кеңейген, эхотығыздығы жоғары, контурлары тегіс емес. Клиникалық хаттамаға сәйкес келесі тактика қандай?

<variant>Омепразол + Креон + Одестон

<variant>Гастроцепин + Мезим-форте +

Маалокс

<variant>Ранитидин + Фестал + Баралгин

<variant>Фамотидин + Панзинорм + Но-шпа

<variant>Платифиллин + Аллохол + Ораза

<question>Холедохолитиазы бар науқаста диагностикалық ЭРПХГ кезінде Вирсунг түтігінің қабырғасы зақымданып, өт панкреатиті дамыды. Объективті: іші тітіркенген, ісінген, ішек перистальтикасы естілмейді; Қанда амилаза және липаза деңгейлері жоғары. Клиникалық хаттамаға сәйкес панкреатикалық секрецияны басатын препарат:

<variant>Октреотид

<variant>Фамотидин

<variant>Эзомепразол

<variant>Ранитидин

<variant>Атропин сульфаты

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 31 беті
---	--	--	----------------------------------

<question>Науқас К., 17 жаста, әлсіздік, сарғаю, дене қызуының 37,5°C-ге дейін көтерілуі, сол жақ қабырға астында ауырсыну туралы шағымданады. Оның әкесінде де кейде сарғаю болады. Іші жұмсақ, сол жақ қабырға астында ауырсыну бар. Бауыр қабырға доғасынан 1 см асып тұр, көкбауыр 14x8 см. Гемоглобин – 90 г/л, эритроциттер – $3,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциттер – $8,8 \times 10^9/л$; ЭТЖ – 24 мм/сағ, ретикулоциттер – 25%. Жалпы билирубин – 40 мкмоль/л, тура билирубин – 4 мкмоль/л, АЛТ – 0,68 ммоль/л. Сарысуда темір – 39,8 мкмоль/л. Кумбс сынамасы теріс. УДЗ: бауыр контуры тегіс емес, эхоқұрылымы біркелкі емес. Қақпалық вена – 1,2 см. Көкбауыр ауданы – 45 см²; көкбауыр венасы – 0,8 см. Өт қабығы: пішіні – домалақ; өлшемдері 10,6 x 6,8 см; қабырғасының қалыңдығы 0,5 см. Өт қабығында эхогенді түйіршік бар.

Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің алдын ала диагнозыңыз қандай?

- <variant>Тұқымқуалаушылық микросфероцитоз
- <variant>Автоиммунды гепатит
- <variant>Созылмалы гепатит
- <variant>Өт тас ауруы
- <variant>Тасылы холецистит

<question>Науқас М., 22 жаста, Орта Азия республикаларынан келгеннен кейін 1 аптадан соң тәулігіне 4-5 рет сұйық, қан аралас, көбік тәрізді, көп мөлшердегі нәжіс шығаруды байқаған. Бактериологиялық зерттеуде нәжістен E.coli штаммы 0157 анықталды. Сіздің тактикаңыз қандай?

- <variant>Ципрофлоксацин
- <variant>Бактрим
- <variant>Бисептол
- <variant>Цефтриаксон
- <variant>Флемоксин-солютаб

<question>48 жастағы әйел, 6 ай бұрын өт тас ауруына байланысты лапароскопиялық холецистэктомия жасалған, бұрынғы орналасу аймағындағы ауырсынудың қайталануына шағымданады.

Диагностикалық мәліметтер: бауыр функциясының өзгеруі, ахолиялық нәжіс, зәрдің қараюы, өт жолдарының дилатациясы және ультрадыбыста гиперэхогенді қосындылар анықталды. Қандай диагнозды болжауға болады?

- <variant>Жалпы өт жолының тастық обтурациясы

<variant>Өтпелі панкреатиттің дамуы

<variant>Одди сфинктерінің дисфункциясы

<variant>Созылмалы гепатиттің асқынуы

<variant>Бактериялық холангиттің дамуы

<question>32 жастағы ер адам, алкоголь қолданған, эпигастрияның орта сызығынан оң жақта және оң жақ қабырға астында ауырсыну, жеңілдік әкелмейтін құсу, тері сарғыш түсті, механикалық сарғаю белгілері бар. Клиникалық хаттамаға сәйкес алдын ала диагнозыңыз қандай?

<variant>Ұйқы безінің басының ұлғаюы

<variant>Одди сфинктерінің дисфункциясы

<variant>Созылмалы гепатиттің асқынуы

<variant>Бактериалдық холангиттің дамуы

<variant>Жалпы өт жолының перфорациясы

<question>48 жастағы әйел, 5 ай бұрын өт тас ауруына байланысты лапароскопиялық холецистэктомия жасалған, бұрынғы орналасу аймағындағы ауырсынудың қайталануына шағымданады. УДЗ-де жалпы өт жолының диаметрі 8 мм-ден үлкен. Мүмкін болатын асқыну қандай?

- <variant>Фатеров емізікшелерінің стенозы
- <variant>Өтке байланысты панкреатит
- <variant>Созылмалы гепатит
- <variant>Одди сфинктерінің дисфункциясы
- <variant>Бауыр циррозы

<question>38 жастағы әйел, өт тас ауруына байланысты лапароскопиялық холецистэктомиядан кейін 3 күннен соң қайталанатын бауыр коликалары басталды, механикалық сарғаю белгілері үдей түсті, тура билирубин деңгейі 500 мкмоль/л-ге дейін көтерілді. Мүмкін болатын асқыну қандай?

- <variant>Жалпы өт жолының "ілмектік" синдромы
- <variant>Жалпы өт жолының перфорациясы
- <variant>Өтке байланысты панкреатит
- <variant>Созылмалы гепатит
- <variant>Өт жолдарының дисфункциясы

<question>48 жастағы әйел, 4 ай бұрын өт тас ауруына байланысты лапароскопиялық холецистэктомия жасалған, бұрынғы орналасу аймағындағы ауырсынудың қайталануына шағымданады. Одди сфинктерінің базальды қысымы 40 мм сын.бағ.-тан жоғары, жалпы өт жолы 13 мм дейін кеңейген, бауыр функциясының өзгерістері бар, ЭРХПГ кезінде өт жолдарынан контрастты заттың баяу шығуы байқалады. Мүмкін болатын асқыну қандай?

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 32 беті
---	--	--	----------------------------------

<variant>Одди сфинктерінің стенозы
<variant>Жалпы өт жолының перфорациясы
<variant>Өтке байланысты панкреатит
<variant>Созылмалы гепатит
<variant>Өт жолдарының дисфункциясы
<question>Құрсақ қуысының өңеш тесігіндегі жарығымен ұзақ мерзімді қыжылмен байланысты науқаста соңғы 6 айда клиникалық көрініс өзгерді: қыжыл жоғалды, қатты тағамдарды жұту қиындады, тәбет сақталған, бірақ қабылданатын тағам мөлшері азайды, науқас салмақ жоғалта бастады. Клиникалық хаттамаға сәйкес болжамды диагноз қандай?
<variant>Өңеш обыры
<variant>Асқазан обыры
<variant>Өңештің стриктурасы
<variant>Кардиа ахалазиясы
<variant>Баррет өңеші
<question>Әйел адам дене салмағының едәуір жоғалуына, мезгіл-мезгіл қайталанатын дененің, іштің және жамбастың терісінде көпіршікті бөртпелердің пайда болуына шағымданады. Объективті түрде тілінің жылтыр, ашық қызыл түсті болуы, айқын анемия, СЭТЖ жоғарлауы, гипергликемия анықталды. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз қандай?
<variant>Глюкагонома
<variant>Инсулинома
<variant>Қант диабеті
<variant>Феохромоцитом
<variant>Випома
<question>45 жастағы әйел адам екі апта бойы асқазанның шығу бөлімінде обструкция болғандықтан парентеральды тамақтану алған. Осыдан кейін оның терісінде көптеген гематомалар пайда болды. Асқазан-ішек жолдарынан қан кету белгілері анықталған жоқ, науқастың жағдайы тұрақты. Бұл жағдайдың себебі қандай?
<variant>К дәрумені жетіспеушілігі
<variant>ДВС синдромы
<variant>Сепсис
<variant>Тромбоцитопения
<variant>Кальций жетіспеушілігі
<question>Пациентті қарау барысында оң жақ білектік аймақта сыртқы фистула анықталды. 2 ай бұрын жедел аппендицитке күдікпен операция жасалған, операция кезінде соқыр ішектің патологиялық өзгерістері анықталмаған. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің болжамды диагнозыңыз қандай?

<variant>Крон ауруы
<variant>Ішек туберкулезі
<variant>Actinomyces Israelii инфекциясы
<variant>Соқыр ішектің жалғыз дивертикулы
<variant>АИТВ-инфекция
<question>Әскери комиссариаттан гастроэнтерологқа жіберілген жас жігіттің зертханалық нәтижелері: жалпы билирубин - 47,0 мкмоль/л, байланысқан билирубин - 4,5 мкмоль/л, АЛТ - 28,0 ЕД/л, жалпы қан анализінде эритроциттер - $5,0 \cdot 10^{12}/л$, түс көрсеткіші - 0,9, лейкоциттер - $5,8 \cdot 10^9/л$, ЭТЖ- 9 мм/сағ; ИФА-дағы қан зерттеуі: HBsAg - теріс, анти-HBcor IgG - оң, анти-HCV - теріс. Бір-екі аптадан бері ұйқышылдық пен жұмыс қабілетінің төмендеуіне шағымданады. Склеры сарғыш. Органдық өзгерістер анықталған жоқ. Бұрын тек тұмаумен ауырған. Сіздің қорытындыңыз қандай?
<variant>Жильбер синдромы, бұрын ауырған вирусты гепатит В салдарынан
<variant>Өтпелі вирусты гепатит В, субклиникалық түрі
<variant>Созылмалы вирусты гепатит В, әлсіз белсенділікпен
<variant>Созылмалы вирусты гепатит В, орташа белсенділікпен
<variant>Жильбер синдромы, вирусты гепатит В, интеграция кезеңі
<question>33 жастағы науқас дәрігерге кеуде тұсындағы ауырсынуға, бұл аймақта кернеу сезімі туралы шағымдарымен жүгінді. Кешкісін балық жеген кезде тамағына тұрып қалған. Дәрігерге жүгінбеген. Таңертең жұтынуға қиындау, дене қызуы $37,3^{\circ}C$ -қа дейін көтерілген, мойын және бетінің төменгі бөлігінде ісіну пайда болған. Құсу болған жоқ. Мойынды пальпациялаған кезде крепитация анықталады; Кеуде қуысының рентгенінде медиастинум көлеңкесінің кеңеюі, газдардың болуымен омыртқаның жанында орналасуы байқалады. Дәрігердің тактикасы қандай?
<variant>Дереу хирургиялық бөлімге госпитализациялау
<variant>Мойынның ұлпасын пункциялап, Дюфо инелерін орнату
<variant>Эзофагоскопия жүргізу
<variant>Антибиотиктер тағайындау, 2-3 күннен кейін қайта қарау ұсынысы
<variant>Отоларингологқа кеңес беру

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 33 беті
---	--	--	----------------------------------

<question>56 жастағы әйелде семсер тәрізді өсіндінің негізінде жүрек аймағына таралатын қысып ауырсыну, тамақтан кейін жарты сағаттан соң, дене жүктемесінде және денені алдыға қарай бағыттаған кезде пайда болып күшейетін, сондай-ақ ауамен кекіру және толық альмагельмен басылмайтын ауыру сезімі бар. Бариймен жүргізілген рентгенологиялық зерттеуде диафрагма үстінде жарты шар тәрізді рентгенконтрастты масса тұрақты түрде тоқтап қалғаны, асқазан шырышты қабатының қатпарлары және асқазаннан өңешке контрастты массаның кері ағыуы анықталды. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>диафрагманың өңештік тесігінің жарығы

<variant>өңеш обыры

<variant>бронхиалдық астма

<variant>созылмалы гастрит

<variant>кардия ахалазиясы

<question>18 жастағы жас әйелде эмоционалды стресс әсерінен сұйық және ыстық немесе суық тағам ішкенде жұту қиындады (қатты тағам жақсы өтеді). Кейін дисфагия толқу, шаршау кезінде пайда болды. Аппетиті сақталған, салмағы өзгерген жоқ. Физикалық тексеруде патология анықталған жоқ. Науқасқа қандай ем тағайындау керек?

<variant>неврозды емдеу

<variant>сұйық тамақтану

<variant>ұстап тұратын және қорғайтын дәрілер

<variant>физиотерапия

<variant>витамин терапиясы

<question>35 жастағы науқас дәрігерге кеуде қуысының оң бөлігінің ауыруы, күйген тәрізді сезімімен ауысып отыруына, ауыздан жағымсыз иіс шығу туралы шағыммен жүгінді. Соңғы айларда кейде дисфагия байқалады. Жөтел және өкпе қабыну ауруларымен жиі ауырады. Диагнозды растау үшін ең алдымен қандай зерттеу қажет?

<variant>бариймен рентгенография

<variant>электрокардиография

<variant>қанның гемоглобин деңгейін

анықтау

<variant>гастроскопия

<variant>кеуде қуысының рентгеноскопиясы

<question>76 жастағы ер адам тамақтан кейін эпигастрий аймағында ауырлық және тоқтық сезімне, тамақпен кекіру, ауызда жағымсыз дәмнің болуына, метеоризмге, іштің кебуіне

шағымданады. ФГДС кезінде шырышты қабаттың бозаруы мен дақтары, ойықтардың тегістелуі, тамырлық суреттің анық көрінуі байқалады. Биопсия нәтижесінде дене және антральдық бөлімдерден алынған үлгілерде атрофия, лимфоплазмоцитарлы инфильтрация және орташа дәрежеде ішек метаплазиясы анықталды. Клиникалық хаттамаға сәйкес емдік тактика:

<variant>Абомин, домперидон,

цианокобаламин

<variant>Преднизолон, омепразол, креон

<variant>Цизаприд, алмагель, мезим-форте

<variant>Фестал, де-нол, аскорбин қышқылы

<variant>Квамател, гастал, креон

<question>Еріннің, тілдің, ауыз қуысының және асқазан-ішек жолдарының шырышты қабаттарындағы телеангиэктазиялар мен асқазаннан қан кету қай ауруға тән:

<variant>Вебер – Рандю – Ослер ауруы

<variant>Мэллори – Вейсс синдромы

<variant>Цинга

<variant>Геморрагиялық гастрит

<variant>Верльгоф ауруы

<question>45 жастағы науқас бала кезінен бастап іш қатуға шағымданады, үлкен дәретке аптасына бір-екі рет қана барады. Пубертаттық кезеңде сәл жақсарған. Қазіргі кезде өздігінен дәретке шығу екі аптада бір рет, тығыз нәжіс бөлінеді. Клизма қолдануға мәжбүр. Балалық және жасөспірім кезеңде жиі "екі кезеңді дәрет" болған – яғни бір дефекациядан кейін жарты сағат немесе бір сағат ішінде қайтадан дефекация болған, содан кейін қайта іш қату дамыған. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>мегадолихоколон

<variant>микседема

<variant>ішектің эндомиомы

<variant>тоқ ішектің катерлі ісігі

<variant>тітіркенген ішек синдромы

<question>19 жастағы жігіт бір жыл бойы "созылмалы энтерит" диагнозымен бақылауда болып, интестопанға тұтқыр және ферменттік препараттармен емделсе де нәтиже болмаған. Әлсіздік, диарея, дене салмағының жоғалуы, тері құрғауы үдей түсті, аяқтарда ісіну, глоссит, хейлит пайда болды. Бала кезінен нәжісі сұйық, кейде көпіршікті, ішек инфекциясын өткергені туралы мәлімет жоқ. Талдауларда: анемия, гипопротеинемия, гипохолестеринемия, гипокальциемия; копрограммада –

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 34 беті
---	--	--	----------------------------------

полифекалия, стеаторея. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant>Глютенді энтеропатия

<variant>Ішек дисбактериозы

<variant>Крон ауруы

<variant>Ішектің шамадан тыс колонизациясы синдромы

<variant>Тітіркенген ішек синдромы

<question>Тоқ ішектің дивертикулезі көбінесе қай бөлімін зақымдайды:

<variant>Сигма тәрізді ішек

<variant>Тік ішек

<variant>Төмендейтін ішек

<variant>Көлденең жиек ішек

<variant>Соқыр ішек

<question>35 жастағы әйел оң жақ қабырғаасты және мықын аймақтарындағы жедел ауырсынуға, субфебрильді температураға, қоймалжың нәжіске шағымданып келді. Ішекті рентгенологиялық зерттеу кезінде соқыр және өрлеме ішек бөліктерінде әртүрлі көлемдегі ойық жаралар, қысқа саңылау тәрізді синустар, өзгермеген шырышты бөліктермен алмасып отыратын "тас төселген жол" тәрізді көрініс анықталды. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің диагнозыңыз:

<variant>Гранулематозды колит

<variant>Уиппл ауруы

<variant>Дивертикулярлы ауру

<variant>Ілеотифлиттің туберкулездік түрі

<variant>Ишемиялық колит

<question>Бауыр циррозының терминалды сатысында УДЗ кезінде бауыр өлшемдері көбінесе:

<variant>оң жақ бөлігінің кішіреюі есебінен азаяды

<variant>қалыпты шектерде болады

<variant>оң жақ бөлігінің ұлғаюы есебінен көбейеді

<variant>сол жақ бөлігінің кішіреюі есебінен азаяды

<variant>бүкіл ағзаның едәуір ұлғаюы байқалады

<question>Ұйқыбездің денесінің обырына тән емес УДЗ-белгісі қайсысы:

<variant>жалпы өт жолының қысылуы

<variant>ұйқыбез денесінің құрылымының ошақтық өзгерісі

<variant>зақымдалған аймақтың эхогенділігінің өзгеруі

<variant>көкбауыр венасының қысылуы

<variant>ісік диаметрі 1,5–2 см-ден асқанда дененің қалыңдығының жергілікті ұлғаюы

<question>Бауырдың диффузды зақымдануларын диагностикалауда эхография көп жағдайда:

<variant>жоғары сезімталдыққа және төмен ерекшелікке ие

<variant>жоғары сезімталдыққа және жоғары ерекшелікке ие

<variant>төмен сезімталдыққа және төмен ерекшелікке ие

<variant>төмен сезімталдыққа және жоғары ерекшелікке ие

<variant>тек төмен сезімталдыққа ғана ие

<question>«Обструктивті панкреатит» деп аталатын түрі — жедел панкреатиттің келесі көріністермен жүретін нұсқасы:

<variant>Вирсунг өзегінің қысылып, кейіннен кеңеюімен

<variant>Жалпы өт жолының қысылып, кейін билиарлы гипертензия дамумен

<variant>Ұлтабардың перистальтикасының қысылуы және бұзылуымен

<variant>Көкбауыр және жоғарғы шажырқай веналарының қысылып, кейін порталды гипертензия дамумен

<variant>Қақпа венасының қысылып, кейін порталды гипертензия дамумен

<question>Өт қабындағы аденоматозды полиптің ультрадыбыстық белгілері

келесідей:

<variant>орташа эхогенді, ішкі құрылымы біркелкі, дененің қалпы өзгергенде қозғалмайтын қатты түзіліс

<variant>орташа эхогенді, ішкі құрылымы біркелкі, өте баяу қозғалатын қатты түзіліс, науқастың белсенді қозғалыстары кезінде де қозғалады

<variant>аралас эхогенді, кистозды-қатты, ішкі құрылымы біркелкі, науқастың белсенді қозғалысында қозғалмайтын түзіліс

<variant>аралас эхогенді, қатты-кистозды, ішкі құрылымы біркелкі, науқастың денесі қозғалғанда қозғалмайтын түзіліс

<variant>аралас эхогенді, айқын біркелкі емес ішкі құрылымы бар қатты түзіліс, өте баяу қозғалатын

<question>«Жедел іш» клиникалық көрінісін зерттеу барысында уақыт өте тұрақты құрамында тұрақты сұйықтық бар түзіліс анықталады, ол өт қабының төменгі, бүйірлік немесе ортаңғы қабырғасына бекітіліп, қабырғалары қалыңдап, контурлары анық

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» қаралды	«Оңтүстік-Қазақстан медицина академиясы» «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары

69/
40 беттің 35 беті

емес, көбінесе гиперэхогенді ореолмен қоршалған. Бұл көбінесе қай патологияға сәйкес келеді:
<variant>өт қабы айналасындағы абсцесс
<variant>сұйықтыққа толы жұқа ішек ілмегі
<variant>бауыр кистасы
<variant>өт қабының дивертикулы
<variant>ұйқыбез кистасы
<question>Бауырдағы ошақтық зақымдануларды ажырату диагностикасында маңызы жоқ белгі:
<variant>төменгі қуысты вена ішкі диаметрі
<variant>зақымдалған аймақтың контурлары
<variant>зақымдалған аймақтың құрылымы
<variant>қан тамырларының күйі
<variant>эхогенділіктің сипаты
<question>Бауыр асты абсцесс қай жерде көрінеді:
<variant>бауырдың ішкі бетіндегі висцеральды бетінің астында
<variant>өкпенің төменгі жиектің контуры мен диафрагманың күмбезінің контуры арасында
<variant>диафрагманың күмбезі мен бауыр немесе көкбауыр қапшығы арасында
<variant>диафрагманың деңгейінен төменгі қарын қуысының кез келген жерінде
<variant>бауыр (немесе көкбауыр) қапшығының контуры мен негізгі паренхима массасы арасында
<question>Бауыр паренхимасының түсті Доплерлік суреттеу кезінде патология жоқ болса, қан ағымы қалай сипатталады:
<variant>бауыр веналарындағы қан ағымы бір бағытты және ламинарлы сипатта болады
<variant>бауыр веналарындағы қан ағымы әр бағытты және турбулентті сипатта болады
<variant>бауыр веналарындағы қан ағымы әр бағытты және ламинарлы сипатта болады
<variant>бауыр веналарындағы қан ағымы бір бағытты және турбулентті сипатта болады
<variant>қан ағымының сипатын бағалау мүмкін емес
<question>Бауырдың өткір жарақаты салдарынан бауырдың жарылуының ең маңызды ультрадыбыстық белгілерінің қатарына жатпайтыны:
<variant>іш қуысында еркін газдың болуы
<variant>бауыр контурының (қапшығының) жергілікті зақымдануы
<variant>бауыр паренхимасында гипо-анэхогенді, жиі анық емес контурлы түзіліс

болуы
<variant>іш қуысында еркін сұйықтық мөлшерінің үдеп отыруы
<variant>сұйықтық мөлшерінің үдеп отыруы
<question>Өт қабы қуысының қалыпты эхокартиналары қалай көрінеді:
<variant>эхонегативті кеңістік
<variant>өт қабының мойын аймағындағы артқы қабырғасы бойында сызықты эхосигналдары бар эхонегативті кеңістік
<variant>өт қабының алдыңғы қабырғасы бойында сызықты эхосигналдары бар эхонегативті кеңістік
<variant>ұсақ дисперсті эхогенді суспензиясы бар эхонегативті кеңістік
<variant>өт қабының қуысы қалыпты жағдайда көрінбейді
<question>Нақты уақыт режимінде “сұр шкала” мен түсті Доплерография әдісі қолданылған бауыр УДЗ-сы қандай мүмкіндік бермейді:
<variant>бауырдың функционалдық жағдайын бағалауға
<variant>бауыр өлшемдерін анықтауға
<variant>бауыр құрылымын бағалауға
<variant>әртүрлі этиологиядағы диффузды зақымдануларды анықтауға
<variant>әртүрлі этиологиядағы ошақтық зақымдануларды анықтауға
<question>Бауырдан тыс өт шығару жолдарына жатады:
<variant>жалпы өт жолдары, жалпы өт қабы
<variant>сегменттік, бөліктік өзектер
<variant>бөліктік өзектер, жалпы бауыр өзегі
<variant>жалпы бауыр өзегі, жалпы өт өзегі
<variant>жалпы өт өзегі
<question>Бауыр қақпасының құрылымдарының алдыңғыдан артқа қарай орналасу анатомиялық реті:
<variant>бауыр артериясы, холедох, порталды вена
<variant>холедоха, порталды вена, бауыр артериясы
<variant>холедоха, бауыр артериясы, порталды вена
<variant>бауыр артериясы, холедоха, төменгі қуыс вена
<variant>бауыр артериясы, төменгі қуыс вена, холедоха
<question>Морфологиялық өзгерістері айқын жедел холециститтің сипаттамалық эхографиялық көрінісі келесі белгілерге ие болуы мүмкін:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 36 беті
---	--	--	----------------------------------

<variant>өт қабының әртүрлі өлшемдері, біркелкі емес қалыңдаған, қабатты-біркелкі емес, аралас эхогенді қабырғасы (гипо-, изо-, гиперэхогенді аймақтарымен), біркелкі немесе эхогенді қуысы

<variant>қалыпты өлшемдегі өт қабы, бір қабатты жұқа қабырғасы, біркелкі эхонегативті қуысы

<variant>қалыпты немесе үлкейген өт қабы, біркелкі емес жұқа гиперэхогенді қабырғасы, қуысы жиі эхогенді суспензиялы

<variant>жиі үлкейген өт қабы, қалыңдаған біркелкі емес гиперэхогенді қабырғасы, қуысы эхонегативті немесе эхогенді суспензиялы

<variant>өт қабының әртүрлі өлшемдері, біркелкі емес қалыңдаған, біркелкі жоғары эхогенді қабырғасы, біркелкі немесе өттің тоқырауы белгілері бар қуысы

<question>Ересектерде УДЗ кезінде оң және сол бөліктердің шекті қалыңдығы әдетте қандай болады:

<variant>оң бөлік 120-140 мм дейін, сол бөлік 60 мм дейін

<variant>оң бөлік 152-165 мм дейін, сол бөлік 60 мм дейін

<variant>оң бөлік 172-185 мм дейін, сол бөлік 50 мм дейін

<variant>оң бөлік 142-155 мм дейін, сол бөлік 75 мм дейін

<variant>оң бөлік 170-180 мм дейін, сол бөлік 60 мм дейін

<question>Портальды гипертензияның ультрадыбыстық белгісі емес:

<variant>өт қабының үлкеюі

<variant>көкбауыр венасының диаметрінің 6 мм-ден артық үлкеюі

<variant>бауыр сыртындағы портальды венаның 14 мм-ден артық үлкеюі

<variant>көкбауырдың үлкеюі

<variant>порто-кавальды анастомоздардың анықталуы

<question>Созылмалы холециститтің өршу сатысындағы сипаттамалық эхографиялық көрінісі келесі белгілерге ие болуы мүмкін:

<variant>өт қабының әртүрлі өлшемдері, біркелкі емес қалыңдаған, гетерогенді, кейде қабатты - гипоехогенді аймақтары бар - қабырғасы орташа және айтарлықтай жоғары эхогенді, біркелкі немесе өттің іркілу белгілері бар қуысы

<variant>қалыпты өлшемдегі өт қабы, бір қабатты жұқа қабырғасы, біркелкі

эхонегативті қуысы

<variant>қалыпты немесе үлкейген өт қабы, біркелкі емес жұқа гиперэхогенді қабырғасы, қуысы жиі эхогенді суспензиялы

<variant>өт қабының әртүрлі өлшемдері, қалыңдаған біркелкі емес жоғары эхогенді қабырғасы, қуысы эхонегативті немесе эхогенді суспензиялы

<variant>өт қабының айтарлықтай үлкейген өлшемдері, қабырғасы кейде жұқа жоғары эхогенді, кейде қалыңдаған, қуысы эхогенді өтпен

<question>Бауырдан тыс өт шығару жолдарындағы тасты визуализациялау тиімділігі немен байланысты емес:

<variant>тастың химиялық құрамы

<variant>өзектің кеңею дәрежесі

<variant>таспен өтекстің бітелу деңгейі

<variant>тастың көлемі

<variant>науқасты дайындау

<question>Өт қабығындағы полипоздың ультрадыбыстық белгілеріне жатпайды:

<variant>дене қалпын өзгерткенде орын ауыстыруы, акустикалық көлеңке анықталуы

<variant>өт қабының қуысында көлемді құрылымның немесе бірнеше құрылымдардың болуы

<variant>өт қабының қуысында қабырғаға тіреліп орналасуы

<variant>құрылымының біркелкілігі

<variant>эхогенділігі бауыр паренхимасымен салыстырғанда бірдей немесе жоғары, немесе аралас

<question>Жедел сатыдағы асқазан жарасының пенетрациясы немесе он екі елі ішектегі өзгерісінде УДЗ кезінде сипаттамалық емес белгі:

<variant>пенетрация аймағында анық емес контурлары бар "ақ дақ" түріндегі гиперэхогенді аймағының көрінісі

<variant>ұйқы безінің эхокөрінісінің өзгермеуі

<variant>эхонегативті сұйықтық құрылымының көрінісі

<variant>реверберациялық эффекті бар гиперэхогенді құрылымның көрінісі

<variant>анық емес контурлары бар гипоехогенді учаскенің көрінісі

<question>Стандартты жағдайда ұйқы безінің эхогенділігінің жоғарылауы көбінесе нені білдіреді:

<variant>ұйқы безінің диффузды зақымдануының болуы

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Гастроэнтерология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 40 беттің 37 беті
---	--	---	---

<variant>УДЗ аппаратының дұрыс бапталмауы
 <variant>ұйқы безінің ошақты зақымдануының болуы
 <variant>тағамға адсорбенттерді қабылдауы
 <variant>науқастың зерттеуге дайын еместігі
 <question>Майлы ошықты инфильтрация мен көлемдік процестерді зерттеу кезінде ажырату диагностикасының белгілерін көрсетіңіз:
 <variant>бауырдың архитектурасы мен тамырлық суреті бұзылмаған
 <variant>тамырлық суреттің деформациясы және бауырдың экзогенділігінің жоғарылауы
 <variant>бауырдың архитектурасы мен тамырлық суретінің бұзылуы
 <variant>тамырлық сурет бұзылмаған, экзогенділік төмендеген
 <variant>жарықтық гистограммасының өзгерістері
 <question>Ұйқы безін зерттеуде инвазивті емес эхография көбінесе мүмкіндік береді:
 <variant>диффузды немесе ошақты патологиялық процестің бар екенін және оның салыстырмалы дәрежесі мен таралуын анықтауға
 <variant>зақымданудың нозологиялық табиғатын анықтауға
 <variant>тіннің гистологиялық өзгерістерінің сипаттамасын анықтауға
 <variant>клиникалық диагноз қоюға
 <variant>лабораториялық көрсеткіштерді растауға
 <question>Бауырдың түйінді гиперплазиясы УДЗ кезінде қалай көрінеді:
 <variant>цирротикалық өзгерістер типіндегі паренхиманың біркелкі емес аймағы
 <variant>бауыр паренхимасының қатты деформациясы (қысқаруы) аймағы
 <variant>анық емес гиперэкхогенді қаптамасы бар көлемді құрылым
 <variant>қатты құрылымды көп түйінді көлемді құрылым
 <variant>қатты-цистозды құрылымды көп түйінді көлемді құрылым
 <question>Ұйқы безінің майлы инфильтрациясының ең маңызды ажыратушы диагностикалық белгілерінің бірі:
 <variant>экзогенділігі жоғарылағанымен ұйқы безінің паренхимасының құрылымының сақталуы
 <variant>ұйқы безінің паренхимасының

диффузды-ошақты біркелкі еместігінің анықталуы
 <variant>май қабының қалыңдығының артуы
 <variant>ұйқы безінің паренхимасында анықталған айқын ошақты дақтардың болуы
 <variant>ұйқы безінің паренхимасында жеке экзогенділігі жоғарылаған учаскелердің анықталуы
 <question>УЗИ кезінде үлкен қанайналым шеңберінің декомпенсациясында бауырдың кардиальды фиброзының сипаттамалық белгісін көрсетіңіз:
 <variant>бауыр тамырларының кеңеюі және деформациясы, бауыр көлемінің ұлғаюы
 <variant>бауыр көлемі ұлғаймаған, тамырлық сурет кедейленген
 <variant>бауыр тамырларының деформациясы, бауыр көлемінің 1,5-2 есе азаюы
 <variant>ворота венасының кеңеюі және деформациясы
 <variant>өт жолдарының кеңеюі
 <question>Қалыпты түсті доплерография кезінде түтік тәрізді құрылымның жарығында түсті сигналдың болмауы нені білдіруі мүмкін:
 <variant>жоғарыда аталған барлық нұсқалар мүмкін
 <variant>бұл құрылым қан тамыры емес
 <variant>аспаптың сезімталдығы осы тамырдағы қан ағымының параметрлеріне сәйкес келмейді
 <variant>аспаптың баптаулары нақты жағдайға сәйкес емес
 <variant>аспаптың және әдістің мүмкіндігі осы тамырды зерттеу үшін жеткіліксіз
 <question>Ұйқы безінің басының ұлғаюы кезінде қоршаған ағзалар мен құрылымдардың қысылуының эхографиялық белгілеріне жатпайтындығын көрсетіңіз:
 <variant>өт қабында су жиналуы
 <variant>жалпы өт жолының сығылуы және оның проксималды кеңеюі
 <variant>«екі түтік» симптомы пайда болуы
 <variant>төменгі қуысты вена дисталды бөлігінің кеңеюі
 <variant>вирсунг каналының кеңеюі
 <question>УЗИ кезінде өзгеріссіз өт қабының көрінісі қалай болады:
 <variant>бауырдың висцеральды бетінде орналасқан ойыққа сәйкес келетін гиперэкхогенді аймақ
 <variant>бауырдың висцеральды бетінде

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» қаралды	«Оңтүстік-Қазақстанская медицинская академия»	69/ 40 беттің 38 беті

орналасқан ойыққа сәйкес келетін аралас
 экзогенді торлы құрылым
 <variant>бауыр паренхимасының біркелкі
 емес учаскесі
 <variant>бауырдың висцеральды бетінде
 орналасқан ойыққа сәйкес келетін
 гипοэкзогенді аймақ
 <variant>бауырдың висцеральды бетінде
 орналасқан ойыққа сәйкес келетін анэкзогенді
 аймақ
 <question>Гемангиомалардың УДЗ
 кескінінде сипаттамасы қандай:
 <variant>бір немесе бірнеше дөңгелек тәрізді
 гиперэкзогенді құрылымдарды, ұсақ
 түйіршікті эхоқұрылымды анықтау
 <variant>біржолғы гипοэкзогенді кистозды
 құрылымдарды анықтау
 <variant>бауыр паренхимасының негізінен
 қатты, біркелкі емес құрылымдарын анықтау
 <variant>бауыр көлемінің ұлғаюы, оның
 құрылымының өзгермей қалуы
 <variant>гипοэкзогенді кистозды құрылымдар
 <question>Курвуазье симптомы қалай
 көрінеді:
 <variant>сары ауру кезінде өт қабының
 ұлғаюында
 <variant>сары ауру кезінде өт қабының
 кішіреюі және деформациясында
 <variant>бауыр көлемінің кішіреюі және
 көкбауыр көлемінің ұлғаюында
 <variant>портальды гипертензия
 симптомдарының пайда болуында
 <variant>асцитте
 <question>Бауырдың эхографиялық бейнесін
 дұрыс бағалау үшін қажет емес шарт:
 <variant>ұйқы безінің қалыпты және
 топографиялық анатомиясын білу
 <variant>аурудың анамнезін және
 клиникалық көрінісін білу
 <variant>ұйқы безінің патологиялық
 анатомиясы мен физиологиясын білу
 <variant>УДЗ технологиясын білу
 <variant>УДЗ- зерттеу әдісінің физикалық
 принциптерін білу