*2012 ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ ВАРИАНТ 3*

*Исходный уровень знаний*

*Инструкция: выберите один правильный ответ*

1. б-фетопротеин может быть значительно повышен при:

1) гепатоцеллюлярной карциноме

2) семиноме

3) циррозе

4) холангиоцеллюлярной карциноме

5) раке поджелудочной железы

2. Наиболее характерным признаком рака печени является:

1) тяжесть и боли в правом подреберье

2) прогрессирующее похудание

3) желтуха

4) остро развивающаяся гепатомегалия

5) асцит

3. В развитии карциноидного синдрома ведущую роль играют биологически активные вещества:

1) кинины

2) простагландины

3) серотонин

4) гистамин

5) лейкотриены

4. Для карциноида характерен дефицит витамина:

1) В1

2) аскорбиновой кислоты

3) никотиновой кислоты

4) В 6

5) А

5. При неспецифическом язвенном колите легкой и средней  
степени тяжести медикаментозным средством выбора является:

1) кортикостероиды

2)фталазол

3) левомицетин

4) сульфасалазин, месалазин  
5) ампициллин

6. Микрофлора толстой кишки состоит из:

1)заметно увеличенного количества анаэробов по сравнению с тонкой кишкой  
2) очень небольшого числа бактерий

3)только Е. Coli

4) бактерий, идентичных флоре тонкой кишке

5)сальмонелл

7. При дисбактериозе, вызванном синегнойной палочкой наи­более рационально назначить антибиотики группы:

1) макролидов

2) широкого спектра действия (тетрациклины)

3) аминогликозидов  
4) цефалоспоринов  
5) карбапенемов

8. При стафилококковом дисбактериозе наиболее рациональ­но назначить:

1) антибиотики группы макролидов

2) тетрациклины

3) производные нитрофуранов

4) антибиотики группы аминогликозидов

5) производные налидиксовой кислоты

9. Показанием к назначению бифидумбантерина является:

1) резкое угнетение или отсутствие роста анаэробов неспоробра-  
зующих

2) отсутствие роста энтерококков

3) усиление роста представителей факультативной микрофлоры

4) угнетение роста бактерий группы коли

5) усиление роста дрожжевых грибов *>*

10. При болезни Крона чаще поражается:

1) пищевод

2) желудок

3) подвздошная кишка

4) аппендикс

5) прямая кишка

11. Патологический процесс при гранулематозном колите чаще развивается в:

1) слизистой оболочке

2) подслизистом слое

3) мышечном слое

4) субсерозном слое

5) серозном слое

12. При сосудистой недостаточности часто поражается:

1) слепая кишка

2) печеночная флексура

3) селезеночная флексура

4) нисходящая кишка

5) сигмовидная кишка

13. Самой маленькой адсорбирующей единицей слизистой тон­кой кишки является:

1) микроворсинка

2) бокаловидная клетка

3) цилиндрическая клетка

4) ворсинка

14. Суточная норма балластных веществ в питании составляет:

1) 10 г

2) 20 - 30 г

3) 40 - 45

4) 60 - 80 г  
5) 100- 150 г

15. Для синдрома раздраженной толстой кишки характерно:

1) гипохромная анемия

2) дефицит витамина С

3) общее состояние больного не страдает

4) пеллагрические изменения кожи

5) дефицит витаминов группы В

16. В терапию синдрома раздраженной толстой кишки с пре­  
обладанием запоров в терапию целесообразно включить:

1) гранаты

2) пшеничные отруби

3) сок капусты

4) сок алоэ

5) картофель

17. Чаще всего дивертикулы толстой кишки обнаруживаются в:

1) прямой кишке

2) сигмовидной кишке

3) нисходящей кишке

4) поперечно-ободочной кишке

5) слепой кишке

18. Самым часто встречающимся симптомом аденоматозного  
полипа толстой или прямой кишки является: ,

1) боль

2) кровь при дефекации

3) мелена

4) диарея

5) запор

19. В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчно­го пузыря используют:

1) Н2-блокаторы гистамина

2) препараты группы сукральфата

3) спазмолитики, одестон

4) беззондовые тюбажи

5) хирургическое лечение

20 В лечении гипокинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:

1) холекинетики, хофитол

2)спазмолитики

3) хирургическое лечение

4) антациды

5) ферменты

21. Отсутствие видимости желчного пузыря после введения  
йодированных соединений означает:

1) снижение всасывания в кишечнике

2) снижение функции печени

3) снижение функции поджелудочной железы

4) патологию желчного пузыря

5) снижение перистальтики кишечника

22. Желчные камни чаще всего состоят из:

1) солей желчных кислот

2) холестерина

3) оксалатов

4) мочевой кислоты

5) цистина

23. При желчнокаменной болезни имеет место:

1) снижение соотношения желчных кислот к холестерину

2) снижение уровня билирубина в моче

3) повышение уровня желчных кислот

4) повышение уровня лецитина

5) снижение уровня белков желчи

24 Чрезкожная холангиография является методом, позволяю­щим диагностировать:

1) хронический гепатит

2) билиарный цирроз печени

3) непроходимость желчных путей с механической желтухой

4) абсцесс печени

5) внутрипеченочный сосудистый блок

25. В распознавании внутрипеченочной обструктивной желтухи наиболее достоверен метод:

1) внутривенной холангиографии

2) пероральной холангиографии

3) дуоденального зондирования

4) перитонеоскопии

5) эндоскопической ретроградной ХПГ

26. Коньюгированный билирубин образуется в клетках печени  
с помощью фермента:

1) глюкоронилтрансферазы

2) лейцинаминопептидазы

3) кислой фосфатазы

4) нуклеотидазы

5) глутаматдегидрогеназы

27. В желудочно-кишечном тракте желчные кислоты подвер­гаются реабсорбции.

Это происходит в:

1) 12-перстной кишке

2) подвздошной кишке

3) толстой кишке

4) желудке

5) тощей кишке

28. б — фетопротеин обнаруживается в крови больных:

1) первичным гепатоцеллюлярным раком печени

2) полипозным гастритом

3) лейомиомой желудка

4) полипом прямой кишки

5) туморозной формой хронического панкреатита

29. При диффузных болезнях печени стойкая утрата трудоспо­собности

может иметь место при:

1) вирусном гепатите В

2) аутоиммунном гепатите

3) алкогольном циррозе печени в стадии субкомпенсации

4) циррозе печени, осложненном рецидивирующей печеночной  
энцефалопатией

5) гемохроматозе, проявляющемся сахарным диабетом

30. При холецистолитиазе с рецидивирующим холедохолитиазом показано:

1) санаторно-курортное лечение

2) оперативное лечение

3) направление в Бюро МСЭ для определения группы инвалидности

4) амбулаторное лечение с временным освобождением от работы  
на 3 недели

5) стационарное лечение в терапевтическом стационаре

31. При обострении хронического бактериального холецисти­  
та показано:

1) стационарное лечение в среднем 7 дней

2) стационарное лечение в среднем 14 дней

3) оперативное лечение (холецистэктомия)

4) санаторно-курортное лечение

5) амбулаторное лечение 14 дней

32. Строго вегетарианский рацион может привести к дефициту:

1) углеводов

2) витамина В12

3) витамина В1

4) витамина С

5) витамина РР

33. Всасывание железа в кишечнике наиболее интенсивно про­исходит из:

1)мясных продуктов и печени

2)фруктов  
3)яблок

4) моркови

5)сыра

34. Наибольшее количество азотистых веществ содержится в:

1) капусте

2) моркови  
3) свекле

4) бобовых

5) цветной капусте

35. Жировой гепатоз наиболее характерен для:

1)склеродермии

2) хронической недостаточности кровообращения

3) сахарного диабета

4) красной волчанки

5) саркоидоза

36. При кардиальном циррозе редко встречаются:

1)кровотечение из варикозного расширенных вен пищевода

2)почечная кома

3)выраженная желтуха

4)асцит

5)отеки

37. Поражение печени при сахарном диабете клинически про­  
является:

1) гепатомегалией

2) спленомегалией

3) желтухой

4) носовыми кровотечениями

5) асцитом

38. Морфологическим субстратом поражение печени при саркоидозе является:

1) холестатический гепатит

2) специфическая инфильтрация

3) гранулематозный гепатит

4) портальная гипертензия

5) жировая дистрофия

39. Доказательством диагноза брюшного тифа является:  
1) положительная реакция Видаля

2) выделение гемокультуры

3) положительные результаты РНГА с сальмонелезным диагностикумом

4) положительные результаты РНГА с брюшно-тифозным диагностикумом

5) положительные посевы фекалий

40 Слабость, сухость во рту, однократная рвота, затруднения при глотании, расплывчатая неясность зрения, двоение в глазах, го­ловокружение, шаткость походки, дизартрическая речь, двухсторон­ний птоз верхних век, мидриаз, анизокария, болезненный при паль­пации живот, в анамнезе указание на употребление грибов домашне­го консервирования.

1) ботулизм

2) острый гастроэнтерит

3) энцефалит

4) мозговой инсульт

5) менингит

41 Больная К. 36 лет доставлена в приемный покой к концу первых суток заболевания с жалобами на схваткообразные боли по всему животу, обильный жидкий стул и рвоту.

Температура 38,2°С, лейкоциты - 23000, п/я - 3%, с/я - 87%, лим­фоциты — 7%, моноциты — 3%, СОЭ — 23 мм/ч.

Кожные покровы бледные.

Пульс - 96 в минуту, ритмичный, АД — 90/60 мм рт. ст.

Язык влажный, обложен серым налетом, живот не вздут, болез­ненный во всех отделах.

Наиболее вероятный диагноз:

1) пищевая токсикоинфекция

2) острая дизентерия

3) острый аппендицит

4) мезентериальный тромбоз

5) ворсинчатая аденома толстой кишки

42. У больного с циррозом печени и асцитом для профилактики

портосистемной энцефалопатии применяется:

1) верошпирон внутрь

2) ампициллин парэнтерально

3) дюфалак внутрь

4) строфантин в/в

5) переливание цельной консервированной крови

43. При печеночной энцефалопатии менее опасно для больного применять:

1) морфин

2) омнопон

3) седуксен

4) фенобарбитал

5) тиопентал натрия

44. При лечении печеночной комы наиболее эффективен:

1) гептрал

2) гепамерц

3) преднизолон

4) роферон

5) пегасис

45. Наиболее эффективно и доступно абсцесс печени подтверждает:

1) рентгенография

2) УЗИ

3) радиоизотопное исследование

4) РХПГ

46. При остром панкреатите ренальный клиренс амилазы обычно:

1) повышен

2) понижен

3) не изменен

4) изменение не закономерно

47. Редким осложнением аксиальной грыжи пищеводного от­верстия диафрагмы является:

1) катаральный рефлюкс — эзофагит

2) ущемление

3) кровотечение

4) рефлекторная стенокардия

5) эрозивно-язвенный эзофагит

48.Рациональным лечением флегмоны желудка является:

1) хирургическое

2) симптоматическое

3) физиотерапевтическое

4) санаторно-курортное

5) фитотерапевтическое

49.Дифференциальный диагноз острого расширения желудка проводится с:

1) обострением язвенной болезни

2) неспецифическим язвенным колитом

3) обострением хронического холецистита

4) прободной язвой

5) грыжей пищеводного отверстия диафрагмы

50. Подтверждающим перфорацию язвы является:

1) рентгенологически определяемый газ под правым куполом ди­афрагмы

2) острые боли внизу живота

3) повышение артериального давления

4) нарастающая анемия

5) метеоризм

51 Лечение при холецистолитиазе включает применение:

1) холевой кислоты

2) хенодезоксихолевой кислоты

3) литохолевой кислоты

4) кетолитохолевой кислоты  
5) дегидрохолевой кислоты

52 Высокий уровень г-глутамилтранспептидазы является ха­ рактерным для:

1) острого алкогольного гепатита

2) хронического гепатита В и С

3) гемохроматоза

4) сахарного диабета

5) хронического панкреатита

53 Для гемолитической желтухи не является характерным:

1) увеличение в крови неконьюгированного билирубина

2) нормальный уровень сывороточной щелочной фосфотазы

3) нормальный уровень сывороточных трансаминаз и г-глутамил-  
транспептидазы

4) билирубинурия

5) гиперретикулоцитоз

54. Уровень связанного (коньюгированного) билирубина в кро­ви не возрастает при:

1) синдроме Ротора

2) синдроме Дабина-Джонсона

3) гемолитической желтухе

4) хроническом активном гепатите

5) первичном билиарном циррозе печени

55. Наиболее чувствительным тестом при синдроме гиперспленизма является:

1) определение билирубина в сыворотке крови

2) динамическая сцинтиграфия с радиофармпрепаратом

3) определение ACT в сыворотке крови

4) определение щелочной фосфатазы в сыворотке крови

5) определение количества гранулоцитов и тромбоцитов в крови

56. Высокий уровень трансаминаз в сыворотке крови указывает на:

1) микронодулярный цирроз печени

2) холестаз

3) острый вирусный гепатит

4) первичный билиарный цирроз

5) аминазиновую желтуху

57. Зуд при желтухе связан с:  
 1) билирубином

2) солями желчных кислот

3)лецитином

4) фосфолипидами

5) щелочной фосфатазой

58. Морфологический субстрат хронического активного гепа­тита в отличие от холестатического гепатита составляют:

1) ступенчатые некрозы

2) отложение меди

3) жировая дистрофия

4) нарушение архитектоники печеночных долек

59. К этиологическим факторам язвенной болезни относят:

1) алкоголь

2) никотин

3) нарушения питания

4) стресс

5) хеликобактер пилори

60. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:

1) рвота желчью

2) урчание в животе

3) резонанс под пространством Траубе

4) шум плеска через 3-4 часа после приема пищи

5) видимая перистальтика

61. У взрослых самой частой причиной стеноза привратника  
является:

1) рефлюкс-гастрит

2) язвенная болезнь

3) гипертрофия мышц привратника

4) пролапс слизистой желудка в 12-перстную кишку

5) доброкачественный полип желудка

62. Больной 62 лет с коротким язвенным анамнезом и длитель­но

нерубцующейся язвой желудка обратился с жалобами на слабость,

тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастральной

обла­сти, похудание. В данном случае можно думать о:

1) стенозе выходного отдела желудка

2) злокачественной язве

3) пенетрации язвы

4) микрокровотечениях из язвы

5) перфорации язвы

63. У больного, длительно страдающего язвенной болезнью с

локализацией рецидивирующей

язвы в луковице 12-перстной киш­ки, в последнее время изменилась

клиническая картина:

появилась тяжесть после еды, тошнота, обильная рвота пищей во

второй поло­вине дня, неприятный

запах изо рта, потеря веса. Можно предполо­жить следующее:

1) органический стеноз пилородуоденальной зоны

2) функциональный стеноз

3) рак желудка

4) пенетрация язвы

5) перфорация язвы

64. Основными отличиями симптоматических язв от язвенной  
болезни являются:

1) локализация язвы

2) величина язвы

3) отсутствие рецидивирующего течения

4) кровотечение

5) часто пенетрируют

65. К язвам Керлинга относятся язвы при:

1) ожоговой болезни

2) травме

3) инфаркте миокарда

4) сепсисе

5) циррозе печени

66. Острый катаральный эзофагит может дать:

1) острое кровотечение

2) микрокровотечения (диапедезные)

3) перфорацию

4) стенозы

5) пневмонии

67. В понятие лейкоплакии входят

1) грибковое поражение пищевода

2) доброкачественная опухоль

3) злокачественная опухоль

4) очаги ороговевшего эпителия

5) кистозный эзофагит

68. Признаками пищевода Баррета являются:

1) язва пищевода

2) цилиндрическая метаплазия эпителия в нижней части

3) врожденный короткий пищевод

4) отсутствие перистальтики пищевода

5) щелочной пищевод

69. Наиболее частыми ранними осложенниями пептической язвы является:  
 1) кровотечение

2) стенозы

3) мал игнизация

4) пенетрация

5) перфорация

70. Пептическую язву пищевода следует дифференцировать с:

1) изъязвленным раком

2) лейомисмсй

3) лейкоплакией

4) саркомой

5) дивертикулом пищевода

71. Ценкеровские дивертикулы имеют характерную локали­зацию в:

1) задней стенке глотки и пищевода

2) средней трети пищевода

3) нижней трети пищевода

4) абдоминальной части пищевода

5) поддиафрагмальной части пищевода

72 . Для лечения ахалазии предпочтительны:

1) эндоскопическая дилатация

2) эзофаготомия

3) бужирование пищевода

4) антихолинергические средства

5) седативные средства

73. Противопоказанием к проведению диагностического пара абдоминоцентеза де является:

1) лихорадка у больного циррозом печени с асцитом

2) нарастание симптомов печеночной энцефалопатии у больного  
циррозом печени с асцитом

3) синдром гиперспленизма

4) признаки перитонита

5) желудочно-кишечное кровотечение

74. К более постоянному клиническому проявлению гемохроматоза относится:

1) пигментация кожи

2) экстрапирамидные синдромы

3) кольца Кайзера-Флейшнера

4) лейкоцитоз

5) анемия

75. Для верификации гемохроматоза наиболее достоверной  
диагностической процедурой является:

1) биопсия кожи

2) определение сывороточного железа

3) биопсия тонкой кишки

4) ректальная биопсия  
5) биопсия печени

76 . Лекарством выбора для лечения болезни Вильсона — Коно­ валова является:

1) глюкокортикоиды

2) имуран

3) кортизон

4) D-пенициламин

5) роферон

77. Неконьюгированная гипербилирубинемия не свойственна:

1) синдрому Криглер-Наджара

2) синдрому Дабин-Джонсона

3) гемолитической желтухе

4) шунтовой гипербилирубинемии

5) болезни Жильбера

78. Хроническая негемолитическая неконьюгированная гипер­билирубинемия (Криглер-Наджара) является следствием:

1) нарушенной билирубин-альбуминовой диссоциации

2) снижения содержания белка

3) уменьшения внутриклеточного транспорта билирубина

4) уменьшения или отсутствия глюкуронил-трансферазы

5) уменьшения захвата билирубина гепатоцитами

79. Ферментом, метаболизирующим алкоголь в организме, яв­ ляется:

1) алкоголь — редуктаза

2) алкоголь - оксидаза

3) алкоголь — дегидрогеназа

4) алкоголь — синтетаза

5) глюкозо-6-фосфатаза

80. Клетки поджелудочной железы, вырабатывающие фермен­ ты, - это:

1) клетки калликреиновой системы

2) клетки эпителиально-железистой ткани

3) В — клетки

4) Д — клетки

5) А — клетки

81. Важнейшим лабораторно-диагностическим тестом муковисцидоза является:

1) лотовый

2) амилаза крови

3) содержание аминокислот в кале

4) содержание жира в кале

5) мочевой синдром

82. Значительное увеличение в слюне и поте натрия, хлора и  
калия указывают на:

1) паротит

2) сахарный диабет

3) хронический панкреатит

4) кистозный фиброз поджелудочной железы

5) рак поджелудочной железы

83. При пенетрации язвы в поджелудочную железу часто повы­шается:

1) амилаза

2) липаза

3) глюкоза

4) щелочная фосфатаза

5) глюкагон

84. Секретин:

1) повышает продукцию гастрина

2) вызывает значительное снижение гастрина в сыворотке

3) продуцируется поджелудочной железой

4) продуцируется слизистой оболочкой 12 п. к.

5) повышает кислотность желудочного содержимого

85.Характерным признаком для рвотных масс при органическом стенозе привратника являются:

1) обильные с наличием остатков пищи и неприятным запахом

2) обильные с наличием хлористоводородной кислотой

3) с примесью крови

4) обильные с примесью желчи

5) скудные с примесью слизи

86 . У больного, страдающего язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице 12 п. к., в последнее время изменилась клиническая картина: появилась тяжесть после еды, тошнота, рвота пищей, чаще во второй половине дня (обильная), неприятный запах изо рта, потеря веса.

Этот симптомокомплекс соответствует развитию:

1) опухоли желудка

2) пилородуоденостенозу

3) перидуодениту

4) пенетрации

5) кишечной непроходимости

87. Больного с острым холециститом необходимо госпитализировать в отделение:

1)терапевтическое

2) инфекционное

3) хирургическое

4) реанимационное

5) гастроэнтерологическое

88. Активации инфекции в желчных путях способствуют:

1) нарушение оттока желчи

2) изменение холато-холестеринового коэффициента

3) сдвиг рН желчи в кислую сторону

4) повышение уровня билирувина в желчи

5) повышение уровня холестерина в желчи

89. Для острого тромбоза в системе воротной вены наименее характерна:

1) острая боль

2) желтуха

3) повторная рвота

4) портальная гипертензия

5) коллапс

90. Холестаз вызывают:

1) антибиотики

2) андрогенные гормоны и анаболические стероиды

3) антиметаболиты (метотрексат)

4) наркотические (фторотан)

5) сульфаниламиды

91.Большое количество аммония превращается печенью в:

1) глютамин

2) а-кетоглюторат

3) глюкозо-6-фосфатазу

4) мочевину

5) меркаптан

92. При печеночной коме поздним и более частым нарушени­ем кислотно-щелочного равновесия является:

1) метаболический ацидоз

2) метаболический алкалоз

3) респираторный ацидоз

4) респираторный алкалоз

93. Жгучие боли у основания мечевидного отростка с иррадиа­цией

в область сердца, возникающие и усиливающиеся через полчаса после

еды, при физической нагрузке и наклоне

туловища, не купиру­ются полностью приемом альмагеля, отмечаются

также отрыжки воз­духом,

приступы удушья, кашель. При рентгенологическом исследо­вании

с барием — рефлюкс

контрастной массы из желудка в пище­вод. Все это позволяет заподозрить:

1) аксиальную грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит

2) рак пищевода

3) бронхиальную астму

4) хронический гастрит

5) ахалазию пищевода

94. При псевдокоронарном (эзофагеальном) синдроме при  
ГЭРБ боль купирует:

1) нитроглицерин

2) изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное)

3) транквилизаторы

4) холинолитики

5) спазмолитики

95. Бронхопищеводный синдром при ГЭРБ обусловлен:

1) регургитацией желудочного содержимого в дыхательные пути

2) избыточной массой тела

3) дисфагией

4) спазмом пищевода

5) длительностью заболевания

96. Стриктура дистального отдела пищевода обычно обусловлена:

1) эрозивно-язвенным рефлюкс-эзофагитом

2) хронической пневмонией

3) язвенной болезнью желудка

4) хроническим активным пангастритом

5) склеродермией

97 Доброкачественная желтуха беременных вызывается:

1) высоким уровнем эстрогенов

2) высоким уровнем прогестерона

3) ингибированием глюкуронил-трансферазы

4) аутоиммунным процессом

5) некрозом гепатоцитов

98. Средством выбора при рецидивирующей желтухе беремен­ных являются:

1) кортикостероиды

2) обменное переливание крови

3) б — интерферон

4) иммуран

5) холестирамин, билигнин, колестрол

99. Наиболее часто кардиальный цирроз ассоциируется с:

1) митральным стенозом

2) аортальной недостаточностью

3) пульмональным стенозом

4) констриктивным перикардитом

5) перикардиальным выпотом

100. При кардиальном циррозе редко встречаются:

1) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода

2) увеличенная печень

3) желтуха

4) асцит

5) отеки