

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 06.11.2024 11:24:01
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480271b3c1a975e6f

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Медицинский институт

Факультет Послевузовского профессионального образования
Кафедра Госпитальной терапии и последипломного образования

УТВЕРЖДАЮ:
Проректор по научной работе
и инновационному развитию
Т.А. Овсянникова
« 26 » 06 2024 года



ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.49 ТЕРАПИЯ
(ОРДИНАТУРА)

**Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения
дисциплины «Гастроэнтерология»**

Категория (группа) компетенций	Код и наименование универсальной компетенции	Компетенции и индикаторы их достижения
УК (универсальные компетенции)	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте <i>Знать:</i> – общую и частную патологию <i>Уметь:</i> – анализировать полученную информацию (от диагноза к симптомам и от симптома(ов) – к диагнозу) <i>Владеть:</i> – технологией сравнительного анализа УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте. <i>Знать:</i> – профессиональные источники информации, в т.ч. базы данных. <i>Уметь:</i> – пользоваться профессиональными источниками информации. <i>Владеть:</i> – технологией дифференциально-диагностического поиска на основании данных обследования и использования профессиональных источников информации.
ОПК (общепрофессиональные компетенции)	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями <i>Знать:</i> – методика сбора жалоб, анамнеза жизни и болезни, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей) при инфекционных заболеваниях и (или) состояниях; – методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); – анатомо-функциональное состояние органов и систем организма человека в норме и у пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями; – этиологию, эпидемиологию и патогенез заболеваний, в том числе туберкулеза; – современные классификации, клиническая симптоматика заболеваний. в том числе туберкулеза;

		– методы диагностики заболеваний, в том числе туберкулеза; – симптомы, особенности течения и возможные осложнения у пациентов при инфекционных заболеваниях и (или) состояниях, в том числе туберкулеза <i>Уметь:</i> – осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей) с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – проводить физикальное исследование пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию); – интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями; – оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях у пациентов с инфекционными заболеваниями; – пользоваться методами осмотра и обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом, с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей; – интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями; – использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом <i>Владеть:</i> – сбором жалоб, анамнеза жизни и заболевания и (или) состояния, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей) с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом;
--	--	--

		– физикальное исследование пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), в том числе с туберкулезом; – навыками обоснования и постановки диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ); – навыками направления пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом, на консультацию к врачам-специалистам. ОПК-4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования. <i>Знать:</i> – медицинские показания и медицинские противопоказания к использованию методов лабораторной и инструментальной диагностики пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом <i>Уметь:</i> – обосновывать и планировать объем инструментального обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – обосновывать и планировать объем лабораторных исследований пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в том числе с туберкулезом; – интерпретировать и анализировать результаты лабораторных исследований пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом <i>Владеть:</i> – навыками направления пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями на лабораторное обследование; – навыками направления пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями на инструментальное обследование
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его	ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях <i>Знать:</i> – клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями; – алгоритмы оказания помощи пациентам;

	эффективность и безопасность – показания к применению и дозировки препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам с учетом выявленной патологии и возраста <i>Уметь:</i> – разрабатывать план лечения пациентов с учетом характера заболевания и степени тяжести клинического состояния; – определять показания для применения фармакологических препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; <i>Владеть:</i> – навыками назначения терапии пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; – расчетом дозировок и умением осуществлять введение фармакологических препаратов при оказании помощи пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями. ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения <i>Знать:</i> – фармакокинетику, фармакодинамику и возможные побочные эффекты лекарственных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам; – взаимодействия лекарственных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам; – принципы контроля эффективности проводимой терапии с позиций доказательной медицины <i>Уметь:</i> – оценить эффективность и безопасность назначения лекарственных препаратов <i>Владеть:</i> – навыками оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»; – навыками оценки эффективности и безопасности немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;	
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность	ОПК-6.1 Назначает мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях <i>Знать:</i>

	мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	– порядок организации медицинской реабилитации; – основные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические), применяемые для пациентов терапевтического профиля <i>Уметь:</i> – составить план реабилитационных мероприятий; – разрабатывать план реабилитационных мероприятий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля; <i>Владеть:</i> – навыком составления плана мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях пациентам терапевтического профиля. ОПК-6.2 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и/или состояниях <i>Знать:</i> – методы оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации у пациентов терапевтического профиля; – методы оценки эффективности и безопасности реализации санаторно-курортного лечения у пациентов терапевтического профиля; <i>Уметь:</i> – оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» <i>Владеть:</i> – методикой проведения и контроля различных мероприятий по медицинской реабилитации
	ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу <i>Знать:</i> – заболевания или состояния, приводящие к стойкому нарушению функций организма и ограничению жизнедеятельности, требующие проведения медицинской экспертизы; – медицинскую документацию, необходимую для направления пациентов на медико-социальную экспертизу <i>Уметь:</i> – выявлять у пациентов заболевания и (или) состояния, требующие проведения медицинской экспертизы; – определять медицинские показания для направления на медико-социальную экспертизу;

		– подготовить медицинскую документацию, необходимую для направления пациентов на медико-социальную экспертизу <i>Владеть:</i> – навыками определения показаний для направления пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы; – навыками оформления медицинской документации, необходимой для направления пациентов на медико-социальную экспертизу ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу <i>Знать:</i> – порядок проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности; – порядок выдачи медицинской документации <i>Уметь:</i> – проводить медицинскую экспертизу временной нетрудоспособности; – интерпретировать и анализировать результаты осмотров, необходимых для медицинской экспертизы и экспертного заключения <i>Владеть:</i> – организации и проведения медицинской экспертизы; – навыками оформления медицинской документации
ПК (профессиональные компетенции)	ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи населению в условиях стационара и дневного стационара	ПК-1.1 Проводит диагностику заболеваний и (или) состояний пациентов с целью установления диагноза <i>Знать:</i> – Методику осмотра и обследования пациентов с иммуно-воспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом или подозрениями на них; – Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с ревматическими заболеваниями, пациентам с бронхиальной астмой, атеросклерозом; – Этиологию и патогенез иммуновоспалительных ревматических заболеваний, аутовоспалительных заболеваний, бронхиальной астмы, атеросклероза; – Методы клинической и параклинической диагностики иммуно-воспалительных ревматических заболеваний, аутовоспалительных заболеваний, бронхиальной астмы, атеросклероза; – Медицинские показания для направления пациентов, получающих генно-инженерные

		биологические или синтетические таргетные препараты к врачам-специалистам смежных специальностей; – Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате лабораторных и инструментальных исследований у пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом; – Правила установки диагноза с учетом действующей международной статической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), и его обоснование. <i>Уметь:</i> – Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, в том числе получающего терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами; – Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом, в том числе получающих терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами; – Производить физикальное обследование пациента с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом и интерпретировать его результаты; – Оценивать тяжесть состояния пациента, стратифицировать риск развития жизнеопасных осложнений, определять медицинские показания для оказания медицинской помощи в стационарных условиях; – Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом; – Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования пациентов с
--	--	--

		иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом и остеопорозом и получающих генно-инженерные биологические и/или таргетные синтетические препараты; – Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов (ревматолога, пульмонолога, кардиолога); – Использовать алгоритм постановки диагноза в соответствии с МКБ, применять методы дифференциальной диагностики пациентов (их законных представителей) с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом. <i>Владеть:</i> – Навыками проведения сбора жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом, в том числе получающего терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами; – Навыками проведения физикального обследования пациента с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом, в том числе получающего терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами; – Навыками направления пациентов с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом, в том числе получающего терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами на лабораторное и инструментальное обследование, а также консультации смежных специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
--	--	---

		ПК-1.2 Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями и контролирует его эффективность и безопасность <i>Знать:</i> – Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, нормативные акты, определяющие деятельность медицинских работников; – Принципы лечения и тактику ведения пациентов с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом с применением генно-инженерных биологических и/или таргетных синтетических препаратов, в том числе при неотложных состояниях, показания к госпитализации в реанимационное отделение; – Механизмы действия лекарственных генно-инженерных биологических и таргетных синтетических препаратов, применяемых в терапии пациентов с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом; медицинские показания и медицинские противопоказания к их назначению; возможные осложнения и побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы; – Клинико-фармакологическую характеристику генноинженерных биологических и таргетных синтетических препаратов, применяемых в терапии пациентов с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом; – Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате применения генно-инженерных биологических или синтетических таргетных препаратов; – Алгоритмы оказания помощи при осложнениях, вызванных применением генно-инженерных биологических и таргетных синтетических препаратов; – Особенности вакцинации пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой на фоне
--	--	---

		терапии генно-инженерными биологическими и таргетными синтетическими препаратами; – Правила оформления и выдачи медицинских документов при направлении пациентов для лечения генно-инженерными биологическими препаратами <i>Уметь:</i> – Разрабатывать план лечения больных ревматическими заболеваниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины; – Назначать рациональную медикаментозную терапию пациентам с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, остеопорозом, атеросклерозом и оценивать ее эффективность и безопасность; – Анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов; – Проводить мониторинг эффективности и безопасности использования генно-инженерных биологических и таргетных синтетических препаратов; – Оформлять медицинские документы при лечении пациента генно-инженерными биологическими препаратами <i>Владеть:</i> – Навыками разработки плана лечения больных иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с клиническими рекомендациями; – Навыками оценки эффективности и безопасности применения генно-инженерных биологических и таргетных синтетических препаратов – Навыками разработки плана вакцинации пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой – Навыками оформления и выдачи медицинских документов при лечении пациента генно-инженерными биологическими препаратами
--	--	---

Фонды оценочных средств измерения уровня освоения ординаторами дисциплины «Гастроэнтерология»

Фонды оценочных средств дисциплины включает:

- вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации;
- тестовые задания для проведения текущего контроля знаний;
- тестовые задания для контроля остаточных знаний.
- ситуационные задачи.

Критерии оценки знаний ординатора на зачете

«Зачтено» - выставляется при условии, если ординатор показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если ординатор показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопрос.

Критерии оценки знаний ординаторов при проведении тестирования

Оценка «отлично» выставляется при условии правильного ответа не менее чем 85% тестовых заданий;

Оценка «хорошо» выставляется при условии правильного ответа не менее чем 70% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно» выставляется при условии правильного ответа не менее 51%;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при условии правильного ответа не менее чем на 50% тестовых заданий.

**Вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации ординаторов по дисциплине
«Гастроэнтерология».**

1. Назовите наиболее часто встречающиеся нозологические единицы заболеваний пищевода.
2. Классификация заболеваний пищевода.
3. Общая симптоматология болезней пищевода.
4. Острый и хронический эзофагит.
5. Что такое гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь?
6. Пептическая язва пищевода.
7. Ахалазия кардии.
8. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).
9. Какие заболевания сопутствуют ГПОД?
10. Каково диагностическое значение внутрипищеводной pH-метрии и манометрического исследования пищевода?
11. Рак пищевода.
12. Что является основой диагностики рака пищевода?
13. Гастриты (острые, хронические). Определение понятий.
14. Этиология и факторы риска гастритов.
15. Современные классификации гастритов.
16. Понятие о функциональной диспепсии: язвенноподобный, дисмоторный, смешанный вариант.
17. Синдром желудочной гипосекреции.
18. Синдром желудочной гиперсекреции.
19. Патогенез основных клинических проявлений хр. гастритов.
20. Лабораторные и инструментальные методы в диагностике хр. гастритов ГЭРБ.
21. Способы оценки функциональных нарушений желудочного пищеварения (зондовые и беззондовые методы исследования желудочной секреции, рентгенологические и гастроскопические исследования, показания к ним). Дифференциальный диагноз ХГ с другими заболеваниями ЖКТ.
22. Лечение в зависимости от этиологических факторов, состояния секреторной функции, стадии заболевания.
23. Язвенная болезнь желудка и ДПК. Определение понятий.
24. Факторы защиты и повреждения слизистой желудка.
25. Этиология и факторы риска язвенной болезни.
26. Современные представления о патогенезе язвенной болезни желудка и ДПК.
27. Классификация язвенной болезни.
28. Патогенез основных клинических проявлений язвенной болезни.
29. Лабораторные и инструментальные методы в диагностике язвенной болезни (современные представления о pH-метрии).
30. Профилактика и лечение язвенной болезни (современные подходы к лечению, включая схемы эрадикационной антихеликобактерной терапии).
31. Диспансеризация больных с язвенной болезнью.
32. Клиника язвенной болезни, зависимость ее от локализации язвы.
33. Диагностика (лабораторная, рентгенологическая, эндоскопическая).
34. Дифференциальный диагноз ЯБ (рак желудка, симптоматические язвы).
35. Определение понятий изучаемых заболеваний.
36. Классификация хронических заболеваний кишечника.
37. Этиопатогенез хронического энтерита, хронического колита.
38. Основные клинические синдромы. Диагностика заболеваний.
39. Принципы современного лечения.
40. Классификация опухолей кишечника по морфологии и локализации.
41. Проявление клинической симптоматики в зависимости от локализации опухолевого процесса.
42. Методы диагностики рака толстой кишки.
43. Назовите показания к госпитализации больного с хроническим колитом.
44. Проведите дифференциальную диагностику между хроническим колитом и энтеритом.
45. Укажите критерии синдрома раздраженного кишечника.
46. Чем отличается бродильная диспепсия от гнилостной?
47. Какие из перечисленных исследований имеют наибольшее значение в диагностике ХЭК: физикальные; исследование кала на скрытую кровь; исследование желудочного сока; эндоскопия кишечника; копрологическое исследование?
48. Каковы отличительные поносы при хроническом энтерите?
49. Что такое дисбиоз и каковы методы его коррекции?
50. Синдром мальабсорбции.

51. Неспецифический язвенный колит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, осложнения.
52. Неспецифический язвенный колит. Диагноз, дифференциальный диагноз.
53. Неспецифический язвенный колит. Принципы консервативного лечения. Показания к биологической терапии. Реабилитация, МСЭ.
54. Неспецифический язвенный колит. Осложнения (внекишечные, кишечные). Показания к хирургическому лечению.
55. Болезнь Крона. Этиология, патогенез.
56. Болезнь Крона. Клиника, осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика.
57. Болезнь Крона. Принципы консервативного лечения. Прогноз, МСЭ. Показания к хирургическому лечению.
58. Эпидемиология колоректального рака при воспалительных заболеваниях кишечника. Особенности клинической картины рака толстой кишки.
59. Значение специальных методов исследования для диагностики рака толстого кишечника.
60. Жировой гепатоз. Определение понятия. Этиология.
61. Хронические гепатиты. Определение понятия. Этиология.
62. Классификация хронических гепатитов.
63. Патогенез различных форм хр. гепатитов.
64. Основные клинические синдромы хр. гепатитов.
65. Лабораторные и инструментальные методы диагностики хр. гепатитов.
66. Клинико-лабораторные особенности хронических вирусных гепатитов В и С. Маркеры вирусных гепатитов.
67. Принципы лечения хр. гепатитов.
68. Диспансеризация и прогноз хр. гепатитов.
69. Цирроз печени. Определение понятия. Этиология.
70. Современные представления о патогенезе циррозов печени.
71. Современные классификации циррозов печени.
72. Основные клинико-лабораторные синдромы циррозов печени.
73. Печеночно-клеточная недостаточность. Основные проявления.
74. Лечение и прогноз цирроза печени.
75. Диспансеризация больных с циррозами печени.
76. Дискинезии желчевыводящих путей. Определение. Этиология. Классификация.
77. Основные клинические проявления различных вариантов дискинезий желчевыводящих путей.
78. Лабораторно-инструментальная диагностика дискинезий желчевыводящих путей.
79. Медикаментозная и немедикаментозная коррекция дискинезий желчевыводящих путей.
80. Холециститы. Определение. Этиология. Классификация.
81. Основные клинические проявления холециститов.
82. Лабораторно-инструментальная диагностика холециститов.
83. Описторхоз. Этиология. Классификация.
84. Основные клинические проявления ранней, поздней, резидуальной фазы.
85. Современные представления о лечении описторхоза.
86. Этиология и патогенез ХП.
87. Основные клинические синдромы.
88. Марсельско-римская классификация хронических панкреатитов. Особенности течения различных форм заболевания.
89. Диагностика ХП.
90. Дифференциальный диагноз ХП с раком поджелудочной железы, обострением хронического гастрита, опухолями желудка, хроническим холециститом.
91. Лечение панкреатитов.
92. Показания к хирургическому лечению ХП.
93. Профилактика и санаторно-курортное лечение.
94. Клиника НЯК, критерии диагноза. Возможности эндоскопической диагностики.
95. Лечение НЯК и его осложнений.
96. Неотложные состояния: клиника, диагностика и лечение.
97. Опухоли поджелудочной железы. Принципы диагностики и лечения.
98. Гельминтозы. Основные клинические синдромы.
99. Синдром ранней (аллергической) фазы заболевания.
100. Синдром, связанный с миграцией личинок гельминтов.
101. Синдром поздней, хронической (интоксикационной) фазы.
102. Эхинококкоз печени. Клиническая картина, диагноз, лечение, профилактика.
103. Эхинококкоз легких. Клиническая картина, диагноз, лечение, профилактика.
104. Эхинококкоз других органов. Клиническая картина, диагноз, лечение, профилактика.

105. Аскаридоз. Клиническая картина, диагноз, лечение, профилактика.
106. Дифиллоботриоз. Клиническая картина, диагноз, лечение, профилактика.
107. Описторхоз. Клиническая картина, диагноз, лечение, профилактика.
108. Трихинеллез. Клиническая картина, диагноз, лечение, профилактика.
109. Тениоз. Клиническая картина, диагноз, лечение, профилактика.
110. Тениаринхоз. Клиническая картина, диагноз, лечение, профилактика.
111. Фасциолез. Клиническая картина, диагноз, лечение, профилактика.
112. Понятие об острых состояниях в гастроэнтерологии. Классификация.
113. Острый холецистит, основные клинические проявления, неотложная помощь.
114. Обострение хронического панкреатита, принципы диагностики, лечение.
115. Декомпенсированный цирроз печени, синдром портальной гипертензии, принципы диагностики, клиника, неотложная помощь.
116. Осложненная язвенная болезнь желудка, ДПК, клиника, диагностика, неотложная помощь.
117. Желудочно-кишечное кровотечение, признаки, диагностика, неотложная помощь.

**Тестовые задания для проведения текущего контроля знаний ординаторов
по дисциплине «Гастроэнтерология»**

1. Тема: Болезни пищевода.

001. Первое физиологическое сужение пищевода расположено

- а) на границе между шейным и грудным отделом
- б) у нижнего края перстневидного хряща
- в) 20-25 см от резцов
- г) выше уровня яремной вырезки
- д) правильные ответы а) и б)

002. Второе физиологическое сужение пищевода расположено

- а) на уровне дуги аорты
- б) на уровне бифуркации трахеи
- в) VI грудной позвонок
- г) 27 см от резцов
- д) правильные ответы а) и б)

003. Третье физиологическое сужение пищевода расположено

- а) на уровне пересечения с диафрагмой
- б) уровень соединения с желудком
- в) выше диафрагмы
- г) 40-45 см от резцов
- д) 30-35 см от резцов

004. Пищевод фиксирован в пищеводном отверстии диафрагмы

- а) пищеводно-диафрагмальной связкой
- б) углом Гисса
- в) клапаном Губарева
- г) желудочно-печеночной связкой
- д) всем перечисленным

005. К гормонам, повышающим давление в нижнем пищеводном сфинктере, относятся

- а) ССК-Р (холецистокинин)
- б) инсулин
- в) гастрин
- г) глюкагон
- д) секретин

006. Механизм замыкания кардии обусловлен

- а) пищеводно-кардиальным жомом (сфинктер)
- б) автоматизмом кардии
- в) верхней зоной повышенного давления в пищеводе
- г) внутрибрюшным давлением
- д) правильные ответы а) и б)

007. Механизм раскрытия кардии обусловлен

- а) глоточно-кардиальным рефлексом
- б) симпатической нервной системой
- в) блуждающим нервом
- г) перистальтикой пищевода
- д) повышением давления в пищеводе

008. Пищевод выстлан

- а) многослойным плоским неороговевающим эпителием
- б) мерцательным эпителием
- в) цилиндрическим эпителием пищевода
- г) цилиндрическим эпителием желудка
- д) правильный ответ в)

009. Для дисфагии функционального генеза характерны

- а) ощущение колик в горле

- б) дисфагия на жидкую пищу
- в) дисфагия на плотную пищу
- г) постоянная дисфагия
- д) правильные ответы а) и б)

010. Этиологическими факторами дискинезии пищевода являются

- а) нарушение иннервации пищевода
- б) рефлекторное влияние с соседних органов
- в) заболевания центральной нервной системы
- г) инфекционные заболевания (ботулизм, дифтерия)
- д) все перечисленное

011. Гиперкинетическая форма дискинезий пищевода обусловлена

- а) эрозивным эзофагитом
- б) язвой пищевода
- в) расстройством нервного аппарата пищевода
- г) неврозами
- д) всем перечисленным

012. Гипокинетическая форма дискинезий проявляется в виде

- а) гипотонии пищевода
- б) атонии пищевода
- в) халазии кардии
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

013. Атония пищевода наблюдается

- а) при нарушении иннервации пищевода
- б) при патологии ЦНС
- в) при патологии периферической нервной системы
- г) при поражении мышечной оболочки пищевода
- д) при всем перечисленном

014. Основными методами диагностики дискинезий пищевода являются все перечисленные, кроме

- а) анамнеза
- б) рентгенологического метода
- в) эзофагоскопии
- г) эзофаготономографии

015. Для эзофагоспазма характерно

- а) дисфагия непостоянная
- б) боли за грудиной
- в) регургитация
- г) правильные ответы б) и в)
- д) правильные ответы а) и б)

016. При фарингоэзофагеальной ахалазии отмечаются

- а) дисфагия
- б) боль
- в) поперхивание
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и в)

017. При первичных идиопатических гипертензиях пищевода основным методом лечения является

- а) диетотерапия
- б) вяжущие, обволакивающие средства
- в) общеукрепляющие средства
- г) лечение неврозов
- д) физиотерапия

018. Основными методами диагностики халазии кардии являются

- а) рентгенологический метод
- б) эзофагоскопия

- в) суточное мониторирование pH пищевода
- г) фармакологические пробы
- д) правильные ответы а) и в)

019. При халазии кардии следует назначить

- а) щадящую диету
- б) приподнятый головной конец кровати
- в) прокинетики
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы б) и в)

020. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия на жидкую пищу контрастной температуры, плотная пища проходила хорошо. Дисфагия появлялась в дальнейшем при волнениях, усталости. Аппетит сохранен, в весе не теряла. Физикальное исследование патологии не выявило. - Наиболее вероятной причиной дисфагии является

- а) идиопатическая гиперкинезия пищевода
- б) гипокинезия нижнего пищеводного сфинктера
- в) рак пищевода
- г) пептическая язва пищевода
- д) аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

021. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия на жидкую пищу контрастной температуры, плотная пища проходила хорошо. Дисфагия появлялась в дальнейшем при волнениях, усталости. Аппетит сохранен, в весе не теряла. Физикальное исследование патологии не выявило. - Для подтверждения диагноза ей следует назначить

- а) общий анализ крови
- б) рентгеноскопию пищевода и желудка с барием
- в) эзофагогастродуоденоскопию
- г) суточное мониторирование pH в пищеводе
- д) все перечисленное

022. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия на жидкую пищу контрастной температуры, плотная пища проходила хорошо. Дисфагия появлялась в дальнейшем при волнениях, усталости. Аппетит сохранен, в весе не теряла. Физикальное исследование патологии не выявило. - Основными условиями рентгенологического исследования в этом случае являются

- а) исследование пищевода стоя
- б) исследование лежа на левом боку
- в) исследование с густой бариевой взвесью
- г) исследование с жидкой бариевой взвесью
- д) все перечисленное

023. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия на жидкую пищу контрастной температуры, плотная пища проходила хорошо. Дисфагия появлялась в дальнейшем при волнениях, усталости. Аппетит сохранен, в весе не теряла. Физикальное исследование патологии не выявило. - Ей следует рекомендовать

- а) жидкое питание
- б) лечение невроза
- в) вяжущие и обволакивающие средства
- г) физиотерапию
- д) витаминотерапию

024. Образованию приобретенной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы способствуют

- а) атрофия мышечных тканей
- б) слабость сухожильно-связочного аппарата
- в) повышение внутрибрюшного давления
- г) сочетание всех указанных факторов
- д) ни один из них

025. К повышению внутрибрюшного давления приводят

- а) запоры
- б) метеоризм
- в) переедание
- г) беременность

д) все перечисленное

026. Клинические проявления грыжи пищеводного отверстия диафрагмы обусловлены

- а) недостаточностью кардии
- б) рефлюксом желудочного содержимого в пищевод
- в) пептическим эзофагитом
- г) всем перечисленным
- д) правильные ответы а) и б)

027. К патологическим механизмам, обуславливающим характерные симптомы грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, относятся

- а) нарушение проходимости комка пищи
- б) растяжение грыжи
- в) рефлюкс в пищевод
- г) спазм пищевода
- д) ни один из них

028. Жгучие боли у основания мечевидного отростка с иррадиацией в область сердца, возникающие и усиливающиеся через полчаса после еды, при физической нагрузке и наклоне туловища, они 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

- а) аксиальную грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит
- б) рак пищевода
- в) бронхиальную астму
- г) хронический гастрит
- д) ахалазию пищевода

029. В дифференциальной диагностике кардиальной боли от эзофагеальной применяются

- а) эзофагоскопия
- б) кимо-эзофагограмма
- в) ЭКГ
- г) прием антацидов
- д) правильные ответы а) и в)

030. При псевдокоронарном (эзофагеальном) синдроме боль купирует

- а) нитроглицерин
- б) изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное)
- в) транквилизаторы
- г) холинолитики
- д) спазмолитики

031. Анемия чаще возникает при грыже пищеводного отверстия диафрагмы

- а) аксиальной локализации
- б) паразофагеальной локализации
- в) при наличии короткого пищевода
- г) правильные ответы а) и б)
- д) ни при одной из них

032. Бронхопищеводный синдром при грыже пищеводного отверстия диафрагмы обусловлен

- а) регургитацией желудочного содержимого в дыхательные пути
- б) величиной грыжи
- в) типом грыжи
- г) спазмом пищевода
- д) длительностью заболевания

033. Появление дисфагии на плотную пищу при аксиальной грыже пищеводного отверстия диафрагмы может указывать на развитие

- а) рака пищевода
- б) пептической язвы пищевода
- в) эзофагоспазма
- г) правильные ответы а) и в)
- д) ни одно из перечисленных

034. Стриктура дистального отдела пищевода обычно обусловлена
- а) эрозивно-язвенным рефлюкс-эзофагитом
 - б) хронической пневмонией
 - в) язвенной болезнью желудка
 - г) хроническим активным пангастритом
 - д) ущемлением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
035. В диагностике параэзофагеальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы наиболее достоверны
- а) рентгенологический метод
 - б) манометрия
 - в) эзофагоскопия
 - г) гастроскопия
 - д) pH-метрия
036. Основным условием для диагностики грыжи пищеводного отверстия диафрагмы при рентгенологическом исследовании являются
- а) положение стоя
 - б) положение лежа
 - в) рентгенография в условиях фармакологической гипотонии желудка
 - г) все перечисленное
 - д) правильные ответы б) и в)
037. Женщина 51 года страдает 2 года загрудинной болью в виде жжения и отрыжки кислой жидкостью. Нередко просыпается ночью от кашля. Физикальное исследование обнаруживает умеренное ожирение. Рентгенологическое исследование - просвечивание верхних отделов желудочно-кишечного тракта обнаружило небольших размеров грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, желудок и 12-перстная кишка в норме. - Данные симптомы имеют отношение
- а) к грыже пищеводного отверстия диафрагмы
 - б) к третичным сокращениям пищевода
 - в) к эзофагеальному рефлюксу
 - г) к эзофагеальной структуре
 - д) к диффузному спазму пищевода
038. Женщина 51 года страдает 2 года загрудинной болью в виде жжения и отрыжки кислой жидкостью. Нередко просыпается ночью от кашля. Физикальное исследование обнаруживает умеренное ожирение. Рентгенологическое исследование - просвечивание верхних отделов желудочно-кишечного тракта обнаружило небольших размеров грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, желудок и 12-перстная кишка в норме. - В терапевтический режим необходимо включить
- а) приподнятые головной отдел постели
 - б) хирургическую консультацию
 - в) диету N15
 - г) пищеводную дилатацию
 - д) М-холиноблокаторы
039. Женщина 51 года страдает 2 года загрудинной болью в виде жжения и отрыжки кислой жидкостью. Нередко просыпается ночью от кашля. Физикальное исследование обнаруживает умеренное ожирение. Рентгенологическое исследование - просвечивание верхних отделов желудочно-кишечного тракта обнаружило небольших размеров грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, желудок и 12-перстная кишка в норме. - В этом случае показано применение
- а) частого введения антацидов
 - б) H₂-блокаторов гистамина
 - в) холинолитиков
 - г) антацида
 - д) метаклопромида
040. Для снятия болей при грыже пищеводного отверстия диафрагмы наиболее эффективен
- а) атропин
 - б) платифиллин
 - в) но-шпа
 - г) церукал и другие прокинетики
 - д) седуксен

041. При бессимптомном течении грыжи пищеводного отверстия диафрагмы следует назначить
- а) щадящую диету
 - б) антацидные препараты
 - в) частое дробное питание
 - г) исключение подъема тяжестей
 - д) правильные ответы б) и г)
042. Показаниями к оперативному лечению при грыже пищеводного отверстия диафрагмы являются
- а) фиксированная параэзофагеальная грыжа
 - б) пептическая язва пищевода
 - в) стриктура пищевода
 - г) правильные ответы а) и в)
 - д) правильные ответы б) и в)
043. Профилактика осложнений при грыже пищеводного отверстия диафрагмы включает
- а) правильный режим питания
 - б) режим труда
 - в) устранение запора
 - г) сон с приподнятым изголовьем кровати на 15 см
 - д) все перечисленное
044. Острые эзофагиты наблюдаются
- а) при инфекционных заболеваниях
 - б) при травмах
 - в) при ожогах
 - г) при всем перечисленном
 - д) правильные ответы а) и в)
045. Острый эзофагит длится
- а) до 2-3 месяцев
 - б) более 3 месяцев
 - в) более 6 месяцев
 - г) до 1 года
 - д) более 1 года
046. Острый катаральный эзофагит может возникнуть при воздействии всего перечисленного, кроме
- а) травм
 - б) кислот и щелочей
 - в) алкоголя
 - г) холодных напитков
047. Острый эрозивный эзофагит возникает
- а) при химических ожогах
 - б) при острых инфекционных заболеваниях
 - в) при травмах
 - г) при аллергических заболеваниях
 - д) при всем перечисленном
048. Особенности острого геморрагического эзофагита являются
- а) кровотечения
 - б) нагноения
 - в) перфорация
 - г) медиастенит
 - д) стеноз
049. Острый фибринозный псевдомембранозный эзофагит сопровождается
- а) детскими инфекционными болезнями
 - б) грибковыми поражениями
 - в) болезнями крови
 - г) острую лучевую болезнь
 - д) все перечисленное
050. Особенность фибринозного эзофагита заключается в образовании

- а) псевдомембран
- б) эрозий
- в) язв
- г) правильные ответы а) и б)
- д) всего перечисленного

Эталонные ответы к тестам:

001-Д	002-Д	003-А	004-Д	005-В	006-Д	007-А	008-А	009-Д	010-Д
011-Д	012-Г	013-Д	014-В	015-Д	016-Г	017-Г	018-Д	019-Г	020-А
021-Д	022-Д	023-Б	024-Г	025-Д	026-Г	027-В	028-А	029-Д	030-Б
031-Г	032-А	033-Г	034-А	035-А	036-Д	037-В	038-А	039-Д	040-Г
041-Д	042-В	043-Д	044-Г	045-А	046-Г	047-Д	048-А	049-Д	050-Д

2. Тема: Острый и хронический гастрит.

001. Эпителий слизистой оболочки желудка подразделяется

- а) на поверхностно-ямочный
- б) на железистый
- в) на смешанный
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

002. Главные желудочные железы состоят из клеток

- а) главных (железистых)
- б) париетальных (обкладочных)
- в) добавочных (мукоцитов)
- г) эндокринных
- д) всех перечисленных

003. Кровь, оттекающая из желудка, идет

- а) к портальной вене
- б) к нижней полой вене
- в) к селезеночной вене
- г) к венам пищевода

004. Иннервация желудка осуществляется нервами

- а) блуждающим
- б) симпатическим
- в) вагзбаховского нервного сплетения
- г) мейснеровского подслизистого сплетения
- д) всеми перечисленными

005. Главные клетки слизистой желудка вырабатывают

- а) пепсиноген
- б) химозин
- в) гастромукопротеин
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

006. Париетальные клетки секретируют

- а) соляную кислоту
- б) молочную кислоту
- в) гастромукопротеин
- г) муцин

007. Добавочные клетки секретируют

- а) муцин
- б) бикарбонаты
- в) гастрин
- г) секретин
- д) внутренний фактор Касла

008. Эндокринные клетки, входящие в состав эпителиальной выстилки фундальных желез, вырабатывают

- а) серотонин
- б) гистамин
- в) глюкагон
- г) соматостатин
- д) все перечисленное

009. Эндокринные клетки пилорических желез желудка секретируют

- а) секретин
- б) халоны
- в) гастрин
- г) бомбезин
- д) все перечисленное

010. Гастрин (17) секретируется

- а) антральным отделом желудка
- б) фундальным отделом желудка
- в) слизистой 12-перстной кишки
- г) бруннеровыми железами
- д) поджелудочной железой

011. Трофическое действие гастрина (17) реализуется в следующих органах

- а) в желудке
- б) в поджелудочной железе
- в) в тонкой кишке
- г) в толстой кишке
- д) правильные ответы б), в) и г)

012. Гастрин (17) стимулирует секрецию

- а) HCl обкладочными клетками желудка
- б) пепсина главными клетками желудка
- в) бикарбонатов и ферментов поджелудочной железы
- г) желчи
- д) всех перечисленных ингредиентов

013. Основным стимулятором секреции секретина является

- а) соляная кислота
- б) углеводы
- в) жиры
- г) продукты расщепления белков
- д) все перечисленные факторы

014. Действие секретина включает все перечисленное, кроме

- а) повышения продукции гастрина
- б) значительного снижения гастрина в сыворотке
- в) повышения секреции бикарбонатов
- г) торможения кислой секреции

015. Основная масса секретина продуцируется

- а) в желудке
- б) в 12-перстной кишке
- в) в тонкой кишке
- г) в толстой кишке
- д) в поджелудочной железе

016. Выработку гастрина антральным отделом желудка стимулируют все следующие причины, кроме

- а) ацидофикации антрума
- б) ощелачивания антрума
- в) растяжения антрума
- г) стимуляции вагуса

017. Гастрин крови снижается при применении

- а) антигистаминного препарата

- б) антихолинергического средства
- в) пищи
- г) соляной кислоты
- д) ни одного из них

018. Секретция соляной кислоты у человека может стимулироваться всеми перечисленными факторами, кроме

- а) секретина
- б) пентагастрина
- в) растяжения желудка
- г) гистамина
- д) гастрина

019. Нормальной составной частью желудочного сока являются все перечисленные ферменты, кроме

- а) катепсина
- б) пепсина
- в) желатиназы
- г) уреазы

020. Кислотность желудочного сока снижают

- а) соматостатин
- б) секретин
- в) глюкагон
- г) инсулин
- д) правильные ответы а), б) и в)

021. Выделяют следующие типы желудочной секреции

- а) возбудимый
- б) астенический
- в) инертный
- г) тормозной
- д) все перечисленные

022. Экскреторная функция желудка сводится к выделению

- а) аммиака
- б) мочевины
- в) мочевой кислоты
- г) йода
- д) всего перечисленного

023. Роль желудка в кроветворении определяется

- а) активностью внутреннего фактора Касла
- б) витамином В12
- в) соляной кислотой
- г) фолиевой кислотой
- д) правильные ответы а) и в)

024. На моторно-эвакуаторную деятельность гастродуоденальной зоны влияют

- а) блуждающий нерв
- б) симпатический нерв
- в) запирающий пилорический рефлекс
- г) эзофагокардиальный сфинктер
- д) правильные ответы а, б) и в)

025. На работу привратникового жома влияют

- а) кислое содержимое 12-перстной кишки
- б) щелочное содержимое 12-перстной кишки
- в) блуждающий нерв
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

026. Первичная гипертоническая дискинезия желудка может быть следствием

- а) истерии
- б) неврозов

- в) неврастении
- г) психического стресса
- д) всего перечисленного

027. Локальная гипертония желудка (пилороспазм) развивается как правило,
а) при язвенной болезни с локализацией язвы в пилорическом канале желудка
б) при локализации язвы в антральном отделе
в) при локализации язвы в 12-перстной кишке
г) правильные ответы а) и б)
д) все перечисленное

028. При пилороспазме функционального генеза особенностью рвоты является
а) отсутствие связи с приемом пищи
б) связи с приемом острой пищи
в) не приносит облегчения
г) возникает в любое время дня
д) все перечисленное

029. Желудочная тахикардия может быть следствием
а) недостаточности паращитовидных желез
б) гиперкальциемии
в) гипокалиемии
г) правильные ответы а) и б)
д) все перечисленное

030. Рентгенологическими признаками гипертонической дискинезии желудка являются
а) небольшие размеры желудка
б) изменение его формы (рога)
в) длительная задержка бария в желудке
г) мощные перистальтические сокращения желудка
д) все перечисленное

031. Лечение гипертонической дискинезии желудка включает
а) дробное питание
б) лечение основного заболевания
в) транквилизаторы
г) холинолитики
д) все перечисленное

032. Пневматоз желудка может быть следствием
а) истерии
б) неврозов
в) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
г) рака желудка
д) всего перечисленного

033. Клиническим проявлением пневматоза желудка является
а) аэрофагия
б) боль
в) дисфагия
г) регургитация
д) рвота

034. Для дифференциальной диагностики пневматоза функционального генеза от органического применяется
а) эзофагогастроскопия
б) клинический анализ крови
в) исследование желудочной секреции
г) рентгенологическое исследование
д) все перечисленное

035. Лечение пневматоза желудка функционального генеза включает
а) общеукрепляющую терапию
б) лечебную физкультуру

- в) частое дробное питание
- г) запрещение газированных напитков
- д) все перечисленное

036. При аутоиммунном гастрите ахилия желудка может быть вызвана

- а) депрессией
- б) нервным переутомлением
- в) интоксикацией
- г) инфекционными болезнями
- д) ничем перечисленным

037. Ахилия при аутоиммунном пангастрите обусловлена

- а) активным пангастритом
- б) отсутствием органических изменений в железистом аппарате желудка
- в) диффузной атрофией желудочных желез
- г) гипергастринемией
- д) кишечной метаплазией

038. При желудочной ахилии отмечается

- а) снижение аппетита
- б) плохая переносимость молока
- в) диспепсические явления
- г) похудание
- д) все перечисленное

039. Гипотоническая дискинезия желудка возникает вследствие

- а) астенического синдрома
- б) заболеваний позвоночника
- в) операций на брюшной полости
- г) инфекционных заболеваний (брюшной тиф и др.)
- д) все перечисленное

040. Для клинической картины гипотонической дискинезии желудка характерны

- а) тяжесть или давление в эпигастрии
- б) переполнение, распирание в эпигастрии
- в) гастроптоз
- г) висцероптоз
- д) все перечисленное

041. Приобретенный гастроптоз возможен

- а) при похудании
- б) при операциях на брюшной полости
- в) при удалении асцита
- г) при гипотонии желудка
- д) при всем перечисленном

042. При гастроптозе отмечаются

- а) тяжесть, распирание в подложечной области
- б) тупые боли, облегчающиеся в горизонтальном положении больного
- в) схваткообразные боли
- г) снижение аппетита
- д) правильные ответы а), б) и г)

043. Рентгенологически гастроптоз проявляется следующими признаками

- а) вытянутый желудок
- б) антропилорический отдел опущен
- в) вялая перистальтика
- г) эвакуация замедлена
- д) все перечисленное

044. Лечение гастроптоза включает

- а) лечебную физкультуру
- б) постельный режим

- в) дробное питание
- г) ношение бандажа
- д) все перечисленное

045. Общие принципы лечения функциональных расстройств желудка включают

- а) дробное питание
- б) психотерапевтическое лечение
- в) физиотерапевтическое лечение
- г) прокинетики
- д) все перечисленное

046. Острые гастриты подразделяются

- а) на катаральные
- б) на коррозивные
- в) на фибриновые
- г) на флегмонозные
- д) на все перечисленные

047. Острый катаральный гастрит возникает вследствие воздействия

- а) острой обильной пищи
- б) алкоголя
- в) медикаментов
- г) пищевой аллергии
- д) всего перечисленного

048. Для клинической картины острого катарального гастрита характерны

- а) боли
- б) тошнота
- в) рвота пищей
- г) субфебрильная температура
- д) все перечисленное

049. Коррозивный гастрит возникает вследствие попадания в желудок

- а) кислот
- б) едких щелочей
- в) солей тяжелых металлов
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

050. Клинические симптомы острого коррозивного гастрита включают

- а) боль в глотке, за грудиной
- б) боли в эпигастрии
- в) рвоту с кровью
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

051. Для диагноза острого гастрита имеет значение

- а) анамнез
- б) клинический анализ крови
- в) эзофагогастроскопия
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и в)

052. Дифференциальный диагноз острого гастрита следует проводить

- а) с инфарктом миокарда
- б) с острым холециститом
- в) с острым панкреатитом
- г) с тромбозом мезентериальных сосудов
- д) со всем перечисленным

053. Лечебные мероприятия при остром гастрите включают

- а) промывание желудка
- б) адсорбирующие средства

- в) обволакивающие средства
- г) спазмолитики
- д) все перечисленное

054. К экзогенным этиологическим факторам хронического гастрита относят

- а) микробные
- б) химические (желчь и др.)
- в) алкоголь
- г) медикаменты
- д) все перечисленное

055. К микробным этиологическим факторам хронического гастрита относят

- а) *Helicobacter pylori*
- б) *Gastrospillum hominis*
- в) цитомегаловирус
- г) вирус герпеса
- д) все перечисленные

056. Основу хеликобактерного хронического гастрита составляет

- а) воспаление с инфильтрацией собственной пластинки слизистой оболочки желудка нейтрофилами, лимфоцитами и плазмócитами
- б) очаговая атрофия эпителия и желез
- в) метаплазия
- г) колонизация слизистой оболочки микробами
- д) все перечисленное

057. К особым формам гастритов относят

- а) гранулематозные
- б) эозинофильные
- в) лимфоцитарные
- г) реактивные
- д) все перечисленные

058. Для хронического аутоиммунного гастрита (типа "А") характерны

- а) локализация в фундальном отделе желудка
- б) атрофия желудочных желез
- в) антитела к париетальным клеткам
- г) гипергастринемия
- д) все перечисленное

059. Для хронического активного гастрита, ассоциированного с пилорическим хеликобактером характерны

- а) более выраженные изменения в антральном отделе желудка
- б) сохраненная кислотообразующая функция желудка
- в) отсутствие антител к внутреннему фактору Касла
- г) дуодено-гастральный рефлюкс
- д) правильные ответы а) , б) и в)

060. Наиболее характерными диагностическими критериями хронического активного антрального гастрита являются

- а) язвенноподобная диспепсия
- б) резистентность передней брюшной стенки в проекции антрума
- в) отек, эритема, экссудация, геморрагии, эрозии слизистой антрума
- г) положительный уреазный тест
- д) все перечисленное

061. Ахлоргидрия отмечается

- а) при пернициозной анемии взрослых
- б) при болезни Менетрие
- в) при лимфоцитарном гастрите
- г) при эозинофильном гастрите
- д) при гранулематозном гастрите

062. Хронический активный гастрит с приподнятыми эрозиями этиологически может быть связан

- а) с грубой пищей
- б) с этанолом
- в) с резерпином
- г) с салицилатами
- д) с преднизолоном
- е) ни с чем из перечисленного

063. Гранулематозный гастрит является проявлением

- а) саркоидоза
- б) болезни Крона
- в) микозов
- г) туберкулеза
- д) всего перечисленного

064. Лимфоцитарный гастрит характеризуется

- а) инфильтрацией собственной пластинки слизистой оболочки желудка лимфоцитами
- б) эозинофильной инфильтрацией слизистой оболочки
- в) патогенетической связью с аллергическими заболеваниями (экзема, бронхиальная астма и др.)
- г) закономерным снижением кислотообразования
- д) тяжелой дисплазией эпителия

065. Болезнь Менетрие характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме

- а) гигантской гипертрофии желудочных складок
- б) потери белка из желудка
- в) анемии
- г) лихорадки
- д) потери массы тела

066. Полипы желудка чаще всего локализуются

- а) вдоль малой кривизны
- б) вдоль большой кривизны
- в) в пилорическом канале
- г) в теле желудка
- д) в антральном отделе желудка

067. Основными проявлениями геморрагического гастрита являются

- а) острые кровотечения
- б) микрокровотечения
- в) постгеморрагическая анемия
- г) правильные ответы а) и в)
- д) все перечисленное

068. Для эозинофильного аллергического гастрита характерны

- а) эозинофильные гранулемы слизистой оболочки
- б) диффузная эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки
- в) эозинофилия крови
- г) правильные ответы а) и в)
- д) все перечисленное

069. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, относят

- а) анализ желудочного сока
- б) рентгеноскопию
- в) гастроскопию
- г) гистологическое исследование прицельных биоптатов слизистой оболочки желудка
- д) pH-метрию

070. К предраковым заболеваниям и изменениям слизистой оболочки желудка относят все перечисленное, кроме

- а) хронического хеликобактерного пангастрита с секреторной недостаточностью
- б) полипов желудка на широком основании
- в) кишечной метаплазии
- г) тяжелой дисплазии

д) гранулематозного гастрита

Эталоны ответов к тестам

001-Г	002-Д	003-А	004-Д	005-Г	006-А	007-А
008-Д	009-Д	010-А	011-А	012-А	013-А	014-А
015-Б	016-А	017-Г	018-А	019-Г	020-Д	021-Д
022-Д	023-Д	024-Д	025-Д	026-Д	027-Д	028-Д
029-Г	030-Д	031-Д	032-Д	033-А	034-Д	035-Д
036-Д	037-В	038-Д	039-Д	040-Д	041-Д	042-Д
043-Д	044-Д	045-Д	046-Д	047-Д	048-Д	049-Д
050-Д	051-Д	052-Д	053-Д	054-Д	055-Д	056-Д
057-Д	058-Д	059-Д	060-Д	061-А	062-Б	063-Д
064-А	065-Г	066-Д	067-Д	068-Д	069-Г	070-Д

3. Тема: Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Осложнения язвенной болезни.

