Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования

«Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра терапии и клинической фармакологии

«УТВЕРЖДАЮ»

Зав. кафедрой профессор

. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.Б. Бакиров

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2012 год

Тесты итогового уровня по специальности «Гастроэнтерология»

(ПП-576)

составлены в соответствии с квалификационными требованиями к врачу-гастроэнтерологу и унифицированной программой последипломного обучения врачей, утвержденных Минздравом России

Тесты утверждены на кафедральном совещании

Протокол №68 от 05.10.2012

**Гастроэнтерология 2012 ВАРИАНТ 1**

**Итоговое тестирование**

**Инструкция: Выбрать правильный ответ**

1) Пенетрацию язвы подтверждают симптомы:

1) усиление болей

2) уменьшение ответной реакции на антациды

3) появление болей в спине

4) появление голодных болей

5) появление ночных болей

2. Инфекция в желчный пузырь проникает путем:

1) энтеральным

2) гематогенным

3) лимфогенным

4) контактным

5) восходящим

3. Для острого калькулезного холецистита характерны изме­нения:

1) ускоренное СОЭ

2) нейтрофильный лейкоцитоз

3) гипербилирубинемия

4) увеличение холестерина

5) повышение активности щелочной фосфатазы

4. Острый холецистит у людей пожилого и старческого возраста характеризуется:

1) выраженной интоксикацией

2) слабым болевым синдромом

3) парезом кишечника

4) высокой температурой

5) выраженными симптомами раздражения брюшины

5. Подтверждающими диагноз острого холангита являются следующие лабораторные показатели:

1) нейтрофильный лейкоцитоз

2) ускоренная СОЭ

3) анемия

4) повышение активности щелочной фосфатазы

5) гипергликемия

6. Острые боли в правом подреберье, «септическая» лихорад­ка, увеличенная и болезненная при пальпации печень плотной кон­систенции, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево позволяют заподозрить:

1) абсцесс печени

2) нагноившийся эхинококк печени

3) острый пиелонефрит

4) острый калькулезный холецистит

5) гнойный холангит

7. Диагностика синдрома Бадда-Киари основывается на:

1) пункционной биопсии печени

2) лапароскопии

3) селективной ангиографии

4) эндоскопии

5) рентгенологическом исследовании

8. При лечении синдрома Бадда-Киари применяются:

1) фибринолитики

2) антиагреганты

3) диуретические средства

4) наложение сосудистых анастамозов

5) парацентез

9. Острый тромбоз воротной вены развивается при:

1) острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости

2) септицемии

3) инфекционных заболеваниях (брюшной тиф, туберкулез и др.)

4) травмах живота

5) спленэктомии

10. Токсическое поражение вызывает в печени:

1) некроз гепатоцитов

2) жировую дистрофию

3) нарушение обменных (ферментативных) процессов

4) инфильтрацию лимфоцитами

5) гранулематозный панкреатит

11) Гепатотоксическое действие оказывают препараты

1) противотуберкулезные

2) антибиотики

3) психотропные

4) ферменты

5) прокинетики

12. Клинический симптомокомплекс при отравлении инсекти­цидами включает:

1) увеличенную печень

2) полирадикулоневриты

3) поражение почек

4) гипохромную анемию

5) желтуху

13. Для холестатического лекарственного гепатита характерны симптомы:

1) анорексия

2) лихорадка

3) кожный зуд

4) желтуха

5) тошнота

14. Печеночная кома развивается в результате:

1) массивного некроза печени

2) обширного фиброза

3) нарушения микроциркуляции с тромбообразованием

4) портокавального сброса крови

5) стеатоза

15. При тяжелых заболеваниях печени развитию печеночной энцефалоратии предшествует:

1) лихорадка

2) жилудочно-кишечное кровотечение

3) увеличенная нагрузка организма белком

4) почечная недостаточность

5) асцит

16. При острой форме печеночной комы наблюдаются:

1) гипоксия

2) печеночно—почечная недостаточность

3) метаболический ацидоз

4) изменения ЭКГ

5) нарушения стула

17. Лечение инфаркта селезенки включает:

1) метронидазол

2) анальгетики

3) прокинетики

4) фибринолитические препараты и антикоагулянты

5) нитрофурановые препараты

18. Морфологический субстрат острого панкреатита включает:

1) отек интерстициальной ткани

2) геморрагии

3) некрозы

4) абсцессы

5) изменения ацинарных клеток

19. К ранним осложнениям острого панкреатита относятся:

1) шок

2) Коллапс

3) тромбозы

4) септические осложнения

5) нефротический синдром

20. Для лечения панкреатита в остром периоде применяются:

1) соматостатин

2) октреотид

3) делагил

4) преднизолон

5) ферменты

21) При остром панкреатите применяют:

1) назо-гастральное отсасывание

2) блокаторы Н2-рецепторов гистамина

3) сандостатин

4) электролиты и дезинтоксикационные растворы в/в

5) холинолитики и спазмолитики

22. Переход острого панкреатита в хроническую форму харак­теризуется:

1) снижением аппетита

2) поносами

3) метеоризмом

4) гипоферментией

5) похуданием

23. В патогенезе язвенных гастродуоденальных кровотечений играет роль:

1) аррозия сосудов

2) кислый желудочный сок

3) повышение фибринолиза в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны

4) нарушение микроциркуляции в слизистой оболочки гастродуоденальной зоны

5) снижение агрегации тромбоцитов

24. Для лечения хронической портосистемной энцефалопатии рекомендуется:

1) лактулоза (дюфалак)

2) антибиотики

3) лактоза

4) препараты нитрофуранового ряда

5) ферменты

25. Для тромбоза мезентериальных сосудов характерны симптомы:

1) резкие боли в животе

2) рвота с примесью крови

3) коллапс

4) головные боли

5) неинтенсивные боли в животе

26. В патогенезе кровотечения из расширенных вен пищевода имеет значение:

1) гипертонический криз в портальной системе

2) нарушения в системе свертывания крови

3) гастроэзофагиальный рефлюкс

4) сопутствующий панкреатит

5) высокая кислотообразующая функция желудка

27. 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

28. 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

29. Ведущим звеном патогенеза холеры является:

1) дегидратация

2) интоксикация

3) аллергия

4) острая почечная недостаточность

5) метаболический ацидоз

30. При тяжелом течении заболевания только для гепатита Е характерно:

1) снижение протромбинового индекса

2) билирубин-ферментная диссоциация

3) гемоглобинурия и развитие почечной недостаточности

4) снижение сулемового теста

5) снижение тимолового теста

31) Первым лабораторно обнаруживаемым нарушением у боль­ных с вирусным гепатитом является:

1) гипертрансаминаземия

2) гипербилирубинемия

3) билирубинурия

4) повышение щелочной фосфатазы

5) удлинение протромбинового времени

32. Возбудитель описторхоза локализуется в:

1) желчном пузыре

2) поджелудочной железе

3) желудочно-кишечном тракте

4) желчновыделительной системе и поджелудочной железе

5) желудке

33. Молоко содержит пищевой антиген:

1) вителлин

2) кональбумин

3) b-лактоглобулин

4) глютен

5) лизоцим

34. Поражение печени при сахарном диабете клинически про­является:

1) гепатомегалией

2) спленомегалией

3) желтухой

4) носовыми кровотечениями

5) асцитом

35. Морфологическим субстратом поражение печени при саркоидозе является:

1) холестатический гепатит

2) специфическая инфильтрация

3) гранулематозный гепатит

4) портальная гипертензия

5) жировая дистрофия

***36.*** Из факторов свертывания крови меньше всего страдает при заболеваниях печени:

1) фибриноген

2) тромбин

3) фактор V

4) антигемофильный глобулин

5) фактор VII

37. При циррозе печени электрофорез белков выявляет

1) повышение альбумина

2) значительное увеличение 61-глобулина

3) повышение г-глобулина

4) отсутствие в-глобулина

5) отсутствие 62-глобулина

38. Тимоловая проба находится в большой зависимости от из­менения содержания в сыворотке:

1) альбумина

2) фибриногена

3) б-глобулина

4) г-глобулина  
5)билирубина

39. Высокий уровень г-глутамилтранспептидазы является ха­рактерным для:

1) острого алкогольного гепатита

2) хронического гепатита В и С

3) гемохроматоза

4) сахарного диабета

5) хронического панкреатита

40. Для локализации вентильного камня в пузырном протоке характерны:

1. кратковременные боли
2. переполнение и растяжение желчного пузыря
3. кратковременные желтухи
4. запоры
5. опоясывающие боли

41) Дифференциальный диагноз желчнокаменной болезни про­водится с заболеваниями:

1. хронический бескаменный холецистит
2. хронический панкреатит
3. гастродуоденальная язва
4. язвенный колит
5. рефлюксная болезнь

42. 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

43. При пенетрации язвы в поджелудочную железу часто повы­шается:

1) амилаза

2) липаза

3) глюкоза

4) щелочная фосфатаза

5) глюкагон

44. 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

45. В клетках островков поджелудочной железы синтезируются:

1. секретин
2. инсулин
3. ГИП (гастроингибирующий полипепти5)
4. глюкагон
5. ВИП (вазоактивный интестинальный пилипепти5)

46. При муковисцидозе обычно поражаются:

1. бронхолегочная система
2. поджелудочная железа
3. потовые железы
4. почки
5. надпочечники

47. Классическими проявлениями муковисцидоза является:

1. респираторный синдром
2. стеаторея
3. нарушения в экзокринной системе поджелудочной железы
4. нарушения кислотно-щелочного равновесия
5. нарушения водно-электролитного обмена

48. К эндопептидазам относят:

1. трипсин
2. химотрипсин
3. эластазу
4. рибонуклеазу
5. дезоксирибонуклеазу

49. При сосудистой недостаточности часто поражается:

1) слепая кишка

2) печеночная флексура

3) селезеночная флексура

4) нисходящая кишка

5) сигмовидная кишка

50. Основными морфологическими элементами слизистой оболочки тонкой кишки является:

1. ворсинка
2. цилиндрический эпителий
3. клетки Панета
4. бокаловидные клетки
5. микроворсинки

51. В структуре смертности населения экономически развитых стран ведущее место занимают:

1) инфекционные и паразитарные заболевания

2) болезни системы кровообращения

3) новообразования

4) болезни системы пищеварения

5) травмы и отравления

52. Из перечисленных специалистов право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, имеет:

1) врач станции скорой помощи

2) врач станции переливания крови

3) врач бальнеолечебницы

4) врач приемного покоя больницы

5) судебно-медицинский эксперт

53. К работе в ночное время не допускаются:

1) работники моложе 18 лет

2) беременные женщины

3) инвалиды I и II групп

4) женщины, имеющие детей в возрасте до 3 лет

5) работники, имеющие высокую миопию

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

1) глюкоронилтрансферазы

2) лейцинаминопептидазы

3) кислой фосфатазы

4) нуклеотидазы

5) глутаматдегидрогеназы

55. 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

56. 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

57. Активность факторов протромбинового комплекса умень­шается при:

1) аутоиммунном гепатите

2) циррозах печени

3) хроническом холецистите

4) желчнокаменной болезни

5) хроническом панкреатите

58. Для цитолитического синдрома характерны морфологичес­кие изменения в виде:

1) зернистой дистрофии печени

2) гидропенической дистрофии (баллонной)

3) некроза гепатоцитов

4) жировой дистрофии печени

5) телец Мэллори

59. Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются:

1) локализация язвы

2) величина язвы

3) отсутствие рецидивирующего течения

4) кровотечение

5) часто пенетрируют

60. К язвам Керлинга относятся язвы при:

1) ожоговой болезни

2) травме

3) инфаркте миокарда

4) сепсисе

5) циррозе печени

61. Выработку гастрина антральным отделом желудка стиму­лируют:

1) ощелачивание антрума

2) растяжение антрума

3) прием пиши

4) ацидофикация антрума

5) гипергликемия

62. Секрецию соляной кислоты у человека может стимулировать:

1) увеличение активности блуждающего нерва

2) пентагастрин

3) растяжение желудка

4) гистамин

5) гастрин

63. Локальная гипертония желудка (пилороспазм) развивается как правило при:

1) язвенной болезни с локализацией язвы в пилорическом кана­ле желудка

2) локализации язвы в антральном отделе

3) локализации язвы в 12-перстной кишке

4) язве фундального отдела

5) язве кардиального отдела

64. Лейкемоидные латентные формы рака желудка характеризуются:

1) повышением лейкоцитов до 30-100 тыс. и выше

2) ускорением СОЭ

3) снижением гемоглобина

4) снижением количества эритроцитов

5) снижением цветного показателя

65. В дифференциальной диагностике злокачественной язвы от доброкачественной можно использовать:

1) локализацию язвы

2) размеры

3) глубину

4) кровоточивость

5) морфологию

66. В дифференциальной диагностике доброкачественных пол­ипов и полиповидного рака желудка можно использовать:

1) величину полипа

2) локализацию

3) распространенность (единичные или множественные)

4) поверхность полипа

5) биопсию

67. При синдроме Золлингера-Эллисона (гастриноме) стеаторея вызвана:

1) атрофией ворсинок

2) инактивацией панкреатических ферментов соляной кислотой

3) гипергастринемией

4) деструкцией поджелудочной железы опухолью

5) усиленной перистальтикой кишечника

68. Для диагностики синдрома Золлингера-Эллисона простым и надежным тестом является:

1) базальная кислотная продукция (ВАО)

2) максимальная кислотная продукция (МАО)

3) соотношение ВАО/МАО

4) тест Холлендера

5) уровень гастрина в крови

69. Повышение уровня щелочной фосфатазы в крови у боль­ного с циррозом печени подозрительно на:

1) вирусный гепатит

2) активный некроз гепатоцитов

3) развитие рака

4) печеночную недостаточность

5) прогрессирование портальной гипертензии

70. б-фетопротеин может быть значительно повышен при:

1) гепатоцеллюлярной карциноме

2) семиноме

3) циррозе

4) холангиоцеллюлярной карциноме

5) раке поджелудочной железы

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

1) кинины

2) простагландины

3) серотонин

4) гистамин

5) лейкотриены

72. Для карциноида характерен дефицит витамина:

1) В1

2) аскорбиновой кислоты

3) никотиновой кислоты

4) В 6

5) А

73. Для диагностики кишечного карциноида существенное зна­чение имеет определение:

1) гастрина в крови

2) 5-окситриптамина в крови

3) порфобилирубина в моче

4) 17-КС (кетостероидо в моче)

5) гликемической кривой после нагрузки глюкозой

74. При синдроме карциноида с мочой выделяется значитель­ное количество:

1) 5-оксииндолуксусной кислоты

2) фенилпировиноградной кислоты

3) ванилинминдальной кислоты

4) амилазы

5) натрия

75. К доброкачественным опухолям пищевода относятся:

1) полипы.

2) лейомиомы

3)дисэмбриомы

4) Гемангиомы

5) невриномы

76. Предрасполагающими к развитию рака желудка являются заболевания:

1) хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией

2) гастрит культи желудка

3) аденоматозные полипы желудка

4) хронический гастрит, ассоциированный с приемом салициловой кислоты

5) хронический неатрофический гастрит

77. Для рака большой кривизны желудка характерно:

1) длительное латентное течение

2) Анемия

3) истощение

4) изжога

5) регургитация

78. К признакам синдрома Золлингера — Эллисона относятся:

1) диарея

2) множественные язвы в желудочно-кишечном тракте

3) гиперсекреция соляной кислоты

4) гипогликемия

5) повышение артериального давления

79. При синдроме Золлингера — Элиссона (гастриноме) могут использоваться следующие методы лечения:

1) антисекреторными препаратами (омепразол, Н2-блокаторы гистамин1)

2) хирургический метод

3) лечебное питание

4) холинолитиками

5) спазмолитиками

80. Метастазы в печень чаще дают опухоли, локализующиеся в:

1) желудке

2) толстой кишке

3) легких

4) поджелудочной железе

5) желчном пузыре.

81. К факторам риска развития рака толстой кишки относятся:

1) хронические воспалительные процессы в кишке

2) наследственная предрасположенность к опухолевым процессам

3) полипы толстой кишки

4) алиментарный фактор

5) профессиональный фактор

82. Симптомами рака левых отделов толстой кишки являются:

1) боли в спине

2) схваткообразные боли в животе

3) кровь в кале

4) мелена

5) слизь в кале

83. 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

84. 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

85. 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

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

1) острая боль

2) желтуха

3) повторная рвота

4) портальная гипертензия

5) коллапс

87. Большое количество аммония превращается печенью в:

1) глютамин

2) а-кетоглюторат

3) глюкозо-6-фосфатазу

4) мочевину

5) меркаптан

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

1) метаболический ацидоз

2) метаболический алкалоз

3) респираторный ацидоз

4) респираторный алкалоз

89. Для количественной оценки глубины печеночной комы используются:

1) мочевина крови

2) аммоний крови

3) электроэнцефалография

4) тест на толерантность к аммонию

5) содержание в крови глютамина

90. При печеночной энцефалопатии менее опасно для больного применять:

1) морфин

2) омнопон

3) седуксен

4) фенобарбитат

5) тиопентал натрия

91. При лечении печеночной комы наиболее эффективен:

1) гептрал

2) гепамерц

3) преднизолон

4) роферон

5) пегасис

92. При остром панкреатите ренальный клиренс амилазы обычно:

1) повышен

2) понижен

3) не изменен

4) изменение не закономерно

93. Синдром Меллори-Вейса чаще всего сопровождает:

1) язвенную болезнь

2) лимфому

3) карциному

4) алкоголизм

5) грыжу пищеводного отверстия диафрагмы

94. Лучшим средством лечения гипофибриногенемии, возник­шей вследствие высокой фибринолитической активности, является:

1) викасол

2) концентрированный человеческий фибриноген

3) обедненный солями альбумин

4) цельная свежая кровь

5) е-аминокапроновая кислота

95. При симптомокомплексе «острого живота» исчезновение «печеной тупости» свидетельствует:

1) об остром панкреатите

2) о функциональной кишечной непроходимости

3) о перфорации язвы желудка или 12 п. к.

4) о механической кишечной непроходимости

5) о правостороннем пневмосклерозе

96. При ожогах пищевода могут быть осложнения:

1) кровотечение

2) стриктуры

3) медиастенит

4) пневмония

5) рефлюкс-эзофагит

97. К неотложным мероприятиям при ожогах пищевода отно­ся:

1) промывание

2) трахеостомия

3) противошоковая терапия

4) дезинтоксикационная терапия

5) противовоспалительная терапия

98. Инструментальные поражения пищевода возможны при:

1) введении зонда

2) бужировании

3) эзофагоскопии

4) чрезпищеводной кардиостимуляции

5) рентгеновском исследовании

99. При рентгеновском исследовании, предпринятом по поводу острого расширения желудка, обнаруживаются следующие признаки:

1) большое количество жидкости в желудке

2) отсутствие перистальтики

3) задержка эвакуации

4) изменчивость рентгенологической картины

5) деформация желудка

100. Признаками перфорации язвы являются:

1) отсутствие печеночной тупости

2) сильнейшая боль в эпигастрии

3) ригидность передней брюшной стенки

4) гиперперистальтика

5) запор

**Ответы**

**ИТОГОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ**

**1 Вариант 2012**

**ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | А,Б,В | 26 | А,Б,В | 51) | Б | 76 | А,Б,В |
|  | А,б,в,г,д | 27 | Б | 52 | Г | 77 | А,Б,В |
|  | А,б,в,г,д | 28 | А | 53 | А,б,в,г,д | 78 | А,Б,В |
|  | А,Б,В | 29 | А | 54 | А | 79 | А,Б |
|  | А,Б,В | 30 | В | 55 | Б | 80 | А,б,в,г,д |
|  | А,б,в,г,д | 31 | А | 56 | А | 81 | А,б,в,г,д |
|  | А,Б,В | 32 | Г | 57 | А,Б | 82 | А,Б,В |
|  | А,б,в,г,д | 33 | В | 58 | А,Б,В | 83 | Г |
|  | А,б,в,г,д | 34 | А | 59 | В | 84 | А |
|  | А,б,в,г,д | 35 | В | 60 | А | 85 | А |
|  | А,Б,В | 36 | Г | 61 | А,Б,В | 86 | Б |
|  | А,б,в,г,д | 37 | В | 62 | А,б,в,г,д | 87 | Г |
|  | А,б,в,г,д | 38 | Г | 63 | А,Б,В | 88 | Г |
|  | Б,Г | 39 | А | 64 | А | 89 | В |
|  | А,б,в,г,д | 40 | А,Б,В | 65 | Д | 90 | Г |
|  | А,Б,В | 41 | А,Б,В | 66 | Д | 91 | Б |
|  | Б,Г | 42 | Г | 67 | Б | 92 | А |
|  | А,б,в,г,д | 43 | А | 68 | Д | 93 | Г |
|  | А,б,в,г,д | 44 | Г | 69 | В | 94) | Б |
|  | А,Б | 45 | Б,Г | 70 | А | 95 | В |
|  | А,б,в,г,д | 46 | А,Б,В | 71 | В | 96 | А,Б,В |
|  | А,б,в,г,д | 47 | А,б,в,г,д | 72 | В | 97 | А,б,в,г,д |
|  | А,б,в,г,д | 48 | А,Б,В | 73 | Б | 98 | А,Б,В |
|  | А,Б,В | 49 | В | 74 | А | 99 | А,Б,В |
|  | А,Б,В | 50 | А,б,в,г,д | 75 | А,б,в,г,д | 100 | А,Б |

**Гастроэнтерология 2012 ВАРИАНТ 2**

**Итоговое тестирование**

**Инструкция: Выбрать правильный ответ**

1. При остром панкреатите ренальный клиренс амилазы обычно:

1) повышен

2) понижен

3) не изменен

4) изменение не закономерно

2. Синдром Меллори-Вейса чаще всего сопровождает:

1) язвенную болезнь

2) лимфому

3) карциному

4) алкоголизм

5) грыжу пищеводного отверстия диафрагмы

3. Лучшим средством лечения гипофибриногенемии, возник­шей вследствие высокой фибринолитической активности, является:

1) викасол

2) концентрированный человеческий фибриноген

3) обедненный солями альбумин

4) цельная свежая кровь

5) е-аминокапроновая кислота

4. При симптомокомплексе «острого живота» исчезновение «печеной тупости» свидетельствует:

1) об остром панкреатите

2) о функциональной кишечной непроходимости

3) о перфорации язвы желудка или 12 п. к.

4) о механической кишечной непроходимости

5) о правостороннем пневмосклерозе

5. При ожогах пищевода могут быть осложнения:

1) кровотечение

2) стриктуры

3) медиастенит

4) пневмония

5) рефлюкс-эзофагит

6. К неотложным мероприятиям при ожогах пищевода отно­ся:

1) промывание

2) трахеостомия

3) противошоковая терапия

4) дезинтоксикационная терапия

5) противовоспалительная терапия

7. Инструментальные поражения пищевода возможны при:

1) введении зонда

2) бужировании

3) эзофагоскопии

4) чрезпищеводной кардиостимуляции

5) рентгеновском исследовании

8. При рентгеновском исследовании, предпринятом по поводу острого расширения желудка, обнаруживаются следующие признаки:

1) большое количество жидкости в желудке

2) отсутствие перистальтики

3) задержка эвакуации

4) изменчивость рентгенологической картины

5) деформация желудка

9. Признаками перфорации язвы являются:

1) отсутствие печеночной тупости

2) сильнейшая боль в эпигастрии

3) ригидность передней брюшной стенки

4) гиперперистальтика

5) запор

10. В патогенезе кровотечения из расширенных вен пищевода имеет значение:

1) гипертонический криз в портальной системе

2) нарушения в системе свертывания крови

3) гастроэзофагиальный рефлюкс

4) сопутствующий панкреатит

5) высокая кислотообразующая функция желудка

11. 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

12. 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

13. Ведущим звеном патогенеза холеры является:

1) дегидратация

2) интоксикация

3) аллергия

4) острая почечная недостаточность

5) метаболический ацидоз

14. При тяжелом течении заболевания только для гепатита Е характерно:

1) снижение протромбинового индекса

2) билирубин-ферментная диссоциация

3) гемоглобинурия и развитие почечной недостаточности

4) снижение сулемового теста

5) снижение тимолового теста

15. Первым лабораторно обнаруживаемым нарушением у боль­ных с вирусным гепатитом является:

1) гипертрансаминаземия

2) гипербилирубинемия

3) билирубинурия

4) повышение щелочной фосфатазы

5) удлинение протромбинового времени

16. Возбудитель описторхоза локализуется в:

1) желчном пузыре

2) поджелудочной железе

3) желудочно-кишечном тракте

4) желчновыделительной системе и поджелудочной железе

5) желудке

17. Молоко содержит пищевой антиген:

1) вителлин

2) кональбумин

3) b-лактоглобулин

4) глютен

5) лизоцим

18. Поражение печени при сахарном диабете клинически про­  
является:

1) гепатомегалией

2) спленомегалией

3) желтухой

4) носовыми кровотечениями

5) асцитом

19. Морфологическим субстратом поражение печени при саркоидозе является:

1) холестатический гепатит

2) специфическая инфильтрация

3) гранулематозный гепатит

4) портальная гипертензия

5) жировая дистрофия

20. Из факторов свертывания крови меньше всего страдает при заболеваниях печени:

1) фибриноген

2) тромбин

3) фактор V

4) антигемофильный глобулин

5) фактор VII

21. При циррозе печени электрофорез белков выявляет

1) повышение альбумина

2) значительное увеличение 61-глобулина

3) повышение г-глобулина

4) отсутствие в-глобулина

5) отсутствие 62-глобулина

22. Тимоловая проба находится в большой зависимости от из­менения содержания в сыворотке:

1) альбумина

2) фибриногена

3) б-глобулина

4) г-глобулина

5)билирубина

23. Высокий уровень г-глутамилтранспептидазы является ха­рактерным для:

1) острого алкогольного гепатита

2) хронического гепатита В и С

3) гемохроматоза

4) сахарного диабета

5) хронического панкреатита

24. Для локализации вентильного камня в пузырном протоке характерны:

1)кратковременные боли

2)переполнение и растяжение желчного пузыря

3)кратковременные желтухи

4)запоры

5)опоясывающие боли

25. Дифференциальный диагноз желчнокаменной болезни про­водится с заболеваниями:

1)хронический бескаменный холецистит

2)хронический панкреатит

3)гастродуоденальная язва

4)язвенный колит

5)рефлюксная болезнь

26. При синдроме Золлингера-Эллисона (гастриноме) стеаторея вызвана:

1) атрофией ворсинок

2) инактивацией панкреатических ферментов соляной кислотой

3) гипергастринемией

4) деструкцией поджелудочной железы опухолью

5) усиленной перистальтикой кишечника

27. Для диагностики синдрома Золлингера-Эллисона простым и надежным тестом является:

1) базальная кислотная продукция (ВАО)

2) максимальная кислотная продукция (МАО)

3) соотношение ВАО/МАО

4) тест Холлендера

5) уровень гастрина в крови

28. Повышение уровня щелочной фосфатазы в крови у боль­ного с циррозом печени подозрительно на:

1) вирусный гепатит

2) активный некроз гепатоцитов

3) развитие рака

4) печеночную недостаточность

5) прогрессирование портальной гипертензии

29. б-фетопротеин может быть значительно повышен при:

1) гепатоцеллюлярной карциноме

2) семиноме

3) циррозе

4) холангиоцеллюлярной карциноме

5) раке поджелудочной железы

30 В развитии карциноидного синдрома ведущую роль играют биологически активные вещества:

1) кинины

2) простагландины

3) серотонин

4) гистамин

5) лейкотриены

31 Для карциноида характерен дефицит витамина:

1) В1

2) аскорбиновой кислоты

3) никотиновой кислоты

4) В 6

5) А

32 Для диагностики кишечного карциноида существенное зна­чение имеет определение:

1) гастрина в крови

2) 5-окситриптамина в крови

3) порфобилирубина в моче

4) 17-КС (кетостероидо3) в моче

5) гликемической кривой после нагрузки глюкозой

33 При синдроме карциноида с мочой выделяется значитель­ное количество:

1) 5-оксииндолуксусной кислоты

2) фенилпировиноградной кислоты

3) ванилинминдальной кислоты

4) амилазы

5) натрия

34 К доброкачественным опухолям пищевода относятся:

1) полипы.

2) лейомиомы

3)дисэмбриомы

4) Гемангиомы

5) невриномы

35 Предрасполагающими к развитию рака желудка являются заболевания:

1) хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией

2) гастрит культи желудка

3) аденоматозные полипы желудка

4) хронический гастрит, ассоциированный с приемом салициловой кислоты

5) хронический неатрофический гастрит

36 Для рака большой кривизны желудка характерно:

1) длительное латентное течение

2) Анемия

3) истощение

4) изжога

5) регургитация

37 К признакам синдрома Золлингера — Эллисона относятся:

1) диарея

2) множественные язвы в желудочно-кишечном тракте

3) гиперсекреция соляной кислоты

4) гипогликемия

5) повышение артериального давления

38 При синдроме Золлингера — Элиссона (гастриноме) могут использоваться следующие методы лечения:

1) антисекреторными препаратами (омепразол, Н2-блокаторы гистамин1)

2) хирургический метод

3) лечебное питание

4) холинолитиками

5) спазмолитиками

39 Метастазы в печень чаще дают опухоли, локализующиеся в:

1) желудке

2) толстой кишке

3) легких

4) поджелудочной железе

5) желчном пузыре.

40 К факторам риска развития рака толстой кишки относятся:

1) хронические воспалительные процессы в кишке

2) наследственная предрасположенность к опухолевым процессам

3) полипы толстой кишки

4) алиментарный фактор

5) профессиональный фактор

41 Симптомами рака левых отделов толстой кишки являются:

1) боли в спине

2) схваткообразные боли в животе

3) кровь в кале

4) мелена

5) слизь в кале

42 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

43 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

44 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

45 Для острого тромбоза в системе воротной вены наименее характерна:

1) острая боль

2) желтуха

3) повторная рвота

4) портальная гипертензия

5) коллапс

46 Большое количество аммония превращается печенью в:

1) глютамин

2) а-кетоглюторат

3) глюкозо-6-фосфатазу

4) мочевину

5) меркаптан

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

1) метаболический ацидоз

2) метаболический алкалоз

3) респираторный ацидоз

4) респираторный алкалоз

48 Для количественной оценки глубины печеночной комы используются:

1) мочевина крови

2) аммоний крови

3) электроэнцефалография

4) тест на толерантность к аммонию

5) содержание в крови глютамина

49 При печеночной энцефалопатии менее опасно для больного применять:

1) морфин

2) омнопон

3) седуксен

4) фенобарбитал

5) тиопентал натрия

50 При лечении печеночной комы наиболее эффективен:

1) гептрал

2) гепамерц

3) преднизолон

4) роферон

5) пегасис

51 Для лечения панкреатита в остром периоде применяются:

1) соматостатин

2) октреотид

3) делагил

4) преднизолон

5) ферменты

52 При остром панкреатите применяют:

1) назо-гастральное отсасывание

2) блокаторы Н2-рецепторов гистамина

3) сандостатин

4) электролиты и дезинтоксикационные растворы в/в

5) холинолитики и спазмолитики

53 Переход острого панкреатита в хроническую форму харак­теризуется:

1) снижением аппетита

2) поносами

3) метеоризмом

4) гипоферментией

5) похуданием

54 В патогенезе язвенных гастродуоденальных кровотечений играет роль:

1) аррозия сосудов

2) кислый желудочный сок

3) повышение фибринолиза в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны

4) нарушение микроциркуляции в слизистой оболочки гастродуоденальной зоны

5) снижение агрегации тромбоцитов

55 Для лечения хронической портосистемной энцефалопатии рекомендуется:

1) лактулоза (дюфалак)

2) антибиотики

3) лактоза

4) препараты нитрофуранового ряда

5) ферменты

56 Для тромбоза мезентериальных сосудов характерны симптомы:

1) резкие боли в животе

2) рвота с примесью крови

3) коллапс

4) головные боли

5) неинтенсивные боли в животе

57 Пенетрацию язвы подтверждают симптомы:

1) усиление болей

2) уменьшение ответной реакции на антациды

3) появление болей в спине

4) появление голодных болей

5) появление ночных болей

58 Инфекция в желчный пузырь проникает путем:

1) энтеральным

2) гематогенным

3) лимфогенным

4) контактным

5) восходящим

59 Для острого калькулезного холецистита характерны изме­нения:

1) ускоренное СОЭ

2) нейтрофильный лейкоцитоз

3) гипербилирубинемия

4) увеличение холестерина

5) повышение активности щелочной фосфатазы

60 Острый холецистит у людей пожилого и старческого возраста характеризуется:

1) выраженной интоксикацией

2) слабым болевым синдромом

3) парезом кишечника

4) высокой температурой

5) выраженными симптомами раздражения брюшины

61 Подтверждающими диагноз острого холангита являются следующие лабораторные показатели:

1) нейтрофильный лейкоцитоз

2) ускоренная СОЭ

3) анемия

4) повышение активности щелочной фосфатазы

5) гипергликемия

62 Острые боли в правом подреберье, «септическая» лихорад­ка, увеличенная и болезненная при пальпации печень плотной кон­систенции, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево позволяют заподозрить:

1) абсцесс печени

2) нагноившийся эхинококк печени

3) острый пиелонефрит

4) острый калькулезный холецистит

5) гнойный холангит

63 Диагностика синдрома Бадда-Киари основывается на:

1) пункционной биопсии печени

2) лапароскопии

3) селективной ангиографии

4) эндоскопии

5) рентгенологическом исследовании

64 При лечении синдрома Бадда-Киари применяются:

1) фибринолитики

2) антиагреганты

3) диуретические средства

4) наложение сосудистых анастамозов

5) парацентез

65 Острый тромбоз воротной вены развивается при:

1) острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости

2) септицемии

3) инфекционных заболеваниях (брюшной тиф, туберкулез и др.)

4) травмах живота

5) спленэктомии

66 Токсическое поражение вызывает в печени:

1) некроз гепатоцитов

2) жировую дистрофию

3) нарушение обменных (ферментативных) процессов

4) инфильтрацию лимфоцитами

5) гранулематозный панкреатит

67 Гепатотоксическое действие оказывают препараты

1) противотуберкулезные

2) антибиотики

3) психотропные

4) ферменты

5) прокинетики

68 Клинический симптомокомплекс при отравлении инсекти­цидами включает:

1) увеличенную печень

2) полирадикулоневриты

3) поражение почек

4) гипохромную анемию

5) желтуху

69 Для холестатического лекарственного гепатита характерны симптомы:

1) анорексия

2) лихорадка

3) кожный зуд

4) желтуха

5) тошнота

70 Печеночная кома развивается в результате:

1) массивного некроза печени

2) обширного фиброза

3) нарушения микроциркуляции с тромбообразованием

4) портокавального сброса крови

5) стеатоза

71 При тяжелых заболеваниях печени развитию печеночной энцефалоратии предшествует:

1) лихорадка

2) жилудочно-кишечное кровотечение

3) увеличенная нагрузка организма белком

4) почечная недостаточность

5) асцит

72 При острой форме печеночной комы наблюдаются:

1) гипоксия

2) печеночно—почечная недостаточность

3) метаболический ацидоз

4) изменения ЭКГ

5) нарушения стула

73 Лечение инфаркта селезенки включает:

1) метронидазол

2) анальгетики

3) прокинетики

4) фибринолитические препараты и антикоагулянты

5) нитрофурановые препараты

74 Морфологический субстрат острого панкреатита включает:

1) отек интерстициальной ткани

2) геморрагии

3) некрозы

4) абсцессы

5) изменения ацинарных клеток

75 К ранним осложнениям острого панкреатита относятся:

1) шок

2) Коллапс

3) тромбозы

4) септические осложнения

5) нефротический синдром

76 Из перечисленных специалистов право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, имеет:

1) врач станции скорой помощи

2) врач станции переливания крови

3) врач бальнеолечебницы

4) врач приемного покоя больницы

5) судебно-медицинский эксперт

77 К работе в ночное время не допускаются:

1) работники моложе 18 лет

2) беременные женщины

3) инвалиды I и II групп

4) женщины, имеющие детей в возрасте до 3 лет

5) работники, имеющие высокую миопию

78 Коньюгированный билирубин образуется в клетках печени  
с помощью фермента:

1) глюкоронилтрансферазы

2) лейцинаминопептидазы

3) кислой фосфатазы

4) нуклеотидазы

5) глутаматдегидрогеназы

79 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

80 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

81 Активность факторов протромбинового комплекса умень­шается при:

1) аутоиммунном гепатите

2) циррозах печени

3) хроническом холецистите

4) желчнокаменной болезни

5) хроническом панкреатите

82 Для цитолитического синдрома характерны морфологичес­кие изменения в виде:

1) зернистой дистрофии печени

2) гидропенической дистрофии (баллонной)

3) некроза гепатоцитов

4) жировой дистрофии печени

5) телец Мэллори

83 Основными отличиями симптоматических язв от язвенной

болезни являются:

1) локализация язвы

2) величина язвы

3) отсутствие рецидивирующего течения

4) кровотечение

5) часто пенетрируют

84 К язвам Керлинга относятся язвы при:

1) ожоговой болезни

2) травме

3) инфаркте миокарда

4) сепсисе

5) циррозе печени

85 Выработку гастрина антральным отделом желудка стиму­лируют:

1) ощелачивание антрума

2) растяжение антрума

3) прием пиши

4) ацидофикация антрума

5) гипергликемия

86 Секрецию соляной кислоты у человека может стимулировать:

1) увеличение активности блуждающего нерва

2) пентагастрин

3) растяжение желудка

4) гистамин

5) гастрин

87 Локальная гипертония желудка (пилороспазм) развивается как правило при:

1) язвенной болезни с локализацией язвы в пилорическом кана­ле желудка

2) локализации язвы в антральном отделе

3) локализации язвы в 12-перстной кишке

4) язве фундального отдела

5) язве кардиального отдела

88 Лейкемоидные латентные формы рака желудка характеризуются:

1) повышением лейкоцитов до 30-100 тыс. и выше

2) ускорением СОЭ

3) снижением гемоглобина

4) снижением количества эритроцитов

5) снижением цветного показателя

89 В дифференциальной диагностике злокачественной язвы от

доброкачественной можно использовать:

1) локализацию язвы

2) размеры

3) глубину

4) кровоточивость

5) морфологию

90 В дифференциальной диагностике доброкачественных пол­ипов и полиповидного рака желудка можно использовать:

1) величину полипа

2) локализацию

3) распространенность (единичные или множественные)

4) поверхность полипа

5) биопсию

91 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

92 При пенетрации язвы в поджелудочную железу часто повы­шается:

1) амилаза

2) липаза

3) глюкоза

4) щелочная фосфатаза

5) глюкагон

93 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

94 В клетках островков поджелудочной железы синтезируются:

1. секретин
2. инсулин
3. ГИП (гастроингибирующий полипепти5)
4. глюкагон
5. ВИП (вазоактивный интестинальный пилипепти5)

95 При муковисцидозе обычно поражаются:

1.бронхолегочная система

2.поджелудочная железа

3.потовые железы

4.почки

5.надпочечники

96 Классическими проявлениями муковисцидоза является:

1)респираторный синдром

2)стеаторея

3)нарушения в экзокринной системе поджелудочной железы

4)нарушения кислотно-щелочного равновесия

5)нарушения водно-электролитного обмена

97 К эндопептидазам относят:

1)трипсин

2)химотрипсин

3)эластазу

4)рибонуклеазу

5)дезоксирибонуклеазу

98 При сосудистой недостаточности часто поражается:

1) слепая кишка

2) печеночная флексура

3) селезеночная флексура

4) нисходящая кишка

5) сигмовидная кишка

99 Основными морфологическими элементами слизистой оболочки тонкой кишки является:

1)ворсинка

2)цилиндрический эпителий

3)клетки Панета

4)бокаловидные клетки

5)микроворсинки

100 В структуре смертности населения экономически развитых стран ведущее место занимают:

1) инфекционные и паразитарные заболевания

2) болезни системы кровообращения

3) новообразования

4) болезни системы пищеварения

5) травмы и отравления

**Ответы**

**ИТОГОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ**

**2 Вариант 2012**

**ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 1 | 26 | 2 | 51) | 1,2 | 76 | 4 |
| 2 | 4 | 27 | 5 | 52 | 1,2,3,4,5 | 77 | 1,2,3,4,5 |
| 3 | 2 | 28 | 3 | 53 | 1,2,3,4,5 | 78 | 1 |
| 4 | 3 | 29 | 1 | 54 | 1,2,3,4,5 | 79 | 2 |
| 5 | 1,2,3 | 30 | 3 | 55 | 1,2,3 | 80 | 1 |
| 6 | 1,2,3,4,5 | 31 | 3 | 56 | 1,2,3 | 81 | 1,2 |
| 7 | 1,2,3 | 32 | 2 | 57 | 1,2,3 | 82 | 1,2,3 |
| 8 | 1,2,3 | 33 | 1 | 58 | 1,2,3,4,5 | 83 | 3 |
| 9 | 1,2 | 34 | 1,2,3,4,5 | 59 | 1,2,3,4,5 | 84 | 1 |
| 10 | 1,2,3 | 35 | 1,2,3 | 60 | 1,2,3 | 85 | 1,2,3 |
| 11 | 2 | 36 | 1,2,3 | 61 | 1,2,3 | 86 | 1,2,3,4,5 |
| 12 | 1 | 37 | 1,2,3 | 62 | 1,2,3,4,5 | 87 | 1,2,3 |
| 13 | 1 | 38 | 1,2 | 63 | 1,2,3 | 88 | 1 |
| 14 | 3 | 39 | 1,2,3,4,5 | 64 | 1,2,3,4,5 | 89 | 5 |
| 15 | 1 | 40 | 1,2,3,4,5 | 65 | 1,2,3,4,5 | 90 | 5 |
| 16 | 4 | 41 | 1,2,3 | 66 | 1,2,3,4,5 | 91 | 4 |
| 17 | 3 | 42 | 4 | 67 | 1,2,3 | 92 | 1 |
| 18 | 1 | 43 | 1 | 68 | 1,2,3,4,5 | 93 | 4 |
| 19 | 2 | 44 | 1 | 69 | 1,2,3,4,5 | 94) | 2,4 |
| 20 | 4 | 45 | 2 | 70 | 2,4 | 95 | 1,2,3 |
| 21 | 2 | 46 | 4 | 71 | 1,2,3,4,5 | 96 | 1,2,3,4,5 |
| 22 | 4 | 47 | 4 | 72 | 1,2,3 | 97 | 1,2,3 |
| 23 | 1 | 48 | 3 | 73 | 2,4 | 98 | 3 |
| 24 | 1,2,3 | 49 | 4 | 74 | 1,2,3,4,5 | 99 | 1,2,3,4,5 |
| 25 | 1,2,3 | 50 | 2 | 75 | 1,2,3,4,5 | 100 | 2 |

**Гастроэнтерология 2012 ВАРИАНТ 3**

**Итоговое тестирование**

**Инструкция: Выбрать правильный ответ**

1. Для лечения панкреатита в остром периоде применяются:

1) соматостатин

2) октреотид

3) делагил

4) преднизолон

5) ферменты

2. При остром панкреатите применяют:

1) назо-гастральное отсасывание

2) блокаторы Н2-рецепторов гистамина

3) сандостатин

4) электролиты и дезинтоксикационные растворы в/в

5) холинолитики и спазмолитики

3. Переход острого панкреатита в хроническую форму харак­теризуется:

1) снижением аппетита

2) поносами

3) метеоризмом

4) гипоферментией

5) похуданием

4. В патогенезе язвенных гастродуоденальных кровотечений играет роль:

1) аррозия сосудов

2) кислый желудочный сок

3) повышение фибринолиза в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны

4) нарушение микроциркуляции в слизистой оболочки гастродуоденальной зоны

5) снижение агрегации тромбоцитов

5. Для лечения хронической портосистемной энцефалопатии рекомендуется:

1) лактулоза (дюфалак)

2) антибиотики

3) лактоза

4) препараты нитрофуранового ряда

5) ферменты

6. Для тромбоза мезентериальных сосудов характерны симптомы:

1) резкие боли в животе

2) рвота с примесью крови

3) коллапс

4) головные боли

5) неинтенсивные боли в животе

7. Пенетрацию язвы подтверждают симптомы:

1) усиление болей

2) уменьшение ответной реакции на антациды

3) появление болей в спине

4) появление голодных болей

5) появление ночных болей

8. Инфекция в желчный пузырь проникает путем:

1) энтеральным

2) гематогенным

3) лимфогенным

4) Контактным

5) восходящим

9. Для острого калькулезного холецистита характерны изме­нения:

1) ускоренное СОЭ

2) нейтрофильный лейкоцитоз

3) гипербилирубинемия

4) увеличение холестерина

5) повышение активности щелочной фосфатазы

10 Острый холецистит у людей пожилого и старческого возраста характеризуется:

1) выраженной интоксикацией

2) слабым болевым синдромом

3) парезом кишечника

4) высокой температурой

5) выраженными симптомами раздражения брюшины

11. Подтверждающими диагноз острого холангита являются следующие лабораторные показатели:

1) нейтрофильный лейкоцитоз

2) ускоренная СОЭ

3) анемия

4) повышение активности щелочной фосфатазы

5) гипергликемия

12. Острые боли в правом подреберье, «септическая» лихорад­ка, увеличенная и болезненная при пальпации печень плотной кон­систенции, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево позволяют заподозрить:

1) абсцесс печени

2) нагноившийся эхинококк печени

3) острый пиелонефрит

4) острый калькулезный холецистит

5) гнойный холангит

13. Диагностика синдрома Бадда-Киари основывается на:

1) пункционной биопсии печени

2) лапароскопии

3) селективной ангиографии

4) эндоскопии

5) рентгенологическом исследовании

14. При лечении синдрома Бадда-Киари применяются:

1) фибринолитики

2) антиагреганты

3) диуретические средства

4) наложение сосудистых анастамозов

5) парацентез

15. Острый тромбоз воротной вены развивается при:

1) острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости

2) септицемии

3) инфекционных заболеваниях (брюшной тиф, туберкулез и др.)

4) травмах живота

5) спленэктомии

16. Токсическое поражение вызывает в печени:

1) некроз гепатоцитов

2) жировую дистрофию

3) нарушение обменных (ферментативных) процессов

4) инфильтрацию лимфоцитами

5) гранулематозный панкреатит

17. Гепатотоксическое действие оказывают препараты

1) противотуберкулезные

2) антибиотики

3) психотропные

4) ферменты

5) прокинетики

18. Клинический симптомокомплекс при отравлении инсекти­цидами включает:

1) увеличенную печень

2) полирадикулоневриты

3) поражение почек

4) гипохромную анемию

5) желтуху

19. Для холестатического лекарственного гепатита характерны симптомы:

1) анорексия

2) Лихорадка

3) кожный зуд

4) Желтуха

5) тошнота

20. Печеночная кома развивается в результате:

1) массивного некроза печени

2) обширного фиброза

3) нарушения микроциркуляции с тромбообразованием

4) портокавального сброса крови

5) стеатоза

21. При тяжелых заболеваниях печени развитию печеночной энцефалоратии предшествует:

1) лихорадка

2) жилудочно-кишечное кровотечение

3) увеличенная нагрузка организма белком

4) почечная недостаточность

5) асцит

22. При острой форме печеночной комы наблюдаются:

1) гипоксия

2) печеночно—почечная недостаточность

3) метаболический ацидоз

4) изменения ЭКГ

5) нарушения стула

23. Лечение инфаркта селезенки включает:

1) метронидазол

2) анальгетики

3) прокинетики

4) фибринолитические препараты и антикоагулянты

5) нитрофурановые препараты

24. Морфологический субстрат острого панкреатита включает:

1) отек интерстициальной ткани

2) геморрагии

3) некрозы

4) абсцессы

5) изменения ацинарных клеток

25. К ранним осложнениям острого панкреатита относятся:

1) шок

2) Коллапс

3) тромбозы

4) септические осложнения

5) нефротический синдром

26. Из перечисленных специалистов право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, имеет:

1) врач станции скорой помощи

2) врач станции переливания крови

3) врач бальнеолечебницы

4) врач приемного покоя больницы

5) судебно-медицинский эксперт

27. К работе в ночное время не допускаются:

1) работники моложе 18 лет

2) беременные женщины

3) инвалиды I и II групп

4) женщины, имеющие детей в возрасте до 3 лет

5) работники, имеющие высокую миопию

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

1) глюкоронилтрансферазы

2) лейцинаминопептидазы

3) кислой фосфатазы

4) нуклеотидазы

5) глутаматдегидрогеназы

29. 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

30. 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

31. Активность факторов протромбинового комплекса умень­шается при:

1) аутоиммунном гепатите

2) циррозах печени

3) хроническом холецистите

4) желчнокаменной болезни

5) хроническом панкреатите

32. Для цитолитического синдрома характерны морфологичес­кие изменения в виде:

1) зернистой дистрофии печени

2) гидропенической дистрофии (баллонной)

3) некроза гепатоцитов

4) жировой дистрофии печени

5) телец Мэллори

33. Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются:

1) локализация язвы

2) величина язвы

3) отсутствие рецидивирующего течения

4) кровотечение

5) часто пенетрируют

34 К язвам Керлинга относятся язвы при:

1) ожоговой болезни

2) травме 3) инфаркте миокарда

4) сепсисе

5) циррозе печени

35. Выработку гастрина антральным отделом желудка стиму­лируют:

1) ощелачивание антрума

2) растяжение антрума

3) прием пиши

4) ацидофикация антрума

5) гипергликемия

36. Секрецию соляной кислоты у человека может стимулировать:

1) увеличение активности блуждающего нерва

2) пентагастрин

3) растяжение желудка

4) гистамин

5) гастрин

37. Локальная гипертония желудка (пилороспазм) развивается как правило при:

1) язвенной болезни с локализацией язвы в пилорическом кана­ле желудка

2) локализации язвы в антральном отделе

3) локализации язвы в 12-перстной кишке

4) язве фундального отдела

5) язве кардиального отдела

38. Лейкемоидные латентные формы рака желудка характеризуются:

1) повышением лейкоцитов до 30-100 тыс. и выше

2) ускорением СОЭ

3) снижением гемоглобина

4) снижением количества эритроцитов

5) снижением цветного показателя

39. В дифференциальной диагностике злокачественной язвы от

доброкачественной можно использовать:

1) локализацию язвы

2) размеры

3) глубину

4) кровоточивость

5) морфологию

40. В дифференциальной диагностике доброкачественных пол­ипов и полиповидного рака желудка можно использовать:

1) величину полипа

2) локализацию

3) распространенность (единичные или множественные)

4) поверхность полипа

5) биопсию

41. 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

42. При пенетрации язвы в поджелудочную железу часто повы­шается:

1) амилаза

2) липаза

3) глюкоза

4) щелочная фосфатаза

5) глюкагон

43. 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

44. В клетках островков поджелудочной железы синтезируются:

1. секретин
2. инсулин
3. ГИП (гастроингибирующий полипепти5)
4. глюкагон
5. ВИП (вазоактивный интестинальный пилипепти5)

45. При муковисцидозе обычно поражаются:

1. бронхолегочная система
2. поджелудочная железа
3. потовые железы
4. почки
5. надпочечники

46. Классическими проявлениями муковисцидоза является:

1. респираторный синдром
2. стеаторея
3. нарушения в экзокринной системе поджелудочной железы
4. нарушения кислотно-щелочного равновесия
5. нарушения водно-электролитного обмена

47. К эндопептидазам относят:

1)трипсин

2)химотрипсин

3)эластазу

4)рибонуклеазу

5)дезоксирибонуклеазу

48. При сосудистой недостаточности часто поражается:

1) слепая кишка

2) печеночная флексура

3) селезеночная флексура

4) нисходящая кишка

5) сигмовидная кишка

49. Основными морфологическими элементами слизистой оболочки тонкой кишки является:

1)ворсинка

2)цилиндрический эпителий

3)клетки Панета

4)бокаловидные клетки

5)микроворсинки

50 В структуре смертности населения экономически развитых стран ведущее место занимают:

1) инфекционные и паразитарные заболевания

2) болезни системы кровообращения

3) новообразования

4) болезни системы пищеварения

5) травмы и отравления

51. При остром панкреатите ренальный клиренс амилазы обычно:

1) повышен

2) понижен

3) не изменен

4) изменение не закономерно

52 Синдром Меллори-Вейса чаще всего сопровождает:

1) язвенную болезнь

2) лимфому

3) карциному

4) алкоголизм

5) грыжу пищеводного отверстия диафрагмы

53 Лучшим средством лечения гипофибриногенемии, возник­шей вследствие высокой фибринолитической активности, является:

1) викасол

2) концентрированный человеческий фибриноген

3) обедненный солями альбумин

4) цельная свежая кровь

5) е-аминокапроновая кислота

54. При симптомокомплексе «острого живота» исчезновение «печеной тупости» свидетельствует:

1) об остром панкреатите

2) о функциональной кишечной непроходимости

3) о перфорации язвы желудка или 12 п. к.

4) о механической кишечной непроходимости

5) о правостороннем пневмосклерозе

55. При ожогах пищевода могут быть осложнения:

1) кровотечение

2) стриктуры

3) медиастенит

4) пневмония

5) рефлюкс-эзофагит

56. К неотложным мероприятиям при ожогах пищевода отно­ся:

1) промывание

2) трахеостомия

3) противошоковая терапия

4) дезинтоксикационная терапия

5) противовоспалительная терапия

57. Инструментальные поражения пищевода возможны при:

1) введении зонда

2) бужировании

3) эзофагоскопии

4) чрезпищеводной кардиостимуляции

5) рентгеновском исследовании

58. При рентгеновском исследовании, предпринятом по поводу острого расширения желудка, обнаруживаются следующие признаки:

1) большое количество жидкости в желудке

2) отсутствие перистальтики

3) задержка эвакуации

4) изменчивость рентгенологической картины

5) деформация желудка

59. Признаками перфорации язвы являются:

1) отсутствие печеночной тупости

2) сильнейшая боль в эпигастрии

3) ригидность передней брюшной стенки

4) гиперперистальтика

5) запор

60. В патогенезе кровотечения из расширенных вен пищевода имеет значение:

1) гипертонический криз в портальной системе

2) нарушения в системе свертывания крови

3) гастроэзофагиальный рефлюкс

4) сопутствующий панкреатит

5) высокая кислотообразующая функция желудка

61. 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

62. 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

63. Ведущим звеном патогенеза холеры является:

1) дегидратация

2) интоксикация

3) аллергия

4) острая почечная недостаточность

5) метаболический ацидоз

64. При тяжелом течении заболевания только для гепатита Е характерно:

1) снижение протромбинового индекса

2) билирубин-ферментная диссоциация

3) гемоглобинурия и развитие почечной недостаточности

4) снижение сулемового теста

5) снижение тимолового теста

65. Первым лабораторно обнаруживаемым нарушением у боль­ных с вирусным гепатитом является:

1) гипертрансаминаземия

2) гипербилирубинемия

3) билирубинурия

4) повышение щелочной фосфатазы

5) удлинение протромбинового времени

66. Возбудитель описторхоза локализуется в:

1) желчном пузыре

2) поджелудочной железе

3) желудочно-кишечном тракте

4) желчновыделительной системе и поджелудочной железе

5) желудке

67. Молоко содержит пищевой антиген:

1) вителлин

2) кональбумин

3) b-лактоглобулин

4) глютен

5) лизоцим

68. Поражение печени при сахарном диабете клинически про­  
является:

1) гепатомегалией

2) спленомегалией

3) желтухой

4) носовыми кровотечениями

5) асцитом

69. Морфологическим субстратом поражение печени при саркоидозе является:

1) холестатический гепатит

2) специфическая инфильтрация

3) гранулематозный гепатит

4) портальная гипертензия

5) жировая дистрофия

70Из факторов свертывания крови меньше всего страдает при заболеваниях печени:

1) фибриноген

2) тромбин

3) фактор V

4) антигемофильный глобулин

5) фактор VII

71. При циррозе печени электрофорез белков выявляет

1) повышение альбумина

2) значительное увеличение 61-глобулина

3) повышение г-глобулина

4) отсутствие в-глобулина

5) отсутствие 62-глобулина

72. Тимоловая проба находится в большой зависимости от из­менения содержания в сыворотке:

1) альбумина

2) фибриногена

3) б-глобулина

4) г-глобулина  
5)билирубина

73. Высокий уровень г-глутамилтранспептидазы является ха­рактерным для:

1) острого алкогольного гепатита

2) хронического гепатита В и С

3) гемохроматоза

4) сахарного диабета

5) хронического панкреатита

74. Для локализации вентильного камня в пузырном протоке характерны:

1. кратковременные боли
2. переполнение и растяжение желчного пузыря
3. кратковременные желтухи
4. запоры
5. опоясывающие боли

75. Дифференциальный диагноз желчнокаменной болезни про­водится с заболеваниями:

1. хронический бескаменный холецистит
2. хронический панкреатит
3. гастродуоденальная язва
4. язвенный колит
5. рефлюксная болезнь

76. При синдроме Золлингера-Эллисона (гастриноме) стеаторея вызвана:

1) атрофией ворсинок

2) инактивацией панкреатических ферментов соляной кислотой

3) гипергастринемией

4) деструкцией поджелудочной железы опухолью

5) усиленной перистальтикой кишечника

77. Для диагностики синдрома Золлингера-Эллисона простым и надежным тестом является:

1) базальная кислотная продукция (ВАО)

2) максимальная кислотная продукция (МАО)

3) соотношение ВАО/МАО

4) тест Холлендера

5) уровень гастрина в крови

78. Повышение уровня щелочной фосфатазы в крови у боль­ного с циррозом печени подозрительно на:

1) вирусный гепатит

2) активный некроз гепатоцитов

3) развитие рака

4) печеночную недостаточность

5) прогрессирование портальной гипертензии

79. б-фетопротеин может быть значительно повышен при:

1) гепатоцеллюлярной карциноме

2) семиноме

3) циррозе

4) холангиоцеллюлярной карциноме

5) раке поджелудочной железы

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

1) кинины

2) простагландины

3) серотонин

4) гистамин

5) лейкотриены

81. Для карциноида характерен дефицит витамина:

1) В1

2) аскорбиновой кислоты

3) никотиновой кислоты

4) В 6

5) А

82. Для диагностики кишечного карциноида существенное зна­чение имеет определение:

1) гастрина в крови

2) 5-окситриптамина в крови

3) порфобилирубина в моче

4) 17-КС (кетостероидо3) в моче

5) гликемической кривой после нагрузки глюкозой

83. При синдроме карциноида с мочой выделяется значитель­ное количество:

1) 5-оксииндолуксусной кислоты

2) фенилпировиноградной кислоты

3) ванилинминдальной кислоты

4) амилазы

5) натрия

84. К доброкачественным опухолям пищевода относятся:

1) полипы.

2) лейомиомы

3)дисэмбриомы

4) Гемангиомы

5) невриномы

85. Предрасполагающими к развитию рака желудка являются заболевания:

1) хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией

2) гастрит культи желудка

3) аденоматозные полипы желудка

4) хронический гастрит, ассоциированный с приемом салициловой кислоты

5) хронический неатрофический гастрит

86 Для рака большой кривизны желудка характерно:

1) длительное латентное течение

2) Анемия

3) истощение

4) изжога

5) регургитация

87 К признакам синдрома Золлингера — Эллисона относятся:

1) диарея

2) множественные язвы в желудочно-кишечном тракте

3) гиперсекреция соляной кислоты

4) гипогликемия

5) повышение артериального давления

88. При синдроме Золлингера — Элиссона (гастриноме) могут использоваться следующие методы лечения:

1) антисекреторными препаратами (омепразол, Н2-блокаторы гистамин1)

2) хирургический метод

3) лечебное питание

4) холинолитиками

5) спазмолитиками

89. Метастазы в печень чаще дают опухоли, локализующиеся в:

1) желудке

2) толстой кишке

3) легких

4) поджелудочной железе

5) желчном пузыре.

90. К факторам риска развития рака толстой кишки относятся:

1) хронические воспалительные процессы в кишке

2) наследственная предрасположенность к опухолевым процессам

3) полипы толстой кишки

4) алиментарный фактор

5) профессиональный фактор

91 Симптомами рака левых отделов толстой кишки являются:

1) боли в спине

2) схваткообразные боли в животе

3) кровь в кале

4) мелена

5) слизь в кале

92 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

93 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

94. 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

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

1) острая боль

2) желтуха

3) повторная рвота

4) портальная гипертензия

5) коллапс

96. Большое количество аммония превращается печенью в:

1) глютамин

2) а-кетоглюторат

3) глюкозо-6-фосфатазу

4) мочевину

5) меркаптан

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

1) метаболический ацидоз

2) метаболический алкалоз

3) респираторный ацидоз

4) респираторный алкалоз

98. Для количественной оценки глубины печеночной комы используются:

1) мочевина крови

2) аммоний крови

3) электроэнцефалография

4) тест на толерантность к аммонию

5) содержание в крови глютамина

99. При печеночной энцефалопатии менее опасно для больного применять:

1) морфин

2) омнопон

3) седуксен

4) фенобарбитал

5) тиопентал натрия

100. При лечении печеночной комы наиболее эффективен:

1) гептрал

2) гепамерц

3) преднизолон

4) роферон

5) пегасис

**Ответы**

**ИТОГОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ**

**3 Вариант 2012**

**ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1,2 | 26 | 4 | 51. | 1 | 76 | 2 |
|  | 1,2,3,4,5 | 27 | 1,2,3,4,5 | 52 | 4 | 77 | 5 |
|  | 1,2,3,4,5 | 28 | 1 | 53 | 2 | 78 | 3 |
|  | 1,2,3,4,5 | 29 | 2 | 54 | 3 | 79 | 1 |
|  | 1,2,3 | 30 | 1 | 55 | 1,2,3 | 80 | 3 |
|  | 1,2,3 | 31 | 1,2 | 56 | 1,2,3,4,5 | 81 | 3 |
|  | 1,2,3 | 32 | 1,2,3 | 57 | 1,2,3 | 82 | 2 |
|  | 1,2,3,4,5 | 33 | 3 | 58 | 1,2,3 | 83 | 1 |
|  | 1,2,3,4,5 | 34 | 1 | 59 | 1,2 | 84 | 1,2,3,4,5 |
|  | 1,2,3 | 35 | 1,2,3 | 60 | 1,2,3 | 85 | 1,2,3 |
|  | 1,2,3 | 36 | 1,2,3,4,5 | 61 | 2 | 86 | 1,2,3 |
|  | 1,2,3,4,5 | 37 | 1,2,3 | 62 | 1 | 87 | 1,2,3 |
|  | 1,2,3 | 38 | 1 | 63 | 1 | 88 | 1,2 |
|  | 1,2,3,4,5 | 39 | 5 | 64 | 3 | 89 | 1,2,3,4,5 |
|  | 1,2,3,4,5 | 40 | 5 | 65 | 1 | 90 | 1,2,3,4,5 |
|  | 1,2,3,4,5 | 41 | 4 | 66 | 4 | 91 | 1,2,3 |
|  | 1,2,3 | 42 | 1 | 67 | 3 | 92 | 4 |
|  | 1,2,3,4,5 | 43 | 4 | 68 | 1 | 93 | 1 |
|  | 1,2,3,4,5 | 44 | 2,4 | 69 | 3 | 94. | 1 |
|  | 2,4 | 45 | 1,2,3 | 70 | 4 | 95 | 2 |
|  | 1,2,3,4,5 | 46 | 1,2,3,4,5 | 71 | 3 | 96 | 4 |
|  | 1,2,3 | 47 | 1,2,3 | 72 | 4 | 97 | 4 |
|  | 2,4 | 48 | 3 | 73 | 1 | 98 | 3 |
|  | 1,2,3,4,5 | 49 | 1,2,3,4,5 | 74 | 1,2,3 | 99 | 4 |
|  | 1,2,3,4,5 | 50 | 2 | 75 | 1,2,3 | 100 | 2 |