*2012 ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ ВАРИАНТ 2*

*Исходный уровень знаний*

*Инструкция: выберите один правильный ответ*

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

1) глюкокортикоиды

2)имуран

3) кортизон

4) D-пенициламин

5) роферон

2. Неконьюгированная гипербилирубинемия не свойственна:

1) синдрому Криглер-Наджара

2) синдрому Дабин-Джонсона

3) гемолитической желтухе

4) шунтовой гипербилирубинемии

5) болезни Жильбера

3. 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

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

1) алкоголь — редуктаза

2) алкоголь - оксидаза

3) алкоголь — дегидрогеназа

4) алкоголь — синтетаза

5)глкжозо-6-фосфатаза

5. 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

6. Важнейшим лабораторно-диагностическим тестом муковисцидоза является:

1)лотовый

2) амилаза крови

3) содержание аминокислот в кале

4) содержание жира в кале

5) мочевой синдром

7. 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

8. При пенетрации язвы в поджелудочную железу часто повы­  
шается:

1) амилаза

2) липаза

3) глюкоза

4) щелочная фосфатаза

5) глюкагон

9. 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

10. 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

11. 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

12. Больного с острым холециститом необходимо госпитализировать в отделение:

1)терапевтическое

2) инфекционное

3) хирургическое

4) реанимационное

5) гастроэнтерологическое

13. 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

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

1) острая боль

2) желтуха

3) повторная рвота

4) портальная гипертензия

5) коллапс

15. Холестаз вызывают:

1) антибиотики

2) андрогенные гормоны и анаболические стероиды

3) антиметаболиты (метотрексат)

4) наркотические (фторотан)

5) сульфаниламиды

16. Большое количество аммония превращается печенью в:

1) глютамин

2) а-кетоглюторат

3) глюкозо-6-фосфатазу

4) мочевину

5) меркаптан

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

1) метаболический ацидоз

2) метаболический алкалоз

3) респираторный ацидоз

4) респираторный алкалоз

18. 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

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

1) нитроглицерин

2)изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное)

3) транквилизаторы

4)холинолитики

5) спазмолитики

20. Бронхопищеводный синдром при ГЭРБ обусловлен:

1)регургитацией желудочного содержимого в дыхательные пути

2) избыточной массой тела

3) дисфагией

4) спазмом пищевода

5) длительностью заболевания

21. Стриктура дистального отдела пищевода обычно обусловлена:

1) эрозивно-язвенным рефлюкс-эзофагитом

2) хронической пневмонией

3) язвенной болезнью желудка

4) хроническим активным пангастритом

5) склеродермией

22. Доброкачественная желтуха беременных вызывается:

1) высоким уровнем эстрогенов

2) высоким уровнем прогестерона

3) ингибированием глюкуронил-трансферазы

4) аутоиммунным процессом

5) некрозом гепатоцитов

23. Средством выбора при рецидивирующей желтухе беремен­  
ных являются:

1) кортикостероиды

2) обменное переливание крови

3) б — интерферон

4) иммуран

5) холестирамин, билигнин, колестрол

24. Наиболее часто кардиальный цирроз ассоциируется с:

1)митральным стенозом

2)аортальной недостаточностью

3)пульмональным стенозом

4)констриктивным перикардитом

5)перикардиальным выпотом

25. При кардиальном циррозе редко встречаются:

1) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода

2)увеличенная печень

3)желтуха

4)асцит

5)отеки

26. б-фетопротеин может быть значительно повышен при:

1) гепатоцеллюлярной карциноме

2) семиноме

3) циррозе

4) холангиоцеллюлярной карциноме

5) раке поджелудочной железы

27. Наиболее характерным признаком рака печени является:

1) тяжесть и боли в правом подреберье

2) прогрессирующее похудание

3) желтуха

4) остро развивающаяся гепатомегалия

5) асцит

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

1) кинины

2) простагландины

3) серотонин

4) гистамин

5) лейкотриены

29. Для карциноида характерен дефицит витамина:

1) В1

2) аскорбиновой кислоты

3) никотиновой кислоты

4) В 6

5) А

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

1) кортикостероиды

2)фталазол

3)левомицетин

4)сульфасалазин, месалазин  
5)ампициллин

31. 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

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

1) макролидов

2) широкого спектра действия (тетрациклины)

3)аминогликозидов  
4) цефалоспоринов  
5) карбапенемов

33. При стафилококковом дисбактериозе наиболее рациональ­но назначить:

1)антибиотики группы макролидов

2)тетрациклины

3)производные нитрофуранов

4)антибиотики группы аминогликозидов

5)производные налидиксовой кислоты

34. 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 *>*

35. При болезни Крона чаще поражается:

1) пищевод

2) желудок

3) подвздошная кишка

4) аппендикс

5) прямая кишка

36 . Патологический процесс при гранулематозном колите чаще развивается в:

1) слизистой оболочке

2) подслизистом слое

3) мышечном слое

4) субсерозном слое

5) серозном слое

37. При сосудистой недостаточности часто поражается:

1) слепая кишка

2) печеночная флексура

3) селезеночная флексура

4) нисходящая кишка

5) сигмовидная кишка

38. Самой маленькой адсорбирующей единицей слизистой тон­  
кой кишки является:

1) микроворсинка

2) бокаловидная клетка

3) цилиндрическая клетка

4) ворсинка

39. 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

40. Для синдрома раздраенной толстой кишки характерно:  
 1) гипохромная анемия

2)дефицит витамина С

3)общее состояние больного страдает

4) пеллагрические изменения кожи

5) дефицит витаминов группы В

41. 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

42. Чаще всего дивертикулы толстой кишки обнаруживаются в:

1) прямой кишке

2)сигмовидной кишке

3) нисходящей кишке

4) поперечно-ободочной кишке

5) слепой кишке

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

1)боль

2) кровь при дефекации

3) мелена

4) диарея

5) запор

44. В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчно­  
го пузыря используют:

1)Н2-блокаторы гистамина

2)препараты группы сукральфата

3)спазмолитики, одестон

4)беззондовые тюбажи

5)хирургическое лечение

45 В лечении гипокинетической формы дискинезии желчного  
пузыря используют:

1) холекинетики, хофитол

2)спазмолитики

3)хирургическое лечение

4)антациды

5)ферменты

46 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

47. Желчные камни чаще всего состоят из:

1)солей желчных кислот

2)холестерина

3)оксалатов

4)мочевой кислоты

5)цистина

48. 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

49. 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

50 В распознавании внутрипеченочной обструктивной желтухи наиболее достоверен метод:

1)внутривенной холангиографии

2)пероральной холангиографии

3)дуоденального зондирования

4)перитонеоскопии

5)эндоскопической ретроградной ХПГ

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

1) глюкоронилтрансферазы

2) лейцинаминопептидазы

3) кислой фосфатазы

4) нуклеотидазы

5) глутаматдегидрогеназы

77 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

78 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

79 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

80. 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

81 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

82 Строго вегетарианский рацион может привести к дефициту:

1) углеводов

2) витамина В12

3) витамина В1

4) витамина С

5) витамина РР

83. Всасывание железа в кишечнике наиболее интенсивно про­исходит из:

1) мясных продуктов и печени

2) фруктов  
 3) яблок

4) моркови

5) сыра

84. Наибольшее количество азотистых веществ содержится в:

1) капусте

2) моркови  
 3) свекле

4) бобовых

5) цветной капусте

85. Жировой гепатоз наиболее характерен для:

1) склеродермии

2) хронической недостаточности кровообращения

3) сахарного диабета

4) красной волчанки

5) саркоидоза

86. При кардиальном циррозе редко встречаются:

1) кровотечение из варикозного расширенных вен пищевода

2) почечная кома

3) выраженная желтуха

4) асцит

5) отеки

87. Поражение печени при сахарном диабете клинически про­  
является:

1) гепатомегалией

2) спленомегалией

3) желтухой

4) носовыми кровотечениями

5) асцитом

88. Морфологическим субстратом поражение печени при саркоидозе является:

1) холестатический гепатит

2) специфическая инфильтрация

3) гранулематозный гепатит

4) портальная гипертензия

5) жировая дистрофия

89. 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

90 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

91. 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

92. 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

93. При печеночной энцефалопатии менее опасно для больного применять:

1) морфин

2) омнопон

3) седуксен

4) фенобарбитал

5) тиопентал натрия

94. При лечении печеночной комы наиболее эффективен:

1) гептрал

2) гепамерц

3) преднизолон

4) роферон

5) пегасис

95. Наиболее эффективно и доступно абсцесс печени подтверждает:

1) рентгенография

2) УЗИ

3) радиоизотопное исследование

4) РХПГ

96. При остром панкреатите ренальный клиренс амилазы обычно:

1) повышен

2) понижен

3) не изменен

4) изменение не закономерно

97. Редким осложнением аксиальной грыжи пищеводного от­верстия диафрагмы является:

1) катаральный рефлюкс — эзофагит

2) ущемление

3) кровотечение

4) рефлекторная стенокардия

5) эрозивно-язвенный эзофагит

98. Рациональным лечением флегмоны желудка является:

1) хирургическое

2) симптоматическое

3) физиотерапевтическое

4) санаторно-курортное

5) фитотерапевтическое

99. 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

100. 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