001. К этиологическим факторам язвенной болезни относят

- а) алкоголь
- б) никотин
- в) нарушения питания
- г) стресс
- д) соляную кислоту

002. Язвенная болезнь чаще возникает в связи

- а) с генетической предрасположенностью
- б) с инфицированностью слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки пилорическим хеликобактером
- в) предшествующим активным гастритом
- г) с приемом нестероидных противовоспалительных средств
- д) правильные ответы а) , б) и в)

003. Обострению язвенной болезни способствуют

- а) длительный язвенный анамнез
- б) гипергастринемия
- в) высокая кислотная продукция
- г) хронический активный гастродуоденит, ассоциированный с пилорическим хеликобактером
- д) все перечисленное

004. Наиболее часто язвы в желудке локализуются

- а) в кардиальном или субкардиальном отделах
- б) на малой кривизне
- в) на большой кривизне
- г) в антральном отделе
- д) правильные ответы б) и г)

005. Из местных механизмов ульцерогенеза основная роль отводится

- а) моторно-эвакуаторным нарушениям
- б) кислотно-пептическому фактору
- в) состоянию защитного слизисто-бикарбонатного барьера
- г) обратной диффузии ионов водорода
- д) всему перечисленному

006. К особенностям патогенеза язвенной болезни с локализацией язвы в луковице 12-перстной кишки относятся

- а) желудочная метаплазия в дуоденуме
- б) адгезия НР на метаплазированном желудочном эпителии
- в) "кислые" стазы в 12-перстной кишке
- г) хронический активный дуоденит
- д) все перечисленное

007. К особенностям патогенеза язвенной болезни с локализацией язвы в антральном отделе желудка относят

- а) преобладание агрессивных факторов над факторами защиты

- б) антральный стаз
- в) хронический активный, антральный гастрит, ассоциированный с Нр
- г) высокая кислотообразующая функция желудка
- д) все перечисленное

008. Инфекция кампилобактер пилори способствует развитию

- а) язвы пилороантрального отдела
- б) язвы луковицы 12-перстной кишки
- в) язвы кардального отдела
- г) правильные ответы а) и б)
- д) всего перечисленного

009. Боли при язвенной болезни с локализацией язвы в кардальном отделе чаще иррадируют

- а) в область сердца
- б) вдоль грудины
- в) в правое подреберье
- г) в левое подреберье
- д) правильные ответы а) и б)

010. Боли при язвенной болезни с локализацией язвы в антральном отделе желудка чаще иррадируют

- а) в область сердца
- б) в спину
- в) в правое подреберье
- г) в левое подреберье
- д) правильные ответы б) и в)

011. Механизм болей при язвенной болезни с локализацией язвы в луковице 12-перстной кишки зависит

- а) от кислотно-пептического фактора
- б) от спазмов в пилородуоденальной зоне
- в) от повышения давления в желудке и 12-перстной кишке
- г) от глубины язвы
- д) от всего перечисленного

012. Запоры при язвенной болезни возникают вследствие

- а) щадящей диеты
- б) постельного режима
- в) повышения тонуса блуждающего нерва
- г) приема алюминий-содержащих антацидных препаратов
- д) все перечисленное

013. Для язвенной болезни редко рецидивирующего течения обострения возникают

- а) 1-2 раза в 2-3 года
- б) 2 раза в год
- в) 3 раза в год
- г) 1 раз в 5 лет

014. Для язвенной болезни непрерывно рецидивирующего течения обострения возникают

- а) 3 раза и более в год
- б) 1 раз в год
- в) 2 раза в год
- г) нет периодов ремиссии
- д) правильные ответы а) и г)

015. При обострении неосложненной язвенной болезни с рецидивом язвы в антральном отделе желудка характерны

- а) "голодные" боли в эпигастрии
- б) ночные боли
- в) терапевтический эффект от приема антацидов
- г) хронический активный антральный гастрит, ассоциированный с Нр
- д) все перечисленное

016. Язвенная болезнь с локализацией рецидивирующей язвы в луковице 12-перстной кишки чаще протекает при наличии

- а) высокой кислотной продукции
- б) хронического активного дуоденита, ассоциированного с Нр
- в) хронического антрального гастрита, ассоциированного с Нр
- г) правильные ответы а) и в)
- д) все перечисленное

017. Для постбульбарной язвы характерны

- а) боли через 3-4 часа после еды
- б) боли с иррадиацией в левое и/или правое подреберье
- г) "пульсирующие" боли
- г) кровотечения
- д) все перечисленное

018. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является

- а) рвота желчью
- б) урчание в животе
- в) резонанс под пространством Траубе
- г) шум плеска через 3-4 часа после приема пищи
- д) видимая перистальтика

019. У взрослых самой частой причиной стеноза привратника является

- а) рак желудка
- б) язвенная болезнь
- в) гипертрофия мышц привратника
- г) пролапс слизистой желудка в 12-перстную кишку
- д) доброкачественный полип желудка

020. Подтвердить пенетрацию язвы могут все перечисленные симптомы, кроме

- а) появления ночных болей
- б) уменьшения ответной реакции на антациды
- в) появления иррадирующих болей в спине
- г) усиления болей
- д) изменения характерного ритма язвенных болей

021. При пенетрации язвы в поджелудочную железу повышается

- а) амилаза
- б) липаза
- в) глюкоза
- г) щелочная фосфатаза
- д) ни одно из перечисленных

022. Наиболее часто перерождаются в рак

- а) язвы 12-перстной кишки
- б) язвы малой кривизны желудка
- в) язвы субкардии
- г) язвы большой кривизны желудка
- д) правильные ответы б) и г)

023. При органическом стенозе привратника характерными для рвотных масс признаками являются все перечисленные, кроме

- а) обильных с остатком пищи
- б) обильных с наличием HCl
- в) обильных без примеси
- г) обильных с неприятным запахом
- д) обильных с примесью желчи

024. Злокачественную язву желудка можно заподозрить

- а) при сниженных показателях кислотности
- б) при гистаминрефракторной ахлоргидрии
- в) при повышенных показателях кислотности
- г) при длительно (до 3 мес) нерубцующейся язве
- д) правильные ответы а) , б) и г)

025. Больной 62 лет с коротким язвенным анамнезом и длительно нерубцующейся язвой желудка обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастриальной области, похудание. В данном случае можно думать

- а) о стенозе выходного отдела желудка
- б) о злокачественной язве
- в) о пенетрации язвы
- г) о микрокровоотечениях из язвы
- д) о перфорации язвы

026. 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

- а) органический стеноз пилорoduodenальной зоны
- б) функциональный стеноз
- в) рак желудка
- г) пенетрация язвы
- д) перфорация язвы

027. Причиной изменения формы желудка в виде песочных часов является

- а) сифилис
- б) лимфома
- в) язва желудка
- г) рак желудка
- д) язва 12-перстной кишки

028. Основными причинами симптоматических язв от язвенной болезни являются

- а) локализация язвы
- б) величина язвы
- в) отсутствие рецидивирующего течения
- г) кровотечение
- д) часто пенетрируют

029. При диетотерапии язвенной болезни включение белковых пищевых продуктов при дробном питании приведет

- а) к снижению агрессивности желудочного содержимого
- б) к повышению агрессивности желудочного содержимого
- в) агрессивность не изменится
- г) к повышению слизисто-бикарбонатного барьера
- д) ни к чему из перечисленного

030. Молочные продукты при лечении язвенной болезни приводят к понижению содержания соляной кислоты в желудочном содержимом за счет

- а) разведения
- б) антацидных свойств белка
- в) влияния на выделение соляной кислоты
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

031. К снижающим продукцию HCl относят следующие препараты

- а) фамотидин
- б) солкосерил
- в) сайтотек
- г) вентер
- д) правильные ответы а) и в)

032. Из противоязвенных средств в лечении пилорoduodenальных язв могут использоваться

- а) гастропептин
- б) ранитидин
- в) циметидин
- г) омепразол
- д) все перечисленное

033. Противопоказаниями к применению неселективных антихолинэргических средств в терапии язвенной болезни являются
- а) запоры
 - б) гастростаз
 - в) глаукома
 - г) аденома предстательной железы
 - д) все перечисленное
034. Терапия гелем алюминия нередко вызывает
- а) гиперкальциемию
 - б) гипокальциемию
 - в) гиперфосфатемию
 - г) гипофосфатемию
 - д) ни один из них
035. Цитопротективными действиями в отношении слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки обладают
- а) де-нол
 - б) сукральфат
 - в) солкосерил
 - г) витамины группы В
 - д) правильные ответы а) и б)
036. Из немедикаментозных методов лечения язвенной болезни используют все следующие, кроме
- а) рефлексотерапии
 - б) магнитотерапии
 - в) гипербарической оксигенации
 - г) радоновых ванн
 - д) лазеротерапии
037. Показаниями к плановому оперативному лечению язвенной болезни являются
- а) длительно (до 3 мес) нерубцующаяся язва
 - б) пенетрирующая язва
 - в) часто кровоточащая язва желудка
 - г) хронические каллезные язвы с дисплазией эпителия в периаульцерозной зоне
 - д) правильные ответы б), в) и г)
038. Самым надежным основанием для прогнозирования дальнейшего течения язвенной болезни является
- а) наследственный характер язвенной болезни
 - б) локализация язвы
 - в) размеры язвы
 - г) адекватная медикаментозная терапия
 - д) группа крови больного
039. На частоту рецидивирования язвенной болезни влияют все перечисленные факторы, кроме
- а) величины МАО (максимальной кислотной продукции)
 - б) курения
 - в) принадлежности к полу
 - г) наличия сопутствующего активного гастродуоденита
 - д) сопутствующего хронического панкреатита
040. Относительными показаниями к хирургическому лечению язвенной болезни с пилорoduodenальной локализацией язвы являются
- а) кровоточащая язва, проявившаяся кровавой рвотой, меленой и острой не прогрессирующей постгеморрагической анемией
 - б) обострение язвенной болезни, характеризовавшееся рвотой кислым содержимым, выраженным отеком выходного отдела желудка, затруднившим осмотр эндоскопом 12- перстной кишки, при сохранности аппетита и массы тела
 - в) непрерывное рецидивирование язвы пилорического канала и луковицы 12-перстной кишки на фоне поддерживающей терапии циметидином (400 мг/сут)
 - г) сочетание язвенной болезни с хроническим калькулезным холециститом
 - д) сочетание язвенной болезни с хроническим панкреатитом

041. После 4-недельного адекватного лечения симптомы язвенной болезни не купировались. В этом случае необходимо

- а) провести рентгеновское исследование
- б) продолжить прежнее лечение с внесением в него коррекции
- в) поставить вопрос о хирургическом лечении
- г) направить больного в санаторий
- д) тщательно дообследовать, включая эндоскопию и прицельную биопсию

042. После проведенного адекватного курса противоязвенной терапии дуоденальная язва зарубцевалась, активность воспаления купирована, Нр(-). Дальнейшая тактика ведения больного включает

- а) продолжение поддерживающего курса терапии в течение 2 месяцев с последующей терапией "по требованию"
- б) продолжение поддерживающего курса терапии в течение года
- в) повторение лечения осенью и весной
- г) прекращение лечения
- д) рекомендовать санаторно-курортное лечение

043. Язва желудка на фоне 4 недель лечения не зарубцевалась, сохраняются боли постоянного характера в эпигастрии, сниженный аппетит, продолжается потеря массы тела. Дальнейшая тактика ведения больного включает

- а) продолжение прежнего лечения
- б) внесение коррекции в лечение
- в) проведение эндоскопии с прицельной биопсией и гистологическим исследованием
- г) рентгенологическое исследование с барием
- д) правильные ответы в) и г)

044. К симптоматическим гастродуоденальным язвам относятся

- а) стрессовые
- б) эндокринные
- в) медикаментозные
- г) язвы при обширных ожогах и травмах мозга
- д) все перечисленные

045. К язвам Керлинга относятся язвы

- а) при ожоговой болезни
- б) при травме
- в) при инфаркте миокарда
- г) при сепсисе
- д) ни одна из перечисленных

046. К язвам Кушинга относят язвы

- а) при нарушениях мозгового кровообращения
- б) при травмах головного мозга
- в) при инфаркте
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

047. К ведущим механизмам образования "стрессовых" язв относят

- а) увеличение кислотообразования
- б) нарушение микроциркуляции слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки
- в) падение сопротивляемости гастродуоденальной слизистой оболочки
- г) усиление функции коры надпочечников
- д) правильные ответы б) и в)

048. Ведущим фактором в развитии "гепатогенных" язв является

- а) портальная гипертензия
- б) накопление гастрина
- в) интоксикация
- г) правильные ответы а) и в)
- д) все перечисленное

049. Медикаментозные язвы вызываются следующими лекарственными препаратами

- а) кортикостероидами

- б) ацетилсалициловой кислотой
- в) индометацином
- г) резерпином
- д) всеми перечисленными

050. Механизм преднизолоновых язв включает

- а) усиление кислотообразования
- б) угнетение слизиобразования
- в) уменьшение резистентности слизистой оболочки
- г) расстройство микроциркуляции слизистой оболочки
- д) правильные ответы а) и б)

051. При лекарственных язвах отмечаются

- а) изжога
- б) боли в эпигастрии, связанные с приемом препарата
- в) связь с приемом пищи
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

052. Лекарственные язвы чаще осложняются

- а) кровотечением
- б) перфорацией
- в) стенозом
- г) малигнизацией
- д) пенетрацией

053. Лечение стероидных язв включает

- а) щадящую диету
- б) жидкие антациды
- в) отмену преднизолона
- г) цитопротекторы
- д) все перечисленное

054. Для симптоматических язв на фоне атеросклероза и сердечно-сосудистой недостаточности кровообращения характерны все перечисленные симптомы, кроме

- а) диспепсических
- б) выраженного болевого синдрома
- в) отсутствия сезонности обострения
- г) отсутствия периодичности болей
- д) кровотечения

055. Постгастрорезекционные расстройства включают

- а) функциональные изменения
- б) органические изменения
- в) сочетанные изменения
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

056. К функциональным постгастрорезекционным расстройствам относят

- а) демпинг-синдром
- б) гипогликемический синдром
- в) постгастрорезекционная дистрофия
- г) функциональный синдром приводящей петли
- д) все перечисленное

057. К органическим постгастрорезекционным расстройствам относятся

- а) синдром приводящей петли
- б) деформация и сужение анастомоза
- в) реактивный гастрит, ассоциированный с желчью
- г) рецидивирующая язва культи желудка или анастомоза
- д) все перечисленное

058. Демпинг-синдром возникает после

- а) ваготомии и пилоропластики
- б) резекции желудка по Бильрот II
- в) резекции желудка по Бильрот I
- г) селективной проксимальной ваготомии с антрумэктомией
- д) все перечисленное

059. Патогенез демпинг-синдрома обусловлен

- а) ускоренной эвакуацией пищи из желудка в тонкую кишку
- б) повышением осмотического давления в тонкой кишке
- в) раздражением рецепторов слизистой оболочки тонкой кишки
- г) активацией симпатико-адреналовой системы
- д) всем перечисленным

060. При демпинг-синдроме после приема пищи возникают характерны

- а) слабость, вялость, повышенная потливость
- б) головные боли
- в) брадикардия
- г) повышение артериального давления
- д) правильные ответы а) , б) и г)

061. Для раннего демпинг-синдрома, возникающего вскоре после приема пищи, характерны

- а) сонливость и слабость
- б) тошнота, вздутие живота, понос, схваткообразные боли, урчание
- в) тахикардия
- г) повышение артериального давления
- д) правильные ответы а) , б) и г)

062. Демпинг-синдром чаще развивается после приема всего перечисленного, кроме

- а) молочных блюд
- б) жидких каш
- в) сладких блюд
- г) мясных блюд

063. Основными методами диагностики демпинг-синдрома являются

- а) рентгеноскопия
- б) гастроскопия
- в) определение сахара и серотонина в крови
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы а) и в)

064. В лечение демпинг-синдрома входят

- а) перитол или гастропепсин и полиферментные препараты
- б) диета с высоким содержанием углеводов
- в) диета с большим количеством жидкости
- г) диета с большим содержанием жиров
- д) антациды

065. В момент развития демпинг-синдрома необходимо применить все перечисленные меры, кроме

- а) уложить больного
- б) новокаина, анестезина
- в) холинолитиков
- г) глюкокортикоидов
- д) гастропепина

066. При позднем демпинг-синдроме можно назначить все перечисленные препараты, кроме

- а) симпатолитических средств
- б) холинолитических средств
- в) адреналина
- г) транквилизаторов
- д) местноанестезирующих средств

067. При раннем демпинг-синдроме целесообразно назначать

- а) гастропепсин

- б) супрастин
- в) перитол
- г) доперамид (имодиум)
- д) правильные ответы а) , в) и г)

068. Показаниями к оперативному лечению у больных с демпинг-синдромом является

- а) тяжелая клиническая картина (демпинг-синдром III ст.)
- б) наличие синдрома приводящей петли
- в) ахилия
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

069. Для гипогликемического синдрома характерно

- а) сонливость через 2-3 часа после еды
- б) чувство голода
- в) сердцебиение, головокружение
- г) схваткообразные боли в эпигастрии
- д) правильные ответы б) , в) и г)

070. Постгастрорезекционная дистрофия возникает вследствие

- а) несостоятельности компенсаторно-приспособительных механизмов
- б) нарушения переваривания
- в) нарушения всасывания
- г) правильные ответы б) и в)
- д) всего перечисленного

071. Расстройство всасывания при постгастрорезекционной дистрофии обусловлено всеми перечисленными факторами, кроме

- а) воспалительно-дистрофических изменений слизистой оболочки кишки
- б) недостаточной секреторной функции культи желудка
- в) изменения микрофлоры кишки
- г) ослабления секреции панкреатического сока
- д) демпинг-синдрома

072. Лечение постгастрорезекционной дистрофии включает все перечисленное, кроме

- а) диетотерапии
- б) заместительной терапии (ферментов)
- в) парентерального питания
- г) витаминотерапии
- д) антисеротониновых препаратов

073. Синдром приводящей петли развивается после операции

- а) резекции желудка по Бильрот I
- б) резекции желудка по Бильрот II
- в) селективной проксимальной ваготомии
- г) СПВ и пилоропластики
- д) стволовой ваготомии

074. К признакам синдрома приводящей петли относятся

- а) изжога
- б) дисфагия
- в) рвота желчью
- г) схваткообразные боли в эпигастрии, снимающиеся рвотой
- д) правильные ответы в) и г)

075. Симптоматика пептической язвы анастомоза отличается от симптоматики при язвенной болезни

- а) интенсивностью болевого синдрома
- б) длительностью периода обострения
- в) резистентностью к лекарственной терапии
- г) правильные ответы а) и б)
- д) всем перечисленным

076. Лечение больных с пептической язвой анастомоза включает все перечисленное, кроме

- а) щадящей диеты
- б) альмагеля
- в) гастропепина
- г) желудочного сока
- д) цитопротекторов

077. При селективной проксимальной ваготомии происходит нарушение иннервации

- а) кардиального отдела желудка
- б) тела желудка
- в) антрального отдела желудка
- г) тела и антрального отдела желудка
- д) правильные ответы а) и б)

078. Эффективность ваготомии лучше всего определить

- а) рентгенологически
- б) инсулиновым тестом (тест Холледера)
- в) уровнем базальной секреции
- г) уровнем максимальной секреции
- д) изучением ночной секреции

079. К постваготомическим расстройствам, проявляющимся в виде функциональных нарушений, относят

- а) пищеводную дисфункцию
- б) гастростаз
- в) диарею
- г) нарушения моторики тонкой и толстой кишки
- д) все перечисленные

080. Органические постваготомические заболевания включают

- а) рецидивы язвы
- б) хронический активный хеликобактерный гастрит
- в) рефлюкс-эзофагит
- г) рак желудка
- д) правильные ответы а), б) и в)

081. Женщина 57 лет поступила в госпиталь по поводу массивного кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Год назад перенесла операцию ушивания перфоративной дуоденальной язвы. Кровотечение не удалось остановить и была предпринята срочная операция - гастрозэктомия по Бильрот-II с ваготомией. Через 6 недель развилась рецидивирующая водная диарея. Физикальное исследование выявило только болезненность в эпигастрии. Кальций и калий в норме. Укажите более вероятные причины диареи

- а) удаление антрума
- б) ваготомия
- в) маласорбция
- г) гиперпаратиреоз
- д) острый энтерит

082. Реконструктивные операции применяются при следующих формах постгастрорезекционных расстройствах

- а) демпинг-синдроме III ст.
- б) синдроме приводящей петли
- в) пептических язвах анастомоза, не поддающихся консервативной терапии
- г) правильные ответы а) и б)
- д) всем перечисленным

083. Причины развития хронических дуоденитов

- а) нарушение режима питания
- б) алкоголь
- в) желудочная метаплазия и Нр
- г) микробная контаминация
- д) правильные ответы в) и г)

084. По характеру морфологических изменений дуодениты могут быть

- а) поверхностными
- б) интерстициальными
- в) атрофическими

- г) диффузными
- д) правильные ответы а) , б) и в)

085. Для клинической картины хронического дуоденита наиболее характерны

- а) боли в эпигастральной области, возникающие через 2-3 часа после еды
- б) диспепсические расстройства
- в) астено-вегетативные нарушения
- г) иррадиация боли в правое и/или левое подреберье
- д) правильные ответы а) , в) и г)

086. Возникновение дивертикулов 12-перстной кишки связано

- а) со слабостью мышечного слоя
- б) с повышением давления в 12-перстной кишке
- в) с воспалением в окружающих тканях
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

087. Клиническая картина дивертикула 12-перстной кишки обусловлена развитием главным образом

- а) дивертикулита
- б) язвы в дивертикуле
- в) давлением дивертикула на окружающие органы
- г) перидивертикулита
- д) правильные ответы а) , в) и г)

088. Основным методом диагностики дивертикулов 12-перстной кишки являются

- а) ультразвуковое исследование
- б) рентгеноскопия в условиях гипотонии кишки
- в) гастродуоденоскопия
- г) правильные ответы а) и в)
- д) правильные ответы б) и в)

089. Механизм развития хронического функционального дуоденостаза связан

- а) с изменениями в интрамуральном нервном сплетении 12-перстной кишки
- б) с изменениями в соседних органах
- в) с органическими изменениями в 12-перстной кишке
- г) правильные ответы а) и б)
- д) со всем перечисленным

090. Для клиники дуоденостаза характерны

- а) постоянные боли в пилорoduodenальной зоне
- б) иррадиация боли в правое и левое подреберье
- в) тошнота
- г) рвота
- д) правильные ответы а) , в) и г)

091. Основными методами диагностики дуоденостаза являются

- а) рентгеноскопия
- б) гастроскопия
- в) баллонный метод исследования моторики
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы а) и в)

092. Туберкулезное поражение желудка проявляется в виде

- а) язв
- б) гранулематозного гастрита
- в) инфильтративно-склеротической формы
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

093. Диагноз туберкулезного поражения желудка подтверждается

- а) гастроскопией
- б) биопсией
- в) положительными туберкулиновыми пробами

- г) правильные ответы б) и в)
- д) всем перечисленным

094. Сифилитическое поражение желудка проявляется в виде

- а) язв
- б) опухолевых инфильтраций стенки желудка
- в) гуммы
- г) правильные ответы а) и в)
- д) всего перечисленного

095. Развитию актиномикоза желудка способствует

- а) ахлоргидрия
- б) мезогастральная язва
- в) стеноз привратника
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

096. Для поражения желудка и 12-перстной кишки при болезни Крона характерно

- а) поражение тощей кишки
- б) гранулематозный воспалительный процесс с некрозом
- в) изъязвления
- г) свищи
- д) все перечисленное

097. Из перечисленных факторов не относится к ведущим в возникновении язвенной болезни 12-перстной кишки

- а) гиперсекреция соляной кислоты
- б) дуоденит
- в) заболевания желчевыводящих путей
- г) хеликобактерная инфекция
- д) курение

098. К снижающим продукцию HCl препаратам относят все перечисленное, кроме

- а) циметидина
- б) гастроцепина
- в) зантака
- г) сукральфата
- д) сайтотека (цитотека)

099. Мужчина 50 лет 3 года страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки с частыми обострениями с рецидивом язвы. На терапию зантаком (ранитидином) отвечал положительно. Очередное обострение началось с болей и осложнилось кровотечением. Переливалась кровь. За 4 недели терапии зантаком язва зарубцевалась, но остался эрозивный гастродуоденит. Какова дальнейшая лечебная тактика

- а) прерывистая курсовая терапия гастроцепином
- б) поддерживающая терапия зантаком в течение длительного времени
- в) хирургическое лечение
- г) терапия сукральфатом
- д) курсовая терапия омепразолом
- е) определить Нр и при положительном результате применить тройную антибактериальную терапию (де-нол + оксациллин + трихопол) и далее терапию "по требованию"

100. Типичны для действия М-холиноблокаторов

- а) снижение секреции бронхиальных и пищеварительных желез
- б) повышенная секреция бронхиальных и пищеварительных желез
- в) повышение тонуса гладких мышц внутренних органов
- г) снижение тонуса гладких мышц внутренних органов
- д) тахикардия
- е) брадикардия
- ж) правильные ответы а) , г) и д)

Эталоны ответов к тестам:

001-Д	002-Д	003-Д	004-Д	005-Д	006-Д	007-Д	008-Г	009-Д	010-Д
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

011-Д	012-Д	013-Г	014-Д	015-Д	016-Д	017-Д	018-Г	019-Б	020-А
021-А	022-Д	023-Д	024-Д	025-Б	026-А	027-Г	028-В	029-А	030-Б
031-Д	032-Д	033-Д	034-Г	035-В	036-Г	037-Д	038-Г	039-В	040-В
041-Д	042-А	043-Д	044-Д	045-А	046-Г	047-Д	048-Б	049-Д	050-Д
051-Д	052-А	053-Д	054-Б	055-Д	056-Д	057-Д	058-Д	059-Д	060-Д
061-Д	062-Г	063-Д	064-А	065-Г	066-В	067-Д	068-Г	069-Д	070-Д
071-Д	072-Д	073-Б	074-Д	075-Д	076-Г	077-Д	078-Б	079-Д	080-Д
081-Б	082-Г	083-Д	084-Д	085-Д	086-Д	087-Д	088-Д	089-А	090-Д
091-Д	092-Г	093-Д	094-Д	095-Д	096-Д	097-В	098-Г	099-Е	100-Ж

4. Тема: Хронический энтерит. Хронический колит.

001. Стенка тонкой кишки состоит из следующих слоев, кроме

- а) слизистого
- б) подслизистого
- в) мышечного
- г) субсерозного
- д) серозного

002. Основными морфологическими элементами слизистой оболочки тонкой кишки являются

- а) ворсинка
- б) цилиндрический эпителий
- в) крипты Люберкюна
- г) бокаловидные клетки
- д) все перечисленное

003. Продолжительность жизни поверхностных эпителиальных клеток кишки составляет

- а) 1 день
- б) от 1 до 3 дней
- в) 5 дней
- г) 12 дней
- д) от 10 до 15 дней

004. К основным функциям тонкой кишки относятся

- а) ферментативная
- б) пристеночное пищеварение
- в) всасывательная и экскреторная
- г) двигательная
- д) все перечисленные

005. К истинно тонкокишечным относятся все перечисленные ферменты, кроме

- а) энтерокиназы
- б) липазы
- в) мальтазы
- г) лактазы
- д) сахаразы

006. В тонкой кишке синтезируются все перечисленные гормоны, кроме

- а) соматостатина
- б) щелочной фосфатазы
- в) трипсина
- г) вилликинина
- д) панкреозимина

007. Всасывательная поверхность тонкой кишки достигает

- а) 1 м²
- б) 2 м²
- в) от 2 до 3 м²
- г) от 3 до 4 м²
- д) более 5 м²

008. Наиболее интенсивно всасывание происходит

- а) в желудке
- б) в 12-перстной кишке
- в) в тонкой кишке
- г) в толстой кишке
- д) правильные ответы б) и в)

009. В кишечной стенке холестерин с жирными кислотами образует

- а) лецитин
- б) фосфолипиды
- в) холин
- г) эстеры холестерина
- д) правильные ответы б) и в)

010. В тонкой кишке белки расщепляются

- а) до полипептидов
- б) до липопротеидов
- в) до аминокислот
- г) до гликопротеидов

011. Стимулирующее влияние на всасывание глюкозы оказывают витамины

- а) Е
- б) комплекс В
- в) D
- г) аскорбиновая кислота
- д) правильные ответы б) и г)

012. Стимулирующее влияние на всасывание жиров оказывают витамины

- а) D
- б) аскорбиновая кислота
- в) А
- г) фолиевая кислота
- д) правильные ответы а) и в)

013. Жиры могут синтезироваться

- а) из углеводов
- б) из воды
- в) из белков
- г) правильного ответа нет
- д) правильные ответы а) и в)

014. Скорость всасывания воды и минеральных солей зависит

- а) от величины всасывательной поверхности
- б) от метаболических процессов в клетках
- в) от концентрации минеральных солей
- г) от всего перечисленного

015. У лиц с врожденной недостаточностью лактазы отмечаются вздутие живота, скопление газов и диарея при переваривании

- а) молока
- б) яиц
- в) сахарозы
- г) глюкозы
- д) галактозы

016. Диарея после приема молока зависит

- а) от ахлоргидрии желудочного сока
- б) от панкреатической недостаточности
- в) от дисбактериоза кишечника
- г) от недостаточности кишечной лактазы
- д) от энтерита

017. При агглютиновой диете разрешается

- а) масло

- б) яйца
- в) рис
- г) картофель
- д) все перечисленное

018. Причиной "целиакии" чревной считается

- а) неуточненный врожденный дефект
- б) пеллагра
- в) дефицит пептидаз в слизистой оболочке тонкой кишки
- г) врожденное недоразвитие кишечных ворсинок
- д) первичное нарушение всасывания жиров

019. Явление гиперсенситилизации к глютену наблюдаются прежде всего

- а) при неспецифическом язвенном колите
- б) при болезни Крона
- в) при целиакии
- г) при болезни Уиппла
- д) при всех перечисленных формах патологии

020. Больные с целиакией могут употреблять

- а) кукурузу
- б) макаронные изделия
- в) ржаной хлеб
- г) черствые изделия из пшеничного теста
- д) клейкую ячменную кашу (слизистую)

021. При глютенной энтеропатии в тонкой кишке поражается

- а) слизистая оболочка
- б) подслизистый слой
- в) мышечный слой
- г) серозный
- д) все перечисленное

022. Микроскопия при глютенной болезни выявляет

- а) атрофию ворсин
- б) пролиферацию и нарушение дифференцировки клеток
- в) увеличение содержания клеток Панета
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы в) и г)

023. Легкую форму глютенной энтеропатии следует дифференцировать

- а) с хроническим панкреатитом
- б) с хроническим гастритом с секреторной недостаточностью
- в) с хроническим бескаменным холециститом
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы в) и г)

024. Принципы терапии глютенной болезни включают

- а) агглютенную диету
- б) глюкокортикоиды
- в) заместительную терапию
- г) ферменты
- д) все перечисленное

025. Лактазную недостаточность следует дифференцировать

- а) с пищевой аллергией
- б) с глютенной болезнью
- в) с хроническим энтеритом
- г) правильные ответы а) и в)
- д) правильные ответы б) и г)

026. Для глютенной энтеропатии характерны

- а) гипохромная анемия

- б) гипопroteinемия
- в) гиперлипидемия
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

027. Экссудативная энтеропатия (синдром) проявляется

- а) отеками
- б) поносами
- в) потерей массы тела
- г) тетаническими судорогами
- д) всем перечисленным

028. При синдроме экссудативной энтеропатии в крови выявляют

- а) гипохромную анемию
- б) гипоальбуминемию
- в) снижение уровня γ -глобулинов
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и б)

029. Решающее значение для синдрома экссудативной энтеропатии имеют

- а) повышенное содержание белков в секрете тонкой кишки
- б) увеличение выделения белка с калом
- в) изменение архитектоники лимфатических сосудов слизистой и подслизистой оболочек тонкой кишки
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и б)

030. Для галактоземии характерны

- а) диспепсия
- б) персистирующая желтуха
- в) гепатоспленомегалия
- г) правильные ответы а) и в)
- д) все перечисленное

031. При галактоземии характерны все перечисленные лабораторные показатели, кроме

- а) галактозурии
- б) протеинурии
- в) гипербилирубинемии
- г) повышения уровня глюкозы в крови
- д) гипераминоацидурии

032. Наиболее информативным диагностическим методом патологии тонкой кишки является

- а) рентгенологический
- б) исследование ферментов
- в) исследование пристеночного пищеварения
- г) биопсия слизистой оболочки

033. Самой маленькой адсорбирующей единицей слизистой тонкой кишки является

- а) микроворсинка
- б) бокаловидная клетка
- в) цилиндрическая клетка (энтероцит)
- г) ворсинка

034. При обширной резекции тонкой кишки меньше всего нарушается всасывание

- а) жира
- б) соли и воды
- в) углеводов
- г) Ca^{++}
- д) витамина B12

035. К возможным причинам развития хронического энтерита относятся следующие, кроме

- а) ранее перенесенных острых кишечных инфекций
- б) травмы брюшной полости
- в) оперативных вмешательств на органах брюшной полости

- г) предшествующих хронических болезней других органов пищеварения
- д) злоупотребления антибиотиками

036. К возможным механизмам, обуславливающим развитие хронического энтерита, относятся

- а) нарушение процесса переваривания пищи
- б) нарушение секреторно-моторной функции тонкой кишки
- в) дисбактериоз
- г) нарушение всасывания
- д) все перечисленные

037. При хроническом энтерите вне обострения среди основных морфологических элементов в слизистой оболочке тонкой кишки встречаются

- а) дистрофия цилиндрического эпителия
- б) уменьшение числа и неравномерное распределение бокаловидных клеток
- в) очаговая и диффузная атрофия ворсинок
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы б) и в)

038. Для липолиза в тонкой кишке необходимо присутствие всех перечисленных элементов, кроме

- а) амилазы
- б) липазы
- в) щелочного pH
- г) солей желчных кислот

039. Наиболее достоверным тестом для диагностики синдрома мальабсорбции является

- а) тест на адсорбцию D-ксилозы
- б) тест на толерантность к глюкозе
- в) рентгенологическое исследование тонкой кишки
- г) тест Шиллинга
- д) биопсия тонкой кишки

040. Нормальный тест на толерантность к D-ксилозе зависит

- а) от функции поджелудочной железы
- б) от функции печени
- в) от всасывательной функции тонкой кишки
- г) от всасывательной функции толстой кишки
- д) ни одной из перечисленных

041. Структурной единицей тонкой кишки, которая раньше всего поражается при хроническом энтерите, являются

- а) кровеносные сосуды
- б) лимфатические сосуды
- в) цилиндрический эпителий (энтероциты)
- г) ворсинки
- д) железы Люберкюна

042. При обострении хронического энтерита нарушается всасывание

- а) белков
- б) углеводов
- в) жиров
- г) витаминов
- д) воды и электролитов

043. Гипокальцемия при хроническом энтерите возникает вследствие

- а) уменьшения всасывания кальция
- б) связывания его в кишечнике с жирными кислотами
- в) вторичного гипопаратиронизма
- г) правильные ответы б) и в)
- д) правильные ответы а) и б)

044. Для хронического энтерита в фазе обострения характерны все перечисленные симптомы, кроме

- а) обезвоживания организма
- б) нарушения электролитного состава крови

- в) обильного светлого, пенистого стула
- г) снижения веса
- д) запоров

045. Для хронического энтерита с длительным течением - 15-20 лет в фазе ремиссии характерны

- а) значительный дефицит массы тела
- б) анемия
- в) гипопропротеинемия
- г) остеопороз
- д) все перечисленное

