

БАҚЫЛАУ ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ

ББ атауы және шифры: 7R01138 - «ОТБАСЫ МЕДИЦИНАСЫ»

Пән коды: R-АН

Пәннің атауы: «Амбулаториялық хирургия»

Оқу сағаты/кредит көлемі (ECTS): 4 кредит/120 сағат

Оқу курсы: 1

Оқу жылы: 2025-2026

Құрастырған:  **ассистент Емешева М.А.**

Кафедра меңгерушісі  **Қауызбай Ж.Ә.**

Хаттама № 2 **Күні** 03.09.2025

Шымкент 2025-2026ж.

1-2 аралық бақылау. Науқасты қабылдау.

1. Анамнезді жинау: жүйелі анамнез жинау, аурудың даму динамикасы;
2. Физикалық тексеру: жүйелі, техникалық дұрыс және нәтижелі жүргізу;
3. Алдын ала диагноз қою: дұрыс қойылып, негіздемесін келтіру;
4. Ауруды зертханалық және аспаптық зерттеу әдістерін тағайындау;
5. Науқасты тексеру нәтижелерін қарау;
6. Дифференциалды диагноз жүргізу;
7. Қорытынды диагноз және оның негіздемесі;
8. Адекватты емді таңдау хаттамаға сәйкес;
9. Белгіленген емнің әсер ету механизмін түсіну;
10. Болжамды анықтау және алдын алу.

<p>Науқасты тексеру (аралық бақылау)</p>	<p>Өте жақсы баға: А (4,0; 95-100%) А- (3,67; 90-94%)</p>	<p>Анамнезді жинау: жүйелі түрде жиналған анамнез аурудың даму динамикасын толық көрсетеді; Физикалық тексеру: жүйелі, техникалық дұрыс және нәтижелі жүргізіледі; Алдын ала диагноз қою: дұрыс қойылған, негіздемесі келтірілген; Ауруды зертханалық және аспаптық зерттеу әдістерінің мақсаты: толық және адекватты; Науқасты тексеру нәтижелерін қарау (түсіндіру): толық және дұрыс; Дифференциалды диагноз: толық; Қорытынды диагноз және оның негіздемесі: толық, негізделген; адекватты емді таңдау; Белгіленген емнің әсер ету механизмін түсіну: толық; Болжамды анықтау және алдын алу: адекватты, толық.</p>
	<p>Рейтингтерге жақсы сәйкес келеді: В+ (3,33; 85-89%) В (3,0; 80-84%) В- (2,67; 75-79%) С+ (2,33; 70-74%)</p>	<p>Анамнезді жинау: жүйелі түрде жинақталған, бірақ негізгі белгілердің сипаты мен олардың пайда болуының мүмкін себептерін жеткілікті түрде нақтыламай; Физикалық сараптама: жүйелі, бірақ шамалы техникалық қателіктер; Алдын ала диагноз қою: дұрыс қойылған, бірақ негіздемесі жоқ; Ауруды зертханалық және аспаптық зерттеу әдістерінің мақсаты: адекватты, бірақ аздаған кемшіліктері бар; Науқасты қарау нәтижелерін қарау (түсіндіру): болмашы қателіктермен дұрыстау; Дифференциалды диагноз: дәлелденген, бірақ барлық ұқсас аурулармен емес; Соңғы диагноз және оның негіздемесі: негізгі аурудың диагностикасы аяқталды, бірақ қатар жүретін аурулар көрсетілмейді; Емдеу әдісін таңдау: дұрыс, бірақ толық емес немесе полифармация; Белгіленген емнің әсер ету механизмін түсіну: маңызды емес бөлшектердегі қателер; Болжамның анықтамасы және алдын алу: адекватты, бірақ толық</p>

		емес.
	<p>Рейтингтерге қанағаттанарлық сәйкес келеді: С (2,0; 65-69%); С- (1,67; 60-64%); D+ (1,33; 55-59%); D (1,0; 50-54%)</p>	<p>Анамнез жинау: аурудың мәні мен симптомдардың даму реттілігі туралы түсінік бермейтін фактілерді тіркей отырып жиналады; Физикалық тексеру: толық техникалық ақау; Алдын ала диагноз қою: жетекші синдром анықталды, бірақ диагностикалық қорытынды жоқ; Ауруды зертханалық және аспаптық зерттеу әдістерінің мақсаты: толығымен адекватты емес; Науқасты тексеру нәтижелерін тексеру (түсіндіру): елеулі қателермен ішінара дұрыс; Дифференциалды диагноз: Толық емес; Қорытынды диагноз және оның негіздемесі: диагноз жеткілікті түрде дәлелденбеген, асқынулар немесе қатар жүретін аурулар анықталған жоқ; Емдеу әдісін таңдау: негізгі және қосалқы ауруларды емдеу толық емес; Белгіленген емнің әсер ету механизмін түсіну: Жартылай; Болжам және алдын алу анықтамасы: жеткіліксіз адекватты және толық емес.</p>
	<p>Рейтингтерге қанағаттанарлық емес: FX (0,5; 25-49%) F (0; 0-24%)</p>	<p>Анамнезді жинау: фактілерді диагностикалау үшін маңызды емес мәліметтер ретсіз жиналады; Физикалық тексеру: қол дағдылары жоқ; Алдын ала диагноз қою: қате жіберілді; Ауруды зертханалық және аспаптық зерттеу әдістерінің мақсаты: қарсы көрсетілімдер тағайындалады; Науқасты тексеру нәтижелерін қарау (түсіндіру): көп жағдайда дұрыс емес; Дифференциалды диагноз: өнімді; орытынды диагноз және оның негіздемесі: диагноз хаотикалық негізделеді, нанымдылығы аз; Емдеу әдісін таңдау: Кері әсер ететін препараттар тағайындалды; Белгіленген емнің әсер ету механизмін түсіну: Дұрыс түсіндіре алмайды; Болжамды анықтау және алдын алу: анықтау мүмкін болмады.</p>

Емтихан тест сұрақтары

<question>Науқас еркек Ф., 17 жаста хирургиялық бөлімшеге оң жақ кеуде торындағы ауру сезіміне, енгіуге, әлсіздікке шағымданып түсті. Бұл көрініс спорт жаттығуларынан кейін пайда болған. Объективті: мәжбүрлі тынысы, тері жамылғысының цианозы. Перкуссия кезінде оң жақ кеуде торында қорап тәрізді дыбыс, аускультация кезінде оң өкпе үстінде тыныс естілмейді. ТЖ 28 рет минутына. Науқастың диагнозы:

<variant>ығысқан оң жақтық спонтанды плевмоторакс

<variant>буллезді эмфизема

<variant>бронхоэктазды ауру

<variant>кеуде аралық эмфиземасы

<variant>оң жақтан кеуде торының соғылуы

<question>Ер адам 29 жаста, хирургиялық бөлімшеге жіті түрде кеуде торындағы ауру сезіміне, әлсіздікке, енгіуге, 37,50 С дейін температураның жоғарлауына шағымданып түсті. Анамнезінен: 1 апта бұрын төбелес кезінде кеуде торы аймағына соққы алған.

Ауырсыздандырғыштар қабылдаған. Қан анализінде эритроциттер $2,9 \times 10^{12}$, гемоглобин 90

г/л, гематокрит 28%, лейкоциттер $9,8 \times 10^9$. Рентгенограммада оң жақтан ұйыған гемоторакс анықталды. Ары қарай тиімді әдіс:
<variant>торакоскопиялық санациялық және дренаждау
<variant>плевра қуысын дренаждау
<variant>плевра қуысының пункциясы
<variant>плевраішілік ферменттерді енгізу
<variant>қосарланған антибиотикотерапия жүргізу
<question>Кеуде қуысының өтпелі жарақаты кезінде кең түрдегі торакотомия жасау үшін көрсеткішіне ... жатады.
<variant>плевра қуысына жалғаспалы қан кету
<variant>пневмоторакс
<variant>гемоторакс
<variant>ұйылмалы гемоторакс
<variant>өтпелі жарақаттың болуы
<question>Спонтанды пневмоторакс кезінде плевра қуысын дренаждау ... жүргізіледі.
<variant>2 қабырға аралықта ортаңғы бұғана сызық бойымен
<variant>6 қабырға аралықта ортаңғы аксиларлы сызық бойымен
<variant>7 қабырға аралықта артқы аксиларлы сызық бойымен
<variant>8 қабырға аралықта артқы аксиларлы сызық бойымен
<variant>2-8 қабырға аралықта бұғана ортаңғы сызық бойымен 2 дренаж
<question>Науқас көлік апатына ұшыраған. Түскен кездегі жағдайы ауыр: айқын ентігу, қан түкіру; сол жақ гемо-пневмоторакс, бет пен мойынға таралған сол жақ кеуде клеткасының теріасты эмфиземасы және дауыс міңгірлеуі диагностикаланды. Рентгенологиялық ортаңғы бұғаналық және ортаңғы аксиларлы сызық бойымен V, VI, VII қабырғалардың сынығы анықталды, VI қабырға сынығы сүйек жарықшақтарымен ығысқан және олардың біреуі өкпе тініне өткен. Сіздің тактикаңыз:
<variant>торакотомия, өкпе жарасын тігу
<variant>плевра қуысын дренаждау
<variant>гемостатикалық консервативті терапия
<variant>өкпенің жасанды вентилициясы
<variant>экстраплевральды остеосинтез
<question>Науқас 4 сағат бұрын кеуде торының бірнеше жерден пышақпен жарақат алған. Сол жақ кеуде клеткасының жарасынан айқын қан кету болған. АҚ 90/70 мм сын.бағ. дейін төмендеген. Жағдайы орташа ауырлықта. Тері қабаты қалыпты түсте. Пульс минутына 92 соққы, АҚ -100/70 мм сын.бағ. кернеуі мен

толымдылығы қанағаттанарлық. Гемопневмоторакс жоқ. Сіздің тактикаңыз:
<variant>кеуде клеткасы жарасын біріншілік хирургиялық өңдеу
<variant>оң жақ плевра пункциясы
<variant>сол жақ плевра пункциясы
<variant>сол жақ торакотомия
<variant>сол жақ плевра қуысын дренаждау
<question>Науқас 25 жаста, оң жақ кеуде клеткасының ауырсынуы, ентігу шағымдарымен түсті. 3 күн бұрын 60кг шамасында жүк көтергеннен кейін иық үстіне таралған оң жақ кеуде клеткасының ауырсынуы, ентігу пайда болды. Түскен кезде жағдайы қанағаттанарлық; пульс минутына 94 соққы, ырғақты, кернеуі мен толымдылығы қанағаттанарлық. Оң жақ өкпе үстінде тынысы бірден әлсізденген, сырылдар жоқ. Диагнозы:
<variant>спонтанды спецификалық емес пневмоторакс
<variant>фибринозды плеврит
<variant>плевропневмония
<variant>қабырғааралық невралгия
<variant>миозит
<question>Науқас 29 жаста, оң жақ кеуде клеткасының ауырсынуы, ентігу шағымдарымен түсті. 3 күн бұрын 60кг шамасында жүк көтергеннен кейін иық үстіне таралған оң жақ кеуде клеткасының ауырсынуы, ентігу пайда болды. Түскен кезде жағдайы қанағаттанарлық; пульс минутына 94 соққы, ырғақты, кернеуі мен толымдылығы қанағаттанарлық. Оң жақ өкпе үстінде тынысы бірден әлсізденген, сырылдар жоқ. Рентгенологиялық зерттеуде— жарты көлемді өкпе коллапсы анықталды. Емі:
<variant>плевральді пункция және ауа аспирациясы
<variant>плевра қуысын дренаждаудан
<variant>торакоскопиядан
<variant>шұғыл торакотомиядан
<variant>симптоматикалық емнен
<question>Науқас 3 сағат бұрын сол жақ кеуде клеткасына пышақпен жарақат алған. Ауыр жағдайда жеткізілді: эйфория, тері қабаты бозғылт. Жүрек тондары тұйық, тахикардия, АҚ - 80/20 мм сын.бағ. пульс шыбық сүйегінде жіп тәрізді. Кеуде клеткасындағы жара 2 см, сол жақ III қабырғааралық деңгейінде парастерналды сызық бойымен орналасқан. Сол жақ өкпе үстінде тынысы бірден әлсізденген, артқы-төменгі бөлімінде перкуторлы дыбыс қысқаруы анықталды. Болжам диагноз:
<variant>көкірек аралықтағы ірі тамырлардың жарақаты

<variant>өкпе жарақаты
<variant>торако-абдоминальды жарақат
<variant>жүрек жарақаты
<variant>плевро-пульмональды шок болуы
<question>Науқас 50 жаста, сол жақ кеуде торына пышақпен жарақат алған. Жағдайы тым ауыр, санасы бұлыңғыр, тері қабаты бозғылт, суық термен жабылған, АҚ - 40/20 мм сын.бағ., пульс перифериялық тамырларда анықталмайды. Кеуде клеткасындағы жара 1,5 см, сол жақ 5-ші қабырғааралық деңгейінде парастерналды сызық бойымен орналасқан, жүрек тондары тұйық, тынысы сол жақтан бірден әлсізденген. Жүрек жарақатына күдік бар. Тактикаңыз:
<variant>торакотомия
<variant>реанимациялық шаралар комплексі
<variant>плевра қуысының пункциясы
<variant>перикард пункциясы
<variant>плевра қуысының дренажі
<question>Науқас 25 жаста, 3 күн бұрын соққыға алынған.



Рентгенде: Толық диагнозы:
<variant>алдыңғы кеуде торының тұйық жарақаты. Оң жақты тотальды пневмотораксы. Оң жақ гемоторксы
<variant>кеуде клеткасының ашық жарақаты. Тотальды оң жақ пневмотораксы. Оң жақ гемоторксы
<variant>кеуде клеткасының тұйық жарақаты. Кіші оң жақ пневмотораксы. Оң жақ гемоторксы
<variant>кеуде клеткасының тұйық жарақаты. 2-3 оң жақ қабырға сынығы. Тотальды оң жақ гемопневмотораксы. Оң жақ гемоторксы
<variant>кеуде клеткасының ашық жарақаты. Кіші оң жақ пневмотораксы. Оң жақ гемоторксы
<question>Науқас 3-ші қабаттан құлаған. Шағымы – тыныс алу қиындауы. Шамалы

acroцианоз. АҚ 90/50 мм сын.бағ., пульс минутына 100 соққы. Пальпаторлы сол жақ 6 қабырға сынығы ығысуымен анықталды. Аускультативті тынысы сол жақтан бірден әлсізденген. Жіті жәрдем дәрігерінің тактикасы:
<variant>сынық орнының блокадасы, Кеуде клеткасын иммиболизациялық таңу, клиникаға жеткізу. Жансыздандыру, иммобилизация, декомпрессия
<variant>тек сынық орнының блокадасы, Кеуде клеткасын иммиболизациялық таңу, Бюлау бойынша дренаждау. Жасаздандыру, иммобилизация, декомпрессия
<variant>сынық орнының блокадасы, Бюлау бойынша дренаждау. Иммобилизация, декомпрессия
<variant>кеуде клеткасын қысып таңу, клиникаға жеткізу
<variant>кеуде клеткасын иммиболизациялық таңу, Бюлау бойынша дренаждау
<question>Науқас 2 күн бұрын 3-ші қабаттан құлаған. Шағымы – сол жақ кеуде клеткасының ауырсынуы. АҚ 110/60 мм сын.бағ. Жүрек тондары анық, ырғақты. Пальпаторлы сол жақ 6 қабырға сынығы ығысуымен. Аускультативті тынысы сол жақтан шамалы әлсізденген. Рентгенде – сол жақтық пневмоторакс. Сіздің тактикаңыз:
<variant>кезекті плевральды пункция, себебі кернеулі пневмоторакс және жүрек қызметі бұзылысының белгілері жоқ
<variant>торакотомия, плевра қуысында ауа болғандықтан өкпе тінін тігу, өкпе жарасынан ауа түсуін тоқтату қажет
<variant>торакотомия, плевра қуысында ауа болғандықтан өкпе тінін тігу, көкірекаралық ағзаларды басу
<variant>плевральді пункция, плевра қуысында ауа болғандықтан өкпе жарасынан ауа түсуін тоқтату қажет
<variant>торакотомия, плевра қуысында ауа болғандықтан өкпе тінін тігу, жара мерзімі ұзақ
<question>Науқас ауыр жағдайда жауырын және артқы аксиллярлы сызық бойымен (оң жақтан 4 қабырға, сол жақтан 3 қабырға) екі жақты сынығымен, айқын теріасты эмфиземамен түсті. Клиникалық және рентгенологиялық белгілер бойынша оң жақтан 4 қабырға, сол жақтан 3 қабырға сынығы, синустар бос, өкпе алаңы таза. Сіздің еміңіз:
<variant>екі жақты плевра қуысын дренаждау
<variant>нақты теріасты клетчаткаға ине енгізу
<variant>торакотомия

<variant>кеуде клеткасы және мойын терісінде лампасты кесіндісі
<variant>трахея интубациясы, себебі екі жақты қабырғалар сынығы бар
<question>Науқас кеуде клеткасының пышақ жарақатымен стационарда 3 -тәулік. Оң жақ плевра қуысын дренаждау жүргізілген. АҚ 110/70 мм сын.бағ., пульс минутына 90 соққы. Инфузионды терапия, гемотрансфузия, гемостатиктер қабылдауда. Айтуы бойынша, өзін қалыпты сезінеді. Плевра қуысы дренажынан соңғы сағатта 250мл-ге дейін геморрагиялық бөліністер бөлінді. Ревилуа-Грегуар сынамасы оң, емдеу тактикасы:
<variant>торакотомия, Ревилуа-Грегуар сынамасы оң, бұл қан кетудің жалғасуын ілдіреді және қан кету көлемі операцияға тура көрсеткіш болып табылады
<variant>гемостатикалық терапия, себебі науқас жағдайы тұрақты, Ревилуа-Грегуар сынамасы оң, бұл қан кетудің жалғасуын білдіреді
<variant>гемостатикалық терапия, себебі науқас жағдайы тұрақты, Ревилуа-Грегуар сынамасы оң, бұл қан кетудің тоқтағанын білдіреді
<variant>торакотомия, Ревилуа-Грегуар сынамасы оң, бұл қан кетудің жалғасуын білдіреді, гемостаздың оперативті әдісі қажет
<variant>гемостатикалық терапия, себебі науқас жағдайы тұрақты, Ревилуа-Грегуар сынамасы оң, бұл қан кетудің жалғасуын білдіреді, бөлініс көлемі аз мөлшерде
<question>Науқас кеуде клеткасының пышақ жарақатымен стационарда 3 -тәулік. Рентгенде гемоторакс. Оң жақ плевра қуысын дренаждау жүргізілген. АҚ 110/70 мм сын.бағ., пульс минутына 90 соққы. Инфузионды терапия, гемотрансфузия, гемостатиктер қабылдауда. Айтуы бойынша, өзін қалыпты сезінеді. Плевра қуысы дренажынан соңғы сағатта 250мл-ге дейін геморрагиялық бөліністер бөлінді. Ревилуа-Грегуар сынамасы оң. Операция кезінде қабырғааралық артерия зақымдалған. Толық клиникалық диагноз:
<variant>диафрагма және оң жақ кеуде клеткасының өтпелі кесілген-тесілген жарақаты. Қабырғааралық артерия жарақаты. Кеудеішілік қан кету
<variant>оң жақ кеуде клеткасының өтпелі кесілген-тесілген жарақаты. Оң жақтың гемоторакс. Жалғаспалы қан кету
<variant>оң жақ кеуде клеткасының өтпелі кесілген-тесілген жарақаты. Оң жақтың гемоторакс

<variant>оң жақ кеуде клеткасының өтпелі кесілген-тесілген жарақаты. Қабырғааралық артерия жарақаты. Оң жақтың гемоторакс. Кеудеішілік қан кету
<variant>оң жақ кеуде клеткасының өтпелі кесілген-тесілген жарақаты. Қабырғааралық артерия жарақаты. Оң жақтың ұйыған гемоторакс
<question>Науқас, 35 жаста жарақат алған жерден жіті жәрдем бригадасымен жеткізілді. Кеуденің тұйық жарақатын алған. Кеуде қуысының ауырсуына, ентікпеге, тыныс алудың қиналуына, жалпы әлсіздікке шағымданады. Объективті: тері жамылғысы бозғылт, АҚ 90/60 мм.р. ст. Суық, жабыспалы тер. Жалпы рентгенограммада – 5-6 қабырғаның сынығы, плевра қуысында сұйықтық анықталды. Локальді: гематома, крепитация, кеуде қуысы аймағында ауырсыну. Болжамды диагноз:
<variant>гидроторакс
<variant>пневмоторакс
<variant>өкпе абсцесі
<variant>кеуде қуысының соғылуы
<variant>өкпе гангренысы
<question>Клиникалық зерттеуде 19 жастағы науқаста кеуде қуысының жарақатынан кейін тері астылық эмфизема анықталды. Болжам диагнозы:
<variant>пневмоторакс
<variant>гастроторакс
<variant>гемоперикард
<variant>гемоторакс
<variant>диафрагма куполасының жыртылуы
<question>Жол апатынан кейін қабылдау бөліміне науқас жеткізілді. Объективті қарау барысында гемоторакске күдік туды. Келтірілген әдістер ...
диагнозды нақтылай алады.
<variant>плевра қуысының пункциясы
<variant>аускультация
<variant>рентгенография
<variant>рентгеноскопия
<variant>перкуссия
<question>42 жасар науқас В, кеуде қуысының өтпелі жарақатымен түсті. Рувилуа – Грегуар сынамасын жүргізу мақсатында плевра пункциясы жасалды. Сынама оң болды. Сынама ... көрсетеді.
<variant>көлемді қан кетудің тоқтамауын
<variant>плевра қуысындағы іріңдеуді
<variant>қақпақшалы пневмотораксты
<variant>плевра қуысындағы қан кету көлемін
<variant>пневмоторакс көлемін
<question>Плевра қуысындағы сұйықтықты пассивті аспирациялау әдісі:
<variant>Бюлау бойыншы
<variant>Сулық отсос

<variant>Субботин – Пертес жүйесі
<variant>Жане шприці арқылы сору
<variant>Боброва жүйесі
<question>Клиникалық зерттеуде 19 жастағы науқаста кеуде қуысының жарақатынан кейін тері астылық эмфизема анықталды . Мүмкін болатын диагноз:
<variant>пневмоторакс
<variant>гастроторакс
<variant>гемоперикард
<variant>гемоторакс
<variant>диафрагма күмбезінің жыртылуы
<question>Кеуде торына енуші жарақаттарда торокотомияға көрсеткіш:
<variant>плевра қуысында қан ағудың тоқтамауы
<variant>пневмоторакс
<variant>гемоторакс
<variant>ұйыған гемоторакс
<variant>енуші жарақаттар
<question>Науқас 29 жаста, 2 сағат бұрын кеуде сол жақ бөлігіндегі қатты ауырғандық, ауа жетпеуі байқалған. Жарақат болмаған, өкпе ауруларымен ауырмаған. Дене қызуы қалыпты сол жақ өкпе үстімен өкпе дыбысы естілмейді. Перкуссия кезінде сол жағында қорап тәрізді дыбыс және аралық оң жаққа ығысты. Оның себебі:
<variant>спонтанды бейарнамалы пневмоторакс
<variant>инфаркт миокард
<variant>ибринозды плеврит
<variant>қысылған диафрагмальды жарық
<variant>туберкулез
<question>Қабырғаның көптеген сынығында ... жансыздандыруы жүргізіледі.
<variant>зақымдалған жаққа мойындық вагосимпатикалық новокаинды
<variant>мойынның жұлдызшалы түйіндеріне новокаин
<variant>паравертебральды новокаин
<variant>ретроплевральды новокаин
<variant>қабырға сынған жерін
<question>Өкпелік қан кетуді анықтауда тиімді диагностикалық әдіс:
<variant>бронхоскопия
<variant>2-3 проекциялық рентгенография
<variant>томография
<variant>бронхография
<variant>торакоскопия
<question>Өкпелік қансыраудың анық белгілері:
<variant>бронхоскопияда бронхта қан анықталуы
<variant>ауыз қуысындағы қанды бөлінділер
<variant>жөтелгенде көбік аралас қызыл қан түкіру
<variant>өкпедегі қара дақтардың анықталуы

<variant>плевра қуысындағы сұйықтық
<question>Жігі респираторлы вирусты инфекция ауруымен амбулаторлы ем қабылдап жүрген 45 жастағы науқаста мына симптомдар анықталынды: ТАЖ – 48 рет минутына, қосымша бұлшық еттері қатысады, оң жақта перкуссияда 3 қабырғаға дейін тимпанит, оның астынан тұйық дыбыс естіледі. Бұл физикалық белгілер ... деструкциясына тән.
<variant>өкпе пиопневмоторакс
<variant>өкпе булласы
<variant>өкпе пиоторакс
<variant>өкпе абссцесі
<variant>өкпе пневмоторакс
<question>Спонтанды пневмоторакс пен өкпенің толық коллапсы кезінде плевра қуысын ... дренаждау жүргізіледі.
<variant>орта бұғаналық сызық бойымен II қабырға аралықта
<variant>ортаңғы аксиллярлы сызық бойымен VI қабырға аралықта
<variant>дренаждың 2-уін қою керек: ортобұғаналық сызық бойымен II қабырға аралықта және артқы аксиллярлы сызық бойымен VIII қабырға аралықта
<variant>артқы аксиллярлы сызығы бойымен VII қабырға аралықта
<variant>артқы аксиллярлы сызығы бойымен VIII қабырға аралықта
<question>Плевраішілік қан кетумен науқас түсті. Қан кету жалғасуын білу үшін ... сынамасын жүргізу керек.
<variant>Ривуля Грегуар
<variant>Петров
<variant>Эфендиев
<variant>Зельдович
<variant>Филипп – Ван – Слайк
<question>Науқасқа вагосимпатикалық блокада жасалды. Оның дұрыс жасалған критеріі:
<variant>Горнер үштігі
<variant>Пути үштігі
<variant>Жөтелдің тоқтауы
<variant>Блокада жасалған жақтағы бет және мойын терісінің бозаруы
<variant>Тыныс шығарудың үзілу симптомының болуы
<question>Науқас Ч. 26 жаста, оң жақ көкіректің ауырсынуымен, еңтігу, әлсіздікпен келіп түсті. Жоғарыдағы аталған шағымдар физикалық жүктемеден кейін пайда болды. Науқастың жағдайы ауыр. Мәжбүрлі қалыпта. Тері жамылғылары көгерген. Перкуссияда оң жақ кеудеде қораптық дыбыс байқалады, аускультацияда оң жақ өкпенің жоғарғы бөлігінде

дыбыс есітілмейді. Тыныс алу жиілігі мин 26-30 рет. Кеуденің жалпы шолу рентгенографиясында оң жақтық пневмоторакс және толық колапсталған өкпе. Плевра қуысын ... дренажда жүргізіледі.

<variant>бұғана орта сызық бойынша 2-ші қабырға аралықта

<variant>орталық қолтық асты сызық бойынша 6-шы қабырға аралықта

<variant>артқы қолтық асты сызық бойынша 7-шы қабырға аралықта

<variant>артқы қолтық асты сызық бойынша 8-шы қабырға аралықта

<variant>артқы аксиларлы сызық бойынша

<question>Тұйық жарақат кезінде өкпенің жыртылуына тән белгі:

<variant>гемо - пневмоторакс

<variant>гемоторакс

<variant>пневмоторакс

<variant>рентгенологиялық зерттеу кезінде өкпенің қараюы

<variant>қан түкіру

<question>Науқас 45 жаста, жол апатына түскен.

Ендікпеге, қан қақыруға, кеуде қуысының оң жақ бөлігінде парадоксальді тынысына шағымдарымен ауыр жағдайда жеткізілді.

Рентген зерттеуінде ортаңғы бұғана сызығы бойымен қабырғаның оң жағынан шашыраңқы сынығы және ортаңғы қолтық асты сызығы бойымен 4-ші қабырғаның жылжыған бөліктерімен сынығы анықталған, ол 3 сызық бойымен сынған, гемоторакс байқалады. АҚ

-90/60 мм.р.т.ст. Пульс 115 минутына, аз толымды, кернеулі. Плевральді пункция кезінде қан шығарылды, ол шприцте ұййды, шприцке ауа жеңіл түседі. Емдік іс-шаралар:

<variant>тез арада өкпе тіндерін тігу арқылы торакотомия жасау, қабырға остеосинтезін жасау

<variant>плевра қуысын дренаждау

<variant>плевра қуысын пункциялау

<variant>консервативті антибактериальді терапия

<variant>өкпенің жасанды желдетуі

<question>Науқас оң көзінін жасаурауы,

жарықтан қорқуы, шаншуы, ауруына шағымданады. Анамнезінде оң көзін кеше бау-

бақшада жұмыс істегенде зақымдаған. Көргенде: көруі ОД – 0.4 к/ж, ОС –1.0. Объективті: ОД -

перикорнеальді инъекция, қасан қабақ орталық аумағында жанынаң жарық

түсіргенде,опалесценсиясы, оптикалық аумақта мөлдірлігі жоғалған. Дәрігер шырышты қабаттына 0,1% флюоросцеин ері-н инстиляция істеді. Қасан қабақ аумағы өлшемі 2.0× 1.5 мм

жасылдау түске боялды репаративті. Диагнозы және емі:

<variant>қасан қабақ жарақаттық эрозиясы;

антибиотик және репаративті процессті жақсартатын препараттар инстиляциясы

<variant>қасан қабақ ойық жарасы;

парабульбарды антибиотиктер және кортикостероидтар инъекциясы

<variant>қасан қабақ тыртығы; кератопластика

<variant>қасан қабақ жарақаттық эрозиясы;

альбуцид, антибиотиков және витамин инстиляциясы

<variant>қасан қабат өтпеген жарақатты,стационарды ем

<question>Электр дәнекерлеуші 28 жаста,

бірнеше уақыт қорғаныс қолданбай жұмыс істеген . Екі көзінде 5 сағатта, кейін ауруы,шаншуы, ашуы пайда болған. Ол ең жақын емханаға көмек сұрап келген. Тексергенде ОИ –

айқын қабақ және көз алмасының шырышты қабаттының гиперимиясы, көптеген, қасан қабат эрозиясы, жарықтан қорқуы, блефароспазм. Емі:

<variant>альбуцид 30% ер -сін инстиляциясы

<variant>мұздай басқышты

<variant>кезкелген анестетик инстиляциясы

<variant>0,25% левомецет ер-сін инстиляциясы

<variant>гидрокортизон ер-сін инстиляциясы

<question>Жарыққа сезімталдығын анықтау үшін ... қолданылады.

<variant>Адаптомер

<variant>Қуыстық шам (лампа)

<variant>Тонометр

<variant>Аномалоскоп

<variant>Белостоцкий - Фридман түстік тест

<question>Анальды сызат диагнозын қойған кезде ирригоскопияның көрсеткіші:

<variant>дефекациядан кейін тамшылап қанның бөлінуі

<variant>дефекациядан кейін қарқынды қансырау

<variant>анустан шырышты қан аралас бөліну

<variant>аз мөлшерде ақшыл қызыл қанның бөлінуі

<variant>үлкен дәретке шығуға қорқу

<question>Аналь қышуының біріншілік себебі ... болуы мүмкін.

<variant>қант диабет

<variant>аналь каналының және тоқ ішектің қабынулы аурулары

<variant>глистті инвазия

<variant>сары ауру және пиэлонефрит

<variant>гигиенаны сақтамау

<question>Геморрой патогенезінде негізгі себебі:

<variant>тамақтану мәнері

<variant>тамырлық фактор

<variant>механикалық фактор
<variant>созылмалы іш қатулар факторы
<variant>әйелдерде жүктілік және туу факторлары
<question>Геморройдың 1-ші сатысында ішкі түйіндердегі өзгерістер:
<variant>қанайды,бірақ анал каналынан сыртқа шықпайды
<variant>түседі, бірақ өздігінен енеді
<variant>түседі және өздігінен енбейді
<variant>дефекация актісі кезінде қанайды, түседі және өздігінен енеді
<variant>анамайды және түспейді
<question>Геморройдың 3-ші сатысында ішкі түйіндердегі өзгерістер:
<variant>түседі,енуі үшін қолдың көмегі қажет
<variant>күшену кезінде түседі және өздігінен енеді
<variant>ұлғайған және дефекация кезінде қанайды
<variant>ұлғайған және дефекация кезінде қанайды,жылына 1-2рет тромбталады
<variant>әрқашан түседі және енбейді
<question>Жіті тромбоз кезінде инфекцияның қосылу нәтижесінде геморройдалды түйінге ... алыпкелетіні.
<variant>тік ішектің шырышты қабатының микроциркуляциясының бұзылуы
<variant>парапроктиттің дамуы
<variant>тік ішекте жыланкөздің пайда болуы
<variant>тік ішек тамырының өршіген тромбозы
<variant>тік ішектің дистальды бөлігінің шырышты қабатында микроциркуляцияның жақсаруы,қабынуошағындағы қан көлемінің ұлғаюынан болады
<question>Жіті тік ішектің сызаты:
<variant>бұлшық ет қабатының зақымдануы салдарынан анальді жолының шырышты қабатының дефектісі болады
<variant>параректальды клетчатканың қабынуы
<variant>төменгі ампулярлы тік ішектің шырышты қабаты аймағының дефекті
<variant>крипитит
<variant>пектеноз
<question>Жіті тік ішектің сызаты жиі ... орналасады.
<variant>тік ішек каналының артқықа бырғасында
<variant>тік ішек каналының алдыңғықабырғасында
<variant>циферблат бойынша 3 сағаттүрінде
<variant>циферблат бойынша 9 сағаттүрінде
<variant>алдыңғы және артқы қабырғасында бірдей орналасады
<question>Жіті тік ішектің сызатынатән емес:

<variant>іріннің бөлінуі
<variant>тік ішекте ауырсынудың болуы
<variant>сфинктерспазмы
<variant>қоймалжын қанды бөліну
<variant>дәретке барудан қорқуы
<question>Жіті тік ішектің сызатына ... тән.
<variant>дефекациякезінде
<variant>күнделікті
<variant>дефекацияданкейін
<variant>дефекацияғадейін
<variant>түнгі
<question>Жіті тік ішектің сызатының хирургиялық еміне көрсеткіш:
<variant>консервативті емінің тиімсіздігінен, жиегінің тығыздалу кезінде «қорғаныстөмпешігі» пайда болғанда
<variant>бірден диагноз қойылғаннан кейін
<variant>консервативті емнен 2 аптадан кейін
<variant>ауру басталғаннан кейін 2 айдан соң
<variant>тек сфинктердің спазмы болған жағдайда
<question>48 жастағы жүргізуші ер кіс ідәрігерге шағымданды. Күшенген кезде көтеншектен қыжылдаусезімі, қанның мерзімді бөлінуі, іштің қат уы, тамақтануы тұрақты емес, алкогольді шектентыс пайдаланбайды, 10 жыл көлемінде ауырады, дәрігерге көмекке жүгінбеген.
Диагнозы:
<variant>созылмалы анальді артқы сызат
<variant>созылмалы сыртқы геморрой
<variant>созылмалы ішкі геморрой
<variant>созылмалы сыртқы және ішкі геморрой
<variant>созылмалы аралас геморрой
<question>Дәрігерлік көмек көрсету үшін сізді үйге 56 жастағы науқас шақырды. Әйелінің айтуы бойынша көп жылдан бері геморроймен зардапшегеді,күйеуі 2 сағат бұрын келіп,әжетханада күшенгенкезде аздап қан шыққандығына шағымданды науқас қарқынды емес, жатыр, тері жамылғыларының бозғылттылығы байқалады, жалпы әлсіздік, бастың айналуына шағымданады, тікішектен тоқтамайтын қызыл ақшыл ағындағы қансырау анықталды. АҚ – 90/ 40мм.рт. ст. Пульс перифериялық артерияда нашар толады, 116с 1мин. Науқастың жағдайына сіздің бағаңыз және әрі қарай тактикаңыз:
<variant>хирургиялық ем стационар жағдайында
<variant>үй жағдайында динамикасын қадағалау
<variant>амбулаториялық ем жергілікті препараттарды қолданумен
<variant>науқасты госпитализациялау
<variant>науқасты госпитализациялаудың қажеттілігі жоқ

<question>30жастағы жас әйел бір апталық командировкадан келген соң,өзінің участкілік дәрігерінен көмек сұрап күшенген кезде көтеншекте шыдатпас қатты ауырсынуына шағымданды.Анамнезінде:командировкада уақытылы тамақтанбағандығы, одан қоса құрғақ тағамдар жеген;3-4 күн үлкен дәретке шықпаған, 1-ші дефекациясы көтеншекте қатты ауырсынумен және аздаған қан арласуымен жүрген. Кеше үй жағдайында келесі акт дефекациясы көтеншекте қатты ауырсынумен жүрді, қысқа естен танумен қоса, көтеншек аумағын қарағанда қысылу орын алуда, саусақпен жай қыртыстарын ажыратқанда 1см дефект байқалады аздаған қызғылт қан тамшысымен. Диагностикалық манипуляцияларды жүргізу қажет диагнозды анықтау үшін ... жүргізу керек.

<variant>саусақтық зерттеу

<variant>аноскоппен

<variant>ректороманоскопия

<variant>ректальді айнамен зерттеу

<variant>фистулография

<question>28жастағы мейірбике емханадағы участкілік дәрігерге жиі іш қату зардабымен көмекке қаралды.Өздігінше өзіне тазалау клизмасын жасаған 10 күн бұрын, жасау барысында артқы қуыстың тінін жарылған әйнектің соңымен жарақаттаған. Содан соң клизма жасамай қойған, бірінші акт дефекациясы қатты ауырсынумен жүрілге. Мұндай сезімдер кейінде қайталанып жүрген, клизмасыз. Қарап көргенде анус аумағында қысылу байқалады,жай қыртыстарын ашып қарағанда сызықтық дефектер байқалады, 5-7 сағатта тері шекарасында және шырышты қабығында орналасқан, ұзындығы 2 және 2,5см, тегіс емес жыртылған шеттерімен, бұлшық ет қабаттарына дейін енеді. Диагнозы:

<variant>анальді сызат

<variant>криптит

<variant>ішкі геморрой

<variant>парапроктит

<variant>сыртқы геморрой

<question>Науқас,56 жаста,участкілік дәрігердің қабылдауында шығамданады кішігірім ішекті босатуында қиналады,бірде сұйық үлкен дәреттің және желдің ұстамауына. Өзін науқасын деп есептейді бір жыл көлемінді,алғашқы рет бірінші іш қатудан кейін, әр актдефекациясы ауырсынумен жүрілді, алдында қатты, кейіннен жай жай, тазалау клизмасымен, ішті босататын заттармен және жылы отыратын ванналармен жақсыртып отырған. Сонғы айлары іштің ұстамауы және дефекацияның сағина тәріздес диаметр 1-1,5см.6-12сағатта тері шетінде ануоста

мазольданған шеті айшықтанған жара 2X3X1см,іріңді және фибринмен аздаған ауырсынады. Диагнозы:

<variant>алдыңғы және артқы анальді сызат

<variant>криптит

<variant>ішкі геморрой

<variant>толық емес ішкі тік ішек жыланкөзі

<variant>тері астылық парапроктит

<question>Науқас Б, қаралды шағымымен бір ай бұрын пайда болған денсаулығының дискофортына; біраз мазасыздыққа,дене қызуының 37,5-38 С көтерілуіне, бұтаралық түттікпен ауырсынуға дефекация кезінде күшейетін, үлкен дәретте шырышты ірің қан аралас болуын.

Анамнезінде-үлкен дәреті көп жыл қатумен,созылмалы геморрой аздаған қансыраумен және ауырсынулар.

Объективті: Жалпы жағдайы қанағаттанарлық, бұт ара аумағының анустың оң жағында анықталады ауырсынатын инфильтрат 8*6*5см, терісі өзгермеген, флюктуация жоқ. Тік ішекті саусақпен зерттегенде анальді каналында анықталады тығыз, ауратын өсінді, саусақта –қан, пальпацияда оң жақ шат лимфа түйіндері ұлғайған. Диагнозы:

<variant>жіті парапроктит

<variant>жіті геморрой

<variant>геморройдың түйіндердің жіті тромбозы

<variant>ішкі геморроидальді түйіндердің тромбозы

<variant>тікішек полипі

<question>Науқас 30 жаста, дефекация кезінде артқы өтіс аймағындағы шыдатпайтын ауырсынуға шағымданып келді. Анамнезінде: тұрақты емес тамақтану режимі, оның ішінде құрғақ тамақты ішу, соған байланысты үлкен дәреттің 3 күнге дейін тежелуі және дефекация кезінде қатты ауырсыну болды, бірдеңе жарылғандай болып қан кетуімен қосарласты. Кеше үй жағдайында дефекация кезінде интенсивті ауырсыну болды. Науқастың айтуы бойынша шыдатпайтын ауырсыну болды, егерде медициналық көмек көрсетпесек науқас суицидалды әрекетке баратынын айтты. Қарау кезінде: анус аймағында спазм анықталды тері аймағын ақырын жиырғанда қыртыс 6 сағ.

Сәйкес келеді, тері мен шырышты қабат шекарасында ұзыдығы 1см-ге дейін сызықтық дефект анықталды, алқызыл түсті қан тамшысы бөлінеді. Әрі қарай тексеру науқастың ауырсыну реакциясына байланысты қажет етілмеді. Диагнозы:

<variant>жіті артқы анальдің сызаттану

<variant>жіті геморрой
<variant>ұйымшақтық жол эпителиінің абсцесі
<variant>жіті геморройдальды түйіндердің тромбозы.
<variant>жіті парапроктит
<question>Науқас И. 24 жаста, босанудан кейінгі кезеңде 5-6 күн бойы тұрақты іш қатуы орын алды. Осы жағдайда кезекті дефекация кезінде анальді аймақта қатты ауырсыну мен аздаған қан кету пайда болды. Келесі ішек босаулары да аздаған ауырсынумен бірге жүретін, бірақ 1-1,5 сағ, соң анус аймағында күшті спазматикалық ауырсыну пайда болып, үзіліссіз 3-4 сағатқа созылған. Мұндай жағдай шамамен 1 айдан бері мазалайды. Емізулі ананы титықтатып, жүйкесіне тиген. Қарау кезінде анальді аймақта сағат 6 шамасында тері мен шырышты қабық шекарасы тұсында үлкейген ішкі геморройдальды түйіндер анықталады. Қан ағу жоқ. Ұзындығы 1,5 ай сызқтық дефект. Саусақпен тексеруді науқаста орын алған сфинктероспазм мен ауырсынулық жауап реакциясының пайда болуы нәтижесінде манипуляцияны тоқтатуға тура келді. Емдеу тәсілі:

<variant>новокаинды блокада
<variant>латексті сақина салу
<variant>геморроидэктомия
<variant>анальды сызатты кесу
<variant>тромбэктомия
<question>42 жастағы науқас шағымданды: артқы өтіс аймағының қатты ауырсынуына, жүрген және отырған кезде ауырсыну күшейді. Көп мөлшерде алкогольді ішімдікті және ащы таамдарды қабылдағаннан соң дамиды. Науқастың жалпы жағдайы орташа ауырлықта. Дене қызуы 37,6 градус. Артқы өтіс аймағында қоңыр –көк түсті, қатайған жіті ауыратын түйін байқалады. Диагнозы:
<variant>геморроидальды түйіннің жіті тромбозы
<variant>жіті парапроктит
<variant>созылмалы парапроктит
<variant>жіті аналь тесігінің жарығы
<variant>эрозивті проктосигмоидит
<question>Науқас 53 жаста, 20 жыл бойы аздаған геморройдальді қан кетумен жүретін геморройдан зардап шегеді. Соңғы бір жыл ішінде 3 рет геморройдальді түйінді тромбозы болған. Ұсынылған отадан науқас бас тартқан. Әлсіздігінің ұлғаюына және жұмысқа қабілетінің төмендеуіне байланысты хирургқа қаралады. Жалпы жағдайы қанағаттарлық, бозарған нв -68г/л, эр -2.1x10¹². Диагнозы:
<variant>созылмалы геморрой
<variant>жіті парапроктит

<variant>созылмалы парапроктит
<variant>жіті аналь тесігінің жарығы
<variant>геморройдальді түйіннің тромбозы
<question>45 жастағы науқас анус аймағының ауырсынуына шағымданып келді, дефекациядан кейін күшейеді, анустан ақшыл қызыл қан бөлінеді. Саусақпен зерттеу кезінде шартты цеферблатта сағат 6 деңгейінде шырышты қабаттың дефекті байқалады, пальпациялағанда жіті ауырсынады. Диагнозы:
<variant>созылмалы анальді сызат
<variant>созылмалы криптит
<variant>созылмалы парапроктит
<variant>тік ішек толық емес ішкі жыланкөзі
<variant>анальді бахром
<question>Ректороманоскопты ... қолданады.
<variant>созылмалы анальді сызатында
<variant>геморроидальді түйіннің тромбозында
<variant>жіті анальді сызаттында
<variant>жіті парапроктитте
<variant>жіті геморройда
<question>Купер отасы:
<variant>ішкі геморроидальді түйінін таңу
<variant>сыртқы геморроидальді түйінін тілу
<variant>ішкі геморроидальді түйінін тілу
<variant>ішкі және сыртқы геморроидальді түйіндерін таңу
<variant>тікішек жыланкөзін тілу
<question>Симптомсыз геморройдың белгілері:
<variant>тексеру кезінде ішкі геморрой түйіндерінің болуы
<variant>дефекация кезінде сыртқы геморройдың ұлғаюы
<variant>дефекация кезінде ішкі геморройдың ұлғаюы
<variant>дефекация кезінде сыртқы және ішкі геморройдың ұлғаюы
<variant>шат аумағының түйіндерінің ұлғаюы
<question>30 жасар ер кісі шағымымен қаралды, 1 жылдан бері іш қатуға бейімділігі және соңғы 2 күннен бері дефекация актисі кезінде ал қызыл қан араласқан бөлінді байқалды. Диагнозды анықтау үшін ең ықтимал іс-әрекетіңіз:
<variant>колоноскопия, тік ішекті саусақпен тексеру
<variant>УДЗ
<variant>іш қуысының шолу рентгенографиясы, эзофогоскопия
<variant>асқазан ішек жолдарын контрасты затпен зерттеу
<variant>ирригография
<question>Науқас геморройдың II дәрежесімен оперативті түрде емделуге жоспарлы түрде түсті. Ректальді зерттеуде 3,7,11 сағатта геморройдальді

түйіндер анықталды. Ота түрі:

<variant>ФЗИ проктология модификациясы
Миллиган-Морган отасы
<variant>Миллиган-Морган отасы
<variant>Субботин отасы
<variant>Тромбталған түйінін тілу және некротикалық қоймалжыңын алып тастау
<variant>Түйінге склеролірлеуші ерітіндісін енгізу
<question>Анальді сызат ... жарты иірім өзектерінде жиі орналасады.
<variant>анальді каналдың артқы
<variant>анальді каналдың оң жақ
<variant>анальді каналдың сол жақ
<variant>анальді каналдың алдыңғы
<variant>анальді каналдың алдыңғы және артқы
<question>Симптомдар триадасы – дефекация кезінде анус аймағындағы ашып ауырсыну және қан кету, көп уақыт бойы анальды қышу науқасты мазалайды. Болжамды диагноз:
<variant>тік ішектің жыртылуы
<variant>геморрой
<variant>ректит
<variant>сфинктерит
<variant>тік ішектің ісігі
<question>Науқас дефекация кезінде ауырсынудың болуына және үлкен дәретінен кейін алқызыл қанның шығуына шағымданды. Тік ішекті саусақпен зерттеген кезде анальды өзекте жіті ауырсыну бар. ... отасы жасау керек.
<variant>тік ішектің жыртылыстарын кесу
<variant>геморроидэктомия
<variant>тік ішектің резекциясы
<variant>полипэктомия
<variant>тік ішектің резекциясы
<question>Тік ішекті саусақпен тексерген кезде анал тесігінен 3 см қашықтықта бірнеше түйінді түзілістер, өлшемі 1,5x2 см, аз қозғалмалы, жұмсақ-эластикалы консистенциялы, анықталған. Ота түрі:
<variant>геморроидэктомия
<variant>тік ішек экстирпациясы
<variant>колостомия
<variant>полипэктомия
<variant>төмен түсірумен тік ішек резекциясы
<question>Жіті мезентериалдық қанайналуы бұзылғанда қолданылатын маңызды емі:
<variant>хирургиялық
<variant>инелітерапия
<variant>УВЧтерапия
<variant>гемодиализ
<variant>антибактериальді терапия
<question>Жіті артериялық эмболияның емі:
<variant>эмболды алыптастау

<variant>консервативті
<variant>новокаинді іқоршау
<variant>санаторлы-курорттық
<variant>антибактериалды
<question>Тромбофлебит клиникалық ағымына байланысты ... болып бөлінеді.
<variant>жіті, жітіасты, созылмалы
<variant>созылмалы, латентті
<variant>жіті, латентті
<variant>жіті, жітіасты
<variant>жіті, созылмалы
<question>Теріастылық күбіртке қабынуының терең жатқантіндерге таралуы:
<variant>саусақтың теріасты май қабатының ерекшелігіне байланысты
<variant>саусақтың терісінің ерекшелігі байланысты
<variant>саусақтың қан айналым ерекшелігі байланысты
<variant>нервтің орналасу ерекшелігіне байланысты
<variant>алақан беткейінің түкті фолликулдардың болмауы
<question>Саусаққаоперация жасау үшін, жергілікті жансыздандыру ... әдісімен жүргізіледі.
<variant>Оберст- Лукашевич
<variant>Вишневский
<variant>жағу
<variant>салқындату
<variant>тамыршілік анестезия
<question>Алақан бетіндегі іріңді қабынудың, сыртқы бетінде ісіктердің пайдаболуы ... ерекшелінеді.
<variant>саусақтағы лимфа және қан айналымымен
<variant>сыртқы бетінің құрылымымен
<variant>алақан терісінің құрылымымен
<variant>саусақтың қан айналымымен
<variant>тері асты май қабатының құрылысымен
<question>Ампутация жасалынатын күбірткенің түрі:
<variant>пандактилит
<variant>тері астылық күбіртке
<variant>паранохия
<variant>сіңірлік күбіртке
<variant>теңдовагинит
<question>Жіті аппендицит күдігі кезінде ... қолдануға қауіпті.
<variant>тазалау клизмасы
<variant>мұз мұйық
<variant>антибиотиктер
<variant>асқазанды жуу
<variant>жіті лапаратомия

<question>Жіті аппендициттің гангренозды түріне тән симптом:

<variant>ауырсынудың төмендеуі және тахикардия

<variant>"тақтай тәріздес " іш

<variant>оң жақ мықын аймақта кенеттен ауырсынудың күшеюі

<variant>іште толғақ тәрізді ауырсыну

<variant>іштің өтуі

<question>Жас балаларда жедел аппендициттің клиникалық көріністің өту ерекшеліктері:

<variant>іштің тітіркену симптомы,кайталамалы құсық, лейкоцитоз

<variant>ауырсыну синдромы жалпы әлсіздік

<variant>қанда лейкоциттің төмендеуі

<variant>қалыпты температура

<variant>құсықтың болмауы

<question>Егде жастағы адамдарда жіті аппендицитке тән көрсеткіш:

<variant>ауырсыну синдромы әлсіз дамиды

<variant>тоқтаусыз құсық

<variant>гектикалық дене температурасы

<variant>іште тітіркену симптомы

<variant>жоғары лейкоцитоз

<question>Науқас 66 жаста, температураның жоғарлауына, оң жақ мықын аймағының ауырсынуына және ішектік дискомфортқа шағымданады. Пальпация кезінде оң жақ мықын аймағында – бұлшық ет ригидтілігі анықталады, бұл көрініс ... тән.

<variant>жіті аппендицитке

<variant>сигматәрізді ішектің айналуына

<variant>дивертикулитке

<variant>Гиришпруг ауруына

<variant>жаралы колитке

<question>Іш қуысын төмен басып қолды бірден жібергенде ауырсыну күшюі, бұл- ... симптомомы.

<variant>Щеткин - Блюмберг

<variant>Воскресенский

<variant>Раздольский

<variant>Ситковский

<variant>Ровзинг

<question>Сол бүйірімен жатқанда оң мықын аймағын пальпаторлы басқанда ауырсыну күшюі бұл - ... симптомы.

<variant>Бартомье - Михельсон

<variant>Воскресенский

<variant>Ровзинг

<variant>Ситковский

<variant>Раздольский

<question>Жіті аппендициттің асқынуында отаға қарсы көрсеткіш:

<variant>аппендикулярлы инфильтрат

<variant>перитонит

<variant>сепсис

<variant>пилефлебит

<variant>аппендикулярлы абсцесс

<question>Жіті холецистит және жіті аппендицитті дифференциальді диагностикалауда ең тиімді әдіс:

<variant>УДЗ

<variant>лапароскопия

<variant>холецистография

<variant>ангиография

<variant>лейкоцитарлы индексті анықтау

<question>Жіті іш бүлігіне жиі алып келетін үш себеп:

<variant>жіті аппендицит – жіті ішекөтімсіздігі

<variant>жіті аппендицит- гастроинтестиналді қан кету

<variant>ішкі ағзалардың тесілуі- жіті аппендицит

– жіті ішек өтімсіздігі

<variant>жіті аппендицит- ішкі ағзалардың

тесілуі- қан кету

<variant>ішкі ағзалардың тесілуі – қан кету –жіті

аппендицит

<question>Науқастың шағымы іштің барлық бөлігінің ауырсынуы, жүрек айну, ауызының құрғауы, құсу, жалпы әлсіздік. 25 сағ бұрын жіті басталған. Эпигастрии аймағы кенеттен ауырған, жүрек айну, көзі қарауытқан. Іштің кебуі байқалған, іштен газ шықпаған. Диагноз:

<variant>ішектің түйілуі

<variant>инфарк миокардтың абдоминалді

формасы

<variant>крупозды пневмония

<variant>жіті бүйрек жетімсіздігі

<variant>неспецификалық жаралы колит

<question>Ішек түйілу күдіктелді, қолданылатын

қосымша диагностикалық іс шаралар:

<variant>шолу рентгенографиясы

<variant>өңешті контрастпен зеріттеу

<variant>торакоскопия

<variant>лапароцентез

<variant>шолу урографиясы

<question>Науқаста жіті іштің ауырсынуы шолу рентгенографияда диафрагма күнбезі астында ауа анықталды. Диагноз:

<variant>Асқазан жарасының тесілуі

<variant>Жіті панкреатит

<variant>Крон ауыруы

<variant>Меллори – Вейса синдромы

<variant>Жіті аппендицит

<question>Науқаста холецистэктомиядан кейінгі синдром. Алкогол ішкеннен соң іштің жоғарғы бөлігінде айналмалы ауырсыну байқалады, көп реттік құсық, коллапс. Диагноз:

<variant>геморрагиялық панкреонекроз
<variant>жіті гастрит
<variant>холедох таспен бітелуі
<variant>жіті панкреатит
<variant>жіті аппендицит
<question>Курвуазье симптомынән патология:
<variant>ұйқы безінің қатерлі ісігі
<variant>жіті панкреатит
<variant>созылмалы калькулезді холецистит
<variant>бауыр циррозы
<variant>дуоденостаз
<question>Фатеров емізкшесінің стенозындажасалатын ота:
<variant>папилосфинктеротомия
<variant>холецистоеюноанастомоз
<variant>холецистодуоденостомия
<variant>холедохтысыртқадренаждау
<variant>Фатер емізкшесін буждау
<question>Егде жастағы адамдарда механикалық сарғаюда холедохолитиаз кезінде қолданылатын әдіс:
<variant>эндоскопиялық папиллотомия
<variant>холедохты сыртқа дренаждау
<variant>билиодигестивті анастомоз
<variant>транс бауырлық дренаж
<variant>тарылудыалу
<question>Қысылған жарықтың емдеу тактикасында ... қолданылмайды.
<variant>жарықты тез арада қалпына келтіру
<variant>жарықтың аузын ашу
<variant>қысылған органның өмір сүру қабылетін тексеру
<variant>оперативті ем
<variant>жарық қабынашу
<question>Қысылған жарық кезінде біріншілік емдік шара:
<variant>шұғыл операция
<variant>жарықты қалпына келтіруде аналгетиктер қолдану
<variant>жарықты қалпына келтіруде спазмолитиктерді қолдану
<variant>жалпы лай жылы ванна қабылдау
<variant>жарықты қалпына келтіру
<question>Гастрозофагалды рефлюкстегі жарық түрлерінің сипаттамалары:
<variant>Диафрагмадағы өңешті каксиальды жарық тесігі
<variant>Диафрагмалды жарақат
<variant>Морган Ларрея қуысы арқылы
<variant>Богдалека
<variant>Параэзофагеальді
<question>Науқыста шаптық жарық және ол жиі қысылады. Осы кезде науқастың айтуы бойынша зәр шығарудың жиіленуінежәне

қасағаүстініңауырсынуыжарықтың ... түріне сәйкес келеді.
<variant>тайғыш жарық
<variant>жабық тесіктік жарық
<variant>тік шаптық жарық
<variant>сандық жарық
<variant>қиғаж жарық
<question>30 жасар науқаста деструктивті панкреатит бойынша диагноз қойылған. Клиникалық диагнозында гектикалық температура, тахикардия, қалтырау, лейкоцитарлық формулалардың солға өзгерісі, эпигастриде инфильтрат пальпацияланады, нақты ... ақпарат береді.
<variant>шарбы май қалтасының абцессі
<variant>пневмония
<variant>құрсақтық флегмона
<variant>ұйқыбезінің кистасы
<variant>ирригоскопия
<question>Ойық жара перфорация кезіндегі бауырлық тұйықталудың жоғалу симптомы:
<variant>Спигарний
<variant>Ситковский
<variant>Валя
<variant>Воскресенский
<variant>Жибер
<question>5 жылданберіасқазанжәне 12 еліішіектеойықжарасыбарнауқасты 6-12 сағаткөлеміндебәріншұғылэвакуациялағанкезде ... депойлауғаболады.
<variant>стеноздыңсубкомпенсациялықстадиясы
<variant>эвакуациябұзылмаған
<variant>стеноздыңкомпенсіріленгенсатысы
<variant>стеноздыңдекомпенсіріленгенсатысы
<variant>перфорация
<question>Әйел 28 жаста тамақтанғаннан соң эпигастрии аймағындағы ауырсыну, түнгі "аштық" ауырсынулары. Диагнозы:
<variant>12 елі ішіек ойық жарасы
<variant>асқазан ойық жарасы
<variant>созылмалы панкреатит
<variant>созылмалы холецистит
<variant>созылмалы гастрита
<question>Асқазан ойық жарасында бауырлық тұйықталу ... жойылады.
<variant>құрсақ қуыстарында бос газдардың болуынан
<variant>ішектік желденуінен
<variant>көк еттің биік жағдайынан
<variant>құрсақ қабырғасымен бауырдың интерпозициялық арасындағы ішек ілмегінен
<variant>құрсақ қуысында сұйықтық болуынан
<question>Жіті аппендицитте Ровзинг симптомы ... сипатталады.

<variant>шалқасынан жатқан науқастың сол мықын аймағына түртпелі қимылдар жасағанда ауру сезімінің оң мықын аймағында күшеюімен
<variant>оң мықын аймағына перкуссия жасағанда ауру сезімінің күшеюімен
<variant>ауру сезімінің кіндік аймағынан оң мықын аймағына ауысуымен
<variant>ауру сезімінің эпигастрии аймағынан оң мықын аймағына ауысуымен
<variant>сол қырынан жатқан науқастың оң мықын аймағына пальпация жасағанда ауру сезімінің күшеюімен
<question>Жіті аппендицитте Ситковский симптомы ... сипатталады.
<variant>науқас шалқасынан сол қырына ауысқанда оң мықын аймағында ауру сезімінің күшеюімен
<variant>оң мықын аймағына перкуссия жасағанда ауру сезімінің күшеюімен
<variant>ауру сезімінің кіндік аймағынан оң мықын аймағына ауысуымен
<variant>шалқасынан жатқан науқастың сол мықын аймағына түртпелі қимылдар жасағанда ауру сезімінің оң мықын аймағында күшеюімен
<variant>сол қырынан жатқан науқастың оң мықын аймағына пальпация жасағанда ауру сезімінің күшеюімен
<question>Жіті аппендицитте Раздольский симптомы ... сипатталады.
<variant>арқасымен жатқанда оң мықын аймағына перкуссия жасағанда ауру сезімінің күшеюімен
<variant>ауру сезімінің кіндік аймағынан оң мықын аймағына ауысуымен
<variant>ауру сезімінің эпигастрии аймағынан оң мықын аймағына ауысуымен
<variant>шалқасынан жатқан науқастың сол мықын аймағына түртпелі қимылдар жасағанда ауру сезімінің оң мықын аймағында күшеюімен
<variant>сол қырынан жатқан науқастың оң мықын аймағына пальпация жасағанда ауру сезімінің күшеюімен
<question>Жіті аппендицитте Кюммель симптомы ... сипатталады.
<variant>ауру сезімінің кіндік аймағынан оң мықын аймағына ауысуымен
<variant>оң мықын аймағына перкуссия жасағанда ауру сезімінің күшеюімен
<variant>ауру сезімінің эпигастрии аймағынан оң мықын аймағына ауысуымен
<variant>шалқасынан жатқан науқастың сол мықын аймағына түртпелі қимылдар жасағанда ауру сезімінің оң мықын аймағында күшеюімен

<variant>сол қырынан жатқан науқастың оң мықын аймағына пальпация жасағанда ауру сезімінің күшеюімен
<question>Ішкеаускультация жасағанда перфорациялық тесіктен «күмістік» шуылдың шығуы ...
<variant>Юдин
<variant>Спижарный
<variant>Бейли
<variant>Дьелафуа
<variant>Элекер
<question>Перфоративті ойық-жараға тән рентгенологиялық белгі:
<variant>Пневмоперитонеум
<variant>Пневмоторакс
<variant>Эмфизема
<variant>Клойбер тостағаншалары
<variant>Ішектің пневматозы
<question>Асқазан ойық-жара тесілуінің диагностикасы:
<variant>құрсақ қуысының жалпы шолу рентгеноскопиясы
<variant>УДЗ
<variant>КТ
<variant>селективті ангиография
<variant>радиоизотопты сканирлеу
<question>Еркек 34 жас, хирургияның қабылдау бөліміне ауыр халде жайылмалы перитонит диагнозымен түсті. Түскенге дейін эпигастрий аймағында қатты ауру, салқын тер сезіміне шағымданған, бірнеше сағаттан кейін ауру сезімі басылған. Дәрігерге қаралмаған. Осы науқастағы перитониттің дамуы:
<variant>ойық жарадан
<variant>жіті аппендициттен
<variant>жіт іпанкреатиттен
<variant>жіті жабыспақ ішекті күтімсіздіктен
<variant>қысылған жарықтан
<question>Жіті холециститке тән симптом:
<variant>Ортнер
<variant>Ситковский
<variant>Бартомье-Михельсон
<variant>Ровзинг
<variant>Керте
<question>Жіті холециститтің объективті симптомы:
<variant>Мерфи
<variant>Воскресенский
<variant>Бартомье-Михельсон
<variant>Ровзинг
<variant>Керте
<question>Жіті холецистит кезінде Ортнер-Греков симптомы:

<variant>оң жақ қабырға доғасын қолдыңқырымен соққанда ауру сезімі
<variant>төс- бұғана- емізікше бұлшықетінің аяқтарының арасын басқанда ауру сезімі
<variant>өт қалтасының тұсын басқанда кенеттен ауру сезімі
<variant>сол жақ қабырға – омыртқа бұрышын басқанда ауру сезімі
<variant>эпигастри аймағында құрсақ қолқасында пульсацияның жоғалуы
<question>Жіті холециститкезінде Мерфисимптомы:
<variant>өт қалтасының тұсынбасып, терең демалғанда кенеттен ауру сезімі
<variant>төс- бұғана- емізікше бұлшық етінің аяқтарының арасын басқанда ауру сезімі
<variant>оң жақ қабырға доғасын қолдыңқырымен соққанда ауру сезімі
<variant>сол жақ қабырға – омыртқа бұрышын басқанда ауру сезімі
<variant>эпигастри аймағында құрсақ қолқасында пульсацияның жоғалуы
<question>Билиокардиалды синдромының атауы:
<variant>Боткин
<variant>Греков
<variant>Образцов
<variant>Спижар
<variant>Керте
<question>Жіті холециститкезінде Боткин симптомы:
<variant>оң жақ қабырға астындағы ауру сезімі жүрек тұсына беруі
<variant>төс- бұғана- емізікше бұлшықетінің аяқтарының арасын басқанда ауру сезімі
<variant>оң жақ қабырға доғасын қолдыңқырымен соққанда ауру сезімі
<variant>өт қалтасының тұсынбасып, терең демалғанда кенеттен ауру сезімі
<variant>сол жақ қабырға – омыртқа бұрышын басқанда ауру сезімі
<question>Жіті холециститті жіті аппендицитпен дифференциалды диагностика жасау барысында қолданылатын симптом:
<variant>Мерфи
<variant>Керте
<variant>Мондора
<variant>Воскресенский
<variant>Пастернацкий
<question>Бүйректі ультрадыбыспен тексеруге дайындау:
<variant>тамақ ішкізбейді
<variant>қуықты толтырады
<variant>тазалау клизмасын жасайды
<variant>қуықты толтырады, клизма жасайды

<variant>қуықты толтырады, тамақ ішкізбейді
<question>Сау адамның Зимницкий сынамасының оптимальді нәтижелері:
<variant>күндізгі несеп мөлшері 2/3 және түнгі тәулік диурез 1/3 құрайды, салыстырмалы тығыздығының ауытқуы 1010/1025
<variant>күндізгі несеп мүшелері көбірек, тығыздығы түнге қарағанда жоғары
<variant>несеп мөлшері және салыстырмалы тығыздығы тәулік мезгіліне байланыссыз тең болу керек
<variant>түнгі несеп мөлшері күндізгіден көбірек және оныңсалыстырмалы тығыздығы күндізгіге қарағанда төмен
<variant>гиперстенурия
<question>Бүйректің шаншуына ... себеп болады.
<variant>несеп ағардың тасы
<variant>жоғарғы несеп жолдарынан несептің жіті айдалуының бұзылуы
<variant>тығындалу нәтижесі немесе, басылуы
<variant>цистит
<variant>эпидидимит
<question>Бүйрек шаншуында жүрек айну, қусу, метиоризміне ... себеп болады.
<variant>бүйрек аймақтың күнді және күтр төрізді байламдардың анастомоздары
<variant>несептің қайта айдалуы (рефлюкстармен)
<variant>несепте PH- өзгеруі
<variant>қан сары суында мочеви́на және креатиннің жоғарылауы
<variant>артериялық қысымның жоғарлануы
<question>... крипторхизм деп атайды.
<variant>Аталық бездің түсу жолында тұрып қалуын
<variant>Екі аталық бездің да жоқ болуын
<variant>Ұрық бауының тамырларының варикозды кеңігенін
<variant>Іш пердесінің вагиналды өсіндісінің облитерациясын
<variant>Аталық бездің сан аймағында болуын
<question>Крипторхизм кезінде аталық бездің орналасуын анықтау үшін ... қолданылады.
<variant>лапароскопия
<variant>жіті түрдегі урография
<variant>радиоизотопты нефросцинтиграфия
<variant>жалпы шолу рентгенографиясы
<variant>ретроградты пиелография
<question>Крипторхизм кезінде ... жиі кездесетін асқыну болып табылады.
<variant>сперматогенездің бұзылуы және аталық бездің малигнизациясы
<variant>ұрық бауының жіті пайда болатын шемені

<variant>шап жарығында аталық бездің қысылып қалуы
<variant>орхиэпидидимит
<variant>аталық бездің тамырларының варикозды кеңеюі
<question>Крипторхизмді оперативті емдеу кезінде ... кең қолданылады.
<variant>Кителі-Тороко-Герцен операциясы
<variant>Винкельман операциясы
<variant>Росс операциясы
<variant>Полом операциясы
<variant>Иванисевич операциясы
<question>Егер жарақат бассүйек қуысына енген болса, мұрын сүйек сынықтарының репозициясын:
<variant>кейінге қалдыру қажет
<variant>шұғыл жағдайда орындау
<variant>2 сағ кейін орындау
<variant>жіті түрде орындау
<variant>тек бассүйек трепанациясы
<question>Мұрыннан қан кетудің басты жергілікті себебі:
<variant>жарақат
<variant>гипертоникалық ауру
<variant>спецификалық инфекцияны ауру
<variant>грипп
<variant>қанауруы
<question>Мұрыннан қан кетудің жалпы басты себебі:
<variant>гипертоникалық ауру
<variant>жарақат
<variant>мұрын ісігі
<variant>мұрында бөгде дене
<variant>мұрын қуысында аатрофиялық процесс
<question>Киссельбахтоғысының жергілікті орны:
<variant>еркіншетінен 1-1,5 см түсіп, мұрын пердесінің алдыңғы төменгі аймағында
<variant>сүйекті және шеміршекті аймақтың арасындағы шекарада
<variant>төменгі мұрын раковинасы аймағында
<variant>сошник аймағында
<variant>мұрын пердесінің артқы аймағында
<question>Мұрыннан қан кеткен науқасты орналастыру ... керек.
<variant>вертикальді
<variant>жартылай отырған
<variant>жатқан
<variant>төсек режимі
<variant>қозғалыссыз
<question>Киссельбах зонасында мұрыннан қан кеткенде көрсетілетін басты шұғыл көмек:
<variant>алдыңғы мұрын тампонадасы
<variant>артқы тампонада

<variant>жылы компресс
<variant>қан алмастырушы және қан құю
<variant>жартылай спиртті компресс
<question>Бала организмнің дұ ақыл және физикалық дамуына әсерететін мұрын қызметінің бұзылысы:
<variant>тынысалу
<variant>сезімталдық
<variant>резонаторлық
<variant>қорғаныштық
<variant>секреторлық
<question>Мұрын артқы тампонының максималді тұру уақытысы:
<variant>72 сағ дейін
<variant>12 сағ дейін
<variant>24 сағ дейін
<variant>48 сағ дейін
<variant>8 сағ дейін
<question>Есту анализаторларына жүйесіне жататын жүйе:
<variant>дыбыс өткізгіштік, дыбыс қабылдау
<variant>асқорыту
<variant>резонаторлі жүйе
<variant>иіс сезу рецепторлары
<variant>лимфа айналым
<question>Сыртқы есту түтігінің ұзындығы:
<variant>2,5 см
<variant>1 см
<variant>2 см
<variant>3 см
<variant>5 см
<question>Жаңа туылған нәрестелердің сыртқы есту түтігінде еболмайтын қабат:
<variant>есту түтігінің сүйекті бөлігі
<variant>сыртқы есту түтігінің жоғарғы қабаты
<variant>сыртқы есту түтігінің төменгі қабаты
<variant>тері-дабыл жарғақтық бөлігі
<variant>артқы қабаты
<question>Дабыл жарғағы ... қабаттардан тұрады.
<variant>эпидермальді, фиброзды, шырышты
<variant>эпидермальді
<variant>фиброзды
<variant>шырышты, базальді
<variant>шөміршекті, эпидермальді
140 <question>Сыртқы есту түтігінің төменгі қабаты:
<variant>құлақ маңы безі
<variant>самай сүйегі
<variant>ортаңғы бас шұңқыры
<variant>дабыл жарғағы
<variant>шықшыт сүйегі
<question>Есту анализаторының адекватты қоздырғышы:
<variant>дыбыс толқыны

<variant>бұрышты күдеу
<variant>тік жолақты үдеу
<variant>бас қалпының өзгеруі
<variant>орталық үдеу
<question>Құлықтың пайда болу себебі:
<variant>құлықтың гиперсекрециясы
<variant>құлақты уақытында тазартпаудан
<variant>жиі сыртқы отиттер
<variant>сыртқы естужолындағы бөгдезат
<variant>құлықтың гипосекрециясы
<question>Құлық болуының белгілеріне ... жатпайды.
<variant>құлақтағы ауырсыну
<variant>естудің бірден төмендеуі
<variant>құлақтың бітуі
<variant>аутофония
<variant>құлақтағы шум
<question>Мұрын қуысындаалдыңғы риноскопия жасағанда кезінде моншақ табылды. Бөгде затты алу әдісі ... мүмкін емес.
<variant>пинцетпен бөгдезатты сақтықпен шығару
<variant>иілген түйрегіш тәрізді зондтың көмегімен шығару
<variant>сіңбіру
<variant>доғал ілмек көмегімен шығару
<variant>тамыр тарылтқыш тамшы тамызған соң сіңбіру
<question>Ринолит - бұл не:
<variant>мұрын қуысында ұзақ уақыттұрған бөгдедененің фосфатты және кальций тұздарымен көмкерілген
<variant>мұрын қуысын тығызбітейтін бөгдедене
<variant>тамақтың қатты бөлігі, лоқсу немесе құсу кезінде хаонаарқылы мұрынқуыс ынатусуі
<variant>қатты консистенциялы бөгдедене
<variant>ілмекпен және иілген түйрегіш тәрізді зондпен алынбайтын бөгдедене
<question>Мұрын қуысындағы бөгдедененің жиі орналасатын орны:
<variant>төменгі мұрын жолы
<variant>мұрын кіреберісі
<variant>хаонаймағы
<variant>ортаңғымұрын жолы
<variant>жоғарғы мұрын жолы;
<question>Мұрыннан қан кету кезіндегі артқы тампонаданы қою уақыты:
<variant>48 сағат
<variant>36 сағат
<variant>24 сағат
<variant>12 сағат
<variant>2 апта
<question>Аденомомиядан кейінгі мұрыннан қан кетудің жиі себебі:

<variant>мұрын- жұтқыншақ бадамша безінің толығымен алынбауы
<variant>отаға дейін қан ұйығыштығының бұзылысын анықталмауы
<variant>әрші аймақтағы тамырлардың аденомоммен зақымдалуы
<variant>мұрын раковинасының амырлық өрімінің ота кезіндегі реактивті жауабы
<variant>шырыш асты қабаттың зақымдалуы
<question>Аденомомиядан кейінгі мұрыннан қанкету барысындабалаға алғашқы көмек көрсету:
<variant>мұрын жұтқыншақты жіті түрде аденомоммен қайталапсылу
<variant>мұрын- жұтқыншақтың артқы тампонадасы
<variant>сервативті гемостатикалық терапиясының жеткіліктігі
<variant>балның аузына мұз тілігін беру
<variant>артқы ұйқы артериясын байлау
150<question>Асфиксия кезіндегі тактика:
<variant>жіті трахеотомия
<variant>жоғарғы бронхоскопия
<variant>эзофагоскопия
<variant>интубация
<variant>тікелей ларингоскопия
<question>Құлақтан құлықты алубарында науқаста жөтелу стама сыпайда болды. Бұл ... тітіркенуімен байланысты.
<variant>кезебе нервтің
<variant>құлақ нервсінің
<variant>үшкіл нервтің
<variant>барабан жарғағының
<variant>бет нервінің
<question>Киссельбахөрімінен қан кетуді тоқтатуәдісі:
<variant>ляписпен күйдіру және гальванакаустика
<variant>мұрынның артқы тампонадасы
<variant>тамыр тарылтқыш тамшылар
<variant>қанқұю
<variant>қан алмастырғыштарды құю
<question>Тор тәрізді сүйек кеота жасаған кейінгі мұрыннан қан кетуді тоқтату әдісі:
<variant>алдыңғы және артқы тампонада
<variant>ляписпен күйдіру
<variant>лазерлік терапия
<variant>сутетігінің асқынтотығымен
<variant>тамыр тарылтқыш препараттар
<question>Мұрын қалқанының травмасынан кейінгі профузды қан кетуді тоқтату әдісі:
<variant>сыртқы ұйқы артериясын байлау
<variant>ішкі ұйқы артериясын байлау
<variant>қанталап жатқан тамырды күйдіру
<variant>гемостатикалық терапия

<variant>тамыр тарылтқыш терапия
<question>Көмей жарақаттарымен қан кету кезінде науқастарға көрсетілетін жәрдем:
<variant>горизантальды және зақымданған жағымен жату
<variant>жартылай отырың қыжәне бастышал қайту
<variant>төсек режимі
<variant>ішпен жату
<variant>қозғалмастан жату
<question>Есту жолдарын тексеру кезінде тіріжәндік байқаймыз. Тактика:
<variant>құлақты жылы дезинфекциялық ерітіндісімен жуу
<variant>жартылай отырыңқы және бастышал қайту
<variant>төсек режимі
<variant>іш пенжату
<variant>қозғалмастан жату
<question>Тырнақ айналасы тіндерініңкүбірткесі:
<variant>тырнақ маңы білікшесініңқабынуы
<variant>барлықтіндер дің қабынуы
<variant>сүйектің қабынуы
<variant>жұмсақтіндердің қабынуы
<variant>тырнақ астының қабынуы
<question>Сыздауықтың жиі асқынуы:
<variant>тромбофлебит
<variant>сепсис
<variant>артрит
<variant>плексит
<variant>коксит
<question>Сыздауықтыңинфилтративті кезеңіндеқолданылатын ем:
<variant>консервативті
<variant>операциялық
<variant>рентгенотерапия
<variant>сәулелі терапия
<variant>химиотерапия
<question>Сыздауық ауруы болғанда ... болмайды.
<variant>сығуға
<variant>қыздырушы компресс қоюға
<variant>УКС терапиясын жасауға
<variant>антибиотико терапия қолдануға
<variant>70% этилспирті мен айналасын тазалауға
<question>Бірнеше түкті қапшықтардың, тері асты шел майбезінің жіті іріңді-некрозды қабынуы:
<variant>шиқан
<variant>сыздауық
<variant>итемшек
<variant>тілме
<variant>эризепелиод
<question>Шиқанның жиі шақыратын қоздырғышы:

<variant>стафилокок
<variant>пневлокок
<variant>стрептокок
<variant>ішектаяқшасы
<variant>гонокок
<question>Сом... жиі кездеседі.
<variant>мойынның артқы беткейінде
<variant>білезіктің алақан бетінде
<variant>табанаймағында
<variant>қолтықасты аймағында
<variant>шатаралығында
<question>Сомды хирургиялық емдеуде ... кеседі.
<variant>кресттәрізді
<variant>жарты ай тәрізді
<variant>білезік тәрізді
<variant>қоссызықты
<variant>секторальды
<question>Абсцестіңемі:
<variant>жітіоперация, абсцесті ашу және түтікшелеу
<variant>жіті ауруханаға жатқызып науқасты қатаң қадағалу
<variant>ағзаның қорғаныс қаблетін жоғарлату үшін колориялы тағамдарды тағайындау
<variant>іріңдік жиналғанға дейін консервативті, антибактериальды терапия
<variant>іріңдікті пункция жасап сыртқа сорып шығару
<question>Флегмонаның абсцестен айырмашылығы:
<variant>іріңді ағымның жайылуы
<variant>іріңді ағымның шектелуі
<variant>іріңдіктің терең деорналасуы
<variant>іріңдіктің болмауы
<variant>іріңдіктің беткей орналасуы
<question>Флегмона дегеніміз:
<variant>тін аралық іріңдіктің жайылмалы жіті қабынуы
<variant>тері бездерінің іріңді қабынуы
<variant>түк қапшықтары және май бездерінің іріңді некротикалық қабынуы
<variant>шектелген іріңдік
<variant>шел май қабатының іріңді қабынуы
<question>Абсцесс ауруында қан анализіндегі байқалатын өзгерістер:
<variant>лейкоцитоз, лейкоцитарлық формуланың солға ығысуы
<variant>тромбоциттің көбеюі, гемоглобиннің жоғарлауы
<variant>ЭТЖ төмендеуі, лейкоциттің төмендеуі
<variant>эритроциттің көбеюі, гемоглобиннің жоғарлауы
<variant>лейкоцитопения, гемоглобиннің төмендеуі

<question>Абсцесс:

<variant>тіндердің шектелген қуысты іріңді қабынуы

<variant>түктүбі фолликулдарының іріңді-некротикалық қабынуы

<variant>лимфа түйіндердің іріңді қабынуы

<variant>шел май тіндерінің іріңді қабынуы

<variant>сүйек тіндерінің іріңді қабынуы

170<question>Абсцестің салыстырмалы диагностикасын ... ауруымен жүргізледі.

<variant>флегмона

<variant>тілме

<variant>гидроаденит

<variant>күбіртке

<variant>лимфаденит

<question>Абсцестің радикальді емі:

<variant>абсцесті ашу және түтікшелеу

<variant>абсцесс қуысын пункциялау

<variant>инфузиялық және дезинтоксикациялық терапия

<variant>абсцесс аймағынан тибиотиктермен шаншу

<variant>физиотерапиялық шаралар

<question>Абсцесс кезіндегі басты жергілікті клиникалық белгі:

<variant>флюктуация

<variant>ауырсыну

<variant>жергелікті температураның жоғарлауы

<variant>гимперия

<variant>ісік

<question>Жұмсақ тін флегмонасының іріңді қабыну кезіндегі қолданылатын ем:

<variant>ауқымды кесіп, белсенді түтікшелеу

<variant>қыздырушы компресс таңу

<variant>майлы таңғыш қою

<variant>суық компресс таңу

<variant>новокаин ерітіндісімен антибиотиктерді енгізу

<question>Абсцесске күдік төнген жағдайда бірінші ... қажет.

<variant>пункция жасау

<variant>кесу

<variant>майлы компресс таңу

<variant>қыздырушы компресс таңу

<variant>лазермен емдеу

<question>Фагоситозға қатысатын жасушалар:

<variant>лейкоциттер

<variant>эритроциттер

<variant>фибробластар

<variant>түтікшелі жасуша

<variant>тромбоздар

<question>Ағзаның инфекцияға жауап қайтаруы

рекциясы:

<variant>гиперергиялық

<variant>нормоергиялық

<variant>нормотоникалық

<variant>гипертензиялық

<variant>астениялық

<question>Инфекцияның ағзаға таралу жолы:

<variant>экзогенді, эндогенді

<variant>ішекті, бронхиальді

<variant>энтеральды, парентеральді

<variant>ауа, тамшы, имплантациялық

<variant>тері, тері астылық

<question>Іріңдік микровтың дамуына қарсы:

<variant>тұрақты иммунитет

<variant>анемия

<variant>кахекия

<variant>авитаминоз

<variant>өлітіндердің, гематоманың болуы

<question>Іріңді инфекциялардың ағзаға енуінде

қарсы тұратын жергілікті қорғаныш сүзегінің бірі:

<variant>тері және кілегей қабат

<variant>фасция

<variant>ішперде

<variant>плевра

<variant>тері асты жасуша

<question>Іріңді инфекцияға ағзаның жалпы

реакциясының белгісі:

<variant>лихорадка

<variant>гипотермия

<variant>брадикардия

<variant>ісіну

<variant>гиперемия

<question>Жіті хирургиялық инфекцияның

морфологиялық қан құрамындағы өзгерістер:

<variant>лейкоцитті формуланың солға ығысуы

<variant>эритроцитоз

<variant>лейкопения

<variant>лимфоцитоз

<variant>лейкоцитті формуланың оңға ығысуы

<question>Хирургиялық инфекция дамуының

негізгі алдын-алушаралары:

<variant>жарақаттардың алдын-алу, емдеу

<variant>зиянды әдеттерден бастарту

<variant>дұрыст амақтану

<variant>антибиотиктермен емдеу

<variant>тұрғындардың мәдениетін көтеру

<question>Іріңді инфекциямен ... ауруы жиі

асқынады.

<variant>қант диабеті

<variant>жүрек жетіспеушілігі

<variant>қатерлі ісік

<variant>бүйректің созылмалы жетіспеушілігі

<variant>бас миының жабық жарақаты

<question>Іріңді инфекцияны ең жиі тудыратын

қоздырғыш:

<variant>стафилококк

<variant>стрептококк
<variant>пневмококк
<variant>ішек таяқшасы
<variant>көк іріңді таяқшасы
<question>Тіндердің іріп шіруіне алып келетін қоздырғыш:
<variant>ішек таяқшасы
<variant>пневмококк
<variant>стафилококк
<variant>көк іріңді таяқша
<variant>гонококк
<question>Тері астылық күбіртке қабынуының терең жатқан тіндерге таралуы:
<variant>саусақтың тері асты май қабатының ерекшелігіне байланысты
<variant>саусақтың терісінің ерекшелігі байланысты
<variant>саусақтың қан айналым ерекшелігі байланысты
<variant>нервтің орналасу ерекшелігіне байланысты
<variant>алақан беткейінің түкті фолликулдардың болмауы
<question>Саусаққа операция жасау үшін, жергілікті жансыздандыру ... әдісімен жүргізіледі.
<variant>Оберт- Лукашевич
<variant>Вишневский
<variant>Жағу
<variant>Салқындату
<variant>Тамыр ішілік анестезия
<question>Алақан бетіндегі іріңді қабынудың, сыртқы бетінде ісіктердің пайда болуы ... ерекшелінеді.
<variant>саусақтағы лимфа және қанайналымымен
<variant>сыртқы бетінің құрылымымен
<variant>алақан терісінің құрылымымен
<variant>саусақтың қанайналымымен
<variant>тері асты май қабатының құрылысымен
<question>Ампутация жасалынатын күбірткенің түрі:
<variant>пандактилит
<variant>тері астылық күбіртке
<variant>паранохия
<variant>сіңірлік күбіртке
<variant>тендовагинит
<question>Некроэктомия ... жасалынады.
<variant>comда
<variant>сыздауықта
<variant>итемшекте
<variant>флегмонада
<variant>абсцесті сыздауықта
<question>Кіші жастағы балаларда ... ауруы кездеспейді.

<variant>итемшек
<variant>сыздауық
<variant>com
<variant>абсцесс
<variant>флегмона
<question>Лорин-Эпштейн бойынша новокаин блокадасы (тұқымдық арқан, дөңгелек байлам) бүйрек коликінде тастың қай жерде орналасуында тиімді болып табылады:
<variant>несепардың төменгі үштен бірінде
<variant>несепардың жоғарғы үштен бірінде
<variant>несепардың үштен бірінде
<variant>бүйрек жамбасында
<variant>локализация маңызды емес
<question>УДЗ кезіндегі бүйрек коликасының белгісі:
<variant>ЧЛС және несепардың жоғарғы үштен бір бөлігінің Дилатациясы
<variant>жұқа қабырғалары бар бүйректегі дөңгелек эконегативті форма
<variant>бүйректің жинауыш жүйесіндегі Гипоэхогендік түзілу
<variant>бүйректегі қатты Білім
<variant>бүйрек паренхимасының гетерогенділігі
<question>Паранефритті диагностикалаудың ең ақпараттық әдісі:
<variant>УДЗ
<variant>экскреторлық урография
<variant>изотопты қайта құру
<variant>зэр шығару жолдарының шолу рентгенографиясы
<variant>паранефральды пункция
<question>Аспаптық зерттеу әдістерінен жедел циститте көрсетілген:
<variant>Цистоскопия-ерекше жағдайларда
<variant>Цистоскопия-көп жағдайда
<variant>Цистоскопия қарсы
<variant>Қуықтың Катетеризациясы
<variant>Уретроскоп
<question>Уретраның жарақаттың жетекші симптомы:
<variant>Уретроррагия
<variant>Макрогематурия
<variant>Зэр шығару кідірісі
<variant>Перинальдігематома
<variant>Жіні ауыратын зэр шығару
<question>Құрсақтан тыс қуықтың ең көп таралған себебі:
<variant>ығысумен жамбас сүйектерінің сынуы
<variant>ятрогенді жарақат
<variant>қуықтың толып кетуімен асқазанға соққы
<variant>биіктіктен құлау
<variant>қуықтың толып кетуі

<question>Қуық ішілік жыртылудың ең көп таралған себебі:

<variant>қуықтың толып кетуімен асқазанға соққы

<variant>ығысумен жамбас сүйектерінің сынуы

<variant>ятрогенді жарақат

<variant>биіктіктен құлау

<variant>қуықтың толып кетуі

<question>Қуықтың жарақаты кезінде алғашқы рентгендік зерттеу мыналарды қамтиды:

<variant>Ретроградтық цистография

<variant>Уретрография

<variant>Экскреторлы курография

<variant>Пневмоцистография

<variant>Шолуурографиясы

<question>Бүйрек инфарктісіне күдік туындаған кезде ең ақпараттылығы:

<variant>аортоангиография

<variant>экскреторлы курография

<variant>бүйрек венографиясы

<variant>ретроградтық пиелография

<variant>УДЗ

<question>Төменгі аяқтардың қайталанатын тілігі кезінде ең жиі асқыну:

<variant>лимфостаз

<variant>тромбофлебит

<variant>периостит

<variant>остеомиелит

<variant>сепсис

<question>Шіріген парапроктит кезінде қолданған жөн:

<variant>метрогил және клиндамицин

<variant>гентамицин

<variant>вибрамицин

<variant>клафоран

<variant>аталған антибиотиктерді ңкезкелгені

<question>Курвуазье синдромы:

<variant>ұйқы безі басының ісігі

<variant>жедел холецистит

<variant>бауыр гемангиомасы

<variant>созылмалы панкреатит

<variant>сүт безінің кистасы

<question>Бадд-Киари синдромы кезіндегі вена тромбозы:

<variant>бауыр венасының

<variant>жоғарғы шажырқай венасының

<variant>көкбауыр венасының

<variant>кіндік венасының

<variant>қақпа венасының

<question>Бауыр эхинококкозы бар жоспарлы түрде жатқызылған 30 жастағы науқаста операция алдында кенеттен ішінің ауырсынуы, перитонеальді белгілер, температурасының көтерілуі және теріде бөртпелер пайда болды.

Науқасқа қойылған диагноз:

<variant>торсылдақтың жарылуы

<variant>асқазанның ойық жарасының тесілуі

<variant>жедел паразитарлы гепатит

<variant>ішектің іріндеуі

<variant>пирогенді реакциясы

<question>Науқас М. 47 жаста, емханадағы хирург дәрігерге әлсіздікке, дене салмағының азаюына, тәбетінің төмендеуіне шағымданып келді. Анамнезінен: ауырғанына 1 жыл болған. Қарап тексергенде: Науқас жүдеген, іші үлкейген, перкуторлы жатық орындарда тұйықталу, склералары сарғайған, терісінде телеангиоэктазиялар бар.

Науқасқа қойылған диагноз:

<variant>бауыр циррозы

<variant>асқазан обыры

<variant>ойық жара ауруы

<variant>ұйқы безі обыры

<variant>созылмалы панкреатит

<question>Науқас К., 42 жаста, қабылдау бөліміндегі хирургқа 39 С0 дене температурасының жоғарлауына, артқы тесік аймағындағы ыңғайсыздық сезіміне шағымданып келді. Қарап тексергенде перианальді аймақтың ассиметриясы. Саусақпен тексергенде ішектің сол бүйір бетінде қабырғасы инфильтрацияланған, жедел ауырсыну сезімі байқалады.

Науқасқа қойылған диагноз:

<variant>ығысқан шонданай-тік ішектік абсцесс

<variant>шатаралық теріасты абсцесс

<variant>жамбас-тік ішектік абсцесс

<variant>ретроанальді абсцесс

<variant>шырышасты абсцесс

<question>Науқас Л. 67 жаста, емханадағы хирургқа іштің кебуіне, дефекацияның қиындауына, үлкен дәреттен кейін ауру сезімі мен алқызыл қан мен шырыштың болуына шағымданды. Саусақпен тік ішекті тексергенде сфинктерден 8 см қашықтықта қуыстың тарылуымен түзіліс және анальді тесікте ауру сезімі анықталады. Бірінші зерттеу әдісі

<variant>ректороманоскопия

<variant>аноскопия

<variant>колоноскопия

<variant>ирригоскопия

<variant>УДЗ

<question>Науқас М. 76 жаста, қабылдау бөлімінің хирург дәрігеріне әлсіздікке, бас айналуға, оң мықын аймағындағы болып тұратын ауру сезіміне, 37,60С дейінгі температураға шағымданды. Анамнезінен ауырғанына 4 ай, жағдайының нашарлағанына 6 тәулік болды. Қарап тексергенде оң мықын аймағында ауру

сезімді, шекаралары анық емес инфильтрат пальпацияланады. Қан анализінде: эритроциттер 3,0x10¹², лейкоциттер 9,0x10⁹, гемоглобин – 87 г/л, гематокрит – 29% .

Болжам диагнозыңыз:

<variant>соқыр ішек обыры

<variant>аппендикулярлы инфильтрат

<variant>меккел дивертикулының қабынуы

<variant>тоқ ішектің бұралуы

<variant>ішек инвагинациясы

<question>23 жасар әйелде күйзелістен кейін

дисфагия, тамақ ішкеннен кейін төс артындағы

ауру сезімі, лоқсу пайда болды. Анамнезінен: 3 ай

ауырған. Болжам диагнозыңыз:

<variant>Кардия ахалазиясы

<variant>Өңеш обыры

<variant>Өңеш дивертикулы

<variant>Диафрагма жарығы

<variant>Гастроэзофагальді ауру

<question>Қабылдау бөліміне хирургқа 54

жастағы науқас П. 38,0 С дейін дене

температурасының жоғарлауына, оң мықы

аймағының тартып ауруына, бір реттік құсуға,

тәулігіне 10-15 ретке дейін қан аралас сұйық

нәжістің болуына шағымданып түсті.

Анамнезінен: ауырғанына 4 жыл болды, бірнеше

рет амбулаторлы емделген. Перитонеальді

симптом дар оң. Қан анализінде: - лейкоцитоз

11,2 дейін, таяқша ядролы нейтрофилдер - 26%,

ЭТЖ - 22 мм/ч, эозинofilдер - 0. Науқасқа тән

диагноз:

<variant>крон ауруы

<variant>жедел аппендицит

<variant>жедел гастроэнтерит

<variant>бейспецификалық жаралы колит

<variant>шажырқай тамырларының тромбозы

<question>Науқас К. 37 жаста, мас болғанда 1

түйір етті шайнамай жұтып қойған. Өңештің

жоғарғы 1/3-дегі бөгде зат (түйір ет)

эзофагоскопия кезінде бөлшектеу әдісімен

алынды. Келесі күні науқаста жоғарғы

температура, жұтқанда ауру сезімі байқалды.

Қарап тексергенде: мойын аймағында ісік, қатты

ауру сезімі, тері асты крепитация, АҚ 100/60,

пульс 90 соғу 1 мин. ТЖ 20 рет 1 мин. Қан

анализінде: лейкоциттер-17,5x10⁹.

Сіздің тактикаңыз:

<variant>шашыраған өңештің зақымымен

<variant>эзофагитпен

<variant>кардиоспазммен

<variant>кеудеаралық эмфиземасымен

<variant>алкогольдің суррогаттарымен улану

<question>Әйел 58 жаста, тиретоксикалық жемсау

себебінен струмэктомия операциясы жасалды.

Операциядан кейінгі 2 тәулікте науқаста келесі

симптомдар пайда болды: тахикардия 1 минутта

150 соғуға дейін, аритмия, 390С дейін

температура, тахипноэ, бет терісінің

гиперемиясы. Науқас мазасыз, қорқыныш сезініп

тұр. Осы кездегі жағдайыңыз:

<variant>науқастың операциядан кейінгі

тиреотоксикалық кризі

<variant>ауалы эмболия

<variant>операциядан кейінгі тетания

<variant>жараның іріңді-қабыну асқынуы

<variant>трахеомалация

<question>Науқас К., 48 жаста, көктамыр бөліміне

оң балтырдың тері асты веналарының жедел

тромбофлебиті себебінен жатқызылды. 5 тәулік

бойы консервативті терапия жасалды. Ем

барысында қабыну үрдісі өршіді, оң санында ауру

сезімі, тері гиперемиясы, үлкен тері асты

венасының бойымен санның төменгі және

ортаңғы 1/3 ауру сезімі мен тығызданулар пайда

болды. Қолданылатын емнің түрі:

<variant>Троянов-Тренделенбург операциясы

<variant>Линтон операциясы

<variant>Шұғыл тромбоэмболэктомия

<variant>Антикоагулянтты терапияны жалғастыру

<variant>Компресспен эластикалық бинт таңу

<question>Науқас М., 55 жаста, көктамыр

бөлімшесіне сол жақ балтыр мен санның

веналарының варикозды кеңеюімен жолданған.

Анамнезінен: ауру 10 жыл бұрын болған терең

веналар флеботромбозынан кейін дамыған. Қарап

тексергенде: балтырдың медиальді бетінде

өлшемдері 6,0x5,5см трофикалық жара бар.

Флебографияда –санның, балтырдың терең

веналары реканализацияланған. Тиімді операция:

<variant>Линтон операциясын жасау

<variant>Троянов-Тренделенбург операциясы

<variant>жарада некрэктомия жасау

<variant>Нарат операциясын жасау

<variant>тромбоэмболэктомия жасау

<question>Ер адам, 78 жаста, қабылдау бөліміне

хирургқа оң жақ қабырға астының тұйықталған

ауру сезіміне, тері жабындысының сарғаюына

шағымданды. ЭРХПГ жүргізген кезде науқаста

терминальды бөлікте 4 см ге дейін созылған

холедох анықталды. Тиімді операция:

<variant>супрадуоденалды

холедоходуоденоанастомоз

<variant>холедохты сыртқы дренаждау

<variant>эндоскопиялық папиллосфинктеротомия

<variant>панкреатодуоденалды резекциясы

<variant>гепатикоеюноанастомоз

<question>Науқас В., 78 жаста, хирургиялық

бөлімшеге клиникаға механикалық сарғаюмен

түсті. Анамнезінен: 2 апта бойы ауырған. Зерттеу барысында механикалық сарғаудың себебі үлкен дуоденальды емізік аймағында қысылған тастың бар екендігі анықталды.

Тиімді емдеу тәсілі:

<variant>Тек эндоскопиялық папиллотомия жасау және тасты алып тастау

<variant>Дуоденотомия жасау арқылы тасты алып тастап, ішекті тігу

<variant>Супрадуоденалды

холедоходуоденоанастомоз салу

<variant>Ру- ілмегіне холедохоэнтероанастомоз салу

<variant>Дуоденотомия, тасты алып тастау,

Пиковский бойынша дренаждау

<question>Науқас Т., 65 жаста, хирургиялық бөлімшеге түскен кезде бауыры ұлғайғандығы анықталды, тері жабындысының сарғаюы байқалады. УДЗ гепатоспленомегалия, іш қуысында бос сұйықтық анықталды. 18 сағаттан соң науқаста үлкен көлемде асқазаннан қан кетті. Дәрігер ЭФГДС жүргізді. Бұл кезде өңештің бөлігінде көк тамырдың 8-9 мм ге дейін ұлғайғандығын анықтады. Көкшіл дақпен жабылған, қан ағу байқалады. Блейкмор зонды орнатылды. Қан ағу тоқтады. Науқаста қан кетудің қайталануын болдырмау:

<variant>пропранолол және контролок тамыр ішіне енгізу

<variant>дицинон, викасолды тамыр ішіне енгізу

<variant>асқазан зонды арқылы нутрикомп енгізу

<variant>капроферді зонд арқылы енгізу

<variant>блейкмор зонддың 5 тәулікке қою

<question>Науқас С., 34 жаста төс артыда ауырсыну, аш қарында және тамақтан кейін 2 сағаттан кейін белге иррадиацияланады, жасалған терапияға қарамастан аурудың жиі өршуі, соңғы айда ауырсыну тұрақтана бастаған. Сіздің алдын ала диагнозыңызды атаңыз:

<variant>алдыңғы он екі елі ішектің жарасы

<variant>I типті асқазан жарасы

<variant>IV типті асқазан жарасы

<variant>V типті асқазан жарасы

<variant>бауыр обыры

<question>Науқас 44 жаста, тамақ қабылдағаннан кейін эпигастрий аймағында керіптолғақ тәрізд ісіпаттағы ауырсыну, өтараласжеңілдік әкелетін күнделікті құсуға шағымданып келді.

Анамнезінде он екі елі ішектің жарасына Бильрот II бойынша асқазан резекциясы жасалған. Дене салмағы жетіспеушілігі 10 кг артық. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>қайтымды әкелуші ілмек синдромы

<variant>I типті асқазан жарасы

<variant>IV типті асқазан жарасы

<variant>V типті асқазан жарасы

<variant>бауыр обыры

<question>Науқас 44 жаста, тамақ қабылдағаннан кейін эпигастрий аймағында керіптолғақ тәрізд ісіпаттағы ауырсыну, өтараласжеңілдік әкелетін күнделікті құсуға шағымданып келді.

Анамнезінде он екі елі ішектің жарасына Бильрот II бойынша асқазан резекциясы жасалған. Дене салмағы жетіспеушілігі 10 кг артық. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>қайтымды әкелуші ілмек синдромы

<variant>I типті асқазан жарасы

<variant>IV типті асқазан жарасы

<variant>V типті асқазан жарасы

<variant>бауыр обыры

<question>Науқас 44 жаста, тамақ қабылдағаннан кейін эпигастрий аймағында керіптолғақ тәрізд ісіпаттағы ауырсыну, өтараласжеңілдік әкелетін күнделікті құсуға шағымданып келді.

Анамнезінде он екі елі ішектің жарасына Бильрот II бойынша асқазан резекциясы жасалған. Дене салмағы жетіспеушілігі 10 кг артық. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>қайтымды әкелуші ілмек синдромы

<variant>I типті асқазан жарасы

<variant>IV типті асқазан жарасы

<variant>V типті асқазан жарасы

<variant>бауыр обыры

<variant>пептикалық жараның рецидиві

<variant>созылмалыпанкреатит

<variant>асқазан-жіңішке-жуан ішекті жыланкөз

<question>32 жастағы ер адамда жолапаты болғаннан 3 айдан кейін сұйық тағамға дисфагия пайда болған. Осы патологияны емдеуде ...

аспапты қолданады.

<variant>Біркелкі Штарк аспабы

(пневмодилататор)

<variant>Өңешке Блэкмор зонды

<variant>Фогарти зонды

<variant>Фалей катетері

<variant>Өңеш буждары

<question>Науқас жиі қыжыл, төс артында ашыту, ауыз қуысына тағамның еңкейгенде түсуіне шағымданады. «Бау байлау симптомы» оң.

Болжам диагнозыңыз:

<variant>Кардия жетіспеушілігі

<variant>Өңеш ахалазиясы

<variant>Іштің ішкі қиғаш бұлшықетін – Жирар бойынша

<variant>Көлденең бұлшықет - Спасокукотский бойынша

<variant>Көлденең фасцияны - Шулдайс бойынша

<question>Науқас 72 жаста. 1,5 жыл көлемінде ақсап жүреді, бірақ медициналық көмекке жүгінбеген. Қабылдау бөліміне түске дейін 12 сағат бұрын оң жақ аяғында аяқ астынан ауырсыну, жансыздану және сууы пайда болған. Қарап тексергенде оң жақ аяқ бозғылт, суық, тері асты веналары түскен, белсенді қозғалыс пен сезімталдық төмендеген, оң жақ шап қатпарынан төмен пульс анықталмайды. Антикоагулянттар мен спазмолитиктер көмегімен жүргізілген инфузиялық терапиядан кейін ауырсыну біраз басылған. Ангиограммада – сол жақ жалпы мықын артериясының стенозы және оң жақ сыртқы мықын артериясының окклюзиясы. Сіздің хирургиялық тактикаңыз:

<variant>бифуркациялық аортасандық шунт салу

<variant>кеуденің симпатэктомия

<variant>реваскуляризациялаушы остеотренизация

<variant>аяқ басының венозды жүйесін артериализациялау

<variant>эндартерэктомия

<question>72 жастағы науқас аяқтарының III дәрежелі ишеиясымен бөлімге жатқызылды.

Анамнезінде: 3 жыл бұрын ишемиялық инсультты басынан өткізген. Артериалды гипертензиясы бар. Тексеру барысында атеросклероз, Такаясу-Лериш синдромы, вазореналды гипертензия анықталды. 1-этапта қолданылатын тактика:

<variant>адреналин

<variant>адреналин + нитроглицерин

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин + нитрат

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин + нитрат + адреналин

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин + нитрат + адреналин + нитрат

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат

<variant>адреналин + нитроглицерин + аспирин + клопидогрел + статин + бета-блокатор + диуретик + кальций антагонисті + статин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат + адреналин + нитрат

<variant>сыртқы ұйқы артериясының реконструкциясы
<variant>клиникасына байланысты терапия
<variant>құрсақ аортасының реконструкциясы
<variant>бүйрек артериясының реконструкциясы
<variant>аорта мен оның тармақтарының өткізгіштігінің бұзылысы бар барлық аймақтарды бір уақытта реконструкциялау
<question>Науқас А. 50 жаста екі ай көлемінде сарғаю мазалайды. Кезеңді түрде оң жақ қабырға доғасы астында ауырсынуын, зәр түсінің қоюлануын шағымданады. Операция кезіндегі ақпаратты зерттеу әдісі:
<variant>негізгі фиброхолангиоскопия, себебі конкрементті тез анықтап оны жою және видеомагнитофонға Одди сфинктерінің қызметін жазуға болады
<variant>холедохты зондтау, себебі холедохтың терминалды бөлімінде тарылу дәрежесін анықтауға мүмкіндік береді
<variant>транслуминация, себебі бұл қарапайым және ақпаратты зерттеу әдісі, ұсақ тастарды анықтауға болады. Өзектің өлшемін және қабырғасының қалыңдығын, перифокалды қабынуды анықтауға болады
<variant>холедохты қарау және пальпациялау, бұл кезде толығымен холедохолитиязды анықтауға болады, өзектің диаметрін, ұйқы безінің жағдайын анықтауға болады
<variant>эндоскопиялық ретроградты холангиопанкреатикография, себебі бұл 100% нәтижелі зерттеу әдісі
<question>Науқас А. 62 жаста, екі ай көлемінде созылған түрдегі сарғаю мазалайды. Осыдан бір жыл бұрын науқасқа холецистэктомия операциясы жасалған. Қайталамалы асқынуды болдырмас үшін операция кезінде егізгі ақпаратты диагностикалық әдісті таңдау:
<variant>негізгі фиброхолангиоскопия, конкременттерді анықтайды, сонымен қатар, Одди сфинктерінің функциясын зерттеу және видеомагнитофонға жазу
<variant>өт жолын зондтау, ол өт жолының терминалды бөлігінің тарылу деңгейін және холедохолитиязды анықтайды
<variant>транслуминация, ол қарапайым және негізі ақпараттық диагностикалық әдіс болып табылады, сонымен бірге, ұсақ тастарды анықтау және өт жолындағы өзектің өлшемі мен қабырғасының қалыңдығын анықтайды
<variant>өт жолын қарау және пальпациялау, бұнда толық қамды холедохолитиязды анықтауға болады, өзектің диаметрін анықтау, ұйқы бездің жайын анықтау

<variant>пункционды холангиография, себебі, ол 100% сенімді әрі ақпаратты әдіс болып табылады
<question>Науқас С., 73 жаста ӨТА бойынша 5 жыл бұрын операция жасалған.
Склерасы субиктерленген. Магнитті-резонансты холангиография кезінде өт жолының дисталды бөлігінің тарылуы 30 мм с бауыршілік өзектің кеңейуі және жалпы өт өзегінің проксималды бөлігі анықталды. Жасалынатын операция түрі:
<variant>Кезекті холедоходуоденостомия, техникалық тұрғыдан оңай жасалады және өт жолының дисталды бөлігінің тарылуы анықталады
<variant>Фатеров емізікшесінің резекциясы, себебі, тарылу ішекке өт ағысының жақсаруы үшін реконструкция жасалады
<variant>Өт жолдарының екі еселі дренирлеуі, себебі, өт ағуына ең жақсы жағдай жасайды
<variant>Папиллосфинктеротомия, себебі, әдіс аз травматикалық және назобилиарлы дренирлеуге мүмкіндік бар
<variant>Холедохоеюностомия, себебі, тігіс салынған жердегі сызық бойынша тарту шектелген
<question>42 жастағы А., науқас бірнеше рет ұйыған қан құсып, нәжісі сұйық қара түсті шағыммен ауруханаға түсті. Осы белгілер 3 ай бұрын болған. Анамнезінде Боткин аурымен ауырған. Ішімдікке салынған. Пальпация кезінде бауыр мен көк бауыр ұлғайған. Диагнозды атаңыз:
<variant>Бауыр циррозы
<variant>Асқазан ісігі
<variant>Алкоголизм
<variant>Мэллори-Вейсса синдромы
<variant>Асқазан ойық жарасы
<question>35 жастағы В. науқас дефекация кезінде ауырсынатын және қан кету шағымымен қабылдау бөлімшесіне қаралды. Күн сайын дефекация кезінде 30 мл дейін тамшылаған қан кетеді. Ауырғанына бір ай болған. Диагнозды атаңыз:
<variant>Тік ішектің жарықшағы
<variant>Геморрой
<variant>Ащы ішек ісігі
<variant>Крон ауруы
<variant>12-ішектен қан кетуі
<question>17 жастағы жас жігітте мед. қарау кезінде поликлиникада оң санының жоғарғы жағында пульсациясы бар, өлшемі 2,0 де 1,0 см, жұмсақ-эластикалық консистенциялы, ұстағанда ауырмайтын түйін байқалды. Ол түйіннің балалық шағынан бар екендігі анықталды. Диагноз қою үшін диагностика информативтілігі:

<variant>артериография
<variant>ультразвукті флоуметрия
<variant>флебография
<variant>көлемді сфигмография
<variant>магнитті-резонансті томография
<question>Аяқ артериясына жасалған операциядан кейін өкпе артериясының майда артерияларының эмболиясы көріністері болғанда хирург тактикасы:
<variant>тек антикоагулянтты, антиагрегантты терапия, антибиотиктер, ЖӨВ керек болса
<variant>жедел сегментэктомия, антибиотиктер, антикоагулянтты терапия
<variant>жедел лобэктомия, ЖӨВ, антикоагулянтты терапия
<variant>жедел пульмонэктомия, антибиотиктер, ЖӨВ
<variant>динамикалық бақылау
<question>48 жастағы В., науқаста операция үстінде геморрогиялық панкреонекроз анықталып, өт қабы кренеп тұр. Хирургтің тактикасы:
<variant>алдыңғы шарбы қалтасын ашып, холецистостомия
<variant>шарбы қалтасын ашып, тампон, дренаж салу
<variant>шарбы қалтасын ашып, екі түтік салып жуу
<variant>холецистэктомия
<variant>шарбы қалтасын марсупиализациялау
<question>Науқас 26 жаста, ер адам, кенеттен басталған іштің ауырғандығы және ішкі қан кету белгілерінің дамуынан соң 2 тәуліктен кейін операция жасалды. Ревизия кезінде-бауырдың диафрагмалық бетінің II-III сегментінде көлемі 8x6 см эластикалық қоңыр – көкшіл түзілістің үстінен жарылған капсуладан тоқтамаған қан кету анықталды. Іш қуысына 1,5 л қан кетті. Бауыр гемангиомасы бетінің бейретті жарылғаны анықталды. Қан кету-жараны қысу арқылы тоқтатылды. Қанның реинфузиясынан кейін не істеуге болады:
<variant>бауырдың II-III сегментін резекциялау
<variant>жараны гемостатикалық губкамен тампондау
<variant>жараға гемостатикалық тігіс салу
<variant>жараны шажырқай аяқшасымен тампондап, гемостатикалық тігіспен бекіту
<variant>гепатофренопексия жүргізу
<question>58 жасар әйел науқас Г, механикалық сарғаю клиникасымен түсті. Бір аптадан бері ауырады. Науқас тексерілді. Он екі елі ішек үлкен үрпі аймағында қысылған тас анықталды. Жасалатын операция түрі:

<variant>көлемді холедохоэнтероанастомоз салу
<variant>дуоденотомия тасты алып ішекті тігу
<variant>холедоходуоденоанастомоз
<variant>дуоденотомия және тасты алғаннан кейін өт өзегі тұқылы арқылы холедохты дренаждау
<variant>холедохты ашу және тасты алуға әрекет, дуоденотомия жасау сәтсіз болса, тасты алып ұлтабар жарасына тігіс салу және жалпы өт өзегін дренаждау
<question>45 жастағы әйел науқаста кешке қарай сол жақ санында және балтырында ауыру сезімі пайда болды. Бүгін ауыру сезімі күшейіп, аяқ басында, балтырында, санында айқын ісіну пайда болып, дене температурасы 37,80С көтерілді. Аяғын баса алмай қалды. Диагнозды атаңыз:
<variant>илеофеморалды тромбоз
<variant>беткей веналардың тромбофлебиті
<variant>лимфостаз
<variant>сан артериясының тромбоэмболиясы
<variant>облитерацияланған эндартериит
<question>48 жастағы ер науқас ангиохирургқа келесі шағымдарымен келді сол жақ аяқта тері асты веналар кеңеюі, ауырлық және ауырсыну сезімі, балтыр бұлшықеттерінің түнгі уақытта тырысуы. Анамнезінен: 7 ай бұрын сол жақ балтыр терең веналарының флеботромбозы болды. Тиімді ем:
<variant>Сафенэктомия және Линтон бойынша коммуниканты веналарды байлау
<variant>Беккокк бойынша Сафенэктомия
<variant>Маделунг бойынша Сафенэктомия
<variant>Фелдер бойынша коммуниканты веналарды байлау
<variant>Коккет бойынша коммуниканты веналарды байлау
<question>65 жастағы әйел науқастың транслумбалды аортограммасында құрсақ аортасы, мықын, сан артерияларының шеткері толу дефектісі, тамыр қабырғасының контурының желінуі, оң жақ мықын-сан сегментінің окклюзиясы. Тиімді ем:
<variant>бифуркационды аорта – сандық шунттау
<variant>зақымдалған сегментті аутовенамен пластикасымен резекция жасау
<variant>эндартеринтимэктомия
<variant>кеуделік симпатэктомия
<variant>консервативті ем
<question>Проктологиялық бөлімге 43 жастағы ер науқас тік ішегі маңының ауырсынуы, тік ішегінен іріңді бөліністің бөлінуі шағымымен келіп түсті. Тік ішекті қарағанда созылмалы парапроктиттің белгілері анықталды. Науқастың шағымынан бір ай бұрын жедел парапроктит

диагнозы бойынша операция жасалған. Жедел парапроктиттің созылмалыға ауысуы:
 <variant>бүйір ішек қуысынанан іріңдікке баратын ішкі саңылаудың болуы
 <variant>аралас кеңістігінде іріңдіктің тесілуі
 <variant>іріңдіктің сыртқа тесілуі
 <variant>іріңдіктің ішекке тесілуі
 <variant>жыланкөз ішектің ішкі саңылауына, сыртқы жыланкөз теріге ашылғанда, жыланкөздердің түзілуі
 <question>Ауруға панкреатит және механикалық сарғаю бойынша лапоротомия жасалынды. Іш қуысын рефизиялағанда индуративті панкреатит, өт қапшығының ұлғаюы, холедохтың кеңеюі және конкременттер анықталды.
 Сіздің оталық тактикаңыз:
 <variant>белгілі холецистэктомия.
 Холедохолитомия. Холедохпен бауыр асты аймақты дренаждау
 <variant>холецистостомия
 <variant>кіші майлық кеңістікті дренаждау
 <variant>холедохолитотомиямен холедох және бауыр асты аймақты дренаждау
 <variant>холецистостэктомия
 <question>Ауыр жағдайдағы науқас жалпы әлсіздікке, тәбетінің жоқтығына, ішінің ұлғаюына, оң қабырға асты аймағында тұйық ауырсынуына шағымданады. Анамнезінде: бауыр циррозы, порталды гипертензия, асцит. Консервативті ем нәтижесіз. Бірнеше рет хирургияда өңештің варикозды кеңейген веналарынан қан кетуден емделген.
 Емдеу тактикаңыз:
 <variant>Қақпа бауыр трансплантациясы
 <variant>Консервативті емді жалғастыру
 <variant>Портокавалды анастомозды салу
 <variant>Блэкмор зондын қою
 <variant>Перитонеосандық шүнттеу
 <question>Аяқ веналарының варикозды ауруы бар 60 жастағы науқас сол аяғының ісінуіне, тері асты веналар бойымен ауырсынуына шағымданады.
 Қарағанда аяқтың ісінуі, аздап көгеруі, варикозды ұлғайған үлкен тері асты венасы бойындағы терінің ісінуі, қызаруы және қатты ауырсынуы анықталды. Жедел тромбофлебит диагнозы қойылды. Сіздің ем тактикаңыз:
 <variant>Тері асты венаны байлау отасымен бірге антикоагулянтты және тромболитикалық терапия
 <variant>Линтон отасы
 <variant>Консервативті антикоагулянтты және тромболитикалық терапия
 <variant>Кава-фильтрді имплантациялау
 <variant>Антибактериалді және қабынуға қарсы терапия

<question>Науқас үлкен дәретінің қошқыл қызыл қан аралас болуына шағымданып, ауруханаға түсті. Қан анализінде Нb – 92 г.л, Эритроциттер – 3.5x10¹², Түсті көрсеткіш – 0.31%. Қан кетудің көзін анықтаңыз:
 <variant>анус
 <variant>жіңішке ішек
 <variant>тоқ ішек
 <variant>12 иелі ішек
 <variant>өңеш
 <question>Науқас дефекация кезінде ауырсынудың болуына және үлкен дәретінен кейін алқызыл қанның шығуына шағымданды. Тік ішекті саусақпен зерттеген кезде анальды өзекте жедел ауырсыну бар. Қолданылатын операция:
 <variant>көлемді тік ішектің жыртылыстарын кесу
 <variant>тік ішектің резекциясы
 <variant>полипэктомия
 <variant>геморроидэктомия
 <variant>тік ішектің резекциясы (с низведением)
 <question>15 жаста іш қатуға шағымданып түскен. Ирригоскопия кезінде көлденең-тоқ ішекте 15 см ұзындықта тарылу. Жоғары жатқан аймақтары кеңейген. Қолданылатын операция:
 <variant>көлденең ішектің аганглионарлы зонасының және ішектің функцияланбайтын аймақтарының резекциясы
 <variant>тоқ ішектің аганглионарлы зонасының резекциясы
 <variant>жергілікті колостомия
 <variant>тоқ ішектің субтоталды резекциясы
 <variant>тоқ ішекте колопротэктомия
 <question>Колоноскопия кезінде анустан 50 см қашықтықта ішек өзегінің 5 см ұзындықта циркулярлы тарылу, шырышы орташа гиперемиялы, ауа инсуфляциясы кезінде өзек кеңеймейді. Сіздің хирургиялық әрекетіңіз:
 <variant>әрдайым сол жақтан гемиколэктомия
 <variant>тоқ ішектің төмендеуші бөлімінің резекция
 <variant>тоқ ішектің тарылған аймағының резекциясы
 <variant>сигма тәрізді ішектің резекциясы
 <variant>көлденең – тоқ ішектің резекциясы
 <question>Науқас 48 жасар ер кісі стационарға шұғыл түрде анда-санда пайда болатын іш қатуға, тоқ ішек бойымен ауырсынуға шағымданып, тоқ ішек дивертикулезі күдігімен түсті. Тоқ ішек дивертикулезі диагностикасы үшін неғұрлым ақпаратты зерттеу:
 <variant>колоноскопия
 <variant>ректороманоскопия

<variant>ирригоскопия
<variant>тоқ ішекті ішке бари қабылдағаннан кейін зерттеу
<variant>құрсақ қуысы мүшелерінің УДЗ
<question>75 жасар науқас кейінгі төрт тәулік ішінде ішінің кебуіне, ауасының, нәжістің жүрмеуіне шағымданып хирургия бөліміне түскен. Ішіндегі ауру сезімі толғақ тәрізді, басқа аймақтарға берілмейді. Жалпы жағдайы қанағаттанарлықтай. Пальпацияда іші жұмсақ, төменгі бөлігінде ауру сезімі бар. Құрсақ қуысының тітіркенуі симптомсыз. Сол жақ мықын аймағында шекаралары анық емес ісік тәрізді өсінді бар. Ректалды – Обухов ауруханалық симптомы оң мәнді. Сіздің диагнозыңыз:
<variant>сигма тәрізді ішектің қатерлі ісігі
<variant>ащы ішектің қатерлі ісігі
<variant>жабысқақ ауруы
<variant>копростаз
<variant>иерсиниоз
<question>Тоқ ішекті эндоскопиялық зерттеген кезде дивертикулдар анықталған. Тоқ ішектің ... бөлімінде олар жиі секвестірленеді:
<variant>сигма тәрізді ішек
<variant>тоқ ішектің жоғарлаған бөлігі
<variant>көлденең тоқ ішек
<variant>тоқ ішектің төмендеген бөлігі
<variant>ащы ішек
<question>Тік ішекті саусақпен тексерген кезде 11 сағатта және анальды тесіктен 3 см қашықтықта 1,5x2см көлемді түзіліс, жұмсақ эластикалық консистенциялы, ауырсынатын, өзекке шығыңқы келген. Сіздің болжам диагнозыңыз:
<variant>дамыған геморрой
<variant>полип
<variant>рак
<variant>шырышасты парапроктит
<variant>кірпікшелі ісік
<question>66 жастағы науқас кенеттен ауырған. Сол жақ мықын аймағында ауырсыну бар. Дене қызуының көтерілуі. Пальпация жасау кезінде сол мықын аймағында бұлшықеттің аздап қатаюы, ауырсыну анықталады. Алғашқы диагнозыңыз:
<variant>көлденең ішектегі сигма тәрізді ішектің майлы өсіндісінің бұралып қалуы
<variant>дамыған Крон ауруы
<variant>сигма тәрізді ішектің стеноздаушы қатерлі ісігі
<variant>сигма тәрізді ішектің стеноздаушы қатерлі ісігі
<variant>тоқ ішектің полипозы

<question>Тік ішектің жарылуының негізгі симптомдарын көрсетіңіз:
<variant>дефекация сәтінде болатын ауырсыну, қан кету.
<variant>кезекті ауырсыну, шырыштың бөлінуді.
<variant>аумақты қан кету, қышу
<variant>қан кету, дефекациядан кейінгі аздап ауырсынулар
<variant>іріңнің, шырыштың, қанның бөлінуі 12 иелі ішек пен асқазаннан қан кету
<question>Көлденең ішек рагінің жиі локализацияланатын жері болып саналады:
<variant>сигма тәрізді ішек
<variant>құрт тәрізді ішек
<variant>көлденең тоқ ішек
<variant>төмендеген ішек
<variant>жоғарлаған ішек
<question>Ащы ішектің резецирленген бөлігін макроскопиялық қарағанда қабырғасының қалыңдауы әсерінен қуысының тарылуы анықталған, гистологиялық зерттеуде ішек қабырғасының барлық қабаттарының зақымдалуы анықталады. Қолданылатын диагноз:
<variant>қаптаған Крон ауруы
<variant>кірпікшелі ісік
<variant>гиршпрунг ауруы
<variant>дивертикулез
<variant>полипоз
<question>Диабеттік ангиопатиямен ауратын науқас іштің сол жақ жартысындағы тұрақты емес толғақ тәрізді ауырсынуына шағымданады. Пальпация кезінде осы жерде ауырсыну анықталады. Зерттеудің ... түрі диагнозды негіздеуге көмектеседі.
<variant>ангиография
<variant>ирригография
<variant>Узи
<variant>колоноскопия
<variant>биопсия
<question>Ер науқас 29 жаста дене қызуының 39 гр. көтерілуіне, анальды аймақтың дискомфорттына шағымданады. Қараған кезде перианальды аймақтың ассиметриясы бар. Саусақпен тексергенде сол жақ бүйір бетінің қабырғасы инфильтрацияланған. Қолданылатын диагноз:
<variant>дамыған шонданай – тік ішекті абсцесс
<variant>ретроанальды абсцесс
<variant>шырыш асты абсцесс
<variant>шатаралық тері асты абсцесс
<variant>жамбас – тік ішектік абсцесс
<question>Ер науқас 33 жаста тік ішектен қанның кетуіне, ішінің өтуіне, толғақ тәрізді ауырсынуға, Дене қызуының 38 гр көтерілуіне, тенезмге,

периодты құсуға, дене салмағының жоғалуына шағымданды.

Қолданылатын диагноз:

<variant>бейс пецификалық жаралы колит

<variant>энтероколит

<variant>дизентерия

<variant>тоқ ішектің рагі

<variant>асқынған геморрой

<question>Проктологиялық бөлімге 43 жастағы ер

науқас тік ішегі маңының ауырсынуы, тік

ішегінен іріңді бөліністің бөлінуі шағымымен

келіп түсті. Тік ішекті қарағанда созылмалы

парапроктиттің белгілері анықталды. Науқастың

шағымынан бір ай бұрын жедел парапроктит

диагнозы бойынша операция жасалған. Жедел

парапроктиттің созылмалыға ауырсыну себебі:

<variant>белгіленген ішек қуысынанан іріңдікке

баратын ішкі саңылаудың болуы

<variant>аралас кеңістігінде іріңдіктің тесілуі

<variant>іріңдіктің сыртқа тесілуі

<variant>іріңдіктің ішекке тесілуі

<variant>жыланкөз ішектің ішкі саңылауына,

сыртқы жыланкөз теріге ашылғанда,

жыланкөздердің түзілуі

<question>28 жасар әйел науқас К, жедел

флегмонозды аппендецитке аппендэктомиядан

кейін, операциядан кейінгі кезеңде 6 тәулікте

дуглас-іріңдігі дамыды. Іріңдікті ... әдіспен ашу

және дренаждау.

<variant>қынап, тік ішек

<variant>кеуде

<variant>аралық

<variant>алдыңғы құрсақ қабырғасы

<variant>бір мезетте алдыңғы құрсақ қабырғасы

және тік ішек арқылы

<question>Қабылдау бөлімінде Дуглас кеңістігі

абсцессі диагнозымен 25 жастағы әйел науқас

түсті ең алғашқы ақпарат әдіс:

<variant>тік ішекті және қынапты саусақпен

тексеру

<variant>іш қуысының шолу рентгенографиясы

<variant>лапароскопия

<variant>УДЗ

<variant>сигма ішекті және тоқ ішектің төменгі

бөлігін контрастпен тексеру

<question>Ішек жыланкөзін диагностикалаудағы

ең мәліметті әдіс:

<variant>фистулография

<variant>ирригоскопия

<variant>колоноскопия

<variant>көлемді рентгеноскопия

<variant>көлемді фиброгастроуденоскопия

<question>Тері асты паропроктит симптомдары:

<variant>елеулі қана шатта ісінудің болуы

<variant>дене қызуының жоғарылауы

<variant>дефекация кезінде ауырсыну

<variant>жамбас қуысы тереңіндегі ауырсыну

<variant>көлемді рентгеноскопия

<question>Жедел паропроктитті емдеудің

рациональды әдісі:

<variant>белгілі іріңді қуысты жару

<variant>физиопроцедуралар

<variant>жылы ваннаға отыру

<variant>іріңді қуысты пункция жасап,

антибиотиктермен жуу

<variant>жалпы антибиотикотерапия

<question>Геморройдың асқынуына ... жатпайды.

<variant>жабылған аналь каналының сызаттанып

жарылуы

<variant>малигнизация

<variant>түйіндердің түсуі

<variant>қан кету

<variant>геморройдалды веналардың тромбозы

<question>Аналь аймағының ... операция жасау

қажет.

<variant>қарайған анальды каналдың созылмалы

экземасында

<variant>параректальды жылан көзінде

<variant>криптите

<variant>жедел паропроктитте

<variant>аналь аймағының сызаттанып

жарылуында

<question>Геморрой кезінде ... байқалмайды.

<variant>біркелкі лента тәрізді нәжіс

<variant>іш қатпасы

<variant>түйіннің түсуі

<variant>қан кету

<variant>перианальды зуд

<question>Геморройдың дамуы:

<variant>кенеттен созылмалы іш қатпасы

<variant>септикалық аурулар

<variant>парапроктит

<variant>папиллит

<variant>анальды каналдың сызаттанып жарылуы

<question>Емхана жағдайында сыртқы

геморройдалды түйіндердің қабынуын

емдеуде ... дұрыс.

<variant>диета, отыратын ванналар тағайындау

<variant>іш жүргізетін дәрілер

<variant>склероздаушы терапия

<variant>тромбталған түйіндерді кесіп алып

тастау

<variant>электрокоагуляция

<question>Геморройдың клиникалық симптомы:

<variant>тек дефекациядан кейін қан кету

<variant>дефекация алдында қан кету

<variant>дәретке отырудан қорқу

<variant>қара түсті нәжіс

<variant>іштің қатуы
<question>Тік ішек рагын анықтауда ... ең көп мәлімет береді.
<variant>басты ректороманоскопия биопсиямен бірге
<variant>тік ішекті саусақпен тексеру
<variant>ирригоскопия
<variant>лапароскопия
<variant>рентгеноскопия
<question>Параректальды жыланкөздің ағымы
<variant>аумақты кезендік қайталанып тұрады
<variant>дене қызуы жоғарылайды
<variant>дәретке отырудан қорқады
<variant>геморрой рецидиві
<variant>іштің қатуы
<question>Жедел паропроктитті емдеудің рациональды әдісі:
<variant>белгілі іріңді қуысты жару
<variant>физиопроцедуралар
<variant>жылы ваннаға отыру
<variant>іріңді қуысты пункция жасап, антибиотиктермен жуу
<variant>жалпы антибиотикотерапия
<question>Аталған әдістердің ішіндегіңдегі ... тоқ ішек дивертикулезіндегі диагностикалық және емдік әдіс:
<variant>тек ирригоскопия
<variant>мықын ішектің биопсиясы
<variant>колоноскопия
<variant>ректоанальді рефлекті зерттеу
<variant>КТ
<question>Тұқым қуалаумен берілетін полиптер:
<variant>диффузды полипоз
<variant>кірпіштік ісік
<variant>гиперпластикалық полиптер
<variant>ювенильді полипоз
<variant>аденоматозды полип
<question>Көлденең ішек рагінің жиі локализациясы:
<variant>көлденең ішек сигма тәрізді ішек
<variant>соқыр ішек
<variant>тоқ ішек
<variant>төмендеген ішек
<variant>жоғарлаған ішек
<question>Толық ішектік жыланкөз:
<variant>керілген ішектің барлық құрамы сыртқа төгіледі
<variant>түтік тәрізді жыланкөз
<variant>ерін тәрізді жыланкөз
<variant>ішек құрамының жартысы ішектің әкеткіш бөлігіне өтеді
<variant>жыланкөз қуысты ағз Ішектің барлық құрамы сыртқа төгіледі амен қатынасады

<question>Ащы ішектің резецирленген бөлігін макроскопиялық қарағанда қабырғасының қалыңдауы әсерінен қуысының тарылуы анықталған, гистологиялық зерттеуде ішек қабырғасының барлық қабаттарының зақымдалуы анықталады. Ауруды анықтаңыз:
<variant>ауқымды Крон ауруы
<variant>кірпікшелі ісік
<variant>гиршпругн ауруы
<variant>дивертикулез
<variant>полипоз
<question>Диабеттік ангиопатиямен ауратын науқас іштің сол жақ жартысындағы тұрақты емес толғақ тәрізді ауырсынуына шағымданады. Пальпация кезінде осы жерде ауырсыну анықталады. Зерттеудің нәтижесінде қойылатын диагноз:
<variant>кезекті ангиография
<variant>ирригография
<variant>УЗИ
<variant>тоқ ішек колоноскопия
<variant>биопсия
<question>Науқас қабылдау бөліміне бір ай мөлшерінде мазалайтын іш қатулармен аусуп отыратын көптеген іш өтуге шағымданып келді. Сіздің болжам диагнозыңыз:
<variant>тоқ ішектің сол жақ бөлігінің қатерлі ісігі
<variant>панкреатит
<variant>дизентерия
<variant>проктосигмоидит
<variant>энтероколит
<question>Колоноскопия кезінде «жүзім тәрізді» макроскопиялық көрінісі бар полиптер анықталды. Полиптердің формалары:
<variant>ерте ювенильді полиптер
<variant>гиперпластикалық полиптер
<variant>аденоматозды полиптер
<variant>кірпікшелі полиптер
<variant>диффузды полипоз
<question>Науқас келесілерге шағымданады: әлсіздік, бас айналу, тәбеттің төмендеуі, арықтау. Асқазанның көлемінің кішіреюі анықталмайды. Қан анализдерінде Hb – 78 г/л, Эритроциттер – 2.7x10¹². Науқасқа қойылған диагноз:
<variant>жалпы тоқ ішектің оң жақ бөлігінің карциномасы
<variant>теміржетіспеушілік анемия
<variant>атрофиялық гастрит
<variant>асқазан карциномасы
<variant>апластикалық анемия
<question>Жедел паропроктитпен ауырған науқасты стационардан шығарған кезде екі айдан

кейін созылмалы түріне ауысқаны белгіленді.
Себебі:

<variant>қабынған ішектен іріңдіктің қуысына кіретін ішкі тесіктің болуы

<variant>клеткаралық кеңстікке іріңнің шығуы

<variant>іріңнің сыртқа шығуы

<variant>іріңнің ішекке шығуы

<variant>іріңнің ішекке және сыртқа шығуы

<question>Науқасқа илеоректальды анастомоз салынған, субтотальды колэктомия жасалды.

Ауруға жасалатын операция:

<variant>жалпы диффузды полипоз

<variant>ювенильді полиптер

<variant>кірпікшелі ісік

<variant>аденоматозды полиптер

<variant>гиперпластикалық полиптер

<question>Науқас ішінің сол жағындағы толғақ тәрізді ауырсынуымен, дене қызуының 39 гр.

Көтерілуімен, көп көлемде қанмен, іріңмен,

шырышпен ішінің өтуімен, ішінің кенеттен

ауырсынуымен айқын интоксикациямен түсті.

Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>бейспецификалық жаралы колит

<variant>дизентерия

<variant>жедел энтероколит

<variant>тоқ ішектің асқынған қатерлі ісігі

<variant>жедел гастроэнтерит

<question>Науқас үлкен дәретінің қошқыл қызыл

қан аралас болуына шағымданып, ауруханаға

түсті. Қан анализінде Нб – 92 г.л, Эритроциттер –

3.5x10¹², Түсті көрсеткіш – 0.31%. Қан кетудің

көзін анықтаңыз:

<variant>тоқ ішек

<variant>12 елі ішек

<variant>жіңішке ішек

<variant>өңеш

<variant>ащы ішек

<question>Тік ішекті саусақпен тексерген кезде 11

сағатта және анальды тесіктен 3 см қашықтықта

1,5x2см көлемді түзіліс, жұмсақ эластикалық

консистенциялы, ауырсынатын, өзекке шығыңқы

келген. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant>дамыған гемаррой

<variant>полип

<variant>рак

<variant>шырышасты парапрактит

<variant>кірпікшелі ісік

<question>Науқастың іш қатуына байланысты

колоноскопия жоспарланған. Зерттеуге ішекті

қалай дайындау факт?

<variant>фортранс схема бойынша

<variant>3 тәулік бойы тазарту клизмасы

<variant>бір апта бойы шлаксыз диета

<variant>тек Форлакс схема бойынша

<variant>гипертоникалық клизма

<question>Науқас анальды тесік аймағында

дефекация кезіндегі ауырсынуға, дене қызуының

38 гр дейін көтерілуіне шағымданды. Қараған

кезде перианальды аймақта жедел ауырсынатын

инфильтрат, терісінің гиперемиясы анықталады.

Саусақпен тексерген кезде айдаршықты сызыққа

дейін инфильтрация бар. Сіздің болжам

диагнозыңыз:

<variant>дәлелденген тері асты парапрактит

<variant>шырыш асты парапрактит

<variant>шондандай тік ішектік парапрактит

<variant>жамбас тік ішекті парапрактит

парапрактит

<variant>ретроректальды парапрактит

<question>Науқасқа тік ішек және сигма тәрізді

ішектің бір бөлігінің резекциясы және бағаналы

сигмастомасын шығару операциясы жасалды. Тік

ішектің дистальды бөлігі тұйық тігілген.

Қолданылатын операция:

<variant>жалпы Гартман операциясы

<variant>құрсақ-анальды резекция с низведением

<variant>алдыңғы резекция

<variant>құрсақ-шапаралық экстирпация

<variant>сфинктерді сақтаумен тік ішектің

құрсақ-анальды ампутациясы

<question>Жайылған перитонит бойынша

лапаротомия кезінде тоқ ішектің төмендеген

бөлімінің некроздалған дивертикулдың

перфорациясы анықталды. Құрсақ қуысының

санациясынан кейін операцияны аяқтау:

<variant>көлемді трансверзостомы шығарумен сол

жақты гемиколэктомия

<variant>трансверзосигмоанастомоз салынған сол

жақты гемиколэктомия

<variant>трансверзоректоанастомоз салынған сол

жақты гемиколэктомия

<variant>перфоративті тесікті тігу

<variant>сау тіндерге дейін анастомоз салумен

төмендеген бөлімнің резекциясы

<question>Науқас дефекация кезінде

ауырсынудың болуына және үлкен дәретінен

кейін алқызыл қанның шығуына шағымданды.

Тік ішекті саусақпен зерттеген кезде анальды

өзекте жедел ауырсыну бар. Қолданылатын

операция:

<variant>қабынған тік ішектің жыртылыстарын

кесу

<variant>тік ішектің резекциясы

<variant>полипэктомия

<variant>геморроидэктомия

<variant>тік ішектің резекциясы (с низведением)

<question>Науқас келесілерге шағымданады:

әлсіздік, бас айналу, тәбеттің төмендеуі, арықтау.

Асқазанның көлемінің кішіреюі анықталмайды. Қан анализдерінде Нb – 78 г/л, Эритроциттер – 2.7x10¹². Науқастың болжам диагнозын анықтаңыз:

<variant>айқын тоқ ішектің оң жақ бөлігінің карциномасы

<variant>теміржетіспеушілік анемия

<variant>бактериялық гастрит

<variant>12 иелі ішек карциномасы

<variant>гипопластикалық анемия

<question>Іш бүлігі диагнозы бар 27 жастағы әйел науқаста құрсақ қуысының рентгенографиясы кезінде көкет күмбезі астында орақ тәрізді газ анықталды. Осы симптом тән болатын ауру:

<variant>асқазан ойық жарасының тесілуі

<variant>жедел перфоративті холецистит

<variant>жедел панкреонекроз

<variant>жедел ішек өтімсіздігі

<variant>жедел перфоративті аппендицит

<question>Ұлтабардың тесілген ойық жарасы

тігілген. 1 айдан кейін кекіру, лоқсу тұрып қалған

тамақпен құсу пайда болды. Асқынуды

көрсетіңіз:

<variant>белгілі пилородуоденальды тарылу

<variant>дуоденостаз

<variant>созылмалы панкреатит

<variant>кардиоспазм

<variant>асқазан атониясы

<question>Пилородуоденальды тарылумен асқынған ұлтабар ойық жарасы болғанда тиімді операция әдісін (субкомпенсация дәрежесі) таңда:

<variant>тек асқазан резекциясы

<variant>гастростомия

<variant>артқы гастрореноанастомоз

<variant>ваготомия

<variant>гастродуоденоанастомоз

<question>Науқас 45 жастағы ер кісі төс артының күйдіріп ауырсынуы, кекіру және қыжылдау – үштік симптомдары көп уақыттан бері мазалайды. Сіздің диагнозыңыз және диагностикаңыз:

<variant>тек рефлюкс – эзофагиті –

ЭФГДС, рентген, Рн-метрия

<variant>көк еттің өңештік саңылауының

жарығы-ЖҚА, рентген

<variant>кардиоспазм-рентген, УЗИ

<variant>эпифренальды дивертикулдың-

УЗИ, ЭФГДС

<variant>өңештің тыртықты тарылуы –

УЗИ, ЭФГДС, Рн-метрия

<question>Науқас Т., әлсіздік, тамақтан ішкеннен соң 30 минуттан кейін үдемелі болатын құсыққа шағымданады. 20 күн бойына науқастанады. 10-15 кг салмақ тастаған. Анамнезінен 8 жыл бойына

12 елі ішек жара ауруы. Диагностикалық зерттеу әдісі:

<variant>асқазанның контрасты

рентгеноскопиясы

<variant>іш қуысының жалпы шолу

рентгенограммасы

<variant>ФГДС

<variant>диагностикалық лапароскопия

<variant>іш қуысының УДЗ

<question>32 жасар науқас, хирургиялық ауруханаға ауырғаннан бір тәуліктен кейін келіп түсті. Зерттеу барысында “12 елі ішек ойық жарасының жабылған перфорациясы” диагнозы қойылды.

Науқасқа қолданылатын дұрыс емдік тактика:

<variant>Шұғыл операция

<variant>Қатаң консервативті ем

<variant>Консервативті ем нәтижесіз болғанда

операция

<variant>Тэйлор әдісі бойынша ем

<variant>Құрсақ қуысын лапароскопиялық

дренаждау

<question>28 жасар науқас, аурухананың қабылдау бөліміне ауырғаннан 24 сағаттан кейін, жедел медициналық көмек көлігімен жеткізілген. Анамнезінен науқаста 2 жыл бұрын 12 елі ішектің ойық жара ауруы анықталған. Ешқайда қаралмаған және емделмеген. 12 сағат бұрын эпигастрий аймағындағы ауырсыну ғайып болған және мелена пайда болған.

Тиімді диагнозыңыз:

<variant>қатайған ойық жарадан қан кету

<variant>ойық жараның перфорациясы

<variant>пилородуоденалды стеноз

<variant>ойық жара малигнизациясы

<variant>ойық жара пенетрациясы

<question>Ауруханаға асқазанішектен қан кету клиникасымен түскен 38 жасар науқасқа шұғыл гастродуоденоскопия жасалынғанда диаметрі 1,5 см, он екі елі ішектің ойық жарасы анықталды. Ойық жараның ортасында ірі тромбталған тамыр орналасқан. Қандағы гемоглобин - 90 г/л.

Емдік тактика шарасы:

<variant>шұғыл операция

<variant>консервативті ем

<variant>қан кету қайталанғанда операция

<variant>гастродуоденалды артерияларды

эмболдау

<variant>блекмор зондын енгізу

<question>Ойық жара ауруымен 4 жыл бойы

сырқаттанатын 65 жасар науқас, ауру

басталғаннан 15 сағаттан кейін, хирургиялық

аурухананың қабылдау бөліміне шұғыл түрде

жеткізілді. Зерттеу барысында 12 елі ішектің

тесілген ойық жарасы анықталды. Щеткин-Блюмберг симптомы іштің барлық аймақтарында оң мәнді.

Науқасқа жасалынатын операция:

<variant>Тек перфорацияны тігу

<variant>Финней бойынша пилоропластикамен бағаналы ваготомия

<variant>Асқазан резекциясы

<variant>Гастроэнтероанастомоз

<variant>Ойық жарамен бірге антрумэктомия

<question>66 жастағы науқас кенеттен ауырған.

Сол жақ мықын аймағында ауырсыну бар. Дене

қызуының көтерілуі. Пальпация жасау кезінде

сол мықын аймағында бұлшықеттің аздап

қатаюы, ауырсыну анықталады. Сіздің алғашқы

диагнозыңыз:

<variant>дамыған сигма тәрізді ішектің майлы өсіндісінің бұралып қалуы

<variant>крон ауруы

<variant>сигма тәрізді ішектің стеноздаушы қатерлі ісігі

<variant>сигма тәрізді ішектің стеноздаушы қатерлі ісігі

<variant>тоқ ішектің полипозы

<question>39 жасар науқас Р, қалтқының

(привратник) субкомпен-сациясатысындағы

тарылуымен асқынған асқазанның созылмалы

ойық жарасы клиникасымен түсті. Асқазан ойық

жарасына тиімді жоспарлы операциясы:

<variant>асқазан резекциясы

<variant>тек антрумрезекция

<variant>селективті проксималды ваготомия

<variant>ваготомия және пилоропластика

<variant>ойық жараны кесу

<question>42 жасар науқас В, әлсіздікке, жоғарғы

құрсақ аймағындағы әлсіз ауырсынуға, нәжістің

қара түсті болуына, кофе тәріздес құсыққа

шағымданып түсті. Анамнезінде 3 тәуліктен бері

ауырады. Ертеректе маусымды сипатқа ие

эпигастридағы кезенді ауырсынды байқаған,

тексерілмеген. Түскен кезде жалпы жағдайы

орташа ауырлық дәрежесінде. Тері жамылғысы

бозғылт. Гемодинамика тұрақты. Асқазанның

қанаған ойық жарасы диагнозын нақтылау үшін

бірінші кезекте жүргізілетін факт:

<variant>фиброгастроскопия

<variant>асқазанның контрасты

рентгенографиясы

<variant>жасырын қанға асқазан сөлінің анализі

<variant>жасырын қанға нәжіс анализі

<variant>гемоглабин мен гемотроцитті анықтау

<question>Науқасқа Бильрот – 2 әдісімен асқазан

резекциясынан кейін Генли әдісімен

редуоденизация жоспарлануда. Асқыныс салдарынан аталған операцияны жасаған дұрыс:

<variant>демпинг синдромы

<variant>анастомоздың пептикалық ойық жарасы

<variant>келер ішек синдромы

<variant>кезекті дуоденостаз

<variant>ваготомиядан кейінгі диарея

<question>Науқас ішінің жоғарғы бөлігінің

ауырсынуы шағымымен түсті. Қосымша

зерттеулер жүргізгеннен кейін, науқаста ащы

ішектің ойық жарасы анық-талды. Науқасқа тән

операция:

<variant>тек дінді ваготомия, ащы ішектің ойық

жарасы аймағын резекциялау, асқазан – ішек

бойымен тағамның үздіксіз ұлтабар арқылы өтуін

қамтамасыз етілуін қалпына келтіру

<variant>дінді ваготомия

<variant>гастроюнальдық анастомозды

гастроуденоанастомозға ауыстыру

<variant>резекциядан кейін гастроюнальды

анастомозды Ру анастомозына ауыстыру

<variant>гастроюнодуодено пластика

<question>54 жастағы науқас қабылдау бөліміне

келіп түсті. Түскен кезде жағдайы орташа ауыр.

Шағымы: 5-6 рет құсу болған, соңғы рет

құсқанда қан аралас болған, әлсіздік. Емханада

дәрігерге 2 күн бұрын қаралған, ФГДС-те жара

ауруы анықталмаған. Алғашқы диагнозыңыз:

<variant>қосалқы синдром Мелори-Вейса

<variant>12- елі жарасы, қан кетумен асқынуы

<variant>асқазан жарасы, қан кетумен асқынуы

<variant>өкпеден қан кету

<variant>геморрагиялық гастрит

<question>Асқазан жарасынан қан кету

дәлелденген науқаста шұғыл операция тек ... ғана

кейінге қалдырылады.

<variant>қалыпты жасы келген науқаста

стационарда қан кетуі тоқтаса

<variant>жас науқастың геморрагиялық шок

жағдайында

<variant>жасы келген науқастан массвиті қан

кетуде

<variant>пульстың жоғалуы және АҚ 60 мм сын.

бағ. төмендесе

<variant>стационарда қан кету қайталанса

<question> ... іштің кей бөліктерінің тұйықталуы

байқалады.

<variant>барлық қуыс органдар перфорациясы

мен іш қуысына қан кеткенде

<variant>асқазан-ішек жолдарынан қан кеткенде

<variant>ішек түйілуінде

<variant>жедел холециститте

<variant>жедел панкреатитте

<question>Энтерокиназа ферменті ... түзіледі, ол:

<variant>12 елі ішектің және аш ішектің жоғарғы бөлігінде

<variant>асқазанның антральды бөлігінде

<variant>аш ішектің барлық бөлігінде

<variant>аш ішек пен тоқ ішектің жоғарғы бөлігінде

<variant>мықын ішектің дистальды бөлігінде

<question>Асқазан немесе 12 елі ішек жара ауыруында ауырсыну сезімін басу үшін ... болып саналады

<variant>спазмолитиктерді қабылдау қажет

<variant>іш айдайтын дәрілер қабылдау қажет

<variant>тамақтану қажет

<variant>күсу қажет

<variant>антацидтер қабылдау қажет

<question>Селективті проксималды ваготомиядан кейін иннервация ... сақталады.

<variant>семіген асқазанның антральды бөлігінде

<variant>асқазан денесінде

<variant>асқазанның фундальды бөлігінде

<variant>асқазанның барлық бөлігінде

<variant>асқазанның кардиальды бөлігінде

<question>Асқазанның селективті

ваготомиясында ... дренирленеді.

<variant>денесі және антральды бөлігі

<variant>асқазанның кардиальды-фундальды бөлігі

<variant>асқазанның барлық бөлігін

<variant>жасалынбайды

<variant>асқазан денесі және фундальды бөлігі

<question>Асқазан немесе 12 елі ішек жара ауыруымен ауыратын науқаста сұқ саусақ симптомын ... әдіс арқылы анықтауға болады.

<variant>басты рентгендік

<variant>физикальды

<variant>эндоскопиялық

<variant>УДЗ

<variant>тік ішекті саусақпен тексеру

<question>Асқазан жарасынан қан кетуде пептикалық ауырсыну көбінесе ...

<variant>кезекті бәсендейді немесе жоғалады

<variant>тек күшейеді

<variant>ашып ауырады

<variant>қанжар салғандай ауырады

<variant>толғақ тәрізді ауырады

<question>Асқазан жарасынан қан кетудің түрлеріне ... тән:

<variant>тек жасырын және анық

<variant>жалған және айқын

<variant>жабық және ашық

<variant>іш қуысына және асқазан-ішек жолдарына

<variant>ерте және кеш

<question>Адам нәжисіндегі жасырын қан ... анықталады.

<variant>Айқын Грегерсен сынамаcымен

<variant>Бизик шкаласымен

<variant>Ван-ден-Берг реакциясымен

<variant>Ван-Гизон бояуымен

<variant>Дитерихс шкаласымен

<question>Бильрот-II асқазан резекциясынан кейін келер ішек синдромын ... факторлары дамытады.

<variant>дуоденостаз

<variant>рефлюкс-эзофагит

<variant>жергілікті дуоденогастралдық синдром

<variant>созылмалы холецистит

<variant>созылмалы панкреатит

<question>Бильрот-2 резекциясынан кейін гастроэнтероанастомозда пептикалық жара ... себебінен пайда болады.

<variant>белгіленген асқазанға үнемдеп жасалған резекция

<variant>гастроэзофагеалдық рефлюкс

<variant>өте кең салынған гастроэнтероанастомоз

<variant>гастроэнтероанастомоздың тарылуы

<variant>дуоденогастралдық рефлюкс

<question>Бильрот-2 резекциясынан кейін, асқазан қалдығының кіші имегінде ойық жара ...себепті зақымы:

<variant>Золингер-Эллисон синдромы

<variant>Диета сақтамау

<variant>Созылмалы панкреатит

<variant>Дуоденогастралдық рефлюкс

<variant>Гастроэзофагеалдық рефлюкс

<question>Селективтік проксималдық ваготомиядан кейін қайта пайда болған ұлтабар жарасында ... қолдану керек.

<variant>көлемді асқазанның 2/3 резекциялауды

<variant>дуоденоюностомияны

<variant>гастрэктомияны

<variant>жараны сылып алуды

<variant>гастростомияны

<question>39 жастағы Д., науқас қан тамыр

хирургына келесі шағымдармен келді: аяқ тері жабындыларының табаннан бөксесіне дейін ісіну меан цианозына, дене температурасының 37,8 дейін көтерілу себебі:

<variant>Илеофеморалды флеботромбоз

<variant>Беткей веналардың жедел

тромбофлебиті

<variant>Лимфостаз

<variant>Клиппель - Треноне Синдромы

<variant>Паркс - Вебер - Рубашов Синдромы

<question>56 жастағы В., науқастың ангиограммасында сан-тізе асты сегментінің

облитерациясы анықталды. Жасалынатын операция:

<variant>Кезекті аутовенамен сан-тибиалды шунттау

<variant>Троянов-Тренделенбург

<variant>Эндартериоинтимэктомия

<variant>Линтон операциясы

<variant>Роккет операциясы

<question>65 жастағы К., науқас келесі

шағымдармен қаралды: кенеттен пайда болған

кеуде артындағы интенсивті ауырсынулар,

арқасына, жауырынға, мойынға, қолдарына

таралады. Негізгі шаралар бағытталу керек:

<variant>кенет ауырсынууды басу, АҚҚ төмендету

<variant>қан және қан алмастырғыш заттарды құю

<variant>тұзды ерітінділерін, дезагреганттар құю

<variant>гепаринотерапия

<variant>бәрі

<question>Науқас К., 65 жаста, оң жақ аяқтың

Сельдингер бойынша селективті ангиограммада

шеткері толу дефекттері, стеноз бөліктері бар

артерияларының контурының желінуі,

коллатералдар бойынша толған дисталды

бөліктерінің сегментарлы окклюзиясы. Сіздің

диагнозыңыз:

<variant>Дамыған облитерациялайтын

атеросклероз

<variant>Облитерациялайтын эндартериит

<variant>Бюргер ауруы

<variant>Паркс-Вебер-Рубашов синдромы

<variant>Рейно ауруы

<question>Науқас Н., 28 жаста, ангиохирургқа

келесі шағымдармен келді: аяғының тоңазуына,

табан саусақтарының күйдіру мен сұққылау

сезіміне, тез шаршағыштығына, құбылмалы

ақсақтыққа-200м. Қарағанда табан мен

балтырдың тері жабындылары бозғылт қызғылт

түсті, құрғақтау, қабыршықтанады, шаш түскен

ошақтар бар, табан бетінде жағында гиперкератоз

анықталады. Табан артериясында пульсация

анықталмайды, науқаста дамыған ауру:

<variant>диссемиренген облитерациялайтын

эндартериит, II - стадия

<variant>облитерациялайтын атеросклероз

<variant>бюргер ауруы

<variant>облитерациялайтын эндартериит, I -

стадия

<variant>облитерациялайтын эндартериит, III -

стадия

<question>30 жастағы Д., науқастың

артериограммасында аортаның, мықын, сан

артерияларының қалыпты өтімділігі, тізе асты

артериясы тарылған, балтыр артериялары

облитерацияланған, ұсақ штопор тәрізді

коллатералдарды тор анықталады. Сіздің

диагнозыңыз:

<variant>Диссемиренген облитерациялайтын

эндартериит

<variant>Бюргер ауруы

<variant>Облитерациялайтын атеросклероз

<variant>Рейно ауруы

<variant>Арнайы емес аортоартериит

<question>Науқаста транслюмбальды

аортограмма, УДДГ бойынша облитерация-

лайтын атеросклероз, Лериш синдром, оң жақ

мықын-сан сегментінің окклюзиясы анықталған.

Жасалынатын операция:

<variant>көлемді бифуркационды аорта-сандық

шунттау

<variant>аутовенамен Сан -тибиалды шунттау

<variant>артериовенозды тармақты байлау

<variant>белдік симпатэктомия

<variant>эндартериоинтимэктомия

<question>36 жастағы В., есімді әйел ангиологқа

келесі шағымдармен түсті: қол саусақтары

аймағында бозару, ісіну, дымқылдау

ұстамаларына. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Рейно ауруы

<variant>Бюргер ауруы

<variant>Облитерациялайтын эндартериит

<variant>Облитерациялайтын атеросклероз

<variant>Арнайы емес аортоартериит

<question>Науқасты қарағанда аяқтерісінде

тамырлы пигметті дақтар, аяқты латеральді

жағында өрімделген және айқын кенейген

веналар аяқ көлемі мен ұзындығының үлкеюі

анықталды. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Клиппел-Тренон синдромы

<variant>Бюргер ауруы

<variant>Паркс-Вебер-Рубашов синдромы

<variant>Рейно ауруы

<variant>Арнайы емес аортоартериит

<question>57 жастағы Б науқастың дисталды

флебограммасында балтыр терең веналарының

түзу емес контурлары, кеңейген комуникантты

веналар арқылы терең веналардан беткей

веналарға контрастты зат рефлюксі. Диагнозды

табыңыз:

<variant>Тромбофлебиттен кейінгі синдром

<variant>Бюргер ауруы

<variant>Клиппел-Тренон синдромы

<variant>Балтырдың терең веналарының жедел

тромбозы

<variant>Илеофеморалды флеботромбоз

<question>Бұл ауруға келесі сипаттама тән:

кенеттен пайда болатын ауырсынулар, ұю сезімі,

тоңазу, зақымдалған аймақ парестезиясы,

сезімталдық пен активті қозғалыстардың парезі

мен плегияға дейін. Диагностикалық әдістерді көрсетіңіз:

<variant>артериография

<variant>флебография

<variant>реовазография

<variant>термография

<variant>плетизмография

<question>Бұл патологияның ағымында келесідей

арнайы ерекшеліктер бар:ерет полиневрит

симптомдары қосылады, перифериялық

артериялардың пульсациясы сақталуымен

трофикалық жаралардың пайда болуы, аяқ-қол

ангиопатиясымен бірге ретино- және нефропатия

қосарлана келуі. Науқасқа қолданылатын ем:

<variant>көмірсу, май, белок метаболизмді

реттеу, ангиопатиялардың комплексті емі

<variant>спазмолитиктер

<variant>зақымдалған сегментті резекциясы мен

аутовенамен пластика

<variant>иммунодепрессанттар

<variant>глюкокортикоидтар

<question>Бұл патология келесідей сипатталады:

аяқ-қол 3-8 см-ге ұзарады, васкуляризацияның

жоғарлауына байланысты жұмсақ тіндердің

гипертрофиясы. Зерттеу әдісін анықтаңыз:

<variant>ангиография

<variant>ультрадыбыстық зерттеу

<variant>термография

<variant>сфигмография

<variant>плетизмография

<question>Бұл сырқаттың үдеуімен

паралитикалық ішек өтімсіздігінің суреті дамыды.

Тік ішекті саусақпен тексеру кезінде қолғапта қан

іздері анықталған. Зерттеуге қажет әдіс:

<variant>қолайлы селективті ангиография

<variant>іш қуысы мүшелерінің жалпы шолу

рентгенографиясы

<variant>ирригоскопия

<variant>фиброколоноскопия

<variant>реовазография

<question>Хирургқа қабылдауға пациент Ф., 59

жаста, кіндік аймағындағы тұрақты ауырсынуға,

іштегі күшейген пульсацияға, эпигастрий

аймағындағы ауырлыққа және керуіне, іштің

кебуіне шағымданады. Қолданылатын ем:

<variant>құрсақ қолқасының ανεвризмасының

резекциясы және одан кейін оны шунттау

<variant>эндартеринтимэктомия

<variant>симпатэктомия

<variant>спланхнотомия

<variant>шунттау

<question>Хирургқа қабылдауға пациент Ф., 65

жаста, эпигастрий аймағында тамақ ішкеннен

кейін 30-40 минуттан соң және 1,5-2,5 сағатқа

созылатын ауырсынуға шағыммен келді.

Топикалық диагнозды зерттеу әдісі:

<variant>аортография

<variant>энтероскопия

<variant>иррогоскопия

<variant>фиброэзофагогастродуоденоскопия

<variant>іш қуысының жалпы шолу

рентгенографиясы

<question>Аяқтардың ультрадыбысты

доплерографиясының мәліметтері бойынша табан

артерияларындағы қысымының айқын төмендеуі,

қан ағысының сызықтық жылдамдығының

төмендеуі. Қолданылатын емдік шара:

<variant>белдік симпатэктомия

<variant>эндартеринтимэктомия

<variant>шунттау

<variant>протездеу

<variant>стенттеу

<question>Хирургқа қабылдауға пациент А., 30

жаста, күш түскеннен кейін оң жақ қолда және

иықта ауырсынуға, ісінуге, кернеу сезіміне,

терінің көгеруіне шағыммен келді. Диагнозды

зерттеу әдісі:

<variant>флебография

<variant>иық аймағының екі проекциясындағы

рентгенографиясы

<variant>ультрадыбысты зерттеу

<variant>сфигмография

<variant>оксиметрия

<question>Аяқтың жедел ишемиясы бар науқаста

бунақ және тақым артериясының пульсациясы

анықталмайды. Сан артериясының пульсациясы

күшейген. Окклюзия деңгейін анықта.

<variant>алдыңғы сан артериясының жоғарғы

бөлігі

<variant>тізе асты артериясы

<variant>сан артериясының орта бөлігі

<variant>сан артериясының төменгі бөлігі

<variant>үлкен жіліншік артериясы

<question>50 жастағы әйел, 3 күн бұрын

холецистэктомия,интраоперациялық

холангиография операциясы жасалған.

Операциядан кейінгі кезеңде –кенеттен демікпе,

төс артындағы ауырғандық, жөтел "тап" түсті

қақырық пайда болды. АҚҚ –110/70 мм сын бағ.

PS –90 мин, тыныс алу жиілігі –30 рет мину,

субфебрилитет. Себебі:

<variant>қабынған өкпе артериясы тармағының

эмболиясы

<variant>аспирациялық пневмония

<variant>бауыр астылық абсцессі

<variant>холангит

<variant>панкреатит

<question>Аяқтарының жедел ишемиясы бар науқаста сан, тақым және бунақ артерияларында пульсация жоқ. Окклюзия деңгейі:
<variant>сыртқы мықын артериясы
<variant>жоғарғы үштен-бір, сан артериясы
<variant>ішкі мықын артериясы
<variant>ортаңғы үштен-бір, сан артериясы
<variant>артқы санның беткей және терең артерияларының біріккен окклюзиясы
<question>23 жасар ауруда аборт жасағаннан кейін 4-тәулікте сол жақ аяғы тегіс айқынды ісініп кетті. Аурудың белгісі:
<variant>Белгілі илеофеморальдық тромбоз
<variant>Сан (ортан жілік) көк тамырының эмболиясы
<variant>Аяқ лимфэдемасы
<variant>Тромбофлебиттен кейін пайда болған синдром
<variant>Паркс-Вебер ауруы
<question>Оң жақ аяқтың тұрақты сатыдағы гипопластикалық лимфэдемасы бар аурудың сан венасы жетіспеушілігінің жоқтығын анықтау үшін қолданылатын әдіс:
<variant>Қабынған сан көк тамырының ретроградты флебографиясы
<variant>Өршемелі флебография
<variant>Лимфография
<variant>Тіндердегі қысымды анықтау
<variant>Аи 198-бен лимфа ағуын анықтау
<question>ЖИА-ы бар 70 жастағы ер адам 12 сағат көлемінде оң аяғының қатты ауырсынуын байқады. Мұның себебі:
<variant>Созылмалы тақым артериясының тромбозы
<variant>Тақым артериясының эмболиясы
<variant>Тақым артериясының аневризмасы және бітелуі
<variant>Облитерленуші тромбангит
<variant>Рейно ауруы
<question>Науқаста аяқтың беткейлі көк тамырларының варикозды кеңеюінде келесі сынаманы өткізеді: аяққа үш жгутты байлайды. Науқас жүруі тиіс. Салынған жгут арасындағы варикозды түйіндердің толуы, перфорантты көк тамырдың клапанының қабілетінің төмендегінін білдіреді. Сынама негізі:
<variant>Шейнис сынағы
<variant>Претта сынағы
<variant>Тренделенбург сынағы
<variant>Пертес сынағы
<variant>Ловенбер сынағы
<question>68 жасар науқас Г, оң жақ қолының ауырсынуына шағымданып түсті, ауыр сөмкені оң иығымен көтерумен байланыстырады. Жергілікті

қарағанда қолдың толық ісінуі, оң жақ қол ының көгеруі және тамырлық суреттің күшеюі байқалады. Ауру болады:
<variant>Бюргер ауруы
<variant>Паркс-Вебер ауруы
<variant>Педжет-Шреттер синдромы
<variant>Мондор ауруы
<variant>Клиппель-Треноне
<question>25 жасар науқас П, стационарға үнемі шуыл естілетін екіншілік варикозды кеңейген көктамыр, аяқ көлемінің ұзаруы мен ұлғаюы клиникасымен түсті. Аталған белгілерге тән ауру:
<variant>Мондер ауруы
<variant>Паркс-Вебер ауруы
<variant>Педжет-Шреттер синдромы
<variant>Бюргер ауруы
<variant>Клиппель-Треноне
<question>51 жасар науқас С, екі аяқтың варикозды кеңейген көк тамыры клиникасымен түсті. Тексергенде комунікантты көк тамырдың жетімсіздігі анықталды. Аталған ақау ... функционалды сынаманы жүргізгенде анықталды.
<variant>Айқын Пратта – 2
<variant>Гаккенбрух
<variant>Троянов – Трендленбург
<variant>Дельбе – Пертес марштық сынамасы
<variant>Оппель сынамасы
<question>56 жасар науқас З. Аяқ көк тамыр ақауымен консервативті ем алынды. 5 тәулікте өкпе артерия эмболиясы дамыды. Ауруда жиі аталған асқыну:
<variant>беткей көк тамыр тромбозы
<variant>варикозды кеңейген көк тамыр
<variant>жедел тромбофлебит
<variant>тромбофлебиттен кейінгі синдром
<variant>терең көк тамыр
<question>20 жасар науқас Б, жүргенде күшейген балтырдағы ауырсынуға шағым-данады. Жергілікті: балтыр ісінеді, әлсіз ауырсыну және терінің жергілікті субфебрилитеті, варикозды кеңейген көктамыр. Аталған клиниканы бұрында байқаған. Аяқ терең көктамырының дисплазиясы анықталды. Сәйкес синдром:
<variant>Клиппель-Треноне
<variant>Паркс Вебер
<variant>Педжет-Шреттер
<variant>Мондор
<variant>Бюргер
<question>17 жасар ер балада емханада медициналық тексеріс кезінде оң жақ санның жоғарғы үштен бір бөлігінің алдыңғы беткейінде пульсациялы түзілім анықталды, көлемі 2,0 x 1,0 см жұмсақ – эластикалық консистенциялы, сипағанда ауырсынусыз. Тексерілуші бала бұл

түзілім бала кезіннен екендігін айтады. Диагнозы нақты қоюға төменде келтірілген әдістердің тиімдісі:

<variant>тек артериография

<variant>ультрадыбысты флоуметрия

<variant>флебография

<variant>көлемді сфигмография

<variant>магнитті - резонансты

<question>27 жастағы науқаста екі жақтылы, симметриялы екі саусақтағы ұсақ артериялар ұшының зақымдалуы анықталды, саусақтағы үнемі жансыздану сезімі. Қандай сырқат расталады:

<variant>рейно сырқаты

<variant>облитерирлеуші эндартериит

<variant>облитерирлеуші атеросклероз

<variant>облитерирлеуші тромбангиит

<variant>диабеттік ангиопатия

<question>30 жасар науқас Ж, субкомпенсация сағысындағы аяқтың варикозды кеңейген көк тамырларына жоспарлы түрде Троянов-Трендленбург-Беккок-Клапп операциясы жасалған. Клапп операциясы қалай жасалады

<variant>жергілікті варикозды көк тамырды тері арқылы кетгутпен тігуі

<variant>сан және балтырда лампасты тіліктермен тері асты көк тамырларын алу

<variant>тері асты көк тамырын тоннелдеу

әдісімен алу

<variant>тері асты көк тамырын зонд көмегімен алу

<variant>комуникандты көк тамырды шандыр

<question>24 жасар науқас С, жамбас аймағының ауырсынуына шағымданып түсті. Жарақаттану жағдайы: Конкимен сырғанап жүргенде оң жамбасына құлаған. Жергілікті қарағанда ісіну, тері түсінің өзгеруі, ауырсыну және пульстің сезілуі байқалады. Науқаста жамбас артериясының жалған аневризмасы анықталды. Операция жасау керек. Тиімді болып табылатыны:

<variant>тек аневризмада тамыр ақауын жиек-жиегіне тігу

<variant>жалған қабшықтың барлығын алыптастау

<variant>артерия мен көк тамырды төрт жерден байлау

<variant>коллатералдарды байлау үшін кең кесу

<variant>аневризма қондыруы үшін көк

<question>60 жасар науқас В, илеофеморальды тромбоз клиникасымен келді. Жергілікті: аяқтың тегіс ісінуі, цианоз, әлсіз ауырсыну. Дәрігер әрекеті:

<variant>әрдайым стационарға жатқызу, төсек режимі, антикоагулянт, фибринолитик тағайындау

<variant>амбулаторлық ем

<variant>жедел операция

<variant>стационарға жатқызу, эластикалы бинт, спазмолитик, антибиотик

<variant>стационарға жатқызу, белсенді

<question>56 жасар науқас З. Аяқ көк тамыр ақауымен консервативті ем алынды. 5 тәулікте өкпе артерия эмболиясы дамыды. Аурудың жиі асқынуы:

<variant>беткей көк тамыр тромбозы

<variant>варикозды кеңейген көк тамыр

<variant>жедел тромбофлебит

<variant>тромбофлебиттен кейінгі синдром

<variant>терең көк тамыр флебиті

<question>65 жастағы әйел науқастың транслюбалды аортограммасында құрсақ аортасы, мықын, сан артерияларының шеткері толу дефектісі, тамыр қабырғасының контурының желінуі, оң жақ мықын-сан сегментінің окклюзиясы. Тиімді ем:

<variant>Бифуркационды аорта – сандық шунттау

<variant>Зақымдалған сегментті аутовенамен пластикасымен резекция жасау

<variant>Эндартеринтимэктомия

<variant>Сандық симпатэктомия

<variant>Консервативті ем

<question>Бұл сырқаттың негізінде ишемиялық симптомкомплекспен дамитын тамырлардың стенозы мен облитерациясына әкелетін көбінесе аяқтардың дисталды бөлімдерінің артерияларының дистрофикалық бұзылыстары жатыр. Бұл сырқатта қай операция түрі ең эффективті болып саналады?

<variant>Стенттеу

<variant>Шунттау

<variant>Протездеу

<variant>Эндартеринтимэктомия

<variant>Белдік симпатэктомия

<question>Бұл сырқат коллатералды жолды жабатын ұзарған тромб түзуге жауапты айқын рефлекторлы артериалды спазммен жүреді. Қандай зерттеу әдісі диагнозды анықтайды?

<variant>Артериография

<variant>Флебография

<variant>Термография

<variant>Реовазография

<variant>Оксиметрия