046. Больная 35 лет, на протяжении 10 лет у которой периодически после употребления в больших количествах молочных продуктов, сырых овощей и фруктов появляются метеоризм, поносы и боли в животе. Стул светлый, пенистый. Аппетит сохранен. В анамнезе дважды дизентерия. Лечилась у терапевта по поводу "хронического колита". В период обострения заболевания отмечает значительное снижение веса, общую слабость и снижение трудоспособности. В стационаре отмечены снижение тургора и сухость кожных покровов. Истончение, исчерченность и ломкость ногтей. Язык обложен беловатым налетом, сосочковый слой сглажен. Печень и селезенка в размерах не увеличены. Имеются положительные симптомы Поргеса и Образцова - Стражеско. Температура нормальная. Гемоглобин - 166 г/л, лейкоциты - 6. 800, СОЭ - 12 мм/час. Амилаза крови и мочи в пределах нормы. Сахар крови не повышен. - Из диагностических методов исследования необходимо использовать

- а) пристеночное пищеварение
- б) копрологический
- в) рентгенологический
- г) исследование кала на дисбактериоз
- д) все перечисленное

047. Больная 35 лет, на протяжении 10 лет у которой периодически после употребления в больших количествах молочных продуктов, сырых овощей и фруктов появляются метеоризм, поносы и боли в животе. Стул светлый, пенистый. Аппетит сохранен. В анамнезе дважды дизентерия. Лечилась у терапевта по поводу "хронического колита". В период обострения заболевания отмечает значительное снижение веса, общую слабость и снижение трудоспособности. В стационаре отмечены снижение тургора и сухость кожных покровов. Истончение, исчерченность и ломкость ногтей. Язык обложен беловатым налетом, сосочковый слой сглажен. Печень и селезенка в размерах не увеличены. Имеются положительные симптомы Поргеса и Образцова - Стражеско. Температура нормальная. Гемоглобин - 166 г/л, лейкоциты - 6. 800, СОЭ - 12 мм/час. Амилаза крови и мочи в пределах нормы. Сахар крови не повышен. - Дифференциальный диагноз следует провести

- а) с хроническим гастритом с секреторной недостаточностью
- б) с хроническим колитом
- в) с целиакией взрослых
- г) с болезнью Крона
- д) с туберкулезным илеотифлитом
- е) со всем перечисленным

048. Больная 35 лет, на протяжении 10 лет у которой периодически после употребления в больших количествах молочных продуктов, сырых овощей и фруктов появляются метеоризм, поносы и боли в животе. Стул светлый, пенистый. Аппетит сохранен. В анамнезе дважды дизентерия. Лечилась у терапевта по поводу "хронического колита". В период обострения заболевания отмечает значительное снижение веса, общую слабость и снижение трудоспособности. В стационаре отмечены снижение тургора и сухость кожных покровов. Истончение, исчерченность и ломкость ногтей. Язык обложен беловатым налетом, сосочковый слой сглажен. Печень и селезенка в размерах не увеличены. Имеются положительные симптомы Поргеса и Образцова - Стражеско. Температура нормальная. Гемоглобин - 166 г/л, лейкоциты - 6. 800, СОЭ - 12 мм/час. Амилаза крови и мочи в пределах нормы. Сахар крови не повышен. - Правильный диагноз позволяют подтвердить все следующие методы исследования, кроме

- а) рентгенологического исследования желудка и кишечника
- б) копрологического
- в) ультразвукового
- г) тщательного анализа анамнестических данных
- д) биопсии слизистой оболочки тонкой кишки
- е) эндоскопии

049. Больная 35 лет, на протяжении 10 лет у которой периодически после употребления в больших количествах молочных продуктов, сырых овощей и фруктов появляются метеоризм, поносы и боли в животе. Стул светлый, пенистый. Аппетит сохранен. В анамнезе дважды дизентерия. Лечилась у терапевта по поводу "хронического

колита". В период обострения заболевания отмечает значительное снижение веса, общую слабость и снижение трудоспособности. В стационаре отмечены снижение тургора и сухость кожных покровов. Истончение, исчерченность и ломкость ногтей. Язык обложен беловатым налетом, сосочковый слой сглажен. Печень и селезенка в размерах не увеличены. Имеются положительные симптомы Поргеса и Образцова - Стражеско. Температура нормальная. Гемоглобин - 166 г/л, лейкоциты - 6. 800, СОЭ - 12 мм/час. Амилаза крови и мочи в пределах нормы. Сахар крови не повышен. - При рентгенологическом исследовании тонкой кишки может обнаружиться

- а) дилатация тонкой кишки
- б) атрофия слизистой оболочки
- в) горизонтальные уровни жидкости и газа
- г) стриктуры
- д) все перечисленные признаки

050. Больная 35 лет, на протяжении 10 лет у которой периодически после употребления в больших количествах молочных продуктов, сырых овощей и фруктов появляются метеоризм, поносы и боли в животе. Стул светлый, пенистый. Аппетит сохранен. В анамнезе дважды дизентерия. Лечилась у терапевта по поводу "хронического колита". В период обострения заболевания отмечает значительное снижение веса, общую слабость и снижение трудоспособности. В стационаре отмечены снижение тургора и сухость кожных покровов. Истончение, исчерченность и ломкость ногтей. Язык обложен беловатым налетом, сосочковый слой сглажен. Печень и селезенка в размерах не увеличены. Имеются положительные симптомы Поргеса и Образцова - Стражеско. Температура нормальная. Гемоглобин - 166 г/л, лейкоциты - 6. 800, СОЭ - 12 мм/час. Амилаза крови и мочи в пределах нормы. Сахар крови не повышен. - Наиболее вероятный диагноз в этом случае

- а) хронический гастрит с секреторной недостаточностью
- б) хронический энтерит
- в) рак тонкой кишки
- г) хронический колит
- д) гранулематозный энтерит (болезнь Крона)

051. Больная 35 лет, на протяжении 10 лет у которой периодически после употребления в больших количествах молочных продуктов, сырых овощей и фруктов появляются метеоризм, поносы и боли в животе. Стул светлый, пенистый. Аппетит сохранен. В анамнезе дважды дизентерия. Лечилась у терапевта по поводу "хронического колита". В период обострения заболевания отмечает значительное снижение веса, общую слабость и снижение трудоспособности. В стационаре отмечены снижение тургора и сухость кожных покровов. Истончение, исчерченность и ломкость ногтей. Язык обложен беловатым налетом, сосочковый слой сглажен. Печень и селезенка в размерах не увеличены. Имеются положительные симптомы Поргеса и Образцова - Стражеско. Температура нормальная. Гемоглобин - 166 г/л, лейкоциты - 6. 800, СОЭ - 12 мм/час. Амилаза крови и мочи в пределах нормы. Сахар крови не повышен. - При копрологическом исследовании подтвердить диагноз позволяют обнаруженные

- а) креатора
- б) мыла и жирные кислоты
- в) внутриклеточный крахмал
- г) правильные ответы а) и в)
- д) правильные ответы а) и б)

052. Больная 35 лет, на протяжении 10 лет у которой периодически после употребления в больших количествах молочных продуктов, сырых овощей и фруктов появляются метеоризм, поносы и боли в животе. Стул светлый, пенистый. Аппетит сохранен. В анамнезе дважды дизентерия. Лечилась у терапевта по поводу "хронического колита". В период обострения заболевания отмечает значительное снижение веса, общую слабость и снижение трудоспособности. В стационаре отмечены снижение тургора и сухость кожных покровов. Истончение, исчерченность и ломкость ногтей. Язык обложен беловатым налетом, сосочковый слой сглажен. Печень и селезенка в размерах не увеличены. Имеются положительные симптомы Поргеса и Образцова - Стражеско. Температура нормальная. Гемоглобин - 166 г/л, лейкоциты - 6. 800, СОЭ - 12 мм/час. Амилаза крови и мочи в пределах нормы. Сахар крови не повышен. Наиболее вероятный диагноз в этом случае хронический энтерит. - Следует назначить все перечисленные методы лечения, кроме

- а) диетотерапии
- б) препаратов ферментного действия
- в) витаминов
- г) антианемических препаратов
- д) антибактериальных средств
- е) преднизолона

053. При синдроме малабсорбции могут выявляться все перечисленные нарушения обменных процессов, кроме

- а) белкового

- б) жирового
- в) углеводного
- г) минерального
- д) пигментного

054. К возможным осложнениям при синдроме малабсорбции относятся все следующие, кроме

- а) хронического колита
- б) анемии
- в) остеопороза
- г) холедохолитиаза
- д) полигландулярной недостаточности

055. Для энтеропатии, осложненной дисбактериозом кишечника, характерны

- а) поносы, стул с примесью слизи и гноя, иногда крови
- б) повышение температуры
- в) более упорное и тяжелое течение
- г) изменения со стороны крови (умеренный лейкоцитоз, ускоренная СОЭ)
- д) все перечисленное

056. Для обоснования диагноза хронического энтерита следует использовать все перечисленные методы исследования, кроме

- а) тщательного анализа анамнестических данных
- б) ультразвукового
- в) рентгенологического
- г) копрологического
- д) морфологического
- е) бактериологического и иммунологического

057. Для синдрома малабсорбции с длительным течением характерны все перечисленные симптомы, кроме

- а) метеоризма
- б) желтухи
- в) поносов
- г) анемии
- д) болей в костях
- е) потери массы тела

058. Для аллергической энтеропатии и пищевой intolerance, проявляющейся с малабсорбцией, характерно наличие

- а) метеоризма
- б) усиление поносов и обезвоживание организма
- в) общей слабости
- г) нарушение электролитного состава крови
- д) снижение массы тела
- е) все перечисленное

059. Для лечения хронического энтерита в фазе ремиссии применяются

- а) диета
- б) препараты ферментного действия
- в) витамины группы В
- г) аскорбиновая кислота, никотинамид
- д) бификол
- е) все перечисленное

060. При обострении хронического энтерита могут использоваться следующие методы лечения

- а) диета, витаминотерапия
- б) анаболические стероидные препараты, белковые гидролизаты
- в) препараты ферментного действия
- г) внутривенное введение электролитов, глюкозы
- д) антибактериальная терапия
- е) все перечисленное

061. При энтерите, протекающем с преобладанием бродильных процессов в кишечнике, в первые дни показаны

- а) голод

- б) крепкий чай без сахара
- в) умеренная белковая диета с постепенным расширением
- г) умеренная углеводная диета с постепенным расширением
- д) правильные ответы б) и в)

062. При энтерите, протекающем с преобладанием гнилостных процессов в кишечнике, в первые дни показана

- а) жировая диета
- б) углеводная диета с постепенным расширением
- в) белковая диета
- г) общий полноценный рацион

063. Больному хроническим энтеритом в фазе ремиссии (II степень тяжести) показана диета

- а) с преобладанием жиров
- б) общий полноценный рацион
- в) углеводная
- г) с преобладанием белков

064. Больному хроническим энтеритом (III степень тяжести) в период обострения показано лечение всем перечисленным, кроме

- а) парентерального белкового питания
- б) гемотрансфузий
- в) внутривенного введения солевых и дезинтоксикационных растворов
- г) анаболических стероидных препаратов
- д) антиферментных препаратов

065. К развитию анемии могут привести

- а) малабсорбция железа
- б) инвазия широким лентецом
- в) тотальная гастрэктомия
- г) болезнь Крона, болезнь Уиппла
- д) хронические и рецидивирующие кровопотери
- е) все перечисленное

066. Биопсия слизистой оболочки тонкой кишки, включая дистальный отдел 12-перстной кишки, является важным диагностическим методом

- а) при глютенной энтеропатии
- б) при болезни Уиппла
- в) при хроническом энтерите
- г) при первичной лимангиозктазии
- д) все перечисленное

067. Нарушение всасывания D-ксилозы наблюдается

- а) при энтерите
- б) при болезни Уиппла
- в) при хроническом гастрите
- г) правильные ответы а) и в)
- д) правильные ответы а) и б)

068. Содержание железа в сыворотке крови нарушается при всех следующих заболеваниях, кроме

- а) гемохроматоза
- б) хронического энтерита
- в) хронических желудочно-кишечных кровотечений
- г) печеночной энцефалопатии
- д) синдрома малабсорбции III степени

069. Гематологические нарушения при тяжелом синдроме малабсорбции чаще проявляются

- а) гипохромной анемией
- б) лейкопенией
- в) гиперхромной анемией
- г) тромбоцитопенией
- д) гемолитической анемией
- е) правильные ответы а) и б)

070. К диспепсическому синдрому относятся все следующие, кроме

- а) нарушения аппетита
- б) отрыжки, срыгивания
- в) общей слабости
- г) тошноты, рвоты
- д) расстройства стула, метеоризма
- е) изжоги

071. Фолиевая кислота всасывается

- а) в тощей кишке
- б) в толстой кишке
- в) в желудке
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и б)

072. При хроническом энтерите, осложненном избыточным ростом микробной флоры в тощей кишке, показано лечение всем перечисленным, кроме

- а) диеты
- б) препаратов ферментного действия
- в) биологических препаратов типа колибактерина
- г) антибиотиков и эубиотиков
- д) витаминотерапии
- е) симптоматических средств

073. К лекарственным средствам, обладающим наиболее выраженным антидиарейным действием, относятся

- а) мята перечная
- б) ромашка
- в) кора дуба
- г) лоперамид (имодиум)
- д) кодеин фосфат
- е) правильные ответы в) , г) и д)

074. Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки тонкой кишки при нетропическом спру выявляет все перечисленные изменения, кроме

- а) атрофии слизистой оболочки
- б) дегенерации кишечного эпителия
- в) воспалительной инфильтрации стромы слизистой оболочки
- г) гипертрофии митохондрий энтероцитов
- д) углубления крипт

075. Рентгенологический признак "снежинок" характерен

- а) для полипоза толстой кишки
- б) для спру (нетропической формы)
- в) для хронического панкреатита
- г) для дивертикулеза толстой кишки
- д) для муковисцидоза

076. Развитие тропической формы спру связано

- а) с дефицитом фолиевой кислоты
- б) с дисфункцией эндокринных желез
- в) с жарким климатом
- г) с дефицитом белка в пище
- д) со всем перечисленным

077. Клиника тропического спру включает

- а) поносы
- б) диспепсические жалобы
- в) истощение
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и б)

078. При тропическом спру поражается

- а) нервная система

- б) эндокринные железы
- в) сердце
- г) печень
- д) все перечисленные органы и системы

079. В крови при тропическом спру отмечают все перечисленное, кроме

- а) макроцитарной анемии
- б) гипохромной анемии
- в) гипопротемии
- г) гипохолестеринемии

080. При гистологическом исследовании биоптата слизистой оболочки тонкой кишки при тропическом спру определяют

- а) атрофию ворсинок
- б) увеличение числа бокаловидных клеток
- в) фиброз подслизистого слоя
- г) клеточную инфильтрацию стромы слизистой оболочки
- д) все перечисленное

081. При рентгенологическом исследовании тонкой кишки в случае тропического спру выявляется

- а) ускорение продвижения бария
- б) газ и уровни жидкости
- в) расширение просвета петель по типу мекаголон
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и б)

082. Дифференциальный диагноз тропической формы спру следует проводить

- а) с пернициозной анемией
- б) с хроническим энтеритом
- в) с синдромом раздраженной толстой кишки
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

083. Обострение тропического спру преимущественно отмечается

- а) зимой
- б) весной и летом
- в) весной и осенью
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы а) и в)

084. При тропической форме спру следует назначать витамины

- а) группы В
- б) фолиевую кислоту
- в) аскорбиновую кислоту
- г) витамин D
- д) все перечисленное

085. Патогенетическая терапия тропического спру включает

- а) глюкокортикоиды
- б) анаболические стероиды
- в) витамины
- г) диету
- д) все перечисленное

086. При тропической форме спру назначается диета

- а) с повышенным содержанием белка
- б) с ограничением жиров
- в) с ограничением углеводов
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы а) и в)

087. В анализе крови для нетропического спру характерны

- а) макроцитарная гиперхромная анемия

- б) гипохромная анемия
- в) гипопропротеинемия
- г) правильные ответы а) и в)
- д) правильные ответы б) и в)

088. Причиной развития хронического энтероколита являются

- а) оперативные вмешательства на органах брюшной полости
- б) предшествующие хронические болезни других органов пищеварения
- в) ранее перенесенные острые кишечные инфекции
- г) алиментарные нарушения и злоупотребление алкогольными напитками
- д) все перечисленное

089. К возможным механизмам, способствующим развитию хронического энтероколита, относятся

- а) нарушение секреторно-моторной функции кишечника
- б) нарушение переваривания пищи
- в) нарушение всасывания
- г) дисбактериоз
- д) все перечисленное

090. Наиболее информативным диагностическим методом патологии тонкой и толстой кишок является

- а) рентгенологический
- б) исследование ферментов в кишечном содержимом
- в) биопсия слизистой оболочки
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы а) и в)

091. При хроническом энтероколите среди основных морфологических элементов в слизистой оболочке толстой кишки встречаются

- а) изменения цилиндрического эпителия
- б) отек
- в) уменьшение количества слизиобразующих клеток
- г) очаговый и диффузный склероз
- д) все перечисленное

092. Для хронического энтероколита в фазе обострения характерны все перечисленные симптомы, кроме

- а) поносов
- б) нарушения электролитного состава крови
- в) снижения веса
- г) асцита
- д) обезвоживания организма

093. Для хронического энтероколита с длительным течением в фазе ремиссии характерны симптомы

- а) дефицит веса
- б) общая слабость
- в) снижение трудоспособности
- г) гипопропротеинемия и анемия
- д) все перечисленное

094. При копрологическом исследовании у больных хроническим энтероколитом встречается все перечисленное, кроме

- а) креатореи
- б) мыла и жирных кислот
- в) внутриклеточного крахмала
- г) внеклеточного крахмала
- д) нейтрального жира

095. При хроническом энтероколите наиболее серьезные нарушения выявляются

- а) в белковом обмене
- б) в жировом обмене
- в) в пигментном обмене
- г) правильные ответы а) и в)
- д) правильные ответы а) и б)

096. Больная 38 лет на протяжении 12 лет страдает хроническим энтероколитом. В течение последних двух лет рецидивы болезни участились. В период обострения отмечались повышение температуры, усиление метеоризма и болей в животе. В стуле примеси слизи, иногда крови. Больная к врачам не обращалась, самостоятельно принимала сульфаниламидные препараты, а иногда антибиотики. Однажды при очередном обострении болезни в течение 5 дней принимала тетрациклин, на фоне которого отметила усиление диспепсических расстройств, повышение температуры и значительное ухудшение общего самочувствия. Гемоглобин - 142 г/л, лейкоциты - 11300, СОЭ - 18 мм/час. - В данном случае можно думать о присоединении к основному заболеванию

- а) дизентерии
- б) неспецифического язвенного колита
- в) дисбактериоза кишечника
- г) гранулематозного колита (болезнь Крона)
- д) рака толстой кишки

097. Больная 38 лет на протяжении 12 лет страдает хроническим энтероколитом. В течение последних двух лет рецидивы болезни участились. В период обострения отмечались повышение температуры, усиление метеоризма и болей в животе. В стуле примеси слизи, иногда крови. Больная к врачам не обращалась, самостоятельно принимала сульфаниламидные препараты, а иногда антибиотики. Однажды при очередном обострении болезни в течение 5 дней принимала тетрациклин, на фоне которого отметила усиление диспепсических расстройств, повышение температуры и значительное ухудшение общего самочувствия. Гемоглобин - 142 г/л, лейкоциты - 11300, СОЭ - 18 мм/час. - Из диагностических методов обследования необходимо использовать

- а) рентгенологический
- б) радиоизотопный
- в) морфологический (биопсия слизистой оболочки)
- г) исследование ферментов в кишечном содержимом
- д) ни один из перечисленных

098. Больная 38 лет на протяжении 12 лет страдает хроническим энтероколитом. В течение последних двух лет рецидивы болезни участились. В период обострения отмечались повышение температуры, усиление метеоризма и болей в животе. В стуле примеси слизи, иногда крови. Больная к врачам не обращалась, самостоятельно принимала сульфаниламидные препараты, а иногда антибиотики. Однажды при очередном обострении болезни в течение 5 дней принимала тетрациклин, на фоне которого отметила усиление диспепсических расстройств, повышение температуры и значительное ухудшение общего самочувствия. Гемоглобин - 142 г/л, лейкоциты - 11300, СОЭ - 18 мм/час. - Дифференциальный диагноз следует провести со всеми перечисленными заболеваниями, кроме

- а) неспецифического язвенного колита
- б) острой дизентерии
- в) хронического гастрита с секреторной недостаточностью
- г) дисбактериоза кишечника
- д) ишемического колита

099. Больная 38 лет на протяжении 12 лет страдает хроническим энтероколитом. В течение последних двух лет рецидивы болезни участились. В период обострения отмечались повышение температуры, усиление метеоризма и болей в животе. В стуле примеси слизи, иногда крови. Больная к врачам не обращалась, самостоятельно принимала сульфаниламидные препараты, а иногда антибиотики. Однажды при очередном обострении болезни в течение 5 дней принимала тетрациклин, на фоне которого отметила усиление диспепсических расстройств, повышение температуры и значительное ухудшение общего самочувствия. Гемоглобин - 142 г/л, лейкоциты - 11300, СОЭ - 18 мм/час. - Правильный диагноз позволяют подтвердить следующие методы исследования

- а) ультразвуковое
- б) копрологическое
- в) бактериологическое
- г) колоноскопическое
- д) правильные ответы в) и г)

100. Больная 38 лет на протяжении 12 лет страдает хроническим энтероколитом. В течение последних двух лет рецидивы болезни участились. В период обострения отмечались повышение температуры, усиление метеоризма и болей в животе. В стуле примеси слизи, иногда крови. Больная к врачам не обращалась, самостоятельно принимала сульфаниламидные препараты, а иногда антибиотики. Однажды при очередном обострении болезни в течение 5 дней принимала тетрациклин, на фоне которого отметила усиление диспепсических расстройств, повышение температуры и значительное ухудшение общего самочувствия. Гемоглобин - 142 г/л, лейкоциты - 11300, СОЭ - 18 мм/час. - Наиболее вероятный диагноз в этом случае

- а) хронический колит
- б) рак толстой кишки
- в) дисбактериоз кишечника
- г) неспецифический язвенный колит
- д) дизентерия

101. Больная 38 лет на протяжении 12 лет страдает хроническим энтероколитом. В течение последних двух лет рецидивы болезни участились. В период обострения отмечались повышение температуры, усиление метеоризма и болей в животе. В стуле примеси слизи, иногда крови. Больная к врачам не обращалась, самостоятельно принимала сульфаниламидные препараты, а иногда антибиотики. Однажды при очередном обострении болезни в течение 5 дней принимала тетрациклин, на фоне которого отметила усиление диспепсических расстройств, повышение температуры и значительное ухудшение общего самочувствия. Гемоглобин - 142 г/л, лейкоциты - 11300, СОЭ - 18 мм/час. Наиболее вероятный диагноз в этом случае дисбактериоз кишечника. - При бактериологическом исследовании кала подтвердить диагноз позволяют

- а) креаторея
- б) изменение видового состава микрофлоры
- в) изменение количественных соотношений микрофлоры
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

102. Больная 38 лет на протяжении 12 лет страдает хроническим энтероколитом. В течение последних двух лет рецидивы болезни участились. В период обострения отмечались повышение температуры, усиление метеоризма и болей в животе. В стуле примеси слизи, иногда крови. Больная к врачам не обращалась, самостоятельно принимала сульфаниламидные препараты, а иногда антибиотики. Однажды при очередном обострении болезни в течение 5 дней принимала тетрациклин, на фоне которого отметила усиление диспепсических расстройств, повышение температуры и значительное ухудшение общего самочувствия. Гемоглобин - 142 г/л, лейкоциты - 11300, СОЭ - 18 мм/час. Наиболее вероятный диагноз в этом случае дисбактериоз кишечника. - Следует назначить лечение всеми перечисленными, кроме

- а) антибиотиков
- б) биологических препаратов типа колибактерина
- в) диетотерапии
- г) витаминов группы В
- д) препаратов ферментного действия

103. Ценным диагностическим методом биопсия тонкой и толстой кишок является

- а) при болезни Уиппла
- б) при болезни Крона
- в) при хроническом энтероколите
- г) при ишемическом колите
- д) при всем перечисленном

104. К возможным осложнениям при хроническом энтероколите относятся

- а) анемия гипохромного характера
- б) анемия гиперхромного характера
- в) дисбактериоз
- г) остеопороз
- д) все перечисленное

105. Для хронического энтероколита, осложненного дисбактериозом кишечника, характерны все перечисленные симптомы, кроме

- а) метеоризма
- б) поносов
- в) болей в животе
- г) повышения артериального давления
- д) более упорного тяжелого течения

106. Для обоснования диагноза хронического энтероколита следует использовать

- а) тщательный анализ анамнестических данных
- б) копрологический метод
- в) морфологический метод
- г) рентгенологический метод
- д) все перечисленные

107. Характерными симптомами хронического энтероколита при длительном течении являются

- а) поносы
- б) боли в костях
- в) дефицит веса и общая слабость
- г) анемия
- д) все перечисленное

108. Для лечения хронического энтероколита в фазе ремиссии применяются

- а) диета, парентеральное белковое питание
- б) витамины группы В
- в) препараты ферментного действия
- г) анаболические стероидные препараты
- д) все перечисленное

109. Больному хроническим энтероколитом в фазе ремиссии (I-II ст. тяжести) показаны

- а) общий полноценный рацион
- б) диета с преобладанием жиров
- в) диета с преобладанием белков
- г) диета с преобладанием углеводов

110. Больному хроническим энтероколитом в фазе ремиссии при наличии дисбактериоза кишечника показано лечение

- а) биологическими препаратами
- б) антиферментными препаратами
- в) препаратами ферментного действия
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы а) и в)

111. Усилению диспепсических расстройств при хроническом энтероколите способствуют все следующие пищевые продукты, кроме

- а) молока и других молочных продуктов
- б) сырых овощей
- в) сырых фруктов
- г) плодов черемухи
- д) все правильно

112. Больной 56 лет страдает часто рецидивирующей формой хронического энтероколита. В течение последних 3 лет состояние больного заметно ухудшилось, похудел, появились общая слабость, боли в суставах, иногда судороги в икроножных мышцах. Лечился у терапевта по поводу хронического энтероколита и "полиартрита" без видимого улучшения. При биохимическом исследовании крови на электролиты и микроэлементы отмечено значительное снижение последних, особенно кальция и фосфора. При копрологическом исследовании обнаружена креаторея и в большом количестве мыла. Объективно у больного кости и суставы не изменены, при простукивании безболезненны, при поколачивании отмечается легкая болезненность в дистальных отделах трубчатых костей рук и особенно ног. - Наиболее вероятный диагноз

- а) хронический колит
- б) неспецифический язвенный колит
- в) хронический энтероколит
- г) хронический гастрит с секреторной недостаточностью
- д) гранулематозный колит (болезнь Крона)

113. Больной 56 лет страдает часто рецидивирующей формой хронического энтероколита. В течение последних 3 лет состояние больного заметно ухудшилось, похудел, появились общая слабость, боли в суставах, иногда судороги в икроножных мышцах. Лечился у терапевта по поводу хронического энтероколита и "полиартрита" без видимого улучшения. При биохимическом исследовании крови на электролиты и микроэлементы отмечено значительное снижение последних, особенно кальция и фосфора. При копрологическом исследовании обнаружена креаторея и в большом количестве мыла. Объективно у больного кости и суставы не изменены, при простукивании безболезненны, при поколачивании отмечается легкая болезненность в дистальных отделах трубчатых костей рук и особенно ног. Наиболее вероятный диагноз хронический энтероколит. - Диагноз помогут подтвердить

- а) рентгенологическое исследование тонкой и толстой кишок с барием
- б) колонофиброскопическое исследование с прицельной биопсией
- в) копрологическое исследование
- г) исследование пристеночного пищеварения

д) все перечисленное

114. Больной 56 лет страдает часто рецидивирующей формой хронического энтероколита. В течение последних 3 лет состояние больного заметно ухудшилось, похудел, появились общая слабость, боли в суставах, иногда судороги в икроножных мышцах. Лечился у терапевта по поводу хронического энтероколита и "полиартрита" без видимого улучшения. При биохимическом исследовании крови на электролиты и микроэлементы отмечено значительное снижение последних, особенно кальция и фосфора. При копрологическом исследовании обнаружена креаторея и в большом количестве мыла. Объективно у больного кости и суставы не изменены, при прощупывании безболезненны, при поколачивании отмечается легкая болезненность в дистальных отделах трубчатых костей рук и особенно ног. Наиболее вероятный диагноз хронический энтероколит. - В этом случае можно думать о развитии следующего осложнения

- а) ревматоидного полиартрита
- б) остеопороза
- в) остеомаляции
- г) правильные ответы б) и в)
- д) всего перечисленного

115. Больной 56 лет страдает часто рецидивирующей формой хронического энтероколита. В течение последних 3 лет состояние больного заметно ухудшилось, похудел, появились общая слабость, боли в суставах, иногда судороги в икроножных мышцах. Лечился у терапевта по поводу хронического энтероколита и "полиартрита" без видимого улучшения. При биохимическом исследовании крови на электролиты и микроэлементы отмечено значительное снижение последних, особенно кальция и фосфора. При копрологическом исследовании обнаружена креаторея и в большом количестве мыла. Объективно у больного кости и суставы не изменены, при прощупывании безболезненны, при поколачивании отмечается легкая болезненность в дистальных отделах трубчатых костей рук и особенно ног. - Правильный диагноз позволяют подтвердить следующие методы исследования

- а) копрологический
- б) рентгенограммы костей
- в) содержания кальция и фосфора в сыворотке крови
- г) содержания витамина D в крови
- д) всего перечисленного

116. Больной 56 лет страдает часто рецидивирующей формой хронического энтероколита. В течение последних 3 лет состояние больного заметно ухудшилось, похудел, появились общая слабость, боли в суставах, иногда судороги в икроножных мышцах. Лечился у терапевта по поводу хронического энтероколита и "полиартрита" без видимого улучшения. При биохимическом исследовании крови на электролиты и микроэлементы отмечено значительное снижение последних, особенно кальция и фосфора. При копрологическом исследовании обнаружена креаторея и в большом количестве мыла. Объективно у больного кости и суставы не изменены, при прощупывании безболезненны, при поколачивании отмечается легкая болезненность в дистальных отделах трубчатых костей рук и особенно ног. Наиболее вероятный диагноз хронический энтероколит. - Больному следует назначить все перечисленные методы лечения, кроме

- а) диетотерапии
- б) препаратов кальция
- в) кортикостероидов
- г) препаратов ферментного действия
- д) витамина D

117. Способствуют нормализации деятельности кишечника (при поносах) следующие пищевые продукты

- а) картофель
- б) плоды черемухи
- в) черника
- г) орехи грецкие
- д) правильные ответы б) и в)

118. Нормальный тест на толерантность к D-ксилозе зависит

- а) от функции поджелудочной железы
- б) от функции печени
- в) от всасывательной способности тонкой кишки
- г) от функции почек
- д) правильные ответы в) и г)

119. Наиболее эффективными препаратами ферментного действия являются

- а) холенизм

- б) панкреатин
- в) мезим
- г) дигестал
- д) трифермент

120. Причиной роста функциональных нарушений кишечника является

- а) дефицит белка в питании
- б) хроническая гиподинамия
- в) высококалорийное питание с недостатком растительных продуктов
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

121. Суточная норма балластных веществ в питании человека составляет

- а) 10 г
- б) 25 г
- в) 100-150 г
- г) 150-300 г
- д) ни один ответ не верен

122. Запоры типичны

- а) для язвенной болезни
- б) для хронического холецистита
- в) для язвенного колита
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и б)

123. При лечении синдрома раздраженной толстой кишки диета включает все перечисленное, кроме

- а) повышенного содержания пищевых волокон
- б) исключения экстрактивных веществ
- в) введения кисломолочных продуктов
- г) повышенного содержания животных жиров
- д) исключения продуктов, усиливающих брожение

124. Ведущим симптомом при синдроме раздраженной толстой кишки является

- а) боли в животе
- б) поносы в ночное время
- в) ректальные кровотечения
- г) вздутие живота
- д) все перечисленное

125. Расстройства стула при синдроме раздраженной толстой кишки включают

- а) запоры
- б) поносы в утренние часы
- в) частый жидкий стул в течение суток
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы а) и в)

126. Для диагностики синдрома раздраженной толстой кишки применяют все перечисленное, кроме

- а) ректороманоскопии
- б) ультразвукового исследования
- в) ирригоскопии
- г) колоноскопии с биопсией

127. В лечении синдрома раздраженной толстой кишки применяют

- а) слабительные
- б) спазмолитики
- в) противорвотные
- г) местноанестезирующие
- д) правильные ответы а) и б)

128. Для лечения синдрома раздраженной толстой кишки используют

- а) диетотерапию
- б) ЛФК

- в) рефлексотерапию
- г) санаторно-курортное лечение
- д) все перечисленное

129. Для синдрома раздраженной толстой кишки характерно

- а) гипохромная анемия
- б) дефицит витамина С
- в) общее состояние больного не страдает
- г) пеллагроидные изменения кожи
- д) дефицит витаминов группы В

130. В копрологическом исследовании при синдроме раздраженной толстой кишки выявляют

- а) мыльную стеаторею
- б) юдофильную флору
- в) отсутствие элементов воспаления
- г) большое количество лейкоцитов
- д) мышечные волокна без исчерченности

131. Решающее значение в плане дифференциальной диагностики хронического колита и "колонопатии" имеет

- а) колоноскопия
- б) гистологическое и морфометрическое исследование
- в) ирригоскопия
- г) клинические проявления
- д) все перечисленное

132. В терапию синдрома раздраженной толстой кишки рационально включить

- а) семя льна
- б) пшеничные отруби
- в) сок капусты
- г) все перечисленное

133. Симптоматический запор встречается

- а) при раке толстой кишки
- б) при дивертикулезе толстой кишки
- в) при язвенной болезни
- г) при гипотиреозе
- д) при всех перечисленных заболеваниях

134. Рентгенологическое исследование при синдроме раздраженной толстой кишки выявляет

- а) участки сегментации
- б) симптом шнура
- в) увеличение числа гаустр в поперечной части
- г) сужение просвета кишки
- д) все перечисленное

135. При синдроме раздраженной толстой кишки нерационально применение

- а) кишечных промываний
- б) хирургического лечения
- в) субаквальных ванн
- г) правильные ответы а) и в)
- д) всего перечисленного

136. Для функционального поноса характерны все перечисленные симптомы, кроме

- а) частого жидкого стула
- б) острых болей в животе
- в) ноющих болей в животе
- г) императивных позывов к дефекации
- д) связи с нервно-психическим напряжением

137. В терапию функционального поноса включают

- а) седативные средства
- б) спазмолитики
- в) сульфаниламиды

- г) вяжущие
- д) все перечисленное

138. Анатомическим нарушением, лежащим в основе клинической картины врожденной мегаколон, является

- а) гипертрофия нисходящей ободочной кишки
- б) отсутствие перистальтики ободочной кишки
- в) отсутствие нервных ганглиев в дистальной части ободочной кишки
- г) атрезия прямой кишки
- д) отсутствие внутреннего ректального сфинктера

139. К основным симптомам врожденной мегаколон относятся

- а) диарея или запоры
- б) вздутие живота
- в) частая рвота
- г) кровь при дефекации
- д) все перечисленное

140. В отношении болезни Гиршпрунга верны следующие положения

- а) чаще это наследственное заболевание
- б) является широко распространенным
- в) чаще болеют дети
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и в)

141. Различают следующие анатомические формы болезни Гиршпрунга

- а) ректальную и ректосигмоидальную
- б) сегментарную
- в) субтотальную
- г) тотальную
- д) все перечисленные

142. Наиболее часто аганглиоз захватывает

- а) ректальный отдел толстой кишки
- б) ректосигмоидальный отдел толстой кишки
- в) все отделы толстой кишки
- г) правильные ответы б) и в)
- д) правильные ответы а) и б)

143. Для болезни Гиршпрунга в ответ на растяжение прямой кишки характерно следующее нарушение функции сфинктера заднего прохода

- а) расслабление внутреннего сфинктера
- б) расслабление наружного сфинктера
- в) сокращение внутреннего сфинктера
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

144. Ведущими симптомами болезни Гиршпрунга являются

- а) отсутствие самостоятельного стула
- б) вздутие живота
- в) увеличение живота в размерах ("лягушачий" живот)
- г) видимая перистальтика
- д) все перечисленные

145. При прогрессировании болезни Гиршпрунга выделяют следующие стадии

- а) компенсированную
- б) субкомпенсированную
- в) декомпенсированную
- г) правильные ответы а) и в)
- д) все перечисленные

146. Диагностика болезни Гиршпрунга у взрослых основывается

- а) на тщательном изучении анамнестических данных
- б) на клинической симптоматике

- в) на результатах рентгенологического исследования
- г) на результатах эндоскопического (с прицельной биопсией) исследования
- д) на всем перечисленном

147. Наиболее трудно дифференцировать болезнь Гиршпрунга со следующими заболеваниями

- а) раком толстой кишки
- б) хроническим колитом, протекающим с запорами
- в) с другими формами мегаколон
- г) полипозом толстой кишки
- д) гранулематозным колитом

148. Наиболее информативным диагностическим методом для болезни Гиршпрунга является

- а) копрологический
- б) рентгенологический
- в) колонофиброскопический с прицельной биопсией
- г) ультразвуковой
- д) радиоизотопный

149. При рентгенологическом исследовании (ирригоскопии) толстой кишки подтвердить болезнь Гиршпрунга позволяют следующие изменения

- а) расширение и удлинение отделов толстой кишки
- б) увеличение диаметра
- в) наличие дополнительных петель
- г) отсутствие гаустр в расширенных отделах
- д) все перечисленные

150. Основным методом лечения болезни Гиршпрунга является

- а) консервативный
- б) хирургический
- в) химиотерапия
- г) рентгенотерапия

151. Чаще всего дивертикулез толстой кишки обнаруживается

- а) в прямой кишке
- б) в сигмовидной кишке
- в) в нисходящей кишке
- г) в поперечно-ободочной
- д) в слепой

152. Наиболее частым симптомом при дивертикулезе толстой кишки является

- а) запор
- б) боли в животе
- в) метеоризм
- г) понос
- д) слизь в кале

153. При дивертикулезе толстой кишки наиболее часто встречаются следующие осложнения

- а) образование фистулы
- б) свободная перфорация
- в) ограниченная перфорация
- г) образование опухоли
- д) дивертикулит

154. В отношении дивертикулеза верны следующие положения

- а) является широко распространенным заболеванием
- б) чаще болеют женщины
- в) чаще болеют не в молодом возрасте
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и в)

155. В триаду Сента включают сочетание дивертикулеза толстой кишки со следующими заболеваниями

- а) желчекаменной болезнью
- б) диафрагмальной грыжей

- в) хроническим аппендицитом
- г) язвенной болезнью
- д) правильные ответы а) и б)

156. Диагностика дивертикулеза толстой кишки основывается

- а) на клинической симптоматике
- б) на тщательном анализе анамнестических данных
- в) на результатах рентгенологического исследования
- г) на результатах колонофиброскопии с прицельной биопсией
- д) копрологии

157. Наиболее трудно дифференцировать дивертикулез со следующими заболеваниями

- а) болезнью Гиршпрунга
- б) раком толстой кишки
- в) гранулематозным колитом
- г) полипозом толстой кишки
- д) неспецифическим язвенным колитом

158. Консервативное лечение дивертикулеза включает

- а) диету
- б) спазмолитические средства
- в) препараты, регулирующие стул
- г) противовоспалительные средства и биологические препараты
- д) все перечисленное

159. При дивертикулезе толстой кишки в диету целесообразно включать

- а) сырую морковь, капусту
- б) чернослив
- в) яблоки
- г) пшеничные отруби
- д) все перечисленное

160. Показаниями к хирургическому лечению дивертикулеза являются следующие осложнения

- а) перфорация
- б) профузное кишечное кровотечение
- в) кишечная непроходимость
- г) правильные ответы а) и в)
- д) все перечисленное

161. Выбор метода операции определяется

- а) характером осложнения
- б) распространенностью процесса
- в) изменениями со стороны самих дивертикулов и кишечной стенки
- г) наличием или отсутствием перифокального воспаления
- д) правильные ответы а) и б)

162. У больного заподозрен дивертикулез толстой кишки, осложненный воспалением и кровотечениями. Диагностические мероприятия включают

- а) повторные исследования периферической крови
- б) сифонную клизму
- в) ректороманоскопию
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы а) и в)

163. У больного заподозрен дивертикулез толстой кишки, осложненный воспалением и кровотечениями. Неотложная терапевтическая помощь прежде всего должна быть направлена

- а) на купирование болевого синдрома
- б) на остановку кровотечения
- в) на снятие воспалительной реакции
- г) правильные ответы а) и в)
- д) все перечисленное

164. Самым часто встречающимся симптомом аденоматозного полипа толстой или прямой кишки является

- а) боль
- б) кровь при дефекации
- в) мелена
- г) диарея
- д) запор

165. В отношении полипоза толстой кишки верны следующие положения

- а) чаще это наследственное заболевание
- б) крайне редко встречается
- в) чаще болеют дети
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы а) и в)

166. При прогрессировании болезни выделяют следующие формы диффузного полипоза толстой кишки

- а) гиперпластический (милиарный)
- б) аденоматозный
- в) аденопапилломатозный
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

167. Наиболее частой злокачественной трансформации подвергается следующая форма полипов толстой кишки

- а) гиперпластическая
- б) аденоматозная
- в) аденопапилломатозная
- г) псевдополипы

168. Диагностика полипоза толстой кишки основывается

- а) на клинической симптоматике
- б) на копрологическом исследовании
- в) на результатах рентгенологического исследования
- г) на результатах колонофиброскопии с прицельной биопсией
- д) правильные ответы в) и г)

169. Наиболее трудно дифференцировать полипоз толстой кишки со следующими заболеваниями

- а) дивертикулезом толстой кишки
- б) неспецифическим язвенным колитом
- в) раком толстой кишки
- г) правильные ответы а) и в)
- д) правильные ответы б) и в)

170. Лечение полипоза толстой кишки должно быть

- а) консервативным
- б) хирургическим
- в) химиотерапией
- г) рентгенотерапией

171. В отношении полипов толстой кишки верно следующее положение

- а) все полипы должны быть удалены эндоскопически или хирургически
- б) удалению подлежат полипы размерами от 1 см и более
- в) удалению подлежат полипы размерами от 2 см и более
- г) размеры полипов не определяют тактики лечения
- д) удалению подлежат только аденоматозные полипы

172. Возможными причинами хронического колита могут быть

- а) алиментарные нарушения
- б) ранее перенесенные острые кишечные инфекции
- в) оперативные вмешательства на органах брюшной полости
- г) злоупотребления алкогольными напитками
- д) все перечисленные

173. Наиболее информативным диагностическим методом патологии толстой кишки является

- а) рентгенологический
- б) колонофиброскопический с прицельной биопсией

- в) исследование ферментов в фекалиях
- г) правильные ответы а) и в)
- д) правильные ответы а) и б)

174. К возможным механизмам, способствующим развитию хронического колита, относятся нарушения

- а) эвакуаторной и выделительной функции
- б) переваривающей функции
- в) дисбактериоз
- г) всасывания
- д) все перечисленное

175. Основная масса жидкости всасывается

- а) в 12-перстной кишке
- б) в тощей кишке
- в) в подвздошной кишке
- г) в толстой кишке
- д) правильные ответы б) и г)

176. Для хронического макроколита в фазе обострения характерны

- а) поносы
- б) боли
- в) асцит
- г) правильные ответы б) и в)
- д) правильные ответы а) и б)

177. При копрологическом исследовании у больных хроническим макроколитом встречаются

- а) нейтральный жир
- б) внеклеточный крахмал
- в) внутриклеточный крахмал
- г) йодофильная флора
- д) правильные ответы в) и г)

178. В норме обнаруживаются в кале все следующие энзимы, кроме

- а) пепсина
- б) амилазы
- в) липазы
- г) трипсина
- д) мальтазы

179. Дегтеобразный стул может появиться при поражениях следующих отделов пищеварительного тракта

- а) пищевода
- б) желудка
- в) еюнум
- г) слепой кишки
- д) правильные ответы а) и б)

180. Принятый внутрь барий в норме поступает в слепую кишку

- а) через 1 час
- б) через 2 часа
- в) через 4-6 часов
- г) через 8 часов
- д) через 12 часов

181. Пассаж в кишечнике замедляют следующие продукты

- а) рис
- б) молоко
- в) сваренные вкрутую яйца
- г) вода
- д) правильные ответы а) и в)

182. Главным резервуаром каловых масс является

- а) слепая кишка
- б) поперечно-ободочная кишка

- в) нисходящий отдел
- г) сигмовидная кишка
- д) прямая кишка

183. Позыв к дефекации начинается

- а) с сокращения наружного анального сфинктера
- б) с сокращения внутреннего анального сфинктера
- в) с растяжения сигмовидной кишки
- г) с растяжения прямой кишки
- д) с сокращения прямой кишки

184. Стул имеет наиболее неприятный запах в тех случаях, когда

- а) пациент на растительной диете
- б) пациент на молочной диете
- в) имеется нарушение всасывания (малабсорбции)
- г) панкреатогенная стеаторея
- д) после перорального применения антибиотиков

185. В норме pH стула находится в пределах

- а) 2. 2-2. 5
- б) 3. 8-4. 5
- в) 5. 0-6. 2
- г) 6. 8-7. 3
- д) 7. 5-8. 2

186. К основным функциям толстой кишки относятся

- а) переваривающая
- б) всасывательная
- в) экскреторная
- г) двигательная
- д) акт дефекации

187. Биопсия слизистой оболочки толстой кишки является информативным диагностическим методом при всех следующих заболеваниях, кроме

- а) гранулематозного колита
- б) рака толстой кишки
- в) неспецифического язвенного колита
- г) дивертикулеза
- д) амилоидоза

188. Для обоснования диагноза хронического макроколита следует использовать все перечисленные методы исследования, кроме

- а) ультразвукового
- б) тщательного анализа анамнестических данных
- в) копрологического
- г) рентгенологического
- д) эндоскопического с прицельной биопсией

189. При обострении хронического макроколита используются следующие методы лечения

- а) диета
- б) препараты ферментного действия
- в) витаминотерапия
- г) антибактериальные средства
- д) все перечисленное

190. При обострении хронического макроколита, протекающего с преобладанием бродильных процессов в кишечнике, показана

- а) жировая диета
- б) углеводная диета
- в) белковая диета
- г) общий полноценный рацион

191. При хроническом макроколите в фазе ремиссии показана

- а) углеводная диета
- б) белковая диета
- в) полноценный рацион
- г) жировая диета
- д) гипокалорийная диета

192. При хроническом макроколите, протекающем с преобладанием запора, в диету следует включать все перечисленное, кроме

- а) пшеничных отрубей
- б) чернослива
- в) плодов черемухи
- г) ржаного хлеба
- д) бананов

193. Обострению хронического макроколита могут способствовать следующие причины

- а) нарушение диеты
- б) интеркуррентная инфекция
- в) прием внутрь антибиотиков
- г) прекращение ферментной терапии
- д) все перечисленное

194. В состав пшеничных отрубей входят

- а) целлюлоза
- б) гемицеллюлоза
- в) пектиновые вещества
- г) гуар
- д) все перечисленное

195. Некрахмальные полисахариды включают все следующие компоненты, кроме

- а) пектиновых веществ
- б) гумми
- в) гемицеллюлозы
- г) лигнина
- д) гуара

196. В зависимости от причины различают следующие виды запоров

- а) алиментарные и токсические
- б) неврогенные
- в) воспалительные
- г) механические
- д) все перечисленные

197. К возможным механизмам, способствующим развитию неврогенных запоров, относятся

- а) условнорефлекторные
- б) дискинетические
- в) запоры при органических поражениях спинного, головного мозга и тазовых органов
- г) правильные ответы а) и в)
- д) все перечисленное

198. К возможным механизмам, обуславливающим передвижение каловых масс, относятся

- а) механическое раздражение (пища богатая клетчаткой)
- б) соли калия
- в) жирные кислоты
- г) гормоны щитовидной железы, надпочечников, гипофиза, половых желез
- д) все перечисленное

199. При запорах "местные" кишечные симптомы проявляются в виде

- а) урчания
- б) метеоризма
- в) чувства неполного опорожнения кишечника
- г) ложных позывов
- д) всего перечисленного

200. К общим нарушениям при запорах относятся

- а) головные боли
- б) повышенная утомляемость
- в) депрессивные состояния
- г) боли в суставах
- д) все перечисленное

Эталонные ответы к тестам:

001-Г	002-Д	003-Б	004-Д	005-Б	006-А	007-Г
008-Д	009-Г	010-В	011-Д	012-Д	013-Д	014-Г
015-А	016-Г	017-Д	018-В	019-В	020-А	021-А
022-Г	023-Г	024-А	025-Г	026-Г	027-Д	028-Г
029-Г	030-Д	031-Г	032-Г	033-А	034-Б	035-Б
036-Д	037-Д	038-А	039-Д	040-В	041-В	042-В
043-Д	044-Д	045-Д	046-Д	047-Е	048-В	049-Д
050-Б	051-Д	052-Е	053-Д	054-Г	055-Д	056-Б
057-Б	058-Е	059-Е	060-Е	061-Д	062-Б	063-Г
064-Д	065-Е	066-Д	067-Д	068-Г	069-Е	070-В
071-Д	072-В	073-Е	074-Г	075-Б	076-Д	077-Г
078-Д	079-Б	080-Д	081-Г	082-Г	083-Б	084-Д
085-Д	086-Д	087-Г	088-Д	089-Д	090-Д	091-Д
092-Г	093-Д	094-Д	095-Д	096-В	097-Д	098-В
099-Д	100-В	101-Д	102-А	103-Д	104-Д	105-Г
106-Д	107-Д	108-Д	109-В	110-Д	111-Г	112-В
113-Д	114-Г	115-Д	116-В	117-Д	118-Д	119-Д
120-Д	121-Б	122-Д	123-Г	124-А	125-Г	126-Б
127-Д	128-Д	129-В	130-В	131-Б	132-Б	133-Д
134-Д	135-Д	136-Б	137-Д	138-В	139-Д	140-Д
141-Д	142-Д	143-Г	144-Д	145-Д	146-Д	147-В
148-Б	149-Д	150-Б	151-Б	152-А	153-Д	154-Д
155-Д	156-В	157-В	158-Д	159-Д	160-Д	161-Д
162-Д	163-Б	164-Б	165-Д	166-Д	167-В	168-Д
169-Д	170-Б	171-А	172-Д	173-Д	174-В	175-Д
176-Д	177-Д	178-А	179-Д	180-В	181-Д	182-Д
183-Г	184-В	185-Г	186-Д	187-Г	188-А	189-Д
190-В	191-В	192-В	193-Д	194-Д	195-Г	196-Д
197-Д	198-Д	199-Д	200-Д			

5. Тема: Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона.

001. Причиной язвенного колита является

- а) аллергия
- б) бактериальная инфекция
- в) иммунологические нарушения
- г) сосудистые нарушения
- д) ни одна из упомянутых

002. Обострение неспецифического язвенного колита могут обусловить

- а) прекращение поддерживающей терапии сульфасалазином
- б) беременность
- в) нарушение диеты
- г) интеркурентная инфекция
- д) все вышеперечисленные причины

003. Поражение прямой и сигмовидной кишки при неспецифическом язвенном колите может быть

- а) в 10-20% случаев
- б) в 25-50% случаев
- в) в 50-70% случаев
- г) в 70-85% случаев
- д) в 85-100% случаев

004. Основными клиническими симптомами язвенного колита являются все перечисленные, кроме
- а) кишечных кровотечений
 - б) болей в животе
 - в) поносов
 - г) перипанальных абсцессов
005. Особенности течения язвенного колита у подростков являются
- а) тяжелое течение заболевания
 - б) поражаются лишь дистальные отделы толстой кишки
 - в) не страдает общее состояние больного
 - г) чаще беспокоят запоры
 - д) риск развития рака толстой кишки крайне мал
006. Гистологическое исследование имеет решающее значение в диагностике
- а) неспецифического язвенного колита
 - б) характера полипа толстой кишки
 - в) болезни Крона
 - г) функциональных нарушений кишечника
 - д) ишемического колита
007. При язвенном колите в патологический процесс вовлекается
- а) слизистая оболочка
 - б) слизистая и подслизистая оболочки
 - в) серозная оболочка
 - г) вся стенка кишки
 - д) мышечный слой кишки
008. Диагноз неспецифического язвенного колита подтверждают
- а) абсцессы крипт
 - б) воспалительные изменения, ограниченные слизистой оболочкой
 - в) уменьшение числа бокаловидных клеток
 - г) реактивная гиперплазия оставшегося эпителия
 - д) все перечисленное
009. Первыми признаками улучшения в течение язвенного колита, обнаруживаемыми при биопсии прямой кишки, являются
- а) исчезновение лейкоцитов из слизистой и абсцессов крипт
 - б) уменьшение гиперемии слизистой
 - в) восстановление числа бокаловидных клеток
 - г) трансмуральное поражение стенки кишки
 - д) правильные ответы а) и в)
010. Внешнекишечными проявлениями неспецифического язвенного колита являются
- а) артрит
 - б) поражение кожи
 - в) поражение печени
 - г) тромбофлебит
 - д) все перечисленные
011. Местными осложнениями неспецифического язвенного колита являются
- а) кровотечение
 - б) стриктура
 - в) перфорация кишки
 - г) рак толстой кишки
 - д) все перечисленные
012. Токсическая дилатация толстой кишки является типичным осложнением
- а) при болезни Крона
 - б) при дивертикулезе толстой кишки
 - в) при неспецифическом язвенном колите
 - г) при врожденной долихосигме
 - д) при полипозе толстой кишки

013. Токсическая мегаколон или токсическая дилатация при неспецифическом язвенном колите чаще возникает
- а) в слепой кишке
 - б) в поперечной
 - в) в нисходящей
 - г) в сигмовидной
 - д) в прямой
014. Для неспецифического язвенного колита характерны следующие биохимические показатели
- а) гипопроteinемия
 - б) нарушение водно-солевого обмена
 - в) нарушение гемокоагуляции
 - г) ни один из вышеперечисленных
 - д) все перечисленные
015. При язвенном колите диагностическое значение имеют следующие рентгенологические признаки
- а) увеличение диаметра кишки
 - б) множественные гаустрации
 - в) вид "булыжной мостовой"
 - г) мешковидные выпячивания по контуру кишки
 - д) изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки
016. В диагностике неспецифического язвенного колита ведущее значение имеет
- а) физикальное исследование
 - б) кал на скрытую кровь
 - в) ирригоскопия
 - г) микробиологическое исследование кала
 - д) ректороманоскопия (колоноскопия)
017. 23-летний мужчина 8 недель болен диареей. Он жалуется на частый кровянисто-слизистый стул с императивным позывом и тенезмами. Также жалуется на опорожнение кишечника в ночное время и схваткообразные боли внизу живота в связи с опорожнением кишечника. В прошлом диареей не страдал. Физикальное исследование без особенностей. - Первым диагностическим шагом будет
- а) бариевая клизма
 - б) проктосигмоидоскопия
 - в) лабораторные исследования кала на паразитов
 - г) испытание антидиарейного препарата перед колонофиброскопией
 - д) рентгенологическое исследование тонкой кишки
018. 23-летний мужчина 8 недель болен диареей. Он жалуется на частый кровянисто-слизистый стул с императивным позывом и тенезмами. Также жалуется на опорожнение кишечника в ночное время и схваткообразные боли внизу живота в связи с опорожнением кишечника. В прошлом диареей не страдал. Физикальное исследование без особенностей. - Проктосигмоидоскопия может быть ценной и должна быть сделана
- а) после лечения для контроля диареи
 - б) на следующий день после двух очистительных клизм
 - в) во время физикального исследования
 - г) точно перед бариевой клизмой
 - д) после бариевой клизмы
019. Эндоскопическими критериями поражения толстой кишки при язвенном колите являются
- а) гиперемия и отек слизистой оболочки
 - б) контактная кровоточивость
 - в) сужение просвета кишки и ее ригидность
 - г) поверхностные дефекты слизистой оболочки
 - д) все перечисленные
020. Характерным ректоскопическим признаком для неактивной фазы неспецифического язвенного колита является
- а) произвольная кровоточивость слизистой оболочки
 - б) наличие изъязвлений
 - в) контактные кровотечения
 - г) стертость сосудистого рисунка
 - д) наличие ложных полипов

021. В профилактике рецидивов неспецифического язвенного колита достоверное значение имеет
- а) щадящая диета
 - б) сульфасалазин в дозе 1-2 г в сутки
 - в) ограничение физической нагрузки
 - г) седативные средства
 - д) ни одна из перечисленных мер
022. Основные принципы терапии язвенного колита включают
- а) коррекцию обменных нарушений
 - б) седативные средства
 - в) средства, нормализующие функции кишечника
 - г) азосоединения сульфаниламидов с салициловой кислотой, месалазин, преднизолон
 - д) все перечисленное
023. При обострении неспецифического язвенного колита рекомендуется
- а) безмолочная диета
 - б) безбелковая диета
 - в) протертая диета
 - г) диета без моносахаридов
 - д) диета с пониженным количеством жира
024. При неспецифическом язвенном колите средней степени тяжести медикаментозным средством выбора является
- а) кортикостероиды
 - б) фталазол
 - в) левомецитин
 - г) сульфасалазин, месалазин
 - д) ампициллин
025. Стероидные гормоны при неспецифическом язвенном колите применяются
- а) в лечении манифестных форм заболевания
 - б) для ускорения наступления клинической ремиссии
 - в) при угрожающих жизни состояниях
 - г) при тяжелых формах позволяют подготовить больного
 - д) все перечисленное
026. Начинать лечение при неспецифическом язвенном колите необходимо с назначения
- а) левомецитина
 - б) иммурина
 - в) ампициллина
 - г) сульфасалазина
 - д) неомицина
027. Если от лекарства последует появление расстройства пищеварения или аллергия в случае его приема через рот, следует вводить через прямую кишку
- а) АКГ
 - б) сульфасалазин
 - в) гидрокортизон
 - г) облепиховое масло
 - д) колларгол
028. Противопоказанием для применения сульфасалазина в лечении неспецифического язвенного колита является
- а) тошнота после приема лекарства
 - б) гипохромная анемия
 - в) аллергическая реакция
 - г) инфекция мочевыводящих путей
 - д) псевдополипоз
029. Основным показанием для назначения кортикостероидов при язвенном колите является
- а) поражение дистальных отделов толстой кишки
 - б) активный воспалительный процесс в слизистой оболочке толстой кишки

- в) наличие внекишечных проявлений заболевания
- г) поражение перинальной области
- д) начальный период заболевания

030. Больной неспецифическим язвенным колитом получает фибикол. В связи с повышением температуры больному назначается антибиотик тетрациклин. Под влиянием антибиотика биологическая активность бификола

- а) повысится
- б) снизится
- в) не изменится
- г) действие препаратов взаимно усилится

031. Антибиотикотерапия при неспецифическом язвенном колите применяется

- а) для профилактики рецидивов заболевания
- б) при наличии осложнений
- в) в каждом случае заболевания
- г) при явных кровотечениях
- д) при частых рецидивах и длительном течении заболевания

032. Показаниями к оперативному лечению язвенного колита является все перечисленное, кроме

- а) перфорации кишки
- б) неэффективности консервативного лечения
- в) рака на фоне заболевания
- г) тотального поражения толстой кишки
- д) первичного склерозирующего холангита

033. Операцией выбора при язвенном колите является

- а) сегментарная резекция толстой кишки
- б) левосторонняя гемиколэктомия
- в) правосторонняя гемиколэктомия
- г) тотальная колпрокэктомия с наложением илеостомы
- д) удаление ободочной с сохранением прямой кишки

034. Микрофлора толстой кишки состоит

- а) из заметно увеличенного количества анаэробов по сравнению с тонкой кишкой
- б) из очень небольшого числа бактерий
- в) только из *E. coli*
- г) из бактерий, идентичных флоре тонкой кишки
- д) сальмонелл

035. В развитии дисбактериоза кишечника имеют значение

- а) недостаточность продукции соляной кислоты
- б) истощение экскреторной функции поджелудочной железы
- в) изменения pH кишечного сока
- г) длительное применение антибиотиков, дефицит белка и витаминов группы В
- д) все перечисленное

036. У больного хроническим энтероколитом при очередном обострении заболевания, на фоне бесконтрольного лечения антибиотиками (олететрин в больших дозах) усилились диспепсические расстройства (боли в животе, метеоризм, понос). В стуле появились примеси слизи и гноя. Повысилась температура. -В данном случае можно думать о присоединении

- а) неспецифического язвенного колита
- б) гранулематозного колита
- в) рака толстой кишки
- г) дисбактериоза
- д) всего перечисленного

037. У больного хроническим энтероколитом при очередном обострении заболевания, на фоне бесконтрольного лечения антибиотиками (олететрин в больших дозах) усилились диспепсические расстройства (боли в животе, метеоризм, понос). В стуле появились примеси слизи и гноя. Повысилась температура. -Из диагностических методов исследования необходимо использовать все перечисленные, кроме

- а) копрологического
- б) рентгенологического

- в) бактериологического
- г) ультразвукового

038. У больного хроническим энтероколитом при очередном обострении заболевания, на фоне бесконтрольного лечения антибиотиками (олететрин в больших дозах) усилились диспепсические расстройства (боли в животе, метеоризм, понос). В стуле появились примеси слизи и гноя. Повысилась температура. -Наиболее вероятный диагноз в этом случае

- а) дисбактериоз кишечника
- б) неспецифический язвенный колит
- в) рак толстой кишки
- г) ишемический колит

039. У больного хроническим энтероколитом при очередном обострении заболевания, на фоне бесконтрольного лечения антибиотиками (олететрин в больших дозах) усилились диспепсические расстройства (боли в животе, метеоризм, понос). В стуле появились примеси слизи и гноя. Повысилась температура. Наиболее вероятный диагноз в этом случае дисбактериоз кишечника. - При бактериологическом исследовании кала подтвердить диагноз позволяют обнаруженные нарушения

- а) видового состава микрофлоры
- б) количественных соотношений
- в) биологических свойств
- г) правильные ответы а) и б)
- д) всего перечисленного

040. У больного хроническим энтероколитом при очередном обострении заболевания, на фоне бесконтрольного лечения антибиотиками (олететрин в больших дозах) усилились диспепсические расстройства (боли в животе, метеоризм, понос). В стуле появились примеси слизи и гноя. Повысилась температура. Наиболее вероятный диагноз в этом случае дисбактериоз кишечника. - Больному следует назначить все перечисленные методы, кроме

- а) диеты
- б) препаратов ферментного действия
- в) антибиотиков
- г) биологических препаратов
- д) правильные ответы а) и б)

041. При протейном дисбактериозе рационально назначать следующие препараты, кроме

- а) нитрофуранов
- б) невинграмона
- в) протейного бактериофага
- г) эубиотиков
- д) ампициллина

042. Для нормализации состава кишечной флоры при дисбактериозе используются

- а) эубиотики
- б) нитрофураны
- в) антибиотики широкого спектра
- г) бактисубтил
- д) бактериофаги
- е) все перечисленное

043. При дисбактериозе, вызванном патологическими штаммами эшерихий, назначаются все перечисленные препараты, кроме

- а) левомицетина
- б) фуразолидона
- в) бисептола
- г) эубиотиков
- д) колибактерина или бификола

044. Применение антибиотиков может вызвать развитие

- а) дисбактериоза кишечника
- б) язвенного проктита
- в) дисфагии
- г) язвенной болезни
- д) правильные ответы а) и б)

045. При кандидомикозе следует назначить

- а) неовиграмон
- б) левомицетин
- в) леворин
- г) правильные ответы а) и б)

046. Препараты нитрофурановой группы оказывают преимущественное действие на следующие микробы

- а) стафилококки
- б) протей
- в) палочку синего гноя
- г) патологические штаммы эшерихии
- д) правильные ответы б) и г)

047. Препараты группы налиндиксовой кислоты оказывают преимущественное действие на микробы

- а) клебсиеллу
- б) протей
- в) эшерихии (патологические штаммы)
- г) стрептококки
- д) правильные ответы б) и в)

048. Нарушению нормального состава микрофлоры кишечника способствуют следующие медикаментозные препараты, кроме

- а) сульфаниламидов
- б) зуботоников
- в) биологических препаратов
- г) антибиотиков
- д) правильные ответы б) и в)

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

- а) макролидов
- б) широкого спектра действия (тетрациклины)
- в) аминогликозидов
- г) цефалоспоринов
- д) правильные ответы а) и г)

050. При стафилококковом дисбактериозе наиболее рационально назначить антибиотики группы

- а) макролидов
- б) тетрациклинов
- в) цефалоспоринов
- г) аминогликозидов
- д) правильные ответы а) и в)

051. При дисбактериозе, вызванном клебсиеллой, следует назначить антибиотики

- а) вибрамицин
- б) амикацин
- в) тетрациклин
- г) клиндамицин
- д) ни один из перечисленных

052. При дисбактериозе, вызванном синегнойной палочкой, рационально назначить следующие антибиотики

- а) карбенициллин
- б) гентамицин
- в) эритромицин
- г) правильные ответы б) и в)
- д) правильные ответы а) и в)

053. Амфотерицин В наиболее эффективен при следующем виде дисбактериоза

- а) стафилококковом
- б) синегнойном
- в) грибковом
- г) правильные ответы б) и в)

054. К группе аминогликозидов относятся все перечисленные антибиотики, кроме
- а) канамицина
 - б) тобрамицина
 - в) сизомицина
 - г) вибрамицина
 - д) амикацина
055. К группе макролидов относятся все перечисленные антибиотики, кроме
- а) эритромицина
 - б) олеандомицина
 - в) морфоциклина
 - г) линкомицина
 - д) клиндамицина
056. Показанием к назначению бифидумбактерина является
- а) резкое угнетение или отсутствие роста анаэробов неспорообразующих
 - б) отсутствие роста энтерококков
 - в) усиление роста представителей факультативной микрофлоры
 - г) угнетение роста бактерий группы коли
057. Оптимальной разовой дозой для приема бификолы является
- а) 1 доза
 - б) 2 дозы
 - в) 3 дозы
 - г) 4-6 доз
058. При пневматозе кишечника газ в кишечной стенке
- а) образуется в результате жизнедеятельности газообразующих бактерий
 - б) распространяется по тканевым и лимфатическим пространствам
 - в) накапливается в связи с нарушением кислотно-щелочного равновесия в кишечной стенке
 - г) все перечисленное
 - д) правильного ответа нет
059. Газовые кисты в кишке чаще локализуются
- а) в серозном слое
 - б) в подсерозном слое
 - в) в слизистом слое
 - г) в подслизистом слое
 - д) в мышечном слое
060. Пневматоз кишечника часто сочетается
- а) с пилоростенозом
 - б) с язвенной болезнью
 - в) с непроходимостью кишечника
 - г) с энтеритом
 - д) со всем перечисленным
061. Рентгенодиагностика пневматоза кишечника базируется
- а) на деформации кишки
 - б) на ячеистости контуров
 - в) на наличии газов между диафрагмой и печенью
 - г) на всем перечисленном
 - д) правильные ответы а) и в)
062. При пневматозе кишечника возможны все следующие осложнения, кроме
- а) стенозирования
 - б) перфорации
 - в) кровотечения
 - г) непроходимости кишечника
063. Лечение осложнений пневматоза кишечника должно быть
- а) медикаментозным

- б) хирургическим
- в) физиотерапевтическим
- г) все перечисленное

064. Пневматоз кишечника протекает

- а) молниеносно
- б) длительно
- в) возможно самоизлечение
- г) летальный исход обязателен
- д) правильные ответы б) и в)

065. Причиной болезни Крона является

- а) аллергия
- б) иммунологические нарушения
- в) бактериальная инфекция
- г) сосудистые нарушения
- д) ни одно из перечисленных

066. Обусловить обострение болезни Крона могут следующие причины

- а) беременность
- б) нарушение диеты
- в) интеркуррентная инфекция
- г) отмена поддерживающей терапии (сульфасалазин)
- д) все перечисленное

067. Наиболее характерными патоморфологическими аспектами регионарного илеита (болезни Крона) являются

- а) вовлечение в процесс только слизистой оболочки
- б) гранулемы
- в) вовлечение в процесс всех слоев кишки
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

068. При регионарном илеите раньше всего в кишке поражаются

- а) слизистая оболочка
- б) подслизистая оболочка
- в) лимфатические протоки
- г) капилляры кровеносных сосудов
- д) серозная оболочка

069. Правильным в отношении регионарного илеита является

- а) встречается в любом возрасте
- б) заболеваемость не зависит от пола
- в) передается по наследству
- г) имеет географическую распространенность
- д) правильные ответы а) и б)

070. Самыми частыми симптомами регионарного илеита являются

- а) лихорадка
- б) боли
- в) понос
- г) правильные ответы а) и в)
- д) правильные ответы б) и в)

071. К внекишечным признакам регионарного илеита относятся все следующие, кроме

- а) миокардита
- б) иридоциклита
- в) узловатой эритемы
- г) полиартрита
- д) ирита

072. Наиболее сложно дифференцировать регионарный илеит со следующими заболеваниями

- а) неспецифическим язвенным колитом

- б) кишечной карциномой
- в) язвенной болезнью
- г) желчнокаменной болезнью
- д) заболеваниями мочевыводящей системы

073. При болезни Крона чаще поражается

- а) пищевод
- б) желудок
- в) подвздошная кишка
- г) аппендикс
- д) прямая кишка

074. Больной Д., 26 лет. В течение 2 лет беспокоят приступообразные боли в правой подвздошной области, различные по длительности. Несколько раз госпитализировался с подозрением на острый аппендицит, однако оперативное вмешательство не было произведено. При последнем обострении боли в животе сопровождались поносом с примесью крови. При осмотре кожные покровы обычной окраски, признаки узловой эритемы, при пальпации живота - умеренная болезненность в правой подвздошной области. В анализе крови: гемоглобин - 100 г/л, СОЭ - 40 мм/час. - Наиболее вероятный предварительный диагноз

- а) болезнь Крона (терминальный илеит)
- б) хронический аппендицит
- в) неспецифический язвенный колит
- г) болезнь Уиппла
- д) целиакция

075. Больной Д., 26 лет. В течение 2 лет беспокоят приступообразные боли в правой подвздошной области, различные по длительности. Несколько раз госпитализировался с подозрением на острый аппендицит, однако оперативное вмешательство не было произведено. При последнем обострении боли в животе сопровождались поносом с примесью крови. При осмотре кожные покровы обычной окраски, признаки узловой эритемы, при пальпации живота - умеренная болезненность в правой подвздошной области. В анализе крови: гемоглобин - 100 г/л, СОЭ - 40 мм/час. - Необходимо предпринять следующие диагностические исследования

- а) рентгенологическое исследование тонкой кишки с барием
- б) колонофиброскопия с прицельной биопсией
- в) лапароскопия
- г) копрологическое исследование
- д) правильные ответы а) и б)

076. Больной Д., 26 лет. В течение 2 лет беспокоят приступообразные боли в правой подвздошной области, различные по длительности. Несколько раз госпитализировался с подозрением на острый аппендицит, однако оперативное вмешательство не было произведено. При последнем обострении боли в животе сопровождались поносом с примесью крови. При осмотре кожные покровы обычной окраски, признаки узловой эритемы, при пальпации живота - умеренная болезненность в правой подвздошной области. В анализе крови: гемоглобин - 100 г/л, СОЭ - 40 мм/час. - В лечении болезни Крона можно использовать

- а) диеты
- б) витаминотерапию
- в) стероидные гормоны
- г) сульфасалазин
- д) все перечисленное

077. Больной Д., 26 лет. В течение 2 лет беспокоят приступообразные боли в правой подвздошной области, различные по длительности. Несколько раз госпитализировался с подозрением на острый аппендицит, однако оперативное вмешательство не было произведено. При последнем обострении боли в животе сопровождались поносом с примесью крови. При осмотре кожные покровы обычной окраски, признаки узловой эритемы, при пальпации живота - умеренная болезненность в правой подвздошной области. В анализе крови: гемоглобин - 100 г/л, СОЭ - 40 мм/час. - Лечение гранулематозного колита лучше начинать

- а) левомицетином
- б) неомицином
- в) сульфасалазином
- г) гидрокортизоном
- д) пенициллином

078. 25-летнего мужчину около 2, 5 месяцев беспокоят боли в животе, поносы. Стул часто с примесью слизи и крови. В прошлом диспепсическими расстройствами не страдал. Температура субфебрильная. При физикальном исследовании кроме болезненности в правой подвздошной области, других отклонений от нормы

не обнаружено. Предположение о наличии у больного заболевания, вызванного острой кишечной инфекцией, при бактериологическом исследовании кала подтверждения не нашли. - Первым диагностическим шагом будет

- а) ирригоскопия
- б) проктосигмоидоскопия
- в) лабораторные исследования кала на паразитов
- г) рентгенологическое исследование тонкой кишки

079. 25-летнего мужчину около 2. 5 месяцев беспокоят боли в животе, поносы. Стул часто с примесью слизи и крови. В прошлом диспепсическими расстройствами не страдал. Температура субфебрильная. При физикальном исследовании кроме болезненности в правой подвздошной области, других отклонений от нормы не обнаружено. Предположение о наличии у больного заболевания, вызванного острой кишечной инфекцией, при бактериологическом исследовании кала подтверждения не нашли. - Для наиболее информативной оценки проктосигмоидоскопия должна быть сделана

- а) после ирригоскопии
- б) перед ирригоскопией
- в) во время физикального исследования
- г) на следующий день после 2 очистительных клизм
- д) после проведенного лечения

080. 25-летнего мужчину около 2. 5 месяцев беспокоят боли в животе, поносы. Стул часто с примесью слизи и крови. В прошлом диспепсическими расстройствами не страдал. Температура субфебрильная. При физикальном исследовании кроме болезненности в правой подвздошной области, других отклонений от нормы не обнаружено. Предположение о наличии у больного заболевания, вызванного острой кишечной инфекцией, при бактериологическом исследовании кала подтверждения не нашли. - Наиболее вероятный диагноз у больного

- а) хронический энтероколит
- б) неспецифический язвенный колит
- в) гранулематозный колит (болезнь Крона)
- г) рак толстой кишки
- д) дизентерия

081. 25-летнего мужчину около 2. 5 месяцев беспокоят боли в животе, поносы. Стул часто с примесью слизи и крови. В прошлом диспепсическими расстройствами не страдал. Температура субфебрильная. При физикальном исследовании кроме болезненности в правой подвздошной области, других отклонений от нормы не обнаружено. Предположение о наличии у больного заболевания, вызванного острой кишечной инфекцией, при бактериологическом исследовании кала подтверждения не нашли. - Диагноз помогут подтвердить следующие методы исследования

- а) рентгенологическое исследование тонкой и толстой кишок
- б) колонофиброскопия с прицельной биопсией
- в) копрологическое
- г) правильные ответы б) и в)
- д) правильные ответы а) и б)

082. 25-летнего мужчину около 2. 5 месяцев беспокоят боли в животе, поносы. Стул часто с примесью слизи и крови. В прошлом диспепсическими расстройствами не страдал. Температура субфебрильная. При физикальном исследовании кроме болезненности в правой подвздошной области, других отклонений от нормы не обнаружено. Предположение о наличии у больного заболевания, вызванного острой кишечной инфекцией, при бактериологическом исследовании кала подтверждения не нашли. - При рентгенологическом исследовании кишечника подтвердить диагноз позволяют следующие изменения

- а) неравномерное сужение просвета кишки с четкими границами поражения
- б) утолщение складок слизистой оболочки
- в) картина "булыжной мостовой"
- г) псевдодивертикулы
- д) все перечисленное

083. 25-летнего мужчину около 2. 5 месяцев беспокоят боли в животе, поносы. Стул часто с примесью слизи и крови. В прошлом диспепсическими расстройствами не страдал. Температура субфебрильная. При физикальном исследовании кроме болезненности в правой подвздошной области, других отклонений от нормы не обнаружено. Предположение о наличии у больного заболевания, вызванного острой кишечной инфекцией, при бактериологическом исследовании кала подтверждения не нашли. - При колонофиброскопии подтвердить диагноз позволяют следующие изменения

- а) резкий отек с неравномерным утолщением слизистой оболочки
- б) глубокие узкие с подрытыми краями язвы и щелевидные язвы ("ножевые порезы")

- в) наличие свищей
- г) наличие в просвете кишки слизи и гноя
- д) все перечисленное

084. 25-летнего мужчину около 2. 5 месяцев беспокоят боли в животе, поносы. Стул часто с примесью слизи и крови. В прошлом диспепсическими расстройствами не страдал. Температура субфебрильная. При физикальном исследовании кроме болезненности в правой подвздошной области, других отклонений от нормы не обнаружено. Предположение о наличии у больного заболевания, вызванного острой кишечной инфекцией, при бактериологическом исследовании кала подтверждения не нашли. - Патологический процесс при гранулематозном колите чаще развивается

- а) в слизистой оболочке
- б) в подслизистом слое
- в) в мышечном слое
- г) в субсерозном слое
- д) в серозном слое

085. Для клеточного состава инфильтрата кишечной стенки при болезни Крона характерно преобладание всех следующих элементов, кроме

- а) лимфоцитов
- б) плазматических клеток
- в) эритроцитов
- г) эозинофилов
- д) эпителиальных клеток

086. К возможным местным осложнениям при болезни Крона относятся

- а) перфорация
- б) кровотечение
- в) свищи и стриктуры
- г) острая токсическая дилатация толстой кишки
- д) все перечисленное

087. К возможным системным поражениям при болезни Крона относятся поражения

- а) кожи
- б) глаз
- в) суставов
- г) правильные ответы а) и в)
- д) все перечисленные

088. Наибольшие затруднения при дифференциальной диагностике гранулематозного колита (болезни Крона) представляют следующие заболевания

- а) рак толстой кишки
- б) неспецифический язвенный колит
- в) хронический энтероколит
- г) болезнь Уиппла
- д) хронический панкреатит

089. При болезни Крона наиболее часто поражаются

- а) проксимальный отдел тонкой кишки
- б) дистальный отдел тонкой кишки
- в) слепая кишка
- г) нисходящий отдел толстой кишки
- д) сигма

090. Для лечения гранулематозного колита в фазе обострения применяются

- а) диета
- б) сульфасалазин
- в) гидрокортизон
- г) облепиховое масло и колларгол
- д) все перечисленное

091. Часто поражается при сосудистой недостаточности

- а) слепая кишка
- б) печеночная флексура

- в) селезеночная флексура
- г) нисходящая кишка
- д) сигмовидная кишка

092. Для ишемии кишечника характерно

- а) кровавая диарея
- б) рвота
- в) тахикардия и гипотензия
- г) отсутствие физикальных находок в брюшной полости при сильных абдоминальных болях
- д) правильные ответы а) и г)

093. Патоморфологические изменения при ишемическом колите начинаются

- а) со слизистой оболочки
- б) с подслизистого слоя
- в) с мышечного слоя
- г) с субсерозного слоя
- д) все правильно

094. В отношении ишемического колита верны следующие положения, кроме

- а) чаще болеют мужчины
- б) ограниченности поражения
- в) заболевание чаще встречается в молодом возрасте
- г) заболевание чаще встречается в пожилом возрасте
- д) все перечисленное

095. Наибольшие трудности в дифференциальной диагностике ишемического колита представляют

- а) рак толстой кишки
- б) полипоз
- в) дивертикулит
- г) гранулематозный колит
- д) болезнь Гиршпрунга

096. Наиболее информативными диагностическими методами при ишемическом колите являются

- а) копрологический
- б) рентгенологический
- в) эндоскопический
- г) селективная ангиография
- д) правильные ответы в) и г)

097. Вторичный амилоидоз кишечника может развиваться

- а) при остеомиелите
- б) при туберкулезе
- в) при бронхоэктазах
- г) при сифилисе
- д) при всех перечисленных заболеваниях

098. Первичный амилоидоз является следствием

- а) извращенного белкового обмена
- б) нарушения белково-синтетической функции клеток
- в) нарушенного иммунитета
- г) наследственной предрасположенности
- д) всего перечисленного

099. При диффузном амилоидозе стенка тонкой кишки претерпевает все перечисленные изменения, кроме

- а) утолщения складок
- б) истончения складок
- в) изъязвления
- г) деструкции кишечных желез
- д) правильного ответа нет

100. При амилоидозе кишечника в крови выявляются все перечисленные изменения, кроме

- а) гиперхолестеринемии

- б) гиперглобулинемии
- в) гипоальбуминемии
- г) гипокальциемии
- д) гипопротромбинемии

Эталонные ответы к тестам:

001-Д	002-Д	003-Д	004-Г	005-А	006-Б	007-А	008-Д	009-Д	010-Д
011-Д	012-В	013-Б	014-Д	015-Д	016-Д	017-Б	018-В	019-Д	020-Г
021-Б	022-Д	023-А	024-Г	025-Д	026-Г	027-В	028-В	029-Б	030-Б
031-Б	032-Д	033-Г	034-А	035-Д	036-Г	037-Г	038-А	039-Д	040-В
041-Д	042-Е	043-А	044-Д	045-В	046-Д	047-Д	048-Д	049-В	050-Д
051-Б	052-Д	053-В	054-Г	055-В	056-А	057-Г	058-Г	059-Б	060-Д
061-Г	062-А	063-Б	064-Д	065-Д	066-Д	067-Д	068-В	069-Д	070-Д
071-А	072-А	073-В	074-А	075-Д	076-Д	077-В	078-Б	079-Г	080-В
081-Д	082-Д	083-Д	084-Б	085-В	086-Д	087-Д	088-Б	089-Б	090-Д
091-В	092-Д	093-А	094-В	095-Г	096-Д	097-Д	098-Д	099-Б	100-А

6.Тема: Заболевания печени: гепатозы, гепатиты, циррозы.

001. Минимальный выбор тестов, позволяющих определять нарушения функции печени, включает

- а) динамическую сцинтиграфию с РФП "Хида" и билирубин
- б) динамическую сцинтиграфию с РФП "Хида" и щелочную фосфатазу
- в) щелочную фосфатазу и трансаминазы
- г) динамическую сцинтиграфию с РФП "Хида" и трансаминазы
- д) билирубин, АлАТ, щелочная фосфатаза, альбумины, γ -глобулины

002. Наиболее специфичным тестом внутрипеченочного холестаза является

- а) динамическая сцинтиграфия с РФП "Хида"
- б) трансаминазы
- в) ЩФ
- г) прямой билирубин
- д) неконъюгированный билирубин

003. Источниками неконъюгированного билирубина являются

- а) разрушенные эритроциты
- б) предшественники эритроцитов в костном мозге
- в) селезенка
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и б)

004. Гемолитическую желтуху и внепеченочный холестаз можно дифференцировать на основании

- а) цвета кала
- б) природы билирубина в крови
- в) определения уробилина в моче
- г) ретикулоцитоза
- д) всего перечисленного

005. Повышение сывороточного железа характерно

- а) для гемохроматоза
- б) для острого гепатита
- в) для хронического аутоиммунного гастрита с В12-дефицитной анемией
- г) для апластической и гемолитической анемии
- д) для всего перечисленного

006. Повышение в крови холестерина характерно для

- а) хронического алкогольного гепатита
- б) нефротического синдрома
- в) первичного билиарного цирроза печени
- г) всего перечисленного
- д) правильные ответы б) и в)

007. Метаболизируются в печени гормоны

- а) кортизол
- б) эстрогены
- в) тестостерон
- г) альдостерон
- д) все перечисленные

008. Из факторов свертывания крови меньше всего страдает при заболеваниях печени

- а) фибриноген
- б) тромбин
- в) фактор V
- г) антигемофильный глобулин
- д) фактор VII

009. При циррозе печени электрофорез белков выявляет

- а) повышение альбумина
- б) значительное увеличение α₁-глобулина
- в) повышение γ-глобулина
- г) отсутствие β-глобулина
- д) все перечисленное

010. Тимоловая проба находится в большой зависимости от изменения содержания в сыворотке

- а) альбумина
- б) фибриногена
- в) α-глобулина
- г) γ-глобулина
- д) билирубина

011. Основным морфологическим изменением печени в ответ на введение тетрациклина является

- а) некроз
- б) фиброз
- в) холестаз
- г) жировая инфильтрация
- д) все ответы правильные

012. Жировая дистрофия печени не может быть вызвана

- а) вирусным гепатитом
- б) беременностью
- в) сахарным диабетом
- г) лечением кортикостероидами
- д) голоданием
- е) этанолом

013. Синдром мезенхимального воспаления характеризуется увеличением в крови

- а) γ-глобулинов
- б) холестерина
- в) щелочной фосфатазы
- г) билирубина
- д) альбумина

014. Снижение синтетической функции печени проявляется

- а) гипоальбуминемией
- б) гипопротромбинемией
- в) гипохолестеринемией
- г) всем перечисленным
- д) правильного ответа нет

015. Значительное повышение уровня щелочной фосфатазы в крови наблюдается при всех следующих заболеваниях, кроме

- а) острого вирусного гепатита
- б) первичного билиарного цирроза
- в) склерозирующего холангита
- г) хронического калькулезного холецистита

д) болезни Педжета

016. Высокий уровень g-глутамилтранспептидазы является характерным

- а) для острого алкогольного гепатита
- б) для хронического персистирующего гепатита В
- в) для гемохроматоза
- г) для сахарного диабета
- д) для хронического панкреатита

017. Превращение гема в билирубин происходит во всех клетках ретикуло-эндотелиальной системы, кроме клеток

- а) печени
- б) селезенки
- в) костного мозга
- г) лимфоузлов

018. Экскреция конъюгированного билирубина в норме из гепатоцита в желчь осуществляется через билиарный полюс клетки с участием

- а) цитоплазматических мембран
- б) лизосом
- в) аппарата Гольджи
- г) правильные ответы а) и в)
- д) всего перечисленного

019. Лабораторным показателем, характеризующим синдром Жильбера, является

- а) увеличение в крови неконъюгированного билирубина
- б) билирубинурия
- в) увеличенное содержание в крови трансаминаз
- г) гиперретикулоцитоз
- д) гипоальбуминемия

020. Для гемолитической желтухи не является характерным

- а) увеличение в крови неконъюгированного билирубина
- б) нормальный уровень сывороточной щелочной фосфатазы
- в) нормальный уровень сывороточных трансаминаз и g-глутамилтранспептидазы
- г) билирубинурия
- д) гиперретикулоцитоз

021. Снижение содержания альбумина в крови редко наблюдается

- а) при циррозе печени
- б) при болезни Крона
- в) при синдроме Золлингера - Эллисона, глютенной энтеропатии
- г) при панкреатите
- д) при язвенной болезни с локализацией язвы в 12-перстной кишке

022. Уровень связанного (конъюгированного) билирубина в крови не возрастает

- а) при синдроме Ротора
- б) при синдроме Дабина - Джонсона
- в) при гемолитической желтухе
- г) при хроническом активном гепатите
- д) при первичном билиарном циррозе печени

023. При гемолитической желтухе имеет место

- а) ретикулоцитоз
- б) повышение неконъюгированного билирубина
- в) спленомегалия
- г) гиперплазия костного мозга
- д) все перечисленное

024. Спленомегалия, изменение числа эритроцитов, высокое содержание уробилиногена в кале у больного с желтухой заставляет думать

- а) о гемолитической желтухе
- б) о внепеченочном холестазе

- в) о внутрипеченочном холестазае
- г) о сепсисе

025. Удаление радиофармпрепарата из крови после его внутривенного введения включает в себя следующие процессы

- а) захват печенью
- б) хранение в печени
- в) конъюгацию в печени
- г) экскрецию с желчью
- д) все перечисленное

026. Наиболее чувствительным тестом синдрома гиперспленизма является

- а) определение билирубина в сыворотке крови
- б) динамическая сцинтиграфия с радиофармпрепаратом
- в) определение АСТ в сыворотке крови
- г) определение щелочной фосфатазы в сыворотке крови
- д) определение количества гранулоцитов и тромбоцитов в крови

027. Высокий уровень трансаминаз в сыворотке крови указывает

- а) на микронодулярный цирроз
- б) на холестаз
- в) на острый вирусный гепатит
- г) на первичный билиарный цирроз
- д) на аминазиновую желтуху

028. К заболеваниям, не сопровождающимся значительным повышением активности щелочной фосфатазы, относят

- а) механическую желтуху
- б) аминазиновую желтуху
- в) первичный склерозирующий холангит
- г) первичный билиарный цирроз
- д) острый вирусный гепатит

029. Дифференцировать внепеченочный и внутрипеченочный портальный блок помогает

- а) селективная ангиография
- б) эндоскопическая ретрография ХПГ
- в) ультразвуковая доплерометрия
- г) правильного ответа нет
- д) все перечисленное

030. Зуд при желтухе связан

- а) с билирубином
- б) с солями желчных кислот
- в) с лецитином
- г) с фосфолипидами
- д) с щелочной фосфатазой

031. Щелочная фосфатаза может быть повышена при заболеваниях

- а) печени
- б) костей
- в) почек
- г) плаценты
- д) всех вышеуказанных

032. Увеличение содержания в крови g-глобулинов у больных с хроническими заболеваниями печени коррелирует со степенью

- а) жировой инфильтрации
- б) некроза гепатоцитов
- в) гипоальбуминемии
- г) холестаза
- д) ни с одним из перечисленных

033. Печень в обмене липидов выполняет следующие функции

- а) синтезирует желчь
 - б) синтезирует жирные кислоты из углеводов
 - в) синтезирует холестерин
 - г) синтезирует липопротеины
 - д) все перечисленное
034. Морфологический субстрат хронического активного гепатита в отличие от персистирующего и холестатического гепатита составляют
- а) ступенчатые некрозы
 - б) отложения меди
 - в) жировая дистрофия
 - г) отложения железа
 - д) нарушение архитектоники печеночных долек
035. Субъективные проявления хронического персистирующего гепатита включают
- а) астению
 - б) запоры
 - в) геморрагии
 - г) лихорадку
 - д) поносы
036. Цитологический синдром характеризуется повышением в крови
- а) трансаминаз, g-глутамилтранспептидазы
 - б) сывороточного железа
 - в) неконъюгированной фракции билирубина
 - г) холестерина
 - д) фибриногена
037. Холестатический синдром характеризуется повышением в крови всего перечисленного, кроме
- а) щелочной фосфатазы
 - б) неконъюгированной фракции билирубина
 - в) холестерина
 - г) желчных кислот
038. Для синдрома гиперспленизма, возникшего при хроническом активном гепатите, не является характерным
- а) гранулоцитопения
 - б) тромбоцитопения
 - в) редукция мегакариоцитарного ростка костного мозга
 - г) геморрагический синдром
 - д) анемия
039. Сочетание цитолитического и мезенхимально-воспалительного синдромов характерно
- а) для острого вирусного гепатита А
 - б) для острого вирусного гепатита В
 - в) для хронического активного гепатита
 - г) для хронического персистирующего гепатита
 - д) гемохроматоза
040. Синдром гиперспленизма возникает
- а) при хроническом активном гепатите с исходом в цирроз
 - б) при гепатопортальном склерозе (болезнь Банти)
 - в) при остром вирусном гепатите
 - г) правильные ответы а) и б)
 - д) правильные ответы б) и в)
042. Решающим в диагностике хронического активного гепатита является
- а) повышение трансфераз
 - б) диспротеинемия
 - в) гистологическое исследование пунктата печени
 - г) данные объективного осмотра
 - д) ни один из перечисленных
043. Хронический активный гепатит отличается от прочих гепатитов

- а) значительным увеличением внутриклеточных энзимов
- б) гистологическими изменениями
- в) иммунологическими показателями
- г) гепатомегалией
- д) скоростным течением болезни

044. Больная К., 57 лет, поступила в состоянии средней тяжести с интенсивной желтухой и кожным зудом. Билирубин крови - 416.4 мкмоль/л, прямой - 270 мкмоль/л, холестерин - 9.2 мкмоль/л, активность щелочной фосфатазы - 490 ЕД/л, АЛТ - 4 нормы, АСТ - 3 нормы. Печень увеличена на 4 см, несколько уплотнена, резко болезненна. Желчный пузырь и селезенка не пальпируются. В течение многих лет принимала сустак, персантин, фуросемид, панангин, седуксен, тазепам, реопирин, никотиновую кислоту, но-шпу, иногда бисептол, бромгексин, эуфиллин. Незадолго до начала заболевания по поводу пневмонии вводился этазол натрия. - Ваш предварительный диагноз

- а) механическая желтуха
- б) токсический медикаментозный гепатит
- в) билиарный цирроз
- г) острый вирусный гепатит
- д) гемолитическая желтуха, криз

045. Больная К., 57 лет, поступила в состоянии средней тяжести с интенсивной желтухой и кожным зудом. Билирубин крови - 416.4 мкмоль/л, прямой - 270 мкмоль/л, холестерин - 9.2 мкмоль/л, активность щелочной фосфатазы - 490 ЕД/л, АЛТ - 4 нормы, АСТ - 3 нормы. Печень увеличена на 4 см, несколько уплотнена, резко болезненна. Желчный пузырь и селезенка не пальпируются. В течение многих лет принимала сустак, персантин, фуросемид, панангин, седуксен, тазепам, реопирин, никотиновую кислоту, но-шпу, иногда бисептол, бромгексин, эуфиллин. Незадолго до начала заболевания по поводу пневмонии вводился этазол натрия. - Тактика обследования включает

- а) эндоскопическую ретроградную холеграфию
- б) ультразвуковое исследование печени
- в) рентгенологическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

046. Больная К., 57 лет, поступила в состоянии средней тяжести с интенсивной желтухой и кожным зудом. Билирубин крови - 416.4 мкмоль/л, прямой - 270 мкмоль/л, холестерин - 9.2 мкмоль/л, активность щелочной фосфатазы - 490 ЕД/л, АЛТ - 4 нормы, АСТ - 3 нормы. Печень увеличена на 4 см, несколько уплотнена, резко болезненна. Желчный пузырь и селезенка не пальпируются. В течение многих лет принимала сустак, персантин, фуросемид, панангин, седуксен, тазепам, реопирин, никотиновую кислоту, но-шпу, иногда бисептол, бромгексин, эуфиллин. Незадолго до начала заболевания по поводу пневмонии вводился этазол натрия. - Следует назначить лечение

- а) свести к минимуму медикаментозную терапию
- б) преднизолон
- в) 5% раствор глюкозы с витаминами, гемодез внутривенно
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы а) и в)

047. Для лечения аутоиммунного гепатита применяются

- а) делагил
- б) кортикостероиды
- в) легалон
- г) все перечисленное
- д) ни одно из перечисленных

048. При заболеваниях печени классическим показателем для иммунодепрессивной терапии является

- а) вторичный билиарный цирроз
- б) хронический персистирующий гепатит
- в) аутоиммунный гепатит
- г) новообразования печени
- д) ни одно из перечисленных состояний

049. Важным диагностическим исследованием в дифференциальной диагностике печеночно-клеточной и механической желтух являются

- а) УЗИ
- б) эндоскопическая ретроградная холангиография

- в) лапароскопия
- г) компьютерная томография
- д) правильные ответы а) и б)

050. Среди морфологических форм цирроза печени в настоящее время выделяются

- а) микронодулярный
- б) портальный
- в) макронодулярный
- г) постнекротический
- д) правильные ответы а) и в)

051. Переход хронического активного гепатита в цирроз печени характеризует

- а) варикозное расширение вен пищевода
- б) спленомегалия
- в) желтуха
- г) гипоальбуминемия
- д) правильные ответы а) и б)

052. Для диагноза цирроза печени не характерны следующие патогенетические изменения

- а) некроз
- б) фиброз
- в) жировая инфильтрация
- г) регенерация
- д) перестройка архитектоники

053. Наиболее частой жалобой при циррозе является

- а) слабость
- б) отеки ног
- в) кровавая рвота
- г) абдоминальные боли
- д) все перечисленное

054. Наиболее редким физикальным признаком цирроза является

- а) пальпируемая печень
- б) асцит
- в) желтуха
- г) пальпируемая селезенка
- д) сосудистые звездочки (телеангиоэктазии)

055. Первичный билиарный цирроз

- а) обычно наблюдается у молодых женщин
- б) характеризуется обструктивной желтухой
- в) характеризуется зудом
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

056. При первичном билиарном циррозе рекомендуются

- а) кортикостероиды
- б) D-пеницилламин
- в) холестирамин
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы б) и в)

057. Для первичного билиарного цирроза характерен симптомокомплекс

- а) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие щелочная фосфатаза и холестерин
- б) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокие трансаминазы и нормальная щелочная фосфатаза
- в) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенные трансаминазы, гипер- γ -глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
- г) гепатомегалия, гиперхолестеринемия, нормальные трансаминазы
- д) желтуха, боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

058. Для острого вирусного гепатита характерен симптомокомплекс

- а) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие щелочная фосфатаза и холестерин

- б) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокие трансаминазы и нормальная щелочная фосфатаза
- в) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенные трансаминазы, гипер-g- глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
- г) гепатомегалия, гиперхолестеринемия, нормальные трансаминазы
- д) желтуха, боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

059. Для острого холангита характерен симптомокомплекс

- а) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие щелочная фосфатаза и холестерин
- б) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокие трансаминазы и нормальная щелочная фосфатаза
- в) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенные трансаминазы, гипер-g- глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
- г) гепатомегалия, гиперхолестеринемия, нормальные трансаминазы
- д) желтуха, боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

060. Для аутоиммунного гепатита с переходом в цирроз характерен симптомокомплекс

- а) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие щелочная фосфатаза и холестерин
- б) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокие трансаминазы и нормальная щелочная фосфатаза
- в) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенные трансаминазы, гипер-g- глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
- г) гепатомегалия, гиперхолестеринемия, нормальные трансаминазы
- д) желтуха, боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

061. Для жировой дистрофии печени характерен симптомокомплекс

- а) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие щелочная фосфатаза и холестерин
- б) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокие трансаминазы и нормальная щелочная фосфатаза
- в) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенные трансаминазы, гипер-g- глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
- г) гепатомегалия, гиперхолестеринемия, нормальные трансаминазы
- д) желтуха, боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

062. Спленомегалия с гепатомегалией не дает основания заподозрить

- а) цирроз печени
- б) болезнь Коновалова - Вильсона
- в) идеопатический гемохроматоз
- г) болезнь и синдром Бадда - Киари
- д) застойную сердечную недостаточность

063. Спленомегалия с желтушным синдромом без лимфоаденопатии позволяет заподозрить

- а) острый и хронический гепатит
- б) цирроз печени
- в) гемолитическую желтуху
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и б)

064. Цирроз печени чаще всего является следствием

- а) гемохроматоза
- б) вирусного гепатита
- в) болезни Коновалова - Вильсона
- г) длительного холестаза
- д) недостаточности кровообращения

065. Больная С. 47 лет. На протяжении 5 лет у нее отмечались: зуд кожи в локтевых суставах, нарушения менструального цикла. Лечилась у дерматолога по поводу "нейродермита" и у гинеколога по поводу "климактерической дисфункции яичников". Наблюдалось снижение веса, иктеричность склер. При обследовании выявлены субиктеричность склер, пигментные пятна и множественные следы расчесов на коже туловища. Печень выступала на 7 см из-под края реберной дуги, уплотненная, безболезненная. Селезенка не пальпировалась. Билирубин - 87,5 мкмоль/л, СОЭ - 25 мм/час. - Наиболее вероятный диагноз

- а) первичный билиарный цирроз
- б) холедохолитиаз
- в) рак поджелудочной железы
- г) рак большого дуоденального сосочка
- д) острый гепатит

066. Больная С. 47 лет. На протяжении 5 лет у нее отмечались: зуд кожи в локтевых суставах, нарушения менструального цикла. Лечилась у дерматолога по поводу "нейродермита" и у гинеколога по поводу "климактерической дисфункции яичников". Наблюдалось снижение веса, иктеричность склер. При обследовании выявлены субиктеричность склер, пигментные пятна и множественные следы расчесов на коже туловища. Печень выступала на 7 см из-под края реберной дуги, уплотненная, безболезненная. Селезенка не пальпировалась. Билирубин - 87, 5 мкмоль/л, СОЭ - 25 мм/час. - Для подтверждения наличия внутрипеченочного холестаза необходимо провести все перечисленное, кроме

- а) УЗИ печени
- б) эндоскопической ретроградной холангиографии
- в) исследования активности щелочной фосфатазы крови
- г) исследования белка и белковых фракций

067. Больная С. 47 лет. На протяжении 5 лет у нее отмечались: зуд кожи в локтевых суставах, нарушения менструального цикла. Лечилась у дерматолога по поводу "нейродермита" и у гинеколога по поводу "климактерической дисфункции яичников". Наблюдалось снижение веса, иктеричность склер. При обследовании выявлены субиктеричность склер, пигментные пятна и множественные следы расчесов на коже туловища. Печень выступала на 7 см из-под края реберной дуги, уплотненная, безболезненная. Селезенка не пальпировалась. Билирубин - 87, 5 мкмоль/л, СОЭ - 25 мм/час. - Для первичного билиарного цирроза обязательными симптомами являются

- а) зуд кожи
- б) увеличение активности щелочной фосфатазы
- в) гипербилирубинемия
- г) гипертрансаминаземия
- д) все перечисленное

068. Больная С. 47 лет. На протяжении 5 лет у нее отмечались: зуд кожи в локтевых суставах, нарушения менструального цикла. Лечилась у дерматолога по поводу "нейродермита" и у гинеколога по поводу "климактерической дисфункции яичников". Наблюдалось снижение веса, иктеричность склер. При обследовании выявлены субиктеричность склер, пигментные пятна и множественные следы расчесов на коже туловища. Печень выступала на 7 см из-под края реберной дуги, уплотненная, безболезненная. Селезенка не пальпировалась. Билирубин - 87, 5 мкмоль/л, СОЭ - 25 мм/час. - В лечении первичного билиарного цирроза наиболее эффективны

- а) дезинтоксикационные средства
- б) холестирамин
- в) урсодезоксихолевая кислота
- г) D-пеницилламин
- д) правильные ответы б), в) и г)

069. Расстройство почечного кровотока при прогрессировании цирроза является результатом увеличения

- а) уровня ангиотензина
- б) уровня катехоламинов
- в) уровня серотонина
- г) брадикинина
- д) ни одного из перечисленных

070. 54-летний мужчина поступил в больницу для выяснения характера желтухи. В течение 8 месяцев отсутствует аппетит, снижен вес тела, периодические боли в правом верхнем квадранте живота. За 1 месяц до поступления в больницу появился обесцвеченный кал и темная моча. Прием алкоголя отрицает, никаких лекарств не употреблял. Контакта с желтушными больными не было. Физикальное исследование обнаруживает желтуху, снижение веса. Печень прощупывается на 5 поперечных пальцев ниже реберной дуги, пальпируется край селезенки. Гемоглобин - 12, 4 г/л, лейкоциты - 12000 с нормальной формулой, билирубин - 12, 6 (прямой - 7, 5 мг), АСТ - 174. - Для диагностики необходимо использовать

- а) оральную холецистографию
- б) УЗИ
- в) внутривенную холангиографию
- г) дуоденальное зондирование
- д) секретинный тест

071. 54-летний мужчина поступил в больницу для выяснения характера желтухи. В течение 8 месяцев отсутствует аппетит, снижен вес тела, периодические боли в правом верхнем квадранте живота. За 1 месяц до поступления в больницу появился обесцвеченный кал и темная моча. Прием алкоголя отрицает, никаких лекарств не употреблял. Контакта с желтушными больными не было. Физикальное исследование обнаруживает желтуху, снижение веса. Печень прощупывается на 5 поперечных пальцев ниже реберной дуги, пальпируется

край селезенки. Гемоглобин - 12. 4 г/л, лейкоциты - 12000 с нормальной формулой, билирубин - 12. 6 (прямой - 7. 5 мг) , АСТ - 174. - Дифференциальный диагноз при этом следует провести

- а) с метастатической карциномой
- б) с раком фатерова сосочка
- в) с холедохолитиазом
- г) с карциномой головки поджелудочной железы
- д) со всем перечисленным

072. 54-летний мужчина поступил в больницу для выяснения характера желтухи. В течение 8 месяцев отсутствует аппетит, снижен вес тела, периодические боли в правом верхнем квадранте живота. За 1 месяц до поступления в больницу появился обесцвеченный кал и темная моча. Прием алкоголя отрицает, никаких лекарств не употреблял. Контакта с желтушными больными не было. Физикальное исследование обнаруживает желтуху, снижение веса. Печень прощупывается на 5 поперечных пальцев ниже реберной дуги, пальпируется край селезенки. Гемоглобин - 12. 4 г/л, лейкоциты - 12000 с нормальной формулой, билирубин - 12. 6 (прямой - 7. 5 мг) , АСТ - 174. - Помочь в диагностике может выявление при биопсии печени

- а) метаплазии дуктулярного эпителия
- б) гиперплазии купферовских клеток
- в) перихолангита
- г) фокальных некрозов печени
- д) желчных озер

073. 54-летний мужчина поступил в больницу для выяснения характера желтухи. В течение 8 месяцев отсутствует аппетит, снижен вес тела, периодические боли в правом верхнем квадранте живота. За 1 месяц до поступления в больницу появился обесцвеченный кал и темная моча. Прием алкоголя отрицает, никаких лекарств не употреблял. Контакта с желтушными больными не было. Физикальное исследование обнаруживает желтуху, снижение веса. Печень прощупывается на 5 поперечных пальцев ниже реберной дуги, пальпируется край селезенки. Гемоглобин - 12. 4 г/л, лейкоциты - 12000 с нормальной формулой, билирубин - 12. 6 (прямой - 7. 5 мг) , АСТ - 174. Больному произведена операция, на которой обнаружен спавшийся желчный пузырь, общий желчный проток менее 4 мм, дуоденум и панкреас - нормальные. Печень увеличена, имела внешний вид, похожий на билиарный цирроз. Во время операции необходимо предпринять

- а) операционную холангиографию
- б) операционную панкреатографию
- в) холецистэктомию
- г) холецисто-еюностомию
- д) ни одно из перечисленных

074. 54-летний мужчина поступил в больницу для выяснения характера желтухи. В течение 8 месяцев отсутствует аппетит, снижен вес тела, периодические боли в правом верхнем квадранте живота. За 1 месяц до поступления в больницу появился обесцвеченный кал и темная моча. Прием алкоголя отрицает, никаких лекарств не употреблял. Контакта с желтушными больными не было. Физикальное исследование обнаруживает желтуху, снижение веса. Печень прощупывается на 5 поперечных пальцев ниже реберной дуги, пальпируется край селезенки. Гемоглобин - 12. 4 г/л, лейкоциты - 12000 с нормальной формулой, билирубин - 12. 6 (прямой - 7. 5 мг) , АСТ - 174. Больному не было выполнено ни одно из перечисленных исследований. Если учесть это, то наиболее вероятный диагноз

- а) холестатический гепатит
- б) карцинома бифуркации печеночных протоков
- в) первичный билиарный цирроз
- г) вторичный склерозирующий холангит
- д) первичный склерозирующий холангит

075. 54-летний мужчина поступил в больницу для выяснения характера желтухи. В течение 8 месяцев отсутствует аппетит, снижен вес тела, периодические боли в правом верхнем квадранте живота. За 1 месяц до поступления в больницу появился обесцвеченный кал и темная моча. Прием алкоголя отрицает, никаких лекарств не употреблял. Контакта с желтушными больными не было. Физикальное исследование обнаруживает желтуху, снижение веса. Печень прощупывается на 5 поперечных пальцев ниже реберной дуги, пальпируется край селезенки. Гемоглобин - 12. 4 г/л, лейкоциты - 12000 с нормальной формулой, билирубин - 12. 6 (прямой - 7. 5 мг) , АСТ - 174. - Наилучшим методом для подтверждения диагноза будет

- а) биопсия печени
- б) чревокожная чрезпеченочная холангиография
- в) селективная мезентериальная артериография
- г) лапароскопия
- д) все перечисленное

076. В развитии асцита при циррозе печени не имеют патогенетического значения

- а) портальная гипертензия
- б) гипоальбуминемия
- в) увеличение продукции печеночной лимфы
- г) увеличение активности ренин-альдостероновой системы и продукции вазопрессина
- д) воспаление брюшины

077. Упорный, не поддающийся воздействию диуретиков асцит чаще всего встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- а) гепатомы
- б) болезни Бадда - Киари
- в) хронического тромбоза воротной вены
- г) констриктивного перикардита

078. У больных асцитом парацентез показан

- а) для диагностических целей
- б) для компенсации дыхательных расстройств
- в) для быстрого лечения асцита
- г) ни для одной из перечисленных
- д) для всего перечисленного

079. При лечении диуретиками асцита при циррозе печени не является осложнением

- а) гиповолемия
- б) гипокалиемия
- в) гиперкалиемия
- г) азотемия
- д) нарушение сердечной деятельности

080. Рациональным мероприятием при лечении постцирротического асцита является

- а) соблюдение диеты с содержанием поваренной соли от 5 до 10 г
- б) ограничение суточного потребления жидкости до 1/2 литра, если содержание натрия в сыворотке больше 130 мэкв
- в) довести суточный диурез до 2-3 литров
- г) верошпирон внутрь от 100 до 400 мг с учетом суточного диуреза
- д) начинать терапию салуретиками с максимальных терапевтических доз

081. Противопоказанием к проведению диагностического параабдоминоцентеза не является

- а) лихорадка у больного циррозом печени с асцитом
- б) нарастание симптомов печеночной энцефалопатии у больного циррозом печени с асцитом
- в) синдром гиперспленизма
- г) признаки перитонита

082. Для спонтанного бактериального перитонита при постцирротическом асците характерными являются

- а) лихорадка
- б) абдоминальные боли
- в) нарастание асцита
- г) углубление энцефалопатии
- д) все перечисленное

083. Показанием для склерозирования варикозных вен пищевода является

- а) цирроз печени субкомпенсаторный
- б) аутоиммунный гепатит
- в) кровотечение из вен пищевода при циррозе
- г) рецидивирующая желтуха
- д) портальная энцефалопатия

084. Гемохроматоз

- а) встречается чаще у женщин
- б) ассоциируется с высокой частотой гепатомы
- в) характеризуется нарушением метаболизма меди
- г) характеризуется нарушением метаболизма железа
- д) ни одно из перечисленных

085. Классическим проявлением гемохроматоза является все перечисленное, кроме

- а) хронического панкреатита
- б) пигментации кожи
- в) цирроза
- г) сахарного диабета

086. К более постоянному клиническому проявлению гемохроматоза относится

- а) пигментация кожи
- б) экстрапиримидные синдромы
- в) кольца Кайзер - Флейшера
- г) лейкоцитоз
- д) анемия

087. Лабораторным признаком гемохроматоза является

- а) повышение железа сыворотки
- б) снижение железосвязывающей способности
- в) гипер- α_2 -глобулинемия
- г) анемия
- д) гипоальбуминемия

088. К причинам избыточного количества железа в крови при гемохроматозе относится

- а) расстройство экскреции железа из организма
- б) неспособность печени метаболизировать железо
- в) увеличение всасывания железа из кишечника
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

089. Наиболее частой формой поражения печени при гемохроматозе является

- а) билиарный цирроз
- б) жировая дистрофия
- в) гемосидероз
- г) микронодулярный и макронодулярный цирроз
- д) все перечисленное

090. Для верификации гемохроматоза наиболее достоверной диагностической процедурой является

- а) биопсия кожи
- б) определение сывороточного железа
- в) биопсия тонкой кишки
- г) ректальная биопсия
- д) биопсия печени

091. Терапией выбора при гемохроматозе является

- а) фенобарбитал
- б) витамин С
- в) дезферриоксамин (десферал)
- г) легалон
- д) делагил

092. В патогенезе болезни Вильсона - Коновалова роль печени сводится

- а) к неспособности синтезировать нормальное количество церулоплазмينا
- б) к снижению выделения церулоплазмينا из клеток печени
- в) к месту значительного отложения меди
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

093. Для установления диагноза болезни Вильсона - Коновалова наиболее достоверным диагностическим методом является

- а) биопсия кожи
- б) медь в сыворотке крови
- в) церулоплазмин сыворотки
- г) обнаружение кольца Кайзер - Флейшера по краю роговицы
- д) 24-часовая экскреция с мочой меди

094. Лекарством выбора для лечения болезни Вильсона - Коновалова является

- а) глюкокортикостероиды
- б) иммуран
- в) кортизон
- г) D-пеницилламин
- д) все перечисленное

095. 23-летний мужчина жалуется на желтуху. Отец больного заметил, что глаза у него желтушные, хотя жалоб никаких не отмечалось. У младшего пациента была дважды желтуха подобного рода. Физикальное исследование патологии не обнаружило. Печеночные пробы выявили: общий билирубин - 5.3 мг%, прямой - 0.9, АСТ - 32, щелочная фосфатаза - норма, сканирование - норма - У больного могут наблюдаться следующие жалобы

- а) боли в правом верхнем квадранте живота
- б) зуд
- в) темная моча
- г) обесцвеченный стул
- д) ни одна из перечисленных

096. 23-летний мужчина жалуется на желтуху. Отец больного заметил, что глаза у него желтушные, хотя жалоб никаких не отмечалось. У младшего пациента была дважды желтуха подобного рода. Физикальное исследование патологии не обнаружило. Печеночные пробы выявили: общий билирубин - 5.3 мг%, прямой - 0.9, АСТ - 32, щелочная фосфатаза - норма, сканирование - норма - Обнаружить изменения можно следующим тестом

- а) длительностью жизни эритроцитов
- б) реакцией Кумбса
- в) определением глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы
- г) определением уробилиногена мочи
- д) ни один из перечисленных

097. 23-летний мужчина жалуется на желтуху. Отец больного заметил, что глаза у него желтушные, хотя жалоб никаких не отмечалось. У младшего пациента была дважды желтуха подобного рода. Физикальное исследование патологии не обнаружило. Печеночные пробы выявили: общий билирубин - 5.3 мг%, прямой - 0.9, АСТ - 32, щелочная фосфатаза - норма, сканирование - норма - При рентгенологическом исследовании у больного можно обнаружить

- а) расширение дуоденальной петли
- б) камни в желчном пузыре
- в) смещение желудка вперед
- г) кальцификацию в печени
- д) нормальный билиарный тракт

098. 23-летний мужчина жалуется на желтуху. Отец больного заметил, что глаза у него желтушные, хотя жалоб никаких не отмечалось. У младшего пациента была дважды желтуха подобного рода. Физикальное исследование патологии не обнаружило. Печеночные пробы выявили: общий билирубин - 5.3 мг%, прямой - 0.9, АСТ - 32, щелочная фосфатаза - норма, сканирование - норма - Печеночная биопсия может выявить

- а) центроlobулярный пигмент
- б) холестаз
- в) нормальную печеночную архитектуру
- г) фокальные некрозы
- д) все перечисленное

099. 23-летний мужчина жалуется на желтуху. Отец больного заметил, что глаза у него желтушные, хотя жалоб никаких не отмечалось. У младшего пациента была дважды желтуха подобного рода. Физикальное исследование патологии не обнаружило. Печеночные пробы выявили: общий билирубин - 5.3 мг%, прямой - 0.9, АСТ - 32, щелочная фосфатаза - норма, сканирование - норма - Наиболее вероятным диагнозом у больного является

- а) синдром Ротора
- б) врожденная гемолитическая анемия
- в) синдром Дабин - Джонсона
- г) болезнь Жильбера
- д) желчные камни

100. 23-летний мужчина жалуется на желтуху. Отец больного заметил, что глаза у него желтушные, хотя жалоб никаких не отмечалось. У младшего пациента была дважды желтуха подобного рода. Физикальное

исследование патологии не обнаружило. Печеночные пробы выявили: общий билирубин - 5,3 мг%, прямой - 0,9, АСТ - 32, щелочная фосфатаза - норма, сканирование - норма - К преимущественной терапии относится применение

- а) зиксорина
- б) фенобарбитала
- в) холестирамина
- г) правильные ответы а) и в)
- д) правильные ответы а) и б)

101. Причинами неконъюгированной гипербилирубинемии являются

- а) синдром Жильбера
- б) синдром Дабин - Джонсона
- в) доброкачественная желтуха беременных
- г) гепатит
- д) синдром Ротора

102. Гистологическое исследование печени при синдроме Жильбера обнаруживает

- а) жировую дистрофию
- б) липофусциновый пигмент в центроlobулярных областях
- в) избыток гликогена
- г) перипортальный фиброз
- д) нормальную печеночную ткань

103. Неконъюгированная гипербилирубинемия не свойственна

- а) синдрому Криглер - Наджара
- б) синдрому Дабин - Джонсона
- в) гемолитической желтухе
- г) шунтовой гипербилирубинемии
- д) болезни Жильбера

104. При синдроме Дабин - Джонсона имеется

- а) нарушение захвата билирубина
- б) отсутствие у гепатоцитов способности конъюгировать билирубин
- в) нарушение механизма экскреции билирубина
- г) снижение концентрации глюкоронилтрансферазы

105. Подтверждают диагноз гемолитической желтухи

- а) увеличение неконъюгированного билирубина в крови
- б) билирубин в моче
- в) ретикулоцитоз
- г) правильные ответы а) и в)
- д) ни один из перечисленных

106. У больного с желтухой определяется билирубин в моче и светлый кал. Это совместимо с диагнозом

- а) гемолитическая желтуха
- б) внутрипеченочный холестаз
- в) подпеченочный холестаз
- г) все вышеуказанное
- д) правильные ответы б) и в)

107. Хроническая негемолитическая неконъюгированная гипербилирубинемия (Криглер - Наджара) является следствием

- а) нарушенной билирубин-альбуминовой диссоциации
- б) снижения содержания белка
- в) уменьшения внутриклеточного транспорта билирубина
- г) уменьшения или отсутствия глюкоронил-трансферазы
- д) уменьшения захвата билирубина гепатоцитами

108. Алкоголь, всосавшийся в кишечнике

- а) накапливается в печени
- б) депонируется в жировой ткани
- в) превращается печенью до ацетальдегида
- г) метаболизируется в печени под влиянием ферментов до конечных продуктов с образованием энергии

д) превращается в жир

109. Ферментом, метаболизирующим алкоголь в организме, является

- а) алкоголь-редуктаза
- б) алкоголь-оксидаза
- в) алкоголь-дегидрогеназа
- г) алкоголь-синтетаза
- д) глюкозо-6-фосфатаза

110. Главным местом метаболизма алкоголя в организме является

- а) жировая ткань
- б) почки
- в) печень
- г) мозг
- д) желудочно-кишечный тракт

111. При избыточном употреблении алкоголя возможные механизмы жировой дистрофии печени включают

- а) повышенную мобилизацию жирных кислот из жировой ткани
- б) увеличение синтеза жирных кислот в печени
- в) уменьшение выделения жиров печенью
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

112. При алкогольном поражении печени обратимыми на фоне абстиненции и лечения являются все следующие морфологические признаки, кроме

- а) гигантских митохондрий гепатоцитов
- б) некроза гепатоцитов
- в) лейкоцитарной инфильтрации
- г) телец Мэллори

113. Алкоголь вызывает

- а) жировую дистрофию печени
- б) острый гепатит
- в) хронический гепатит
- г) цирроз печени
- д) все перечисленное

114. Хроническая алкогольная интоксикация наряду с поражением печени сопровождается развитием

- а) панкреатита
- б) кардиомиопатии
- в) энцефалопатии
- г) полиневрита
- д) всего перечисленного

115. У женщины 53 лет, страдающей хроническим алкоголизмом, после приема аспирина через 12 часов появилась рвота свежей кровью, боли в животе, пульс 84 в минуту, жизненно важные функции стабильные, сознание ясное, желтуха, увеличенная печень, селезенка. - Вашим первым диагностическим шагом должно быть

- а) сканирование печени
- б) рентгеновское исследование верхних отделов пищеварительного тракта
- в) бариевая клизма
- г) селективная артериография
- д) эндоскопия

116. У женщины 53 лет, страдающей хроническим алкоголизмом, после приема аспирина через 12 часов появилась рвота свежей кровью, боли в животе, пульс 84 в минуту, жизненно важные функции стабильные, сознание ясное, желтуха, увеличенная печень, селезенка. Обнаружено продолжающееся кровотечение из расширенных вен пищевода. Лечение должно включать

- а) немедленное наложение порто-кавального шунта
- б) переливание крови с целью возмещения потерь
- в) полиглокин
- г) правильные ответы б) и в)
- д) все указанное

117. У женщины 53 лет, страдающей хроническим алкоголизмом, после приема аспирина через 12 часов появилась рвота свежей кровью, боли в животе, пульс 84 в минуту, жизненно важные функции стабильные, сознание ясное, желтуха, увеличенная печень, селезенка. Обнаружено продолжающееся кровотечение из расширенных вен пищевода. Кровотечение не прекращается. В этом случае необходимо использовать

- а) зонд Блэкмора
- б) неомидин
- в) склеротерапию
- г) правильные ответы а) и в)
- д) ни одно из перечисленных

118. У женщины 53 лет, страдающей хроническим алкоголизмом, после приема аспирина через 12 часов появилась рвота свежей кровью, боли в животе, пульс 84 в минуту, жизненно важные функции стабильные, сознание ясное, желтуха, увеличенная печень, селезенка. Обнаружено продолжающееся кровотечение из расширенных вен пищевода. Принятые меры неэффективны, кровотечение продолжается. Терапией выбора является

- а) спленэктомия
- б) неомидин в клизме
- в) операция
- г) переливание крови
- д) все перечисленное

119. Больному с хроническим алкогольным гепатитом при латентном течении на фоне абстиненции показана диета

- а) общий полноценный рацион
- б) с преобладанием углеводов
- в) с преобладанием белков
- г) с преобладанием жиров
- д) с преобладанием железа

120. При алкогольном циррозе печени адекватным лечением является назначение

- а) преднизолона
- б) азатиоприна
- в) липоевой кислоты
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

121. У больного М., 34 лет, наблюдалась постоянная желтуха с периодическим усилением, повышенная утомляемость и небольшая гепатоспленомегалия. Был диагностирован цирроз печени. В связи с появлением приступообразных болей в области правого подреберья, обнаружением камней в желчном пузыре была произведена холецист-эктомия. После этого состояние оставалось прежним. Имелась умеренная анемия, в крови - единичные нормобласты, без тромбо-цитопении и лейкопении, значительный ретикулоцитоз. - Ваш предварительный диагноз

- а) цирроз печени активный
- б) аутоиммунный гепатит с исходом в цирроз
- в) вторичный холангиогенный гепатит
- г) первичный билиарный цирроз печени
- д) врожденная гемолитическая анемия

122. У больного М., 34 лет, наблюдалась постоянная желтуха с периодическим усилением, повышенная утомляемость и небольшая гепатоспленомегалия. Был диагностирован цирроз печени. В связи с появлением приступообразных болей в области правого подреберья, обнаружением камней в желчном пузыре была произведена холецист-эктомия. После этого состояние оставалось прежним. Имелась умеренная анемия, в крови - единичные нормобласты, без тромбо-цитопении и лейкопении, значительный ретикулоцитоз. - С целью уточнения диагноза необходимо

- а) определить средний диаметр эритроцитов
- б) определить среднюю продолжительность жизни эритроцитов
- в) провести функциональные пробы печени
- г) провести стерильную пункцию
- д) все перечисленное

123. У больного М., 34 лет, наблюдалась постоянная желтуха с периодическим усилением, повышенная утомляемость и небольшая гепатоспленомегалия. Был диагностирован цирроз печени. В связи с появлением

приступообразных болей в области правого подреберья, обнаружением камней в желчном пузыре была произведена холецист-эктомия. После этого состояние оставалось прежним. Имелась умеренная анемия, в крови - единичные нормобласты, без тромбо-цитопении и лейкопении, значительный ретикулоцитоз. - Диагноз врожденной микросфероцитарной гемолитической анемии мог быть подтвержден на основании наличия

- а) микросфероцитоза и укорочения продолжительности жизни эритроцитов
- б) неконъюгированной гипербилирубинемии
- в) резко выраженной гиперплазии эритроидного ростка костного мозга
- г) всего перечисленного
- д) правильные ответы а) и в)

124. Доброкачественная желтуха беременных вызывается

- а) высоким уровнем эстрогенов
- б) высоким уровнем прогестерона
- в) ингибированием глюкоронил трансферазы
- г) аутоиммунным процессом
- д) ни одним из них

125. Печеночно-клеточная желтуха не является характерной

- а) для токсического гепатита
- б) для инфекционного мононуклеоза
- в) для алкогольного и медикаментозного гепатитов и циррозов печени
- г) для гепатоцеллюлярного рака
- д) для рецидивирующей (доброкачественной) желтухи беременных

126. Возможными причинами желтухи при беременности являются

- а) камни холедоха
- б) лекарства (гепатит, холестаз)
- в) вирусный гепатит
- г) доброкачественный внутриклеточный холестаз беременных
- д) все перечисленное

127. Средством выбора при рецидивирующей желтухе беременных являются

- а) кортикостероиды
- б) обменное переливание
- в) операция
- г) иммуран
- д) ни одно из перечисленных

128. Преобладающим симптомом рецидивирующей желтухи беременных является

- а) боль
- б) анорексия
- в) лихорадка
- г) зуд
- д) рвота

129. Больная П. 27 лет имела на протяжении 5 лет 3 беременности, во время каждой из которых с III-IV месяца возникал интенсивный зуд и вскоре желтуха с повышением общего билирубина крови до 80 мкмоль/л и прямого до 40 мкмоль/л, активность щелочной фосфатазы до 3-4 норм, СОЭ до 35-40 мм/час. Все беременности закончились преждевременными родами мертвым плодом. - Наиболее вероятный диагноз

- а) острый вирусный гепатит А
- б) холедохолитиаз
- в) хронический холестатический гепатит
- г) гемолитическая желтуха беременных
- д) ни один из перечисленных

130. Больная П. 27 лет имела на протяжении 5 лет 3 беременности, во время каждой из которых с III-IV месяца возникал интенсивный зуд и вскоре желтуха с повышением общего билирубина крови до 80 мкмоль/л и прямого до 40 мкмоль/л, активность щелочной фосфатазы до 3-4 норм, СОЭ до 35-40 мм/час. Все беременности закончились преждевременными родами мертвым плодом. - Для уточнения диагноза необходимы

- а) пункционная биопсия печени
- б) исследование сывороточных маркеров вируса гепатита В
- в) внутривенная рентгеновская холеграфия
- г) эндоскопическая ретроградная холангиография

д) ни одно из перечисленных

131. У 27-летней женщины на седьмом месяце первой беременности появился кожный зуд. Через месяц к нему присоединились желтуха и темная моча. Боли в животе и прием лекарств отрицает. При обследовании: увеличенная матка, увеличенная неплотная печень. Общий билирубин - 13.4 мг%, конъюгированный - 8.4 мг%, АСТ - 125, ЩФ - 20 ед по Бодански. - Наиболее вероятный диагноз

- а) вирусный гепатит
- б) камни желчного пузыря
- в) рецидивирующая желтуха беременных
- г) синдром Дабина - Джонсона
- д) карцинома поджелудочной железы

132. У 27-летней женщины на седьмом месяце первой беременности появился кожный зуд. Через месяц к нему присоединились желтуха и темная моча. Боли в животе и прием лекарств отрицает. При обследовании: увеличенная матка, увеличенная неплотная печень. Общий билирубин - 13.4 мг%, конъюгированный - 8.4 мг%, АСТ - 125, ЩФ - 20 ед по Бодански. - Одной из важных находок при биопсии печени является

- а) внутриклеточный холестаз
- б) ступенчатые некрозы
- в) перипортальный фиброз
- г) эозинофильная инфильтрация портальных трактов
- д) обширные некрозы печени

133. У 27-летней женщины на седьмом месяце первой беременности появился кожный зуд. Через месяц к нему присоединились желтуха и темная моча. Боли в животе и прием лекарств отрицает. При обследовании: увеличенная матка, увеличенная неплотная печень. Общий билирубин - 13.4 мг%, конъюгированный - 8.4 мг%, АСТ - 125, ЩФ - 20 ед по Бодански. Одной из важных находок при биопсии печени является внутриклеточный холестаз - Правильной терапией в данном случае будет

- а) операция
- б) кортикостероиды
- в) постельный режим с изоляцией пациентки
- г) симптоматическое лечение
- д) антибиотики

134. У 27-летней женщины на седьмом месяце первой беременности появился кожный зуд. Через месяц к нему присоединились желтуха и темная моча. Боли в животе и прием лекарств отрицает. При обследовании: увеличенная матка, увеличенная неплотная печень. Общий билирубин - 13.4 мг%, конъюгированный - 8.4 мг%, АСТ - 125, ЩФ - 20 ед по Бодански. Одной из важных находок при биопсии печени является внутриклеточный холестаз. Правильной терапией в данном случае будет симптоматическое лечение. Прогноз в этой ситуации

- а) зависит от исхода операции
- б) непредсказуемый
- в) хороший
- г) плохой
- д) сдержанный (осторожный)

135. У женщины 31 года на 39-й неделе третьей беременности внезапно появилась боль в животе, желтуха, вздутие. Через 24 часа от начала заболевания она потеряла сознание, появился хлопающий тремор. Лейкоцитоз - 20000 со сдвигом влево, билирубин - 22.5 мг%, неконъюгированный - 15.2 мг%, АСТ - 195, щелочная фосфатаза 22 - ед по Бодански. Протромбиновое время - 17.5 с, контрольное время - 11.5 с. Обнаруживается асцит, плотная печень и умеренная спленомегалия. - Наиболее вероятный диагноз

- а) фульминантный вирусный гепатит
- б) лекарственная желтуха
- в) рецидивирующая желтуха беременных
- г) острая токсическая дистрофия печени
- д) токсемия беременности

136. У женщины 31 года на 39-й неделе третьей беременности внезапно появилась боль в животе, желтуха, вздутие. Через 24 часа от начала заболевания она потеряла сознание, появился хлопающий тремор. Лейкоцитоз - 20000 со сдвигом влево, билирубин - 22.5 мг%, неконъюгированный - 15.2 мг%, АСТ - 195, щелочная фосфатаза 22 - ед по Бодански. Протромбиновое время - 17.5 с, контрольное время - 11.5 с. Обнаруживается асцит, плотная печень и умеренная спленомегалия. - Описанный синдром может вызвать прием

- а) аминазина
- б) контрацептивного агента

- в) тетрациклина
- г) левомицетина
- д) фенобарбитала

137. У женщины 31 года на 39-й неделе третьей беременности внезапно появилась боль в животе, желтуха, вздутие. Через 24 часа от начала заболевания она потеряла сознание, появился хлопающий тремор. Лейкоцитоз - 20000 со сдвигом влево, билирубин - 22. 5 мг%, неконъюгированный - 15. 2 мг%, АСТ - 195, щелочная фосфатаза 22 - ед по Бодански. Протромбиновое время - 17. 5 с, контрольное время - 11. 5 с. Обнаруживается асцит, плотная печень и умеренная спленомегалия. - Печеночная биопсия в данном случае может показать

- а) генерализованный некроз
- б) фокальный некроз
- в) субкапсулярную геморрагию
- г) только холестаза
- д) жировую инфильтрацию

138. У женщины 31 года на 39-й неделе третьей беременности внезапно появилась боль в животе, желтуха, вздутие. Через 24 часа от начала заболевания она потеряла сознание, появился хлопающий тремор. Лейкоцитоз - 20000 со сдвигом влево, билирубин - 22. 5 мг%, неконъюгированный - 15. 2 мг%, АСТ - 195, щелочная фосфатаза 22 - ед по Бодански. Протромбиновое время - 17. 5 с, контрольное время - 11. 5 с. Обнаруживается асцит, плотная печень и умеренная спленомегалия. Печеночная биопсия в данном случае может показать генерализованный некроз - Прогноз в этом случае

- а) хороший, но возможен рецидив
- б) всегда хороший
- в) почти неизбежно летальный
- г) хороший, если она выживает в первые 24 часа
- д) плохой, если не сделать обменное переливание

139. Обнаружение у больного с желтухой на протяжении 3 недель нормальных размеров печени предполагает

- а) вирусный гепатит
- б) алкогольный цирроз
- в) лекарственный цирроз
- г) хронический активный гепатит
- д) гемолитическую желтуху

140. Для медикаментозного гепатита характерны следующие признаки

- а) проявления не связаны с количеством принятого медикамента
- б) тяжесть не связана с количеством принятого препарата
- в) часто сопровождается другими признаками гиперчувствительности
- г) начало не связано с длительностью терапии
- д) все перечисленное

141. Следующие заболевания сопровождаются ознобом и лихорадкой, протекающие с желтухой

- а) холедохолитиаз
- б) холангит
- в) вирусный гепатит
- г) сепсис
- д) все перечисленное

142. Наиболее часто кардиальный цирроз ассоциируется

- а) с митральным стенозом
- б) с аортальной недостаточностью
- в) с легочным стенозом
- г) с констриктивным перикардитом
- д) с перикардиальным выпотом

143. При застойной сердечной недостаточности в печени чаще всего наблюдаются

- а) перипортальное воспаление
- б) ступенчатые некрозы
- в) центролобулярные некрозы
- г) фокальные некрозы
- д) все перечисленное

144. При кардиальном циррозе редко встречается

- а) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
- б) увеличенная печень
- в) желтуха
- г) асцит
- д) отеки

145. Острая печеночная энцефалопатия характеризуется

- а) длительным анамнезом
- б) значительной гепатомегалией
- в) наличием сосудистых "звездочек" и "печеночных ладоней"
- г) спленомегалией
- д) желтухой

146. Хроническая печеночная энцефалопатия характеризуется

- а) коротким анамнезом
- б) пониженным питанием больных
- в) отсутствием спленомегалии
- г) отсутствием сосудистых "звездочек" и "печеночных ладоней"
- д) отсутствием асцита

147. Выраженная печеночная энцефалопатия проявляется

- а) нарушением ритма сна
- б) хлопающим тремором кистей
- в) ретроградной амнезией
- г) желтухой
- д) всем перечисленным

148. Развитие печеночной энцефалопатии при циррозе печени может быть связано

- а) с пищеводно-желудочным кровотечением
- б) с инфекцией мочевых путей, органов грудной клетки, бактериальным перитонитом
- в) с применением диуретиков и седативных средств
- г) с чрезмерным употреблением пищевого белка
- д) со всем перечисленным

149. Причиной развития печеночной энцефалопатии являются

- а) церебротоксические вещества, поступающие в циркуляцию из желудочно-кишечного тракта (аминокислоты и продукты их деградации и др.)
- б) нарушение кислотно-щелочного равновесия и электролитного состава крови
- в) портальная гипертензия и коллатеральный проток
- г) все перечисленное

150. Признаками гепатоцеллюлярной деструкции являются все, кроме

- а) желтухи
- б) печеночной энцефалопатии (изменение личности, неадекватное поведение, сонливость, дизартрия и др.)
- в) "печеночного" запаха
- г) хлопающего тремора пальцев вытянутых рук
- д) лихорадки

151. При проявлении симптомов печеночной энцефалопатии у больного циррозом печени необходимо провести следующие исследования, кроме

- а) анализа крови и факторов свертывания крови
- б) бактериологического исследования мочи, крови и гноя (если он есть)
- в) взятия асцитической жидкости для выявления микрофлоры и элементов воспаления
- г) электролитов, креатинина, мочевины, билирубина
- д) дуоденального содержимого

152. Причиной прогрессирующей печеночной недостаточности при циррозе печени в результате острого пищеводно-желудочного кровотечения является все, кроме

- а) артериальной гипотензии
- б) анемии и гипоксии
- в) поступления в кровь из пищеварительного тракта гепатотоксических метаболитов, образовавшихся под действием кишечной микрофлоры на поступившую в кишечник кровь
- г) гипертермии

д) гипергликемии

153. При хронической печеночной энцефалопатии лечебные мероприятия могут включать все, кроме

- а) применения циклофлосаина и других антибиотиков
- б) ограничения в пищевом рационе белка и соли
- в) приема внутрь лактулозы (нормазы)
- г) проведения клизм с сульфатом магния (20 г на 100 мл воды)
- д) внутривенного введения изотонического раствора хлористого натрия

154. В состав коктейля, вводимого внутривенно при хронической печеночной энцефалопатии, может входить все, кроме

- а) глюкозы
- б) витаминов группы В
- в) липоевой, аскорбиновой и никотиновой кислот
- г) пирасетама
- д) преднизолона

155. После устранения симптомов хронической печеночной энцефалопатии при циррозе печени предусматривается все, кроме

- а) длительного ограничения соли в пищевом рационе
- б) расширения диеты с обязательным приемом внутрь животных белковых продуктов
- в) постоянного использования лактулозы (нормазы)
- г) постоянного приема гепатопротекторов типа эссенциале
- д) правильные ответы б) и г)

156. Причинами надпеченочных желтух являются все заболевания, кроме

- а) врожденных гемолитических анемий
- б) В12-дефицитной анемии
- в) болезни Жильбера
- г) переливания несовместимой по группе и резус-фактору крови
- д) анаэробного сепсиса

157. К печеночной желтухе относятся все, кроме

- а) синдрома Жильбера, Криглера - Наджара
- б) доброкачественной желтухи беременных
- в) дефицита α 1-антитрипсина
- г) болезни Вильсона - Коновалова
- д) холангита

158. Подпеченочная желтуха возникает при следующих заболеваниях, кроме

- а) первичного билиарного цирроза
- б) склерозирующего холангита
- в) холедохолитиаза
- г) доброкачественной стриктуры желчного протока
- д) рака желчного протока, в том числе дуоденального сосочка

159. При малом и умеренном асците целесообразно проведение следующих мероприятий, кроме

- а) диеты с содержанием поваренной соли до 2 г в сутки
- б) ограничения суточного употребления жидкости до 1,0 л
- в) спиронолактона (верошпирон) внутрь по 100 мг и более в день
- г) параабдоминоцентеза с удалением всей асцитической жидкости
- д) амилорида (5-15 мг в сутки) или триамтерена (1-3 таблетки в сутки)

160. Для острого вирусного гепатита является характерным

- а) желтуха
- б) гиперпротеинемия
- в) внепеченочные "знаки" (сосудистые "звездочки", печеночные ладони, контрактура Дююитрена)
- г) гипер- γ -глобулинемия
- д) слабо выраженный синдром цитолиза

161. Для репликации вируса гепатита В характерно наличие следующих сывороточных маркеров

- а) HBs Ag
- б) HBe Ag

- в) анти HBs
- г) анти HBc IgG
- д) анти HBe

162. Хронический вирусный гепатит включает различающиеся по этиологии, патогенезу, течению и терапевтическим подходам заболевания

- а) хронический вирусный гепатит В
- б) хронический вирусный гепатит С
- в) хронический вирусный гепатит D
- г) хронический аутоиммунный гепатит
- д) правильные ответы а) , б) и в)

163. Патогенез хронического вирусного гепатита В связан

- а) с цитопатогенным эффектом вируса
- б) с цитотоксическим эффектом Т-лимфоцитов
- в) с аутоиммунным процессом
- г) с биологическим циклом вируса
- д) ни с чем вышеперечисленным

164. Активность и прогрессирование патологического процесса при хроническом вирусном гепатите В связана

- а) с репликативной фазой вируса
- б) с интегративной фазой вируса
- в) с аутоиммунными нарушениями
- г) с суперинтеракцией вируса гепатита D
- д) правильные ответы а) и г)

165. Клиника хронического вирусного гепатита В, ассоциированного с репликативной фазой развития вируса, характеризуется

- а) клинической и лабораторной ремиссией
- б) обострением и активизацией процесса
- в) трансформацией в персистирующий гепатит
- г) возможной трансформацией в цирроз печени
- д) правильные ответы а) и г)

166. Интерферонотерапия показана больным

- а) хроническим вирусным гепатитом В независимо от активности процесса и биологического цикла вируса
- б) персистирующим гепатитом В
- в) хроническим вирусным гепатитом С с высокой активностью
- г) аутоиммунным гепатитом с высокой активностью
- д) хроническим вирусным гепатитом В при увеличении сывороточных трансаминаз в 5 раз, гипер- γ -глобулинемии более 30 отн. %, наличии HE Ag+
- е) правильные ответы в) и д)

167. Диагностическими критериями аутоиммунного гепатита являются

- а) гистологически доказанный гепатит хронический активный
- б) положительный LE - феномен или наличие других типов аутоантител
- в) отсутствие маркеров вируса гепатита В, С, D
- г) эффективность глюкокортикоидной терапии
- д) все перечисленное
- е) правильные ответы а) и в)

169. Для первичного билиарного цирроза печени характерно все, кроме

- а) кожного зуда
- б) увеличения уровня γ -глобулина
- в) увеличения уровня щелочной фосфатазы в 3 и более раза
- г) гипербилирубинемия с преобладанием конъюгированной фракции
- д) гиперхолестеринемия

170. Гранулематозный гепатит определяется заболеваниями, к которым относятся все, кроме следующих

- а) саркоидоз
- б) бруцеллез
- в) Ку-лихорадка
- г) болезнь Крона

- д) лимфогранулематоз
- е) описторхоз

171. В развитии цирроза печени не доказана этиологическая роль

- а) алкоголя
- б) вируса гепатита В и С
- в) аутоиммунного гепатита
- г) гемохроматоза
- д) сифилиса, малярии, туберкулеза

172. Декомпенсация цирроза печени проявляется всем, кроме

- а) печеночно-клеточной недостаточности
- б) асцита
- в) портальной гипертензии
- г) печеночной энцефалопатии
- д) гиперальбуминемии и гиперпротромбинемии

173. Цирроз печени нередко приходится дифференцировать

- а) с тромбозом воротной и селезеночной вен
- б) с синдромом Бадда - Хиаи
- в) с констриктивным перикардитом
- г) с лимфогранулематозом
- д) с гемангиомой печени
- е) со всем перечисленным

174. Сердечный цирроз печени, формирующийся при констриктивном перикардите, обычно характеризуется

- а) упорным асцитом
- б) высоким венозным давлением
- в) резкой одышкой, набуханием шейных вен, цианозом
- г) желтухой
- д) гиперспленизмом
- е) правильные ответы а) , б) и в)

175. Алкогольные поражения печени могут проявляться всем, кроме

- а) жирового гепатоза
- б) острого гепатита
- в) хронического гепатита
- г) цирроза печени
- д) гранулематозного гепатита

176. Для острого алкогольного гепатита является характерным все, кроме

- а) нейтрофильного лейкоцитоза
- б) гипербилирубинемии
- в) гипертрансаминаземии
- г) высокой активности ГТТ
- д) гипохолестеринемии

177. При хроническом алкогольном гепатите эффективны все лечебные мероприятия, кроме

- а) гемодеза
- б) эссенциале
- в) глюкозы
- г) липотропных и полиферментных препаратов
- д) преднизолона

178. При очаговых изменениях в печени, выявляемых при УЗИ, чаще всего диагностируются

- а) гепатома
- б) раковые метастазы
- в) цирроз печени
- г) эхинококкоз
- д) аденомы

179. Гнойный абсцесс печени клинически проявляется всем, кроме

- а) лихорадки

- б) болей в правом верхнем квадранте живота
- в) нейтрофильного лейкоцитоза, сдвига формулы крови до миелоцитов, увеличения СОЭ
- г) увеличения печени
- д) спленомегалии

Эталонные ответы к тестам:

001-Д	002-В	003-Д	004-Д	005-Д	006-Д	007-Д
008-Г	009-В	010-Г	011-Г	012-А	013-А	014-Г
015-А	016-А	017-Г	018-Д	019-А	020-Г	021-Д
022-В	023-Д	024-А	025-Д	026-Д	027-В	028-Д
029-Д	030-Б	031-Д	032-Б	033-Д	034-А	035-А
036-А	037-Б	038-В	039-В	040-Г	042-В	043-Б
044-Б	045-Г	046-Д	047-Б	048-В	049-Д	050-Д
051-Д	052-В	053-А	054-В	055-Д	056-Д	057-А
058-Б	059-Д	060-В	061-Г	062-Д	063-Г	064-Б
065-А	066-Б	067-Д	068-Д	069-Д	070-Б	071-Д
072-Д	073-А	074-Б	075-Б	076-Д	077-А	078-Д
079-В	080-Г	081-В	082-Д	083-В	084-Г	085-А
086-А	087-А	088-Г	089-Г	090-Д	091-В	092-Д
093-Г	094-Г	095-Д	096-Д	097-Д	098-В	099-Г
100-Д	101-А	102-Д	103-Б	104-В	105-Г	106-Д
107-Г	108-Г	109-В	110-В	111-Г	112-Б	113-Д
114-Д	115-Д	116-Г	117-Г	118-В	119-А	120-В
121-Д	122-Д	123-Г	124-А	125-Д	126-Д	127-Д
128-Г	129-Г	130-Д	131-В	132-А	133-Г	134-В
135-Г	136-В	137-А	138-В	139-В	140-Д	141-Д
142-Г	143-В	144-А	145-Д	146-Б	147-Д	148-Д
149-Г	150-Д	151-Д	152-Д	153-Д	154-Д	155-Д
156-В	157-Д	158-А	159-Г	160-А	161-Б	162-Д
163-Б	164-Д	165-Б	166-Е	167-Д	169-Б	170-Е
171-Д	172-Д	173-Е	174-Е	175-Д	176-Д	177-Д
178-Б	179-Д					

7. Тема: Хронический холецистит. Понятие о дискинезии желчевыводящих путей. Желчекаменная болезнь. Хронический описторхоз.

001. Желчный пузырь в норме располагается

- а) в точке пересечения срединно-ключичной линии и реберной дуги
- б) в точке пересечения наружного края правой прямой мышцы живота и реберной дуги
- в) на 5 см ниже вышеуказанной точки
- г) справа от пупка
- д) в точке пересечения передне-аксиллярной линии справа и реберной дуги

002. Желчный пузырь сокращается под влиянием

- а) гастрина
- б) панкреатического сока
- в) холецистокинина
- г) секретина
- д) холестерина

003. Основной функцией желчи является

- а) эмульгация жиров
- б) гидролиз углеводов
- в) лизис белков
- г) лизис жиров
- д) нейтрализация желудочного содержимого

004. Выделение с желчью холестерина и лецитина зависит от выделения

- а) желчных кислот
- б) билирубина
- в) белков

- г) минеральных солей
- д) воды

005. Основными этиологическими факторами дискинезий желчного пузыря и желчевыводящих путей являются

- а) состояние нервной системы
- б) гормональные расстройства в регуляции функции желчного пузыря и желчных путей
- в) заболевания желудка и 12-перстной кишки
- г) качественные и количественные нарушения питания
- д) все перечисленное

006. Классификация дискинезий желчного пузыря и желчевыводящих путей включает

- а) гипокинетическую форму
- б) гиперкинетическую форму
- в) смешанную форму
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и б)

007. Гиперкинетическая форма дискинезии желчного пузыря характеризуется

- а) коликообразными или схваткообразными болями
- б) болью после еды с иррадиацией в правую лопатку, ключицу и нередко в поясницу и подложечную область
- в) при рентгеновском исследовании выявляется интенсивная тень небольшого пузыря и ускорение его опорожнения
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

008. Гипокинетическая форма дискинезии желчного пузыря характеризуется

- а) ноющими и распирающими болями в правом подреберье с иррадиацией в правую ключицу и лопатку
- б) при рентгенологическом исследовании - пузырь удлиннен, расширен, опорожнение его замедлено
- в) частым сочетанием с язвенной болезнью 12-перстной кишки и гастродуоденитом
- г) всем перечисленным
- д) правильные ответы б) и в)

009. Диагноз дискинезии желчного пузыря основывается

- а) на клинических данных
- б) на данных 5-фазного дуоденального зондирования
- в) на рентгенологических данных
- г) на всем перечисленном
- д) правильные ответы а) и б)

010. В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря используют

- а) H₂-блокаторы гистамина
- б) препараты группы сукральфата
- в) спазмолитические средства
- г) беззондовые тюбажи
- д) хирургическое лечение

011. В лечении гипокинетической формы дискинезии желчного пузыря используют

- а) холекинетики
- б) спазмолитики
- в) хирургическое лечение
- г) антациды
- д) ферменты

012. Этиологическими факторами развития холецистита являются

- а) количественные и качественные отклонения в пищевом режиме
- б) моторно-секреторные нарушения в системе желчного пузыря и желчных путей
- в) инфекции
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы б) и в)

013. К основным патогенетическим звеньям развития ферментативного холецистита относятся

- а) панкреато-пузырный рефлюкс
- б) стаз желчи

- в) изменение соотношения давления в панкреатическом и общем желчном протоке
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

014. Толщина стенки желчного пузыря по результатам УЗИ в норме составляет

- а) 1-2 мм
- б) 3-4 мм
- в) 5-6 мм
- г) 7-8 мм
- д) 9-10 мм

015. При заболеваниях желчного пузыря характерна иррадиация боли

- а) в правое плечо
- б) в правую лопатку
- в) в межлопаточное пространство
- г) в область сердца
- д) во все перечисленные области

016. Положительный симптом Мерфи патогномотичен

- а) для язвенной болезни 12-перстной кишки
- б) для холецистита
- в) для панкреатита
- г) для гастрита
- д) для дуоденита

017. "Голодные боли" могут возникать

- а) при грыже пищеводного отверстия диафрагмы
- б) при холецистите
- в) при панкреатите
- г) при гастрите
- д) при всем перечисленном

018. Болевой синдром при холециститах вызывается

- а) спазмом мускулатуры желчного пузыря
- б) растяжением стенки желчного пузыря или протоков
- в) повышением давления в желчевыводящей системе
- г) правильные ответы а) и в)
- д) всем перечисленным

019. К пузырьным симптомам относятся

- а) симптом Поргеса
- б) симптом Мейо - Робсона
- в) симптом Ортнера
- г) симптом Образцова
- д) все перечисленные

020. Хронический холецистит может осложняться

- а) холангитом
- б) холелитиазом
- в) водянкой желчного пузыря
- г) перитонитом
- д) всем перечисленным

021. Холецистография противопоказана больным

- а) с непереносимостью жиров
- б) с идиосинкразией к пищевому белку
- в) с идиосинкразией к йоду
- г) после вирусного гепатита
- д) с любым из перечисленных случаев

022. Отсутствие видимости желчного пузыря после введения йодированных соединений означает

- а) снижение всасывания в кишечнике
- б) снижение функции печени

- в) снижение функции поджелудочной железы
- г) патологию желчного пузыря
- д) все перечисленное

023. К основным принципам лечения холецистита относят

- а) диетотерапию
- б) фармакотерапию
- в) физиотерапию
- г) курортную терапию
- д) все перечисленное

024. При хроническом холецистите назначают

- а) диету N 1
- б) диету N 2
- в) диету N 4
- г) диету N 5
- д) диету N 10

025. В лечении холецистита используют все перечисленные препараты, кроме

- а) но-шпы
- б) эуфиллина
- в) ганглерона
- г) морфина
- д) промедола

026. Для опорожнения желчного пузыря применяется

- а) режим питания и диета
- б) желчегонные средства
- в) тюбажи
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы б) и в)

027. К холеретикам относятся все перечисленные препараты, кроме

- а) олиметина
- б) холензима
- в) аллохола
- г) оксафенамида
- д) холагола

028. К холекинетикам относятся все перечисленные препараты, кроме

- а) холагогум
- б) ровахола
- в) аллохола
- г) ксилита
- д) сорбита

029. Для лечения лямблиоза с поражением желчных путей используют

- а) левомицетин
- б) трихопол
- в) канамицин
- г) невидграмон
- д) энтероцептол

030. В качестве противовоспалительной терапии при холециститах чаще используют

- а) антибиотики широкого спектра действия
- б) препараты фурадонинового ряда
- в) препараты налидиксовой кислоты
- г) сульфаниламидные препараты
- д) все перечисленное

031. Физиотерапевтические процедуры при холециститах оказывают

- а) тепловое действие
- б) спазмолитическое действие

- в) седативное действие
- г) усиливают желчеобразование и желчеотделение
- д) все перечисленное

032. К лекарственным растениям, обладающим холеспазмолитическим действием, относятся

- а) белладонна
- б) зверобой
- в) алтей
- г) ромашка
- д) все перечисленное

033. К лекарственным растениям, обладающим холекинетическим действием, относятся

- а) бессмертник
- б) вахта трехлистная
- в) одуванчик
- г) почки сосны
- д) все перечисленное

034. К лекарственным растениям, обладающим холеретическим действием, относятся

- а) кукурузные рыльца
- б) полынь горькая
- в) пижма
- г) шиповник
- д) все перечисленные

035. К лекарственным растениям, обладающим смешанным действием, относятся

- а) болотный аир
- б) перечная мята
- в) барбарис обыкновенный
- г) все перечисленные
- д) правильные ответы а) и б)

036. При проведении санаторно-курортного лечения при холециститах используются

- а) диета
- б) минеральные воды
- в) физиотерапия
- г) лечебная физкультура
- д) все перечисленное

037. Показанием к оперативному лечению являются все перечисленные осложнения, кроме

- а) водянки желчного пузыря
- б) эмпиемы
- в) деформации желчного пузыря
- г) перфорации
- д) поражения желчных протоков (стриктура холедоха, стеноз фатерова сосочка)

038. Противопоказаны при хронических холециститах

- а) выраженные нервно-эмоциональные нагрузки
- б) значительное физическое напряжение
- в) общая и местная вибрация
- г) невозможность соблюдения диетического режима
- д) все перечисленное

039. Основными этиологическими факторами развития желчнокаменной болезни являются

- а) моторно-секреторные нарушения
- б) нарушение процессов метаболизма в организме
- в) количественные и качественные отклонения в пищевом режиме
- г) наследственная предрасположенность
- д) все перечисленные

040. Основными патогенетическими звеньями образования камней в желчевыводящей системе являются

- а) нарушение метаболизма холестерина и билирубина
- б) изменение pH желчи

- в) холестаз
- г) продукция печеночной клеткой литогенной желчи
- д) все перечисленное

041. Повышение холестерина в сыворотке крови связано

- а) с острым вирусным гепатитом
- б) с хроническим активным гепатитом
- в) с обструкцией желчевыводящих путей
- г) с вирусным циррозом печени
- д) с гематомой

042. Желчные камни чаще всего состоят

- а) из солей желчных кислот
- б) из холестерина
- в) из оксалатов
- г) из мочевой кислоты
- д) из шистина

043. При желчнокаменной болезни имеет место

- а) снижение соотношения желчных кислот к холестерину
- б) снижение уровня билирубина в моче
- в) повышение уровня желчных кислот
- г) повышение уровня лецитина
- д) снижение уровня белков желчи

044. Желчнокаменная болезнь характеризуется снижением в желчи уровня

- а) желчных кислот
- б) холестерина
- в) минеральных солей
- г) билирубина
- д) воды

045. При подозрении на хронический калькулезный холецистит с целью уточнения диагноза необходимо провести

- а) дуоденальное зондирование
- б) внутривенную холангиографию
- в) обзорную рентгенографию органов брюшной полости
- г) эхогелятографию
- д) эзофагогастродуоденоскопию

046. Чрезкожная холангиография является методом, позволяющим диагностировать

- а) хронический гепатит
- б) билиарный цирроз печени
- в) непроходимость желчных путей с механической желтухой
- г) абсцесс печени
- д) внутрипеченочный сосудистый блок

047. В распознавании внепеченочной обструктивной желтухи наиболее достоверен метод

- а) внутривенной холангиографии
- б) пероральной холецистографии
- в) дуоденального зондирования
- г) перитонеоскопии
- д) эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии

048. Метод эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии имеет диагностические возможности во всех перечисленных случаях, кроме

- а) выявления камней в желчевыводящих путях
- б) расшифровки патологии большого дуоденального сосочка
- в) определения наличия холецистолитиаза
- г) дифференцировки различных форм панкреатита
- д) диагностики склерозирующего холангита

049. Для локализации камней в общем желчном протоке характерны

- а) желтуха
- б) озноб
- в) лихорадка
- г) обесшеченный кал
- д) все перечисленное

050. Приступ желчной колики сопровождается

- а) острой болью
- б) рвотой
- в) лихорадкой
- г) всем перечисленным
- д) правильные ответы а) и б)

051. Для локализации вентильного камня в пузырном протоке характерны

- а) кратковременные боли
- б) переполнение и растяжение желчного пузыря
- в) кратковременные желтухи
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

052. Дифференциальный диагноз желчекаменной болезни проводится со всеми перечисленными заболеваниями, кроме

- а) хронического бескаменного холецистита
- б) язвенного колита
- в) гастродуоденальной язвы
- г) хронического панкреатита
- д) хронического гепатита с холестатическим компонентом

053. Калькулезный холецистит может иметь все перечисленные осложнения, кроме

- а) панкреонекроза
- б) гнойного холангита
- в) гастродуоденального кровотечения
- г) перитонита
- д) сепсиса

054. Растворение холестериновых камней в желчном пузыре вызывают все перечисленные препараты, кроме

- а) холестирамина
- б) хенохола
- в) хенофалька
- г) урсофалька

055. Лечение при холецистолитеазе включают применение

- а) холевой кислоты
- б) хенодезоксихолевой кислоты
- в) литохолевой кислоты
- г) граурохолевой кислоты
- д) дегидрохолевой кислоты

056. Хенодезоксихолевую кислоту применяют с целью

- а) растворения холестериновых конкрементов в желчном пузыре
- б) снижения уровня холестерина в сыворотке крови
- в) улучшения всасывания витамина В12
- г) улучшения утилизации жиров в кишечнике
- д) улучшения утилизации углеводов в кишечнике

057. Несвоевременное рациональное лечение желчнокаменной болезни может привести к развитию всего перечисленного, кроме

- а) билиарного цирроза печени
- б) нарушения моторной и концентрационной функции желчного пузыря
- в) почечной недостаточности
- г) холангита
- д) хронического панкреатита

058. Для холангита характерно

- а) катаральное воспаление внепеченочных желчных протоков
- б) гнойное воспаление внепеченочных желчных протоков
- в) катаральное воспаление внутрипеченочных желчных протоков
- г) гнойное воспаление внутрипеченочных желчных протоков
- д) все перечисленное

059. Основными этиологическими факторами развития холангита являются

- а) инфекция
- б) желчнокаменная болезнь
- в) стеноз фатерова соска
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы б) и в)

060. Классификация холангитов включает следующие формы

- а) острый
- б) хронический
- в) смешанный
- г) острый и хронический
- д) все перечисленные

061. Для острого холангита характерны

- а) лихорадка
- б) боли в правом подреберье
- в) ознобы
- г) диспепсические расстройства
- д) все перечисленное

062. Для хронического холангита характерны

- а) субфебрильная температура
- б) болевые приступы
- в) кратковременная желтуха
- г) кожный зуд
- д) все перечисленное

063. Гнойный холангит может осложняться

- а) поддиафрагмальным абсцессом
- б) эмпиемой плевры
- в) перитонитом
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

064. У больного В. 48 лет начало заболевания можно было связать с пере-охлаждением (длительное лежание на земле). Больной в течение 6 месяцев наблюдался по поводу "агрессивного гепатита". Отмечалась высокая ремиттирующая лихорадка, боль в правом подреберье, резкая слабость, гепатомегалия, нейтрофильный лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. - Предположительный диагноз в этом случае

- а) хронический персистирующий гепатит
- б) гнойный холангит
- в) холецистит
- г) острый гепатит
- д) хронический активный гепатит

065. У больного В. 48 лет начало заболевания можно было связать с пере-охлаждением (длительное лежание на земле). Больной в течение 6 месяцев наблюдался по поводу "агрессивного гепатита". Отмечалась высокая ремиттирующая лихорадка, боль в правом подреберье, резкая слабость, гепатомегалия, нейтрофильный лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. - Первоочередными исследованиями, необходимыми для уточнения диагноза, являются

- а) эхохолецистогепатография
- б) сканирование печени с РФП "Фетат"
- в) динамическая сцинтиграфия
- г) рентгеновская холецистография
- д) лапароскопия

066. Больная Е. 56 лет поступила с жалобами в правом подреберье приступообразного характера, тошноту и чувство горечи во рту по утрам, умеренный зуд кожи, познобливание. В анамнезе холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита. Боли в правом подреберье длятся от нескольких часов до двух суток и повторяются по несколько раз в месяц. В последнее время у больной стали возникать приступы стенокардии, которые учащаются в момент болей в правом подреберье. При осмотре - повышенное питание, иктеричность склер и кожных покровов, температура 37. 5 град. С. Тоны сердца приглушены, пульс - 82 в минуту, ритмичный, АД - 135/80 мм рт. ст. Печень выступает из под края реберной дуги на 4 см, болезненная при пальпации. - Предварительный диагноз в этом случае

- а) хронический гепатит
- б) хронический рецидивирующий панкреатит
- в) постхолецистэктомический синдром
- г) рак головки поджелудочной железы
- д) холангит

067. Больная Е. 56 лет поступила с жалобами в правом подреберье приступообразного характера, тошноту и чувство горечи во рту по утрам, умеренный зуд кожи, познобливание. В анамнезе холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита. Боли в правом подреберье длятся от нескольких часов до двух суток и повторяются по несколько раз в месяц. В последнее время у больной стали возникать приступы стенокардии, которые учащаются в момент болей в правом подреберье. При осмотре - повышенное питание, иктеричность склер и кожных покровов, температура 37. 5 град. С. Тоны сердца приглушены, пульс - 82 в минуту, ритмичный, АД - 135/80 мм рт. ст. Печень выступает из под края реберной дуги на 4 см, болезненная при пальпации. -

Первоочередными диагностическими процедурами являются

- а) ультразвуковое исследование печени и желчных протоков
- б) чрезпеченочная холангиография
- в) эндоскопическая гастродуоденоскопия
- г) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- д) исследование функциональных проб печени

068. Лечение холангитов включает

- а) антибиотики
- б) нитрофурановые препараты
- в) желчегонные
- г) спазмолитические средства
- д) все перечисленное

069. К причинам постхолецистэктомического синдрома относятся

- а) ошибки предоперационной диагностики
- б) технические дефекты операции
- в) наличие осложнений
- г) сопутствующие заболевания
- д) все перечисленные

070. К дефектам операции относятся все перечисленное, кроме

- а) оставленных камней в протоках
- б) большой культи пузырного протока
- в) диафрагмальной грыжи
- г) неполного удаления желчного пузыря
- д) лигирования крупных желчных протоков

071. Синдром отсутствия желчного пузыря проявляется

- а) тупыми болями в правом подреберье
- б) диспепсическими расстройствами
- в) расстройством стула
- г) всем перечисленным
- д) правильные ответы а) и б)

072. Длинная культя пузырного протока проявляется

- а) приступами желчной колики
- б) лихорадкой
- в) желтухой
- г) правильные ответы а) и б)
- д) всем перечисленным

073. О наличии холестаза свидетельствует повышение концентрации в крови всех перечисленных показателей, кроме

- а) амилазы
- б) щелочной фосфатазы
- в) лейцинаминопептидазы
- г) холестерина
- д) желчных кислот

074. Лечение постхолецистэктомического синдрома направлено

- а) на устранение дискинезии
- б) на усиление желчевыделения
- в) на подавление инфекции
- г) на ликвидацию холестаза
- д) на все перечисленное

075. В лечении постхолецистэктомического синдрома применяются все перечисленные препараты, кроме

- а) но-шпы
- б) левомицетина
- в) циметидина
- г) тазепама
- д) холагола

Эталонные ответы к тестам:

001-Б	002-В	003-А	004-А	005-Д	006-Г	007-Г
008-Г	009-Г	010-В	011-А	012-Г	013-Д	014-А
015-Д	016-Б	017-Б	018-Д	019-В	020-Д	021-В
022-Г	023-Д	024-Г	025-Г	026-Г	027-А	028-В
029-Б	030-А	031-Д	032-Д	033-Д	034-Д	035-Г
036-Д	037-В	038-Д	039-Д	040-Д	041-В	042-Б
043-А	044-А	045-Г	046-В	047-Д	048-Г	049-Д
050-Г	051-Г	052-Б	053-В	054-А	055-Б	056-А
057-В	058-Д	059-Г	060-Г	061-Д	062-Д	063-Г
064-Б	065-А	066-Д	067-А	068-Д	069-Д	070-В
071-Г	072-Д	073-А	074-Д	075-В		

8. Тема: Хронический панкреатит, опухоли поджелудочной железы.

001. Основными морфологическими элементами поджелудочной железы являются

- а) эпителиально-железистые ткани
- б) b-клетки
- в) a-клетки
- г) d-клетки
- д) все перечисленные

002. Основной экскреторной функцией поджелудочной железы является

- а) инсулин-продуцирующая
- б) глюкагон-продуцирующая
- в) соматостатин-продуцирующая
- г) липоканн-фактор-продуцирующая
- д) правильного ответа нет

003. Клетки островков поджелудочной железы вырабатывают

- а) a-глюкагон
- б) b-глюкагон
- в) d1-глюкагон
- г) d2-глюкагон
- д) g-глюкагон

004. В клетках островков поджелудочной железы синтезируются

- а) секретин
- б) инсулин

- в) глюкагон
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

005. Клетки поджелудочной железы, вырабатывающие ферменты - это

- а) клетки каликреиновой системы
- б) клетки эпителиально-железистой ткани
- в) d-клетки
- г) g-клетки

006. Наиболее информативными методами в диагностике патологии поджелудочной железы являются

- а) рентгенологический метод
- б) ультразвуковой метод исследования
- в) компьютерная томография
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

007. При муковисцидозе обычно поражаются

- а) печень
- б) бронхолегочная система
- в) поджелудочная железа
- г) потовые железы
- д) все перечисленное

008. Классическими проявлениями муковисцидоза являются все следующие, кроме

- а) респираторного синдрома
- б) сахарного диабета
- в) нарушений в эндокринной системе поджелудочной железы
- г) нарушений кислотно-щелочного равновесия и водно-электролитного обмена

009. Постоянными клиническими проявлениями кистозного фиброза поджелудочной железы являются

- а) мышечная слабость, куриная слепота
- б) стеаторея, креаторея
- в) гиперкератоз, пигментация кожи
- г) изменения электролитного состава пота и мочи
- д) все перечисленное

010. Наиболее характерными морфологическими признаками кистозного фиброза поджелудочной железы являются

- а) расширение малых протоков
- б) истончение эпителия протоков
- в) атрофия секреторных клеток
- г) диффузный фиброз
- д) все перечисленное

011. Важнейшим лабораторно-диагностическим тестом муковисцидоза является

- а) потовый
- б) амилаза крови
- в) содержание аминокислот в стуле
- г) содержание жира в стуле
- д) мочевого синдром

012. При муковисцидозе встречаются тяжелые морфологические поражения

- а) в легких
- б) в 12-перстной кишке
- в) в поджелудочной железе
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и в)

013. При муковисцидозе в поте больных содержится больше, чем в норме

- а) магния
- б) кальция
- в) натрия

г) фосфора

014. Значительное увеличение в слюне и поте натрия, хлора и калия указывают

- а) на паротит
- б) на сахарный диабет
- в) на хронический панкреатит
- г) на кистозный фиброз поджелудочной железы
- д) на рак поджелудочной железы

015. В лечении фиброзного поликистоза поджелудочной железы используются

- а) дезинтоксикационные средства
- б) хирургический метод
- в) лечебное питание
- г) витаминотерапия
- д) все перечисленное

016. "Блуждающая" поджелудочная железа наиболее часто локализуется

- а) в 12-перстной кишке
- б) в дивертикуле Меккеля
- в) в желудке
- г) в печени
- д) правильные ответы а) и б)

017. К возможным осложнениям при "блуждающей" поджелудочной железе относят

- а) изъязвление желудка и 12-перстной кишки
- б) прободение желудка и 12-перстной кишки
- в) гастродуоденальное кровотечение
- г) дуоденостаз
- д) все перечисленное

018. Основными методами лечения "блуждающей" поджелудочной железы являются

- а) рентгенотерапия
- б) хирургический
- в) консервативная терапия
- г) все перечисленные
- д) правильные ответы б) и в)

019. К возможным причинам развития кист в поджелудочной железе относятся

- а) травма брюшной полости
- б) ранее перенесенный острый панкреатит
- в) хроническая интоксикация
- г) гипертоническая болезнь
- д) правильные ответы а) и б)

020. Ведущими симптомами для кист поджелудочной железы следует считать

- а) боли
- б) нарушение оттока панкреатического сока
- в) прощупывание опухоли
- г) симптомы сдавления других органов
- д) все перечисленные

021. К возможным осложнениям кист поджелудочной железы относят все следующие, кроме

- а) нагноения
- б) злокачественного перерождения
- в) кровоизлияния в полость кисты
- г) разрыва стенки
- д) сахарного диабета

022. При абсцессе или большой псевдокисте поджелудочной железы могут наблюдаться следующие признаки

- а) смещение желудка кпереди
- б) расширение дуоденального изгиба
- в) обструкция 12-перстной кишки
- г) каудальное смещение Трейтцовой связки

д) все перечисленные

023. Основным методом лечения кист поджелудочной железы является

- а) консервативная терапия
- б) химиотерапия
- в) хирургический метод
- г) рентгенотерапия

024. Кольцевидная поджелудочная железа может сочетаться с врожденными пороками развития

- а) сердца
- б) почек
- в) печени
- г) правильные ответы а) и б)
- д) всем перечисленным

025. Разделение поджелудочной железы чаще встречается между

- а) головкой и телом
- б) телом и хвостом
- в) не встречается
- г) правильные ответы а) и б)

026. Основными клиническими проявлениями разделенной поджелудочной железы являются

- а) боли
- б) диспепсические расстройства
- в) желтуха
- г) никаких клинических симптомов
- д) все перечисленное

027. Значительное увеличение сывороточной амилазы может указывать

- а) на кишечную непроходимость
- б) на острый панкреатит
- в) на пневмонию
- г) на рак поджелудочной железы
- д) на сахарный диабет

028. Секрецию панкреатического сока наиболее активно стимулируют

- а) соматостатин
- б) гастрин
- в) секретин
- г) холецистокинин
- д) правильные ответы в) и г)

029. Наиболее простым методом для первичного обследования больного с подозрением на патологию поджелудочной железы является

- а) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- б) ультразвуковой метод исследования
- в) лапароскопия
- г) компьютерная томография
- д) биопсия поджелудочной железы

030. При пенетрации язвы в поджелудочную железу часто повышается

- а) амилаза
- б) липаза
- в) глюкоза
- г) щелочная фосфатаза
- д) ни одна из них

031. К экзопептидазам относят

- а) трипсин
- б) химотрипсин
- в) эластазу
- г) карбоксипептидазу
- д) все перечисленные

032. Секретин

- а) повышает продукцию гастрина
- б) вызывает значительное снижение гастрина в сыворотке
- в) продуцируется поджелудочной железой
- г) продуцируется слизистой оболочкой 12-перстной кишки
- д) правильные ответы б) и в)

033. Основная масса секрета продуцируется

- а) в желудке
- б) в 12-перстной кишке
- в) в тонкой кишке
- г) в толстой кишке
- д) правильного ответа нет

034. Сканирование поджелудочной железы всегда эффективно в диагностике

- а) острого панкреатита
- б) псевдокист поджелудочной железы
- в) рака поджелудочной железы
- г) хронического панкреатита
- д) правильного ответа нет

035. Для нормального липолиза в 12-перстной кишке необходимо присутствие всех перечисленных факторов, кроме

- а) липазы
- б) кислого pH
- в) желчи
- г) щелочного pH

036. 45-летний мужчина с двумя эпизодами алкогольного панкреатита в прошлом (последнее обострение 4 недели назад) поступил с болями плеврального характера в левой половине грудной клетки в течение недели. В последнее время алкоголь не употребляет. Температура тела 38 град. С, частота дыхания - 24 в минуту, пульс - 100 в минуту. Дыхание ослабленное слева сзади, перкуторный звук притупленный. Со стороны брюшной полости без патологии. - В первую очередь ему следует сделать

- а) ЭКГ
- б) рентгенологическое исследование грудной клетки
- в) исследование амилазы сыворотки крови
- г) копрограмму
- д) правильные ответы б) и в)

037. 45-летний мужчина с двумя эпизодами алкогольного панкреатита в прошлом (последнее обострение 4 недели назад) поступил с болями плеврального характера в левой половине грудной клетки в течение недели. В последнее время алкоголь не употребляет. Температура тела 38 град. С, частота дыхания - 24 в минуту, пульс - 100 в минуту. Дыхание ослабленное слева сзади, перкуторный звук притупленный. Со стороны брюшной полости без патологии. - После обнаружения выпота в левой плевральной полости ему необходимо предпринять

- а) назо-гастральный отсос
- б) антибиотики
- в) диагностическую пункцию плевральной полости слева с откачиванием жидкости
- г) симптоматическое лечение

038. 45-летний мужчина с двумя эпизодами алкогольного панкреатита в прошлом (последнее обострение 4 недели назад) поступил с болями плеврального характера в левой половине грудной клетки в течение недели. В последнее время алкоголь не употребляет. Температура тела 38 град. С, частота дыхания - 24 в минуту, пульс - 100 в минуту. Дыхание ослабленное слева сзади, перкуторный звук притупленный. Со стороны брюшной полости без патологии. - Диагностическими тестами, наиболее информативными при определении характера жидкости, являются

- а) амилаза
- б) белок
- в) АСТ
- г) щелочная фосфатаза
- д) правильные ответы а) и б)

039. 45-летний мужчина с двумя эпизодами алкогольного панкреатита в прошлом (последнее обострение 4 недели назад) поступил с болями плеврального характера в левой половине грудной клетки в течение недели. В последнее время алкоголь не употребляет. Температура тела 38 град. С, частота дыхания - 24 в минуту, пульс - 100 в минуту. Дыхание ослабленное слева сзади; перкуторный звук притупленный. Со стороны брюшной полости без патологии. - Наиболее вероятный диагноз у него

- а) перфоративный аппендицит
- б) рак головки или хвоста поджелудочной железы
- в) рецидивирующий алкогольный панкреатит
- г) активная дуоденальная язва, пенетрирующая в головку поджелудочной железы
- д) разрыв селезенки

040. Больного беспокоят постоянные боли в левом подреберье с иррадиацией в спину, возникшие после обильного приема жирной пищи и алкоголя. При пальпации болезненность в зонах Шоффара и Мейо - Робсона, понос без примеси крови, слабость, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз без существенного сдвига формулы влево, непродолжительная амилазурия - Клиническая картина позволяет заподозрить

- а) обострение хронического панкреатита
- б) острый некротизирующий панкреатит
- в) острый инфильтративный панкреатит
- г) острый холецистит
- д) язвенную болезнь в фазе обострения

041. Больного беспокоят постоянные боли в левом подреберье с иррадиацией в спину, возникшие после обильного приема жирной пищи и алкоголя. При пальпации болезненность в зонах Шоффара и Мейо - Робсона, понос без примеси крови, слабость, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз без существенного сдвига формулы влево, непродолжительная амилазурия - При подозрении на хронический панкреатит первоочередными исследованиями являются

- а) ультразвуковое исследование поджелудочной железы и печени
- б) гастродуоденоскопия
- в) биохимическое исследование крови
- г) обзорная рентгенография брюшной полости
- д) правильные ответы а) и в)

042. Больного беспокоят постоянные боли в левом подреберье с иррадиацией в спину, возникшие после обильного приема жирной пищи и алкоголя. При пальпации болезненность в зонах Шоффара и Мейо - Робсона, понос без примеси крови, слабость, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз без существенного сдвига формулы влево, непродолжительная амилазурия - В этом случае больному следует назначить

- а) преднизолон
- б) свести к минимуму медикаментозную терапию
- в) полиферментные препараты
- г) блокаторы H₂-рецепторов гистамина
- д) правильные ответы в) и г)

043. При обострении хронического панкреатита для купирования болевого синдрома можно использовать все перечисленные препараты, кроме

- а) промедола
- б) морфина
- в) гастропепина
- г) баралгина
- д) констрикала

044. При обострении хронического панкреатита (нестабильный больной) в комплексную терапию целесообразно включить

- а) баралгин
- б) трасилол (гордокс, констрикал)
- в) жидкие антациды
- г) блокаторы H₂-рецепторов гистамина
- д) все перечисленное

045. При хроническом панкреатите в фазе выраженного обострения с синдромом "уклонения ферментов", принципы медикаментозной терапии включают назначение

- а) М-холиноблокатора гастропепина
- б) ферментных препаратов
- в) антиферментного препарата трасилола или констрикала

- г) альмагеля в больших количествах
- д) правильные ответы а) и в)

046. Для лечения хронического панкреатита в фазе ремиссии применяются

- а) кортикостероиды
- б) трасилол
- в) полиферментные препараты
- г) ни один из перечисленных
- д) все перечисленные

047. В консервативную терапию хронического панкреатита входят

- а) диета
- б) кортикостероиды
- в) полиферментные препараты
- г) глюкагон
- д) правильные ответы а) и в)

048. Принципы медикаментозного лечения хронического панкреатита в фазе обострения предусматривают

- а) купирование болей, торможение секреции, снятие спазма протоков, инактивацию панкреатических ферментов
- б) применение антацидов и антисекреторных средств (циметидин и др.)
- в) устранение кишечного дисбактериоза
- г) нормализацию электролитных расстройств и дезинтоксикационную терапию
- д) все перечисленное

049. Среди клинических форм хронического панкреатита выделяют

- а) обструктивную
- б) кальцифицирующую
- в) воспалительную (паренхиматозную)
- г) псевдоопухолевую (гиперпластическую)
- д) все перечисленное

050. Характерными клиническими чертами хронического панкреатита являются

- а) развитие сахарного диабета
- б) недостаточность функции внешней секреции (гипоферментемия)
- в) желтуха
- г) повышение аминотрансфераз
- д) гепатомегалия

051. Больному хроническим панкреатитом латентного течения показаны

- а) общий полноценный рацион
- б) диета с преобладанием жиров
- в) диета с преобладанием углеводов
- г) умеренная углеводно-белковая диета
- д) диета с повышенным содержанием железа

052. Больному 52 года. На протяжении 8 лет у него периодически (после алкоголя) отмечаются боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, поносы. Лечился у терапевта по поводу "колита". В период обострения отмечается снижение веса, бледность кожных покровов, болезненность в левом подреберье, тошнота, рвота. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови без видимых отклонений от нормы. При копрологическом исследовании обнаружена креаторея, в большом количестве нейтральный жир.

- Наиболее вероятный диагноз

- а) рак поджелудочной железы
- б) хронический колит
- в) рак большого дуоденального соска
- г) хронический панкреатит
- д) хронический энтероколит

053. Больному 52 года. На протяжении 8 лет у него периодически (после алкоголя) отмечаются боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, поносы. Лечился у терапевта по поводу "колита". В период обострения отмечается снижение веса, бледность кожных покровов, болезненность в левом подреберье, тошнота, рвота. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови без видимых отклонений

от нормы. При копрологическом исследовании обнаружена креаторея, в большом количестве нейтральный жир. Наиболее вероятный диагноз хронический панкреатит - Для подтверждения диагноза необходимо провести

- а) ультразвуковое исследование
- б) гастродуоденоскопию
- в) рентгенологическое исследование
- г) исследование панкреатических ферментов в дуоденальном содержимом
- д) правильные ответы а) и б)

054. Больному 52 года. На протяжении 8 лет у него периодически (после алкоголя) отмечаются боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, поносы. Лечился у терапевта по поводу "колита". В период обострения отмечается снижение веса, бледность кожных покровов, болезненность в левом подреберье, тошнота, рвота. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови без видимых отклонений от нормы. При копрологическом исследовании обнаружена креаторея, в большом количестве нейтральный жир. - При ультразвуковом исследовании поджелудочной железы наиболее вероятно может обнаружиться

- а) рак
- б) киста
- в) очаговый или диффузный фиброз
- г) абсцесс
- д) камни

055. Больному 52 года. На протяжении 8 лет у него периодически (после алкоголя) отмечаются боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, поносы. Лечился у терапевта по поводу "колита". В период обострения отмечается снижение веса, бледность кожных покровов, болезненность в левом подреберье, тошнота, рвота. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови без видимых отклонений от нормы. При копрологическом исследовании обнаружена креаторея, в большом количестве нейтральный жир. Наиболее вероятный диагноз хронический панкреатит. При ультразвуковом исследовании поджелудочной железы наиболее вероятно может обнаружиться очаговый или диффузный фиброз -Больному следует назначить лечение

- а) хирургическое
- б) рентгенотерапию
- в) консервативное
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

056. Больному 52 года. На протяжении 8 лет у него периодически (после алкоголя) отмечаются боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, поносы. Лечился у терапевта по поводу "колита". В период обострения отмечается снижение веса, бледность кожных покровов, болезненность в левом подреберье, тошнота, рвота. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови без видимых отклонений от нормы. При копрологическом исследовании обнаружена креаторея, в большом количестве нейтральный жир. - При хроническом панкреатите возможны осложнения

- а) кисты
- б) шок
- в) стеноз дистального отдела холедоха
- г) абсцессы поджелудочной железы
- д) панкреатический асцит
- е) все перечисленное

057. Для хронического панкреатита с длительным течением (12 лет) и частыми обострениями основными симптомами являются

- а) общая слабость, похудание
- б) снижение трудоспособности
- в) истощение функции внешней секреции (гипоферментемия)
- г) диспепсические расстройства
- д) все перечисленное

058. При подозрении на хронический панкреатит, необходимо исключить

- а) калькулезный холецистит
- б) язвенную болезнь
- в) рак поджелудочной железы
- г) висцеральный ишемический синдром
- д) все перечисленное

059. Для обострения хронического панкреатита характерны все перечисленные симптомы, кроме

- а) метеоризма
- б) поносов
- в) болей
- г) рвоты
- д) падения массы тела

060. Механизм болей при панкреатите обусловлен всеми перечисленными факторами, кроме

- а) воспаления поджелудочной железы (повреждение паренхимы и капсулы)
- б) периневральное воспаление и раздражение рецепторов
- в) тромбоза сосудов
- г) внутрипанкреатические осложнения (обструкция панкреатического протока, развитие псевдокист)

061. Для ремиссии хронического панкреатита характерны все перечисленные симптомы, кроме

- а) болей
- б) диспепсических расстройств при нарушении режима питания
- в) повышенной утомляемости
- г) потери массы тела
- д) сниженной толерантности к алкоголю

062. Заподозрить хронический панкреатит вне обострения позволяют все перечисленные показатели, кроме

- а) стеатореи (нейтральный жир)
- б) повышения уровня сахара в крови
- в) высокого уровня амилазы в крови и моче
- г) повышение артериального давления
- д) наличия кальцификатов в поджелудочной железе, обнаруженных при УЗИ

063. Основными причинами развития обструктивной формы хронического панкреатита являются

- а) стеноз фатерова сосочка
- б) псевдокисты и рубцы, развившиеся вследствие острого панкреатита
- в) острый вирусный гепатит
- г) правильные ответы б) и в)
- д) правильные ответы а) и б)

064. Особенности клиники хронического кальцифицирующего панкреатита являются

- а) рецидивирующее течение с эпизодами обострения, напоминающего острый панкреатит
- б) обострения, возникающие в связи с употреблением алкоголя
- в) отсутствие при обострении боли
- г) желтуха - ведущий симптом
- д) правильные ответы а) и б)

065. Патологический процесс в поджелудочной железе при хроническом панкреатите локализуется

- а) в головке
- б) в теле
- в) в хвосте
- г) в протоках
- д) во всех отделах поджелудочной железы

066. Боли при панкреатите чаще локализуются

- а) в верхней половине живота
- б) в левом подреберье
- в) опоясывающие боли, усиливающиеся в положении на спине
- г) в правом подреберье
- д) правильные ответы б) и в)

067. Наиболее частыми последствиями хронического панкреатита являются

- а) экзокринная недостаточность поджелудочной железы
- б) перитонит
- в) псевдокисты
- г) асцит
- д) все перечисленное

068. В лечении хронического панкреатита в остром периоде могут использоваться

- а) диета

- б) дезинтоксикационные средства
- в) антиферментные препараты
- г) атропин
- д) все перечисленное

069. Гипергликемия натощак нередко выявляется

- а) при аддисоновой болезни
- б) при гемохроматозе
- в) при демпинг-синдроме, развивающемся после резекции желудка
- г) при хроническом рецидивирующем панкреатите
- д) правильные ответы б) и г)

070. Терапия хронического панкреатита в фазе стойкой ремиссии включает

- а) хирургическое лечение
- б) ингибиторы трипсина
- в) ферментные препараты
- г) анальгетики
- д) ничего из перечисленного

071. Переход острого панкреатита в хроническую рецидивирующую форму характеризуют

- а) варикозное расширение вен пищевода
- б) потеря веса
- в) диспепсические расстройства
- г) ни один из них
- д) правильные ответы б) и в)

072. Больной 65 лет длительно страдает хроническим рецидивирующим панкреатитом. В течение последних 6-8 месяцев изменился характер болей, ухудшился аппетит, периодически стала беспокоить рвота, появилась желтуха, обесцвеченный кал, стала нарастать общая слабость, снизилась трудоспособность. В стационаре отмечались выраженная желтушность кожных покровов, бледность видимых слизистых, значительное снижение веса. Печень и селезенка не увеличены. Температура нормальная. Гемоглобин - 9,6, лейкоциты - 9500, СОЭ - 60 мм/час, билирубин - 34,2 (прямой -

5,2 мг%) . Амилаза крови и мочи в пределах нормы, уровень сахара в крови не повышен. - Из диагностических методов следует использовать

- а) дуоденальное зондирование
- б) ультразвуковой
- в) рентгенологический
- г) оральную холецистографию
- д) правильные ответы б) и в)

073. Больной 65 лет длительно страдает хроническим рецидивирующим панкреатитом. В течение последних 6-8 месяцев изменился характер болей, ухудшился аппетит, периодически стала беспокоить рвота, появилась желтуха, обесцвеченный кал, стала нарастать общая слабость, снизилась трудоспособность. В стационаре отмечались выраженная желтушность кожных покровов, бледность видимых слизистых, значительное снижение веса. Печень и селезенка не увеличены. Температура нормальная. Гемоглобин - 9,6, лейкоциты - 9500, СОЭ - 60 мм/час, билирубин - 34,2 (прямой - 5,2 мг%) . Амилаза крови и мочи в пределах нормы, уровень сахара в крови не повышен. - Дифференциальный диагноз прежде всего следует провести

- а) с раком поджелудочной железы
- б) с раком фатерова соска
- в) с псевдоопухолевой формой хронического панкреатита
- г) правильные ответы а) и в)
- д) правильные ответы а) и б)

074. Больной 65 лет длительно страдает хроническим рецидивирующим панкреатитом. В течение последних 6-8 месяцев изменился характер болей, ухудшился аппетит, периодически стала беспокоить рвота, появилась желтуха, обесцвеченный кал, стала нарастать общая слабость, снизилась трудоспособность. В стационаре отмечались выраженная желтушность кожных покровов, бледность видимых слизистых, значительное снижение веса. Печень и селезенка не увеличены. Температура нормальная. Гемоглобин - 9,6, лейкоциты - 9500, СОЭ - 60 мм/час, билирубин - 34,2 (прямой - 5,2 мг%) . Амилаза крови и мочи в пределах нормы, уровень сахара в крови не повышен. - Диагноз позволит подтвердить

- а) рентгенологическое исследование желудка и 12-перстной кишки
- б) ультразвуковое исследование

- в) гастродуоденоскопия с прицельной биопсией
- г) анализ анамнестических данных
- д) все перечисленное

075. Боли, аналогичные болям при панкреатите, могут возникать

- а) при грудной жабе
- б) при соларите
- в) при холецистопанкреатите
- г) при инфаркте миокарда
- д) при всем перечисленном

076. Основными лабораторными данными в диагностике хронического панкреатита (длительное течение) в стадии ремиссии являются

- а) креаторея
- б) стеаторея
- в) снижение уровня ферментов в дуоденальном содержимом
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

077. Стимулируют функцию внешней секреции поджелудочной железы все перечисленные продукты, кроме

- а) капусты белокачанной
- б) свеклы
- в) кофе
- г) чая
- д) сливочного масла

078. Предрасполагающими факторами к обострению хронического панкреатита являются

- а) алиментарный
- б) аллергические реакции
- в) оперативные вмешательства на органах брюшной полости
- г) употребление алкогольных напитков
- д) все перечисленное

079. Стимулируют функцию внешней секреции поджелудочной железы все перечисленные медикаментозные препараты, кроме

- а) соляной кислоты
- б) морфия
- в) гистамина
- г) промедола
- д) панкреозимина

080. Угнетают функцию внешней секреции поджелудочной железы все перечисленные медикаментозные препараты, кроме

- а) новокаина
- б) нитроглицерина
- в) морфия
- г) промедола
- д) соматостатина

081. К особенностям лечения хронического панкреатита вне обострения относят

- а) диетотерапию
- б) антиферментные препараты
- в) препараты, усиливающие переваривающую способность
- г) обезболивающие
- д) правильные ответы а) и в)

082. Методом выбора лечения обструктивной формы хронического панкреатита является

- а) консервативный
- б) хирургический
- в) химиотерапия
- г) рентгенотерапия
- д) ни один из перечисленных

083. К возможным причинам образования камней поджелудочной железы относят

- а) воспалительные процессы в поджелудочной железе
- б) нарушение кальций-фосфорного обмена
- в) гиперфункция паращитовидных желез
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

084. Наиболее информативными методами в диагностике панкреолитиаза железы являются

- а) рентгенологический метод
- б) ультразвуковое исследование
- в) биохимическое исследование
- г) эндоскопическая холангиопанкреатография
- д) правильные ответы а) и б)

085. Камни поджелудочной железы в основном состоят

- а) из углекислого кальция
- б) из фосфорнокислого кальция
- в) из железа
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и б)

086. Постоянные клинические проявления панкреолитиаза характеризуются

- а) болями в верхней половине живота постоянными
- б) болями в верхней половине живота приступообразными (колики)
- в) плохой переносимостью жирной пищи
- г) диспепсическими расстройствами
- д) всем перечисленным

087. Для диагностики панкреолитиаза необходимо исключить

- а) калькулезный холецистит
- б) рак поджелудочной железы
- в) камни в желчных ходах
- г) камни в почках
- д) все перечисленное

088. К возможным осложнениям кальцифицирующего панкреатита относятся все следующие, кроме

- а) рака печени
- б) кист
- в) абсцесса
- г) шока
- д) асцита

089. В лечении панкреолитиаза могут использоваться все перечисленные методы, кроме

- а) хирургического
- б) диетотерапии
- в) ферментов
- г) азатиоприна
- д) спазмолитиков и анальгетиков

090. Больной 60 лет длительно страдает хроническим панкреатитом. В течение последних 2-2,5 лет изменился характер болей, ухудшился аппетит, снизилась трудоспособность, стал терять в весе, за 1,5-2 месяца до поступления в больницу появилась желтуха, обесцвеченный кал. Злоупотребление алкоголем отрицает, контакта с желтушными больными не было. При физикальном исследовании обнаружена желтуха, снижение веса. Прощупывается гладкое, плотное, безболезненное опухолевидное образование в правой половине эпигастрия. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: без видимых отклонений от нормы. Уровень амилазы крови и мочи не повышен. Билирубин - 30,2 (прямой - 4,3 мг%), сахар крови в пределах нормы. - Из диагностических методов прежде всего следует использовать

- а) ультразвуковой
- б) рентгенологический
- в) биохимический
- г) селективную ангиографию
- д) правильные ответы а) и б)

091. Больной 60 лет длительно страдает хроническим панкреатитом. В течение последних 2-2,5 лет изменился характер болей, ухудшился аппетит, снизилась трудоспособность, стал терять в весе, за 1,5-2 месяца до поступления в больницу появилась желтуха, обесцвеченный кал. Злоупотребление алкоголем отрицает, контакта с желтушными больными не было. При физикальном исследовании обнаружена желтуха, снижение веса. Прощупывается гладкое, плотное, безболезненное опухолевидное образование в правой половине эпигастрия. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: без видимых отклонений от нормы. Уровень амилазы крови и мочи не повышен. Билирубин - 30,2 (прямой - 4,3 мг%), сахар крови в пределах нормы. - Ваш предварительный диагноз

- а) калькулезный холецистит
- б) рак головки поджелудочной железы
- в) обструктивная форма хронического панкреатита
- г) рак фатерова соска
- д) рак желудка

092. Больной 60 лет длительно страдает хроническим панкреатитом. В течение последних 2-2,5 лет изменился характер болей, ухудшился аппетит, снизилась трудоспособность, стал терять в весе, за 1,5-2 месяца до поступления в больницу появилась желтуха, обесцвеченный кал. Злоупотребление алкоголем отрицает, контакта с желтушными больными не было. При физикальном исследовании обнаружена желтуха, снижение веса. Прощупывается гладкое, плотное, безболезненное опухолевидное образование в правой половине эпигастрия. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: без видимых отклонений от нормы. Уровень амилазы крови и мочи не повышен. Билирубин - 30,2 (прямой - 4,3 мг%), сахар крови в пределах нормы. - Дифференциальный диагноз следует провести

- а) с холедохолитиазом
- б) с раком фатерова соска
- в) с раком головки поджелудочной железы
- г) правильные ответы а) и б)
- д) со всеми перечисленными заболеваниями

093. Больной 60 лет длительно страдает хроническим панкреатитом. В течение последних 2-2,5 лет изменился характер болей, ухудшился аппетит, снизилась трудоспособность, стал терять в весе, за 1,5-2 месяца до поступления в больницу появилась желтуха, обесцвеченный кал. Злоупотребление алкоголем отрицает, контакта с желтушными больными не было. При физикальном исследовании обнаружена желтуха, снижение веса. Прощупывается гладкое, плотное, безболезненное опухолевидное образование в правой половине эпигастрия. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: без видимых отклонений от нормы. Уровень амилазы крови и мочи не повышен. Билирубин - 30,2 (прямой - 4,3 мг%), сахар крови в пределах нормы. - Правильный диагноз позволит подтвердить

- а) рентгенологическое исследование желудка и 12-перстной кишки
- б) гастродуоденоскопия с прицельной биопсией и ретроградная ХПГ
- в) ультразвуковое исследование поджелудочной железы и печени
- г) лапароскопия с прицельной биопсией
- д) все перечисленные методы

094. Больной 60 лет длительно страдает хроническим панкреатитом. В течение последних 2-2,5 лет изменился характер болей, ухудшился аппетит, снизилась трудоспособность, стал терять в весе, за 1,5-2 месяца до поступления в больницу появилась желтуха, обесцвеченный кал. Злоупотребление алкоголем отрицает, контакта с желтушными больными не было. При физикальном исследовании обнаружена желтуха, снижение веса. Прощупывается гладкое, плотное, безболезненное опухолевидное образование в правой половине эпигастрия. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: без видимых отклонений от нормы. Уровень амилазы крови и мочи не повышен. Билирубин - 30,2 (прямой - 4,3 мг%), сахар крови в пределах нормы. - Больному следует назначить

- а) рентгенотерапию
- б) химиотерапию
- в) операцию
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

095. Стеаторея с гипергликемией при отсутствии сахарного диабета свидетельствует о заболевании

- а) печени
- б) поджелудочной железы
- в) тонкой кишки
- г) желудка
- д) правильного ответа нет

096. Метод эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии имеет возможность
- а) выявить камни в желчевыводящих путях или в протоках поджелудочной железы
 - б) диагностировать цирроз печени
 - в) расшифровать патологию дуоденального сосочка
 - г) правильные ответы а) и б)
 - д) правильные ответы а) и в)

Эталонные ответы к тестам:

001-Д	002-Д	003-А	004-Д	005-Б	006-Д	007-Д
008-Б	009-Д	010-Д	011-А	012-Д	013-В	014-Г
015-Д	016-Д	017-Д	018-Д	019-Д	020-Д	021-Д
022-Д	023-В	024-Д	025-А	026-Г	027-Б	028-Д
029-Б	030-А	031-Д	032-Г	033-Б	034-Д	035-Б
036-Д	037-В	038-Д	039-В	040-А	041-Д	042-Д
043-Б	044-Д	045-Д	046-В	047-Д	048-Д	049-Д
050-Б	051-Г	052-Г	053-Д	054-В	055-В	056-Е
057-Д	058-Д	059-Д	060-В	061-А	062-Г	063-Д
064-Д	065-Д	066-Д	067-А	068-Д	069-Д	070-Д
071-Д	072-Д	073-Д	074-Д	075-Д	076-Г	077-Д
078-Д	079-Г	080-В	081-Д	082-Б	083-Д	084-Д
085-Д	086-Д	087-Д	088-А	089-Г	090-Д	091-В
092-Д	093-Д	094-В	095-Б	096-Д		

10.Тема: Неотложные состояния в гастроэнтерологии

001. К специальным мероприятиям интенсивной терапии относятся
- а) искусственная гипотермия
 - б) гипербарическая оксигенация
 - в) вспомогательное кровообращение
 - г) экстракорпоральная детоксикация (гемодиализ, гемо- и плазмасорбция, плазмаферез)
 - д) все перечисленное
002. Реанимация включает
- а) лечение больных, находящихся в терминальном состоянии
 - б) предупреждение клинической смерти
 - в) выведение из клинической смерти
 - г) временное замещение утраченных или нарушенных жизненно важных функций организма
 - д) все перечисленное
003. Показаниями к лапароскопии являются все перечисленные заболевания, кроме
- а) онкологических (с целью уточнения диагноза и исключения метастазирования)
 - б) желтухи неустановленной этиологии
 - в) выраженного обострения язвенной болезни
 - г) закрытой травмы живота
 - д) острых заболеваний органов брюшной полости (панкреатит, холецистит и др.)
004. Ожоги пищевода могут быть
- а) химическими
 - б) термическими
 - в) лучевыми
 - г) все перечисленные
 - д) правильные ответы а) и в)
005. К клиническим проявлениям ожогов пищевода относятся
- а) боли в полости рта
 - б) боли при глотании
 - в) боли по ходу пищевода
 - г) токсический шок
 - д) все перечисленное
006. При ожогах пищевода могут быть все перечисленные осложнения, кроме

- а) кровотечения
- б) пневмонии
- в) стриктуры
- г) медиастенита
- д) перфорации

007. К неотложным мероприятиям при ожогах пищевода относятся

- а) промывание
- б) трахеостомия
- в) противошоковая терапия
- г) дезинтоксикационная терапия
- д) все перечисленное

008. К клиническим признакам инородного тела пищевода относятся

- а) боли при глотании
- б) дисфагия
- в) срыгивание
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и в)

009. При инородных телах пищевода возможны все перечисленные осложнения, кроме

- а) ахалазии кардии
- б) подкожной эмфиземы
- в) перфорации
- г) пневмоторакса
- д) медиастенита

010. Диагноз инородного тела пищевода базируется

- а) на анамнезе
- б) на осмотре и пальпации шеи
- в) на эзофагоскопии
- г) на рентгенологическом исследовании
- д) на всех перечисленных данных

011. Первоочередной задачей при инородных телах пищевода являются

- а) противошоковая терапия
- б) промывание пищевода
- в) удаление инородного тела
- г) хирургическое лечение
- д) трахеостомия

012. Инструментальные повреждения пищевода возможны

- а) при бужировании и введении зонда
- б) при кардиостимуляции чрезпищеводной
- в) при эзофагоскопии
- г) при всем перечисленном
- д) правильные ответы а) и в)

013. Перфорация пищевода может сопровождаться развитием

- а) подкожной эмфиземы
- б) флегмоны пищевода
- в) медиастенита
- г) кровотечения
- д) всего перечисленного

014. Предпочтительным методом лечения перфорация пищевода является

- а) хирургический
- б) эндоскопический
- в) антибиотикотерапия
- г) рентгенотерапия
- д) правильные ответы б) и г)

015. Редким осложнением аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является

- а) катаральный рефлюкс-эзофагит
- б) ущемление
- в) кровотечение
- г) рефлексорная стенокардия
- д) эрозивно-язвенный эзофагит

016. В клинической картине ущемленной параэзофагеальной грыжи первостепенное значение имеет

- а) рвота
- б) дисфагия
- в) резкая боль
- г) симптомы "острого живота"
- д) правильного ответа нет

017. Для флегмоны желудка характерны

- а) боли
- б) лихорадка
- в) ознобы
- г) рвота
- д) все перечисленное

018. Дифференциальный диагноз флегмоны желудка проводится

- а) с панкреатитом
- б) с перфоративной язвой
- в) с плевропневмонией
- г) с эмболией верхней брыжечной артерии
- д) со всем перечисленным

019. Рациональным лечением флегмоны желудка является

- а) хирургическое
- б) симптоматическое
- в) физиотерапевтическое
- г) все перечисленное
- д) правильного ответа нет

020. Спонтанные разрывы желудка наблюдаются у больных

- а) с пилоростенозом
- б) с атонией мышечной стенки
- в) с гастролтозом
- г) с диабетом
- д) со всем перечисленным

021. Для клинической картины разрыва желудка характерна

- а) резчайшая боль
- б) кровавая рвота
- в) отсутствие печеночной тупости
- г) коллапс или шок
- д) все перечисленное

022. Для своевременной диагностики разрыва желудка имеет значение

- а) анамнез
- б) прием большого количества пищи
- в) хронические заболевания желудка
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и в)

023. Причиной острого расширения желудка может быть

- а) оперативное вмешательство на органах брюшной полости
- б) инфаркт миокарда
- в) артерномезентериальная непроходимость
- г) пилоростеноз
- д) все перечисленное

024. Основным патогенетическим механизмом острого расширения желудка является

- а) нарушение водно-электролитного баланса
- б) сдвиги кислотно-основного состояния
- в) паралич нервно-мышечного аппарата
- г) все перечисленное
- д) правильный ответ в)

025. Для клинической картины острого расширения желудка характерны все перечисленные симптомы, кроме

- а) острой боли
- б) симптомов раздражения брюшины
- в) метеоризма
- г) мучительной рвоты
- д) жажды

026. При рентгенологическом исследовании, предпринятом по поводу острого расширения желудка, обнаруживаются следующие признаки

- а) высокое стояние диафрагмы
- б) большое количество жидкости в желудке
- в) отсутствие перистальтики
- г) задержка эвакуации
- д) все перечисленное

027. Дифференциальный диагноз острого расширения желудка проводится со всеми перечисленными заболеваниями, кроме

- а) обострения язвенной болезни
- б) прободной язвы
- в) острого панкреатита
- г) кишечной непроходимости
- д) пищевой токсикоинфекции

028. Консервативное лечение острого расширения желудка включает

- а) промывание желудка
- б) паранефральную новокаиновую блокаду
- в) инфузию больших количеств жидкости
- г) введение сердечных гликозидов
- д) все перечисленное

029. Частым осложнением язвенной болезни является желудочно-кишечное кровотечение. Указанное осложнение наиболее характерно при локализации язвы

- а) в кардиальном отделе желудка
- б) в малой кривизне желудка
- в) в передней стенке луковицы
- г) в задней стенке луковицы
- д) правильные ответы б) и г)

030. На продолжающееся гастродуоденальное кровотечение указывают

- а) рвота "кофейной гущей"
- б) ухудшение состояния больного
- в) снижение гемоглобина
- г) ухудшение гемодинамики
- д) все перечисленное

031. Признаками перфорации язвы являются все перечисленные симптомы, кроме

- а) отсутствия печеночной тупости
- б) гиперперистальтики
- в) сильнейшей боли в эпигастрии
- г) рвоты
- д) ригидности передней брюшной стенки

032. Подтверждающим перфорацию язвы является

- а) рентгенологически определяемый газ под правым куполом диафрагмы
- б) острые боли внизу живота
- в) повышение артериального давления
- г) нарастающая анемия

д) метеоризм

033. 45-летний мужчина доставлен в больницу по поводу сильной боли в эпигастрии, появившейся внезапно 3 часа тому назад, без рвоты. Объективно: мышечная защита в эпигастрии, перистальтика не прослушивается, газы не отходят, перкуторно - отсутствие печеночной тупости. Пульс - 92 в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. Язык суховат. Данный симптомокомплекс свидетельствует

- а) о почечной колике
- б) о кишечной непроходимости
- в) о перфорации гастродуоденальной язвы
- г) об абдоминальной форме инфаркта миокарда
- д) об остром холецистите

034. Пенетрацию язвы подтверждают все перечисленные симптомы, кроме

- а) усиления болей
- б) уменьшения ответной реакции на антациды
- в) появления болей в спине
- г) изменения характерного ритма язвенных болей
- д) появления ночных болей

035. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является

- а) рвота желчью
- б) урчание в животе
- в) резонанс над пространством Траубе
- г) шум плеска
- д) видимая перистальтика

036. Характерными признаками для рвотных масс при органическом стенозе привратника являются

- а) обильные с содержанием остатков пищи и неприятным запахом
- б) обильные с наличием хлористоводородной кислоты
- в) с примесью крови
- г) обильные с примесью желчи
- д) все перечисленное

037. У больного, страдающего язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице 12-перстной кишки, 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

- а) опухоли желудка
- б) пилородуоденостенозу
- в) перидуодениту
- г) пенетрации
- д) правильные ответы б) и в)

038. Среди острых заболеваний органов брюшной полости острый холецистит занимает

- а) 1-е место
- б) 2-е место
- в) 3-е место
- г) 4-е место
- д) 5-е место

039. Неосложненный острый холецистит может быть

- а) катаральным
- б) флегмонозным
- в) флегмонозно-язвенным
- г) гангренозным
- д) все перечисленное

040. Оклюзионный холецистит включает все перечисленные осложнения, кроме

- а) водянки
- б) флегмоны
- в) прободения
- г) эмпиемы
- д) гангрены

041. К экстравезикальным осложнениям острого холецистита относятся

- а) перитонит
- б) холангит
- в) абсцессы печени
- г) панкреатит
- д) все перечисленное

042. Причинами возникновения острого холецистита являются

- а) инфекция
- б) нарушения оттока желчи
- в) нарушения обмена желчи в пузыре
- г) заброс панкреатических ферментов
- д) все перечисленное

043. Наиболее частым возбудителем острого холецистита является

- а) кишечная палочка
- б) энтерококк
- в) клебсиелла
- г) стафилококк
- д) протей

044. Инфекция в желчный пузырь может проникнуть

- а) энтерогенным путем
- б) гематогенным путем
- в) лимфогенным путем
- г) всеми перечисленными
- д) правильные ответы б) и в)

045. Частыми причинами нарушения оттока желчи являются

- а) ущемление камня в шейке пузыря
- б) закупорка камнем общего желчного протока
- в) папиллит
- г) рубцовые стенозы
- д) все перечисленное

046. Для острого холецистита характерны все перечисленные клинические проявления, кроме

- а) острого начала
- б) желчной колики
- в) тупых болей в правом подреберье
- г) рвоты
- д) лихорадки

047. При наличии болей в животе и лихорадки диагноз острого калькулезного холецистита можно подтвердить с помощью следующих признаков

- а) локализация болей преимущественно в правом подреберье, мышечная защита, положительные симптомы Ортнера, Керра, Мерфи
- б) при ультразвуковом исследовании множественные камни в просвете желчного пузыря
- в) при лапароскопии - гиперемия и отек желчного пузыря
- г) дуоденальное зондирование - отсутствие порции В
- д) все перечисленное

048. Для острого калькулезного холецистита характерны все перечисленные изменения, кроме

- а) увеличения сахара
- б) нейтрофильного лейкоцитоза и ускорения СОЭ
- в) гипербилирубинемии и повышения активности щелочной фосфатазы
- г) увеличения холестерина
- д) правильные ответы а) и в)

049. Острый холецистит у людей пожилого и старческого возраста характеризуется

- а) выраженной интоксикацией
- б) нормальной или субфебрильной температурой
- в) слабым болевым синдромом

- г) отсутствием симптомов раздражения брюшины
- д) всем перечисленным

050. Для подтверждения диагноза острого холецистита необходимо провести все перечисленные исследования, кроме

- а) обзорного снимка брюшной полости
- б) внутривенной холеграфии
- в) эхографии
- г) термографии
- д) лапароскопии

051. Дифференциальный диагноз острого холецистита проводится со всеми перечисленными заболеваниями, кроме

- а) острого аппендицита
- б) острого панкреатита
- в) инфаркта миокарда
- г) острого энтероколита
- д) правосторонней плевропневмонии

052. Больного с острым холециститом необходимо госпитализировать

- а) в терапевтическое отделение
- б) в инфекционное отделение
- в) в хирургическое отделение
- г) в любое из перечисленных
- д) правильные ответы а) и б)

053. При остром холецистите рекомендуется диета

- а) голод
- б) стол 5А
- в) стол 5П
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы а) и в)

054. При остром холецистите применяются все перечисленные медикаменты, кроме

- а) морфина
- б) промедола
- в) анальгина
- г) баралгина
- д) трамала (трамадола)

055. Для инфузионной терапии при остром холецистите используются

- а) раствор глюкозы
- б) гемодез
- в) раствор Рингера
- г) физиологический раствор
- д) все перечисленное

056. Консервативная терапия неосложненного острого холецистита включает

- а) режим и диету
- б) анальгетики
- в) антибиотики
- г) спазмолитики
- д) все перечисленное

057. Абсолютным показанием к оперативному лечению при остром холецистите является

- а) перфорация желчного пузыря
- б) гангрена или флегмона
- в) калькулезный характер
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и б)

058. Причинами возникновения острого холангита являются все перечисленные, кроме

- а) инфекции и паразитарной инвазии

- б) желчнокаменной болезни
- в) острого энтероколита
- г) опухоли желчных путей
- д) стеноза фатерова соска

059. Активации инфекции в желчных путях способствуют

- а) нарушение оттока желчи
- б) изменение холато-холестеринового коэффициента
- в) сдвиг pH желчи в кислую сторону
- г) повышение уровня билирубина в желчи
- д) повышение уровня холестерина в желчи

060. Для острого холангита характерны все перечисленные симптомы, кроме

- а) лихорадки
- б) поносов
- в) ознобов
- г) болей в правом подреберье
- д) проливных потов

061. Подтверждающими диагноз острого холангита являются все лабораторные показатели, кроме

- а) нейтрофильного лейкоцитоза
- б) ускоренного СОЭ
- в) анемии
- г) повышения активности щелочной фосфатазы
- д) повышения активности аминотрансферазы

062. Острые боли в правом подреберье, "септическая" лихорадка, увеличенная и болезненная при пальпации печень плотной консистенции, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево позволяют заподозрить любое из перечисленных заболеваний, кроме

- а) абсцесса печени
- б) нагноившегося эхинококка печени
- в) острого пиелфлебита
- г) гепатомы
- д) гнойного холангита

063. Гнойный холангит может осложниться

- а) поддиафрагмальным абсцессом и сепсисом
- б) экссудативным плевритом
- в) эмпиемой плевры
- г) перитонитом
- д) всем перечисленным

064. Причиной инфаркта печени может быть

- а) тромбоз или эмболия печеночной артерии
- б) опухоль печени
- в) атеросклероз
- г) эмболия при инфекционном эндокардите
- д) все перечисленное

065. Клиническая картина инфаркта печени включает все перечисленные симптомы, кроме

- а) острой боли
- б) лихорадки
- в) проливных потов
- г) желтухи
- д) коллапса

066. В этиологии синдрома Бадда - Киари играют роль следующие факторы

- а) нарушение свертывающей системы крови
- б) инфекционно-токсические
- в) врожденные аномалии сосудов печени
- г) травмы
- д) все перечисленное

067. При синдроме Бадда - Киари в печеночных венах можно обнаружить

- а) тромбы
- б) склеротические изменения
- в) эндофлебит
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и б)

068. В течении синдрома Бадда - Киари различают

- а) острую форму
- б) подострую форму
- в) хроническую форму
- г) правильные ответы а) и в)
- д) все перечисленное

069. При острой форме синдрома Бадда - Киари непостоянным симптомом является

- а) боль
- б) желтуха
- в) кровавая рвота
- г) шок
- д) лихорадка

070. При осмотре больного с синдромом Бадда - Киари обнаруживаются все перечисленные изменения, кроме

- а) увеличения печени
- б) увеличения селезенки
- в) нарушения ритма сердца
- г) асцита
- д) варикозного расширения вен пищевода

071. Диагностика синдрома Бадда - Киари основывается на всех перечисленных методах, кроме

- а) пункционной биопсии печени
- б) лапароскопии
- в) селективной ангиографии
- г) эндоскопии
- д) радиоизотопного исследования

072. Дифференциальный диагноз синдрома Бадда - Киари проводится

- а) с циррозом печени
- б) с тромбозом воротной вены
- в) с констриктивным перикардитом
- г) правильные ответы б) и в)
- д) со всеми перечисленными заболеваниями

073. При лечении синдрома Бадда - Киари применяются

- а) фибринолитики и антикоагулянты
- б) диуретические средства
- в) наложение сосудистых анастомозов
- г) парацентез
- д) все перечисленное

074. Острый тромбоз воротной вены развивается

- а) при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости
- б) при септицемии
- в) при инфекционных заболеваниях (брюшной тиф, туберкулез и др.)
- г) при травмах живота
- д) при всем перечисленном

075. Для острого тромбоза в системе воротной вены наименее характерна

- а) острая боль
- б) желтуха
- в) повторная рвота
- г) портальная гипертензия
- д) коллапс

076. Характерными проявлениями хронической обструкции воротной вены являются

- а) спленомегалия
- б) гиперспленизм
- в) варикозное расширение вен пищевода и желудка
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и в)

077. Диагностика хронической обструкции воротной вены основывается прежде всего

- а) на спленопортографии
- б) на эхографии
- в) на эндоскопии
- г) на лапароскопии
- д) правильные ответы а) и б)

078. Дифференциальный диагноз хронических форм пилетромбоза проводится со всеми перечисленными заболеваниями, кроме

- а) цирроза печени
- б) синдрома Бадда - Киари
- в) хронического панкреатита
- г) миелопролиферативных заболеваний
- д) инфаркта селезенки

079. В лечении тромбоза воротной вены применяются

- а) фибринолитические препараты
- б) антикоагулянты
- в) спленэктомия или тромбэктомия
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

080. К острым неинфекционным гепатитам относятся все перечисленные, кроме

- а) гепатита при болезни Вейля - Васильева
- б) токсического гепатита
- в) лекарственного гепатита
- г) алкогольного гепатита
- д) аллергического гепатита

081. Токсическое поражение печени вызывают

- а) углеводороды
- б) нафталины
- в) бензол
- г) металлы и металлоиды
- д) все перечисленные

082. Токсическое поражение вызывает в печени

- а) некроз гепатоцитов
- б) дистрофические изменения
- в) нарушение обменных (ферментативных) процессов
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и б)

083. Гепатотоксическое действие оказывают

- а) противотуберкулезные препараты
- б) антибиотики
- в) психотропные препараты
- г) правильные ответы а) и в)
- д) все перечисленные

084. Холестаз вызывают

- а) антибиотики
- б) андрогенные гормоны и анаболические стероиды
- в) антиметаболиты (метотрексат)
- г) наркотические (фторотан)
- д) правильного ответа нет

085. Алкоголь, всосавшийся в кишечник, в дальнейшем

- а) накапливается в печени
- б) депонируется в жировой ткани
- в) превращается печенью в жир и сохраняется в ней
- г) окисляется в печени
- д) правильные ответы в) и г)

086. В организме обмен алкоголя происходит под влиянием фермента

- а) алкоголь-дегидрогеназы
- б) алкоголь-редуктазы
- в) алкоголь-оксидазы
- г) алкоголь-синтетазы
- д) глюкозо-6-фосфатазы

087. Основным морфологическим признаком при алкогольном поражении печени является

- а) лейкоцитарная инфильтрация
- б) тельца Мэллори
- в) фиброз
- г) некроз гепатоцитов
- д) все перечисленное

088. Клинический симптомокомплекс при отравлении инсектицидами включает

- а) увеличенную печень
- б) полирадикулоневриты
- в) поражение почек
- г) гипохромную анемию
- д) все перечисленное

089. Для острого токсического гепатита характерны все перечисленные симптомы, кроме

- а) желтухи
- б) рвоты
- в) кровохарканья
- г) геморрагических проявлений
- д) анорексии

090. На восприимчивость к гепатотоксическому действию лекарств влияют

- а) пол
- б) возраст
- в) алкоголизм
- г) недостаточное питание
- д) все перечисленное

091. Для холестатического лекарственного гепатита характерны все перечисленные симптомы, кроме

- а) рвоты с примесью крови
- б) лихорадки
- в) кожного зуда
- г) желтухи
- д) тошноты

092. Через 10 дней после операции по поводу фибромиомы матки у 48-летней женщины на фоне спокойно протекающего послеоперационного периода возникли головная боль, анорексия, лихорадка, артралгия, желтуха и печеночная энцефалопатия. Объективно - гепатомегалия, гипербилирубинемия, резко выраженная гипертрансаминаземия без значительного подъема активности щелочной фосфатазы и г-глутаминтранспептидазы, снижение синтетической способности печени, гиперэозинофилия. - Наиболее вероятный диагноз

- а) сепсис
- б) механическая желтуха
- в) внутрипеченочный холестаз
- г) острый гепатит
- д) аллергическая реакция

093. Через 10 дней после операции по поводу фибромиомы матки у 48-летней женщины на фоне спокойно протекающего послеоперационного периода возникли головная боль, анорексия, лихорадка, артралгия, желтуха и печеночная энцефалопатия. Объективно - гепатомегалия, гипербилирубинемия, резко выраженная гипертрансаминаземия без значительного подъема активности щелочной фосфатазы и γ -глутаминтранспептидазы, снижение синтетической способности печени, гиперэозинофилия. - Неотложными лечебными мероприятиями являются

- а) глюкокортикоидная терапия
- б) дезинтоксикационные средства
- в) плазмаферез
- г) правильные ответы б) и в)
- д) все перечисленное

094. Печеночная кома развивается в результате

- а) массивного некроза клеток печени
- б) обширного фиброза
- в) нарушения микроциркуляции с тромбообразованием
- г) всего перечисленного
- д) правильные ответы а) и б)

095. Печеночной комой могут осложняться

- а) острый гепатит
- б) цирроз печени
- в) токсический гепатит
- г) лекарственный гепатит
- д) все перечисленные

096. Большое количество аммония превращается печенью

- а) в глутамин
- б) в α -кетоглутарат
- в) в ангилазу
- г) в мочевины
- д) в меркаптан

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

- а) метаболический ацидоз
- б) метаболический алкалоз
- в) респираторный ацидоз
- г) респираторный алкалоз

098. Синдром печеночно-клеточной недостаточности характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) гипербилирубинемии
- б) гипоальбуминемии
- в) гиперхолестеринемии
- г) гипопротромбинемии

099. При подозрении на острую печеночную недостаточность при вирусном гепатите наиболее показателен уровень

- а) трансаминазы
- б) билирубина
- в) щелочной фосфатазы
- г) фракций белков
- д) протромбинового времени

100. Печеночный запах связан с обменом

- а) холина
- б) билирубина
- в) метионина
- г) глутамина
- д) α -кетоглутаровой кислоты

101. При тяжелых заболеваниях печени развитию печеночной энцефалопатии предшествует

- а) лихорадка
- б) желудочно-кишечные кровотечения

- в) увеличенная нагрузка организма белком
- г) печеночная недостаточность
- д) все перечисленное

102. Печеночная кома может быть ускорена

- а) желудочно-кишечной геморрагией
- б) диуретиками
- в) уремии
- г) инфекцией
- д) всем перечисленным

103. Для количественной оценки глубины печеночной комы используется

- а) мочевины крови
- б) аммоний крови
- в) электроэнцефалография
- г) тест на толерантность к аммонии
- д) содержание в крови глутамина

104. В состоянии прекомы наблюдаются

- а) снижение интеллекта
- б) замедление мышления
- в) сонливость, сменяющаяся приступами психомоторного возбуждения
- г) soporозное состояние
- д) все перечисленное

105. Печеночная кома включает все перечисленные признаки, кроме

- а) потери сознания
- б) хрипов в легких
- в) нарастания желтухи
- г) повышения температуры
- д) нарушения функциональных проб печени

106. При острой форме печеночной комы наблюдаются

- а) гипоксия
- б) печеночно-почечная недостаточность
- в) метаболический ацидоз
- г) изменения ЭЭГ
- д) все перечисленное

107. Для гепаторенального синдрома характерно

- а) увеличение в крови мочевины и креатинина
- б) лейкоцитурия
- в) гематурия
- г) гипогликемия
- д) нейтрофильный лейкоцитоз

108. При появлении мелены у больного с циррозом печени и асцитом для профилактики портосистемной энцефалопатии применяется

- а) верошпирон внутрь
- б) ампициллин парентерально
- в) лактулоза (нормазе) внутрь
- г) строфантин внутривенно
- д) переливание цельной консервированной крови

109. При печеночной прекоме в диете следует исключить

- а) углеводы
- б) белки
- в) жиры
- г) витамины
- д) жидкость

110. Терапевтические мероприятия при портосистемной энцефалопатии, проявившейся спонтанной азотемией, включают

- а) диуретическую терапию
- б) антибиотики
- в) лактулозу (нормазе)
- г) сердечные гликозиды
- д) белковую пищу

111. При печеночной энцефалопатии менее опасно для больного применять

- а) морфин
- б) омнопон
- в) седуксен
- г) фенobarбитал
- д) тиопентал натрия

112. Лечение эндогенной печеночной комы в качестве базисной терапии включает введение

- а) глюкозы
- б) альбумина
- в) гемодеза
- г) витаминов С и группы В
- д) всего перечисленного

113. В лечении печеночной комы наиболее эффективна оксигенотерапия, применяемая в виде

- а) ингаляций кислорода
- б) кислородных коктейлей
- в) гипербарической оксигенации
- г) постоянной перфузии артериализованной крови через печень

114. Из хирургических способов лечения печеночной недостаточности применяются

- а) обменные переливания крови
- б) плазмаферез
- в) диализ
- г) гемосорбция
- д) все перечисленное

115. Наиболее частым путем проникновения бактериальной инфекции в печень является

- а) холангиогенный
- б) гематогенный
- в) лимфогенный
- г) контактный
- д) правильного ответа нет

116. Чаще всего абсцессы располагаются

- а) в левой доле печени
- б) в правой доле печени
- в) в области ворот печени
- г) в зоне желчного пузыря
- д) избирательной локализации нет

117. Из общих симптомов при абсцессах печени характерными являются

- а) высокая лихорадка
- б) ознобы
- в) поты
- г) тахикардия
- д) все перечисленное

118. Наиболее достоверным объективным симптомом при абсцессе печени является

- а) гепатомегалия
- б) болезненность печени при пальпации
- в) пальпируемое ограниченное образование на поверхности печени
- г) защитное напряжение мышц
- д) желтуха

119. При абсцессах печени в крови выявляется

- а) нейтрофильный лейкоцитоз

- б) ускоренная СОЭ
- в) увеличение активности щелочной фосфатазы
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и б)

120. Наиболее эффективно и доступно абсцесс печени подтверждает

- а) рентгенография
- б) ультразвуковое исследование
- в) радиоизотопное исследование
- г) компьютерная томография

121. Дифференциальный диагноз абсцесса печени проводится

- а) с поддиафрагмальным абсцессом
- б) с подпеченочным абсцессом
- в) со злокачественной опухолью печени
- г) с гематомой
- д) со всем перечисленным

122. При абсцессах печени предпочтительно

- а) хирургическое лечение
- б) дезинтоксикационное лечение
- в) антибактериальное лечение
- г) все перечисленное

123. Разрыв селезенки наблюдается

- а) при тупой травме живота
- б) при повреждении нижних ребер слева
- в) при гемолитических анемиях
- г) при миелопролиферативных заболеваниях
- д) при всех перечисленных состояниях

124. Разрывы селезенки проявляются

- а) болью в левом подреберье
- б) симптомом "ваньки-встаньки"
- в) внутрибрюшным кровотечением
- г) всем перечисленным

125. Лечение при разрыве селезенки заключается

- а) в ушивании
- б) в спленэктомии
- в) в переливании крови
- г) в переливании ингибиторов фибринолиза

126. Тромбоз селезеночной артерии наблюдается

- а) при инфекционном эндокардите
- б) при ишемической болезни сердца
- в) при атеросклерозе
- г) при аневризме аорты
- д) при всем перечисленном

127. Острые боли в левом подреберье и болезненная пальпация увеличенной селезенки позволяют заподозрить любое из перечисленных заболеваний, кроме

- а) тромбоза селезеночной вены
- б) периспленита
- в) острого панкреатита
- г) инфаркта селезенки

128. Диагноз инфаркта селезенки основывается на данных

- а) клиники
- б) лабораторных исследований
- в) рентгенологического исследования
- г) ультразвукового исследования

129. Дифференциальный диагноз инфаркта селезенки проводится со всеми перечисленными заболеваниями, кроме
- а) левосторонней почечной колики
 - б) панкреатита
 - в) левостороннего диафрагмального плеврита
 - г) инфаркта миокарда
 - д) субкапсулярного разрыва селезенки
130. Лечение инфаркта селезенки включает
- а) анальгетики
 - б) антикоагулянты
 - в) фибринолитические препараты
 - г) правильные ответы а) и б)
 - д) все перечисленное
131. К возможным причинам возникновения острого панкреатита относятся все перечисленные, кроме
- а) калькулезного холецистита
 - б) нарушений режима питания
 - в) употребления алкоголя
 - г) наркоза
 - д) наследственной отягощенности
132. Морфологический субстрат острого панкреатита включает
- а) отек интерстициальной ткани
 - б) геморрагии
 - в) некрозы
 - г) абсцессы
 - д) все перечисленное
133. Среди морфологических форм острого панкреатита встречаются
- а) острый отек поджелудочной железы
 - б) геморрагический панкреонекроз
 - в) жировой некроз
 - г) гнойный панкреатит
 - д) все перечисленное
134. Для острого панкреатита характерны
- а) боли
 - б) тошнота
 - в) рвота
 - г) метеоризм
 - д) все перечисленное
135. При остром панкреатите ренальный клиренс амилазы обычно
- а) повышен
 - б) понижен
 - в) не изменен
 - г) изменение закономерно
136. При остром панкреатите возможно обнаружить
- а) снижение зрения
 - б) симптом Гротта
 - в) зуд
 - г) симптом Мейо - Робсона
 - д) ни один из перечисленных
137. Для диагностики острого панкреатита необходимо исключить
- а) инфаркт миокарда
 - б) калькулезный холецистит
 - в) тромбоз мезентериальных сосудов
 - г) все перечисленное
 - д) правильные ответы б) и в)

138. К ранним осложнениям острого панкреатита относятся

- а) шок и коллапс
- б) тромбозы
- в) септические осложнения
- г) нефротический синдром
- д) все перечисленные

139. Принципами медикаментозного лечения острого панкреатита являются

- а) купирование болей
- б) борьба с шоком и коллапсом
- в) создание физиологического покоя больному органу
- г) борьба с вторичной инфекцией
- д) все перечисленное

140. При остром панкреатите применяют все перечисленные медикаментозные препараты, кроме

- а) атропина
- б) H₂-гистамин блокаторов
- в) морфия
- г) внутривенного введения электролитов и дезинтоксикационных растворов
- д) ингибиторов трипсина

141. Для лечения панкреатита в остром периоде применяются

- а) постоянное отсасывание желудочного содержимого
- б) блокаторы H₂-рецепторов гистамина
- в) 5% раствор глюкозы, электролиты внутривенно
- г) антиферментные препараты
- д) все перечисленное

142. Для лечения панкреатита в остром периоде применяются

- а) соматостатин
- б) глюкагон
- в) делагил
- г) правильные ответы а) и б)
- д) ни один из перечисленных

143. Показаниями к внутривенному введению контрикала являются

- а) хронический активный гепатит
- б) острый панкреатит
- в) рак поджелудочной железы
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

144. Оптимальной разовой дозой для внутривенного введения контрикала является

- а) 10 тыс АЕ в 300 мл изотонического раствора
- б) 25 тыс АЕ в 300 мл изотонического раствора
- в) 100 тыс АЕ в 300 мл изотонического раствора
- г) 500 тыс АЕ в 300 мл изотонического раствора
- д) доза препарата определяется индивидуально

145. 45-летний мужчина поступил в больницу через 24 часа после появления сильных эпигастральных болей с иррадиацией в спину. Тошнота и многократная рвота. Физикальное исследование обнаружило резкую болезненность и отсутствие напряжения в верхней половине живота. Гематокрит - 82, лейкоцитоз - 12400, сывороточная амилаза - 950 ед (норма - 50-200). - Эту ситуацию чаще вызывает:

- а) гипертензия в течение 3 лет, леченная диуретиками
- б) склонность (привычка) к наркотикам
- в) дуоденальная язва 4-летней длительности
- г) прием 0,5 л водки в день
- д) холецистэктомия 1 год назад (1 камень в пузыре)

146. 45-летний мужчина поступил в больницу через 24 часа после появления сильных эпигастральных болей с иррадиацией в спину. Тошнота и многократная рвота. Физикальное исследование обнаружило резкую болезненность и отсутствие напряжения в верхней половине живота. Гематокрит - 82, лейкоцитоз - 12400, сывороточная амилаза - 950 ед (норма - 50-200). - При поступлении больного мог быть измененным

- а) сахар крови
- б) кальция сыворотки
- в) сывороточная липаза
- г) щелочная фосфатаза
- д) правильные ответы а) и в)

147. 45-летний мужчина поступил в больницу через 24 часа после появления сильных эпигастральных болей с иррадиацией в спину. Тошнота и многократная рвота. Физикальное исследование обнаружило резкую болезненность и отсутствие напряжения в верхней половине живота. Гематокрит - 82, лейкоцитоз - 12400, сывороточная амилаза - 950 ед (норма - 50-200) . - При рентгенологическом исследовании живота может обнаружиться

- а) смещение желудка кпереди
- б) высокое стояние и ограничение подвижности левого купола диафрагмы
- в) уровень жидкости в тонкой кишке
- г) все перечисленное

148. 45-летний мужчина поступил в больницу через 24 часа после появления сильных эпигастральных болей с иррадиацией в спину. Тошнота и многократная рвота. Физикальное исследование обнаружило резкую болезненность и отсутствие напряжения в верхней половине живота. Гематокрит - 82, лейкоцитоз - 12400, сывороточная амилаза - 950 ед (норма - 50-200) . - Из лекарств, используемых в таких случаях, повысить амилазу может

- а) ампициллин
- б) атропин
- в) омнопон
- г) глюкоза при внутривенном введении
- д) фенобарбитал

149. 45-летний мужчина поступил в больницу через 24 часа после появления сильных эпигастральных болей с иррадиацией в спину. Тошнота и многократная рвота. Физикальное исследование обнаружило резкую болезненность и отсутствие напряжения в верхней половине живота. Гематокрит - 82, лейкоцитоз - 12400, сывороточная амилаза - 950 ед (норма - 50-200) . - Наиболее вероятный диагноз в этом случае

- а) задняя пенетрация язвы
- б) холедохолитиаз
- в) эмболия мезентериальной артерии
- г) острый панкреатит
- д) кишечная непроходимость

150. При остром панкреатите применяют

- а) назо-гастральное отсасывание
- б) атропин и H₂-блокаторы гистамина
- в) гордокс
- г) внутривенное введение электролитов и дезинтоксикационных растворов
- д) все перечисленное

151. При остром панкреатите применяются все перечисленные противошоковые мероприятия, кроме

- а) переливания плазмы и других кровезаменителей
- б) коррекции электролитного баланса
- в) обезболивающих средств
- г) антибактериальной терапии
- д) правильные ответы а) и б)

152. Больному острым панкреатитом в первые дни заболевания показаны

- а) голод
- б) углеводно-белковая диета с постепенным расширением
- в) жировая диета
- г) белковая диета
- д) правильные ответы б) и г)

153. Возможные осложнения острого панкреатита в позднем периоде включают

- а) свищи
- б) абсцесс поджелудочной железы
- в) кисты
- г) сахарный диабет

д) все перечисленное

154. Переход острого панкреатита в хроническую форму характеризуется

- а) снижением аппетита
- б) поносами
- в) метеоризмом
- г) гипоферментией
- д) всем перечисленным

155. Больному с острым панкреатитом при стихании процесса показана

- а) углеводная диета
- б) белковая диета
- в) углеводно-белковая диета с постепенным расширением
- г) общий полноценный рацион
- д) жировая диета

156. Флегмоны кишки чаще всего локализуются

- а) в 12-перстной кишке
- б) в начальном отделе тощей кишки
- в) в конечном отделе тощей кишки
- г) в начальном отделе подвздошной кишки
- д) в конечном отделе подвздошной кишки

157. Воспалительный процесс при флегмоне кишки начинается

- а) в слизистой оболочке
- б) в подслизистом слое
- в) в серозной оболочке
- г) в брыжейке
- д) в париетальной брюшине

158. Для флегмоны кишки не характерны

- а) тяжелое состояние
- б) лихорадка
- в) выраженное напряжение брюшной стенки
- г) боли в животе
- д) поносы

159. Хирургическое лечение флегмоны кишки включает

- а) резекцию пораженного участка
- б) обкалывание кишки антибиотиками
- в) дренирование пораженного участка
- г) наложение обходного анастомоза
- д) все перечисленное

160. Механическая кишечная непроходимость включает все перечисленные виды, кроме

- а) спастической
- б) обтурационной
- в) странгуляционной
- г) спаечной
- д) инвагинации

161. Динамическая кишечная непроходимость включает

- а) паралитическую
- б) спастическую
- в) непроходимость, сопровождающую перитонит
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и в)

162. При инвагинации происходит внедрение

- а) тонкой кишки в толстую
- б) тонкой кишки в тонкую
- в) толстой в толстую
- г) правильные ответы а) и б)

д) все перечисленное

163. Обтурационную кишечную непроходимость могут вызвать все перечисленные причины, кроме

- а) опухоли
- б) скопления гельминтов
- в) заворота
- г) копростаз
- д) инородных тел

164. Основными симптомами при высокой кишечной непроходимости являются

- а) боли
- б) рвота
- в) задержка стула и газов
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

165. Основными симптомами при низкой кишечной непроходимости являются

- а) задержка стула и газов
- б) боли
- в) рвота
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и б)

166. Внезапная абдоминальная боль и вздутие живота, наряду с окрашенным кровью стулом и облегчением симптомов после бариевой клизмы, наиболее вероятно связаны

- а) с инвагинацией
- б) с заворотом кишечника
- в) с Меккелевым дивертикулом
- г) с раком сигмовидной кишки
- д) с дивертикулом

167. Приступы кишечной непроходимости преходящего характера со спонтанным исчезновением симптомов непроходимости обнаруживаются при всех следующих состояниях, за исключением

- а) инвагинации
- б) Меккелева дивертикула
- в) внутренней грыжи
- г) закупорки желчным камнем
- д) приобретенных спаек

168. Больной 24 лет, страдающий шизофренией, жалуется на боли в животе. Утверждает, что боли появились через 2 часа после обеда, когда он случайно проглотил 2 швейные иглы, якобы подложенные ему в пищу. Пульс - 68 в минуту. Язык суховат. Живот умеренно напряжен и болезненный при пальпации в эпигастрии и правом подреберье. Слабо положительный симптом Орнтера. При обзорном рентгенологическом исследовании обнаружена лишь узкая серповидная полоска газа под правым куполом диафрагмы, патологических теней не выявлено. Дальнейшая тактика врача включает

- а) направление больного в психоневрологический диспансер
- б) срочную госпитализацию больного в хирургический стационар
- в) вызов дежурного психиатра
- г) наблюдение за больным в течение часа

169. При подозрении на механическую непроходимость дистального отдела тонкой кишки рентгенологическое исследование следует начать

- а) с обзорного снимка брюшной полости
- б) с ирригоскопии
- в) с пассажа бария по тонкой кишке
- г) с исследования желудка и 12-перстной кишки
- д) все перечисленное

170. Гиперамилаземия и гиперамилазурия могут наблюдаться

- а) при перфорации пептической язвы
- б) при механической кишечной непроходимости
- в) при остром панкреатите
- г) при всем перечисленном

д) все перечисленное неверно

171. Патогенез аппендицита связывают

- а) с инфекционной теорией
- б) с нейротрофической теорией
- в) с механической теорией
- г) с аллергической теорией
- д) со всем перечисленным

172. В классификации аппендицита различают

- а) простой острый
- б) деструктивный
- в) осложненный острый
- г) хронический первичный и рецидивирующий
- д) все перечисленное

173. Среди деструктивного аппендицита различают

- а) флегмонозный
- б) флегмонозно-язвенный
- в) гангренозный
- г) все перечисленные
- д) правильные ответы а) и в)

174. Атипичные формы острого аппендицита возможны при расположении червеобразного отростка

- а) ретроцекально
- б) в малом тазу
- в) под печенью
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

175. Первым симптомом острого аппендицита является

- а) тошнота и рвота
- б) запор
- в) диарея
- г) боль в околопупочной или правой подвздошной зоне
- д) лихорадка

176. Острые боли в правой половине живота без иррадиации, однократная рвота, пальпаторная болезненность в точке Мак-Бурнея, фебрильная лихорадка, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево позволяют заподозрить

- а) острый аппендицит
- б) острый холецистит
- в) правосторонний пиелонефрит
- г) внематочную беременность
- д) ни одно из них

177. Больная Н. 37 лет три дня наблюдалась участковым терапевтом по поводу болей в подложечной области, сопровождающихся рвотой. Связывает свое заболевание с употреблением за 30 мин до начала болей недоброкачественной пищи. С 3-го дня болезни присоединился понос до 16 раз в сутки, стул жидкий со слизью без крови. Из анамнеза известно, что на протяжении последнего года у больной было три подобных "отравления". Температура 38 град. С. При осмотре - живот не вздут, при пальпации болезненный в подложечной области и правом подреберье. Брюшные мышцы в правом подреберье резистентны. В крови - лейкоцитоз 9.8 со сдвигом до 8% п/я, СОЭ - 14 мм/час. - Наиболее вероятный предварительный диагноз

- а) острый аппендицит
- б) острый деструктивный холецистит
- в) пищевая токсикоинфекция
- г) гнойный холангит
- д) правильные ответы а) и б)

178. Больная Н. 37 лет три дня наблюдалась участковым терапевтом по поводу болей в подложечной области, сопровождающихся рвотой. Связывает свое заболевание с употреблением за 30 мин до начала болей недоброкачественной пищи. С 3-го дня болезни присоединился понос до 16 раз в сутки, стул жидкий со слизью без крови. Из анамнеза известно, что на протяжении последнего года у больной было три подобных

"отравления". Температура 38град. С. При осмотре - живот не вздут, при пальпации болезненный в подложечной области и правом подреберье. Брюшные мышцы в правом подреберье резистентны. В крови - лейкоцитоз 9.8 со сдвигом до 8% п/я, СОЭ - 14 мм/час. Наиболее вероятный предварительный диагноз: острый аппендицит, острый деструктивный холецистит. - Дальнейшая тактика включает

- а) полное постепенное обследование больной
- б) экстренную лапароскопию
- в) лапаротомию
- г) активно-выжидательную тактику
- д) полное исключение хирургической патологии

179. 47-летняя женщина поступила в клинику с жалобой на боли в животе в течение 2 недель и опухоль в правом нижнем квадранте. До этого была здорова, боли в последние два дня стали особенно сильными. Она отрицает любые продромальные симптомы типа тошноты, рвоты, поноса, запора или мелены. Температура - 38град. С, пульс - 104 в минуту. Живот вздут, отмечается перкуторная и пальпаторная болезненность в правой половине живота с иррадиацией в правый нижний квадрант. В правом нижнем квадранте пальпируется плотное образование 8- 0 см. Анализ крови: гемоглобин - 142 г/л, лейкоцитоз - 16000 со сдвигом влево. - В первую очередь необходимо провести

- а) рентгенографию грудной клетки
- б) ЭКГ
- в) сигмоидографию
- г) рентгенографию брюшной полости в горизонтальном положении
- д) исследование билирубина в сыворотке

180. 47-летняя женщина поступила в клинику с жалобой на боли в животе в течение 2 недель и опухоль в правом нижнем квадранте. До этого была здорова, боли в последние два дня стали особенно сильными. Она отрицает любые продромальные симптомы типа тошноты, рвоты, поноса, запора или мелены. Температура - 38град. С, пульс - 104 в минуту. Живот вздут, отмечается перкуторная и пальпаторная болезненность в правой половине живота с иррадиацией в правый нижний квадрант. В правом нижнем квадранте пальпируется плотное образование 8- 0 см. Анализ крови: гемоглобин - 142 г/л, лейкоцитоз - 16000 со сдвигом влево. - Наибольшую информацию может дать

- а) холецистография
- б) снимок тонкого кишечника
- в) ирригоскопия
- г) сканирование печени
- д) сканирование почек

181. 47-летняя женщина поступила в клинику с жалобой на боли в животе в течение 2 недель и опухоль в правом нижнем квадранте. До этого была здорова, боли в последние два дня стали особенно сильными. Она отрицает любые продромальные симптомы типа тошноты, рвоты, поноса, запора или мелены. Температура - 38град. С, пульс - 104 в минуту. Живот вздут, отмечается перкуторная и пальпаторная болезненность в правой половине живота с иррадиацией в правый нижний квадрант. В правом нижнем квадранте пальпируется плотное образование 8- 0 см. Анализ крови: гемоглобин - 142 г/л, лейкоцитоз - 16000 со сдвигом влево. - Наиболее логичный диагноз в данном случае

- а) опухоль слепой кишки
- б) регионарный илеит
- в) перфорация гастродуоденальной зоны
- г) перфоративный аппендицит с абсцедированием
- д) острый холецистит

182. 47-летняя женщина поступила в клинику с жалобой на боли в животе в течение 2 недель и опухоль в правом нижнем квадранте. До этого была здорова, боли в последние два дня стали особенно сильными. Она отрицает любые продромальные симптомы типа тошноты, рвоты, поноса, запора или мелены. Температура - 38град. С, пульс - 104 в минуту. Живот вздут, отмечается перкуторная и пальпаторная болезненность в правой половине живота с иррадиацией в правый нижний квадрант. В правом нижнем квадранте пальпируется плотное образование 8- 0 см. Анализ крови: гемоглобин - 142 г/л, лейкоцитоз - 16000 со сдвигом влево. Наиболее логичный диагноз в данном случае перфоративный аппендицит с абсцедированием. - Следующей логической ступенью может быть

- а) лапаротомия
- б) рентгенологическое исследование
- в) сканирование печени
- г) эхография
- д) внутривенная пиелография

183. Дифференцировать с острым аппендицитом необходимо:

- а) регионарный илеит
- б) мезентериальный лимфаденит
- в) воспаление Меккелева дивертикула
- г) разрыв трубы при внематочной беременности
- д) все перечисленное

184. Особенности клинических проявлений острого аппендицита у детей связаны:

- а) с особенностями строения червеобразного отростка
- б) со слабым развитием его лимфатических фолликулов
- в) с подпеченочным расположением отростка
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

185. Особенности клинического течения острого аппендицита у пожилых людей связаны:

- а) с пониженной реактивностью организма
- б) с быстрым развитием деструктивных изменений
- в) со слабой выраженностью симптомов
- г) правильные ответы а) и в)
- д) все перечисленное

186. Причинами тромбоза мезентериальных сосудов являются:

- а) атеросклероз
- б) воспалительные заболевания сосудов
- в) изменение коагуляционных свойств крови
- г) спазм сосудов
- д) все перечисленное

187. Для тромбоза мезентериальных сосудов характерны все перечисленные симптомы, кроме:

- а) резких болей в животе
- б) неинтенсивных болей в животе
- в) рвоты с примесью крови
- г) поноса
- д) коллапса

188. Лучшим диагностическим тестом при тромбозах мезентериальных артерий является:

- а) лапаротомия
- б) лапароскопия
- в) селективная ангиография
- г) анализ кала на скрытую кровь
- д) сигмоидоскопия

189. Дифференциальный диагноз тромбоза мезентериальных сосудов проводится:

- а) с перфоративной язвой
- б) с острым панкреатитом
- в) с расслаивающей аневризмой аорты
- г) с кишечной непроходимостью
- д) со всем перечисленным

190. Принципы консервативного лечения при тромбозах заключаются:

- а) в стремлении лизировать тромб
- б) в предотвращении распространения тромбоза
- в) в снятии спазма
- г) в воздействии на реологические свойства крови
- д) во всем перечисленном

191. Для рассасывания тромба применяют:

- а) фибринолизин
- б) гепарин
- в) стрептокиназу
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и в)

192. Для предупреждения тромбообразования применяют

- а) курантил
- б) персантин
- в) реополиглюкин
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

193. Причинами острого парапроктита являются

- а) анальные трещины
- б) геморрой
- в) проктит
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и в)

194. Симптомами острого парапроктита являются

- а) интоксикация
- б) лихорадка
- в) озноб
- г) боли вокруг заднего прохода
- д) все перечисленное

195. Больной М. 48 лет произведена геморройэктомия. Обезболивание местное, состояние в первые 3 суток обычное. С 5-го дня повысилась температура до 38град. С, однократно озноб. Иктеричность склер. Картина крови: лейкоциты - 8. 0|109/л, п/я - 22%, с/я - 50%, СОЭ - 50 мм/час, АЛТ - 82 ЕД, АСТ - 90 ЕД, билирубин - 48 мкмоль/л, в том числе конъюгированный - 29 мкмоль/л. Для уточнения диагноза следует провести все перечисленные мероприятия, кроме

- а) исключения острого гепатита
- б) определения состояния послеоперационной зоны
- в) лапароскопии
- г) посева крови
- д) исследования грудной клетки

196. Больной М. 48 лет произведена геморройэктомия. Обезболивание местное, состояние в первые 3 суток обычное. С 5-го дня повысилась температура до 38град. С, однократно озноб. Иктеричность склер. Картина крови: лейкоциты - 8. 0|109/л, п/я - 22%, с/я - 50%, СОЭ - 50 мм/час, АЛТ - 82 ЕД, АСТ - 90 ЕД, билирубин - 48 мкмоль/л, в том числе конъюгированный - 29 мкмоль/л. Результаты дообследования на 6-й день не выявили изменений в послеоперационной зоне и в легких, сывороточных маркеров гепатита В. Тяжесть состояния больной нарастает, остается фебрильной лихорадка с редкими ознобами, палочкоядерный сдвиг в формуле крови, отмечено снижение общего белка, альбуминов, холестерина в крови, нарастает анемия, одышка (до 40 в минуту), тахикардия до 120-130 в минуту, АД - 100-90/60 мм рт. ст. Пропальпировать печень и селезенку из-за вздутия живота невозможно. Проводилась интенсивная дезинтоксикационная метаболическая терапия. Дальнейшая диагностика и лечебная тактика включает все перечисленное, кроме

- а) посева крови
- б) обзорного снимка брюшной полости
- в) ультразвукового исследования органов брюшной полости
- г) антибактериальной терапии
- д) плазмафереза

197. Больной М. 48 лет произведена геморройэктомия. Обезболивание местное, состояние в первые 3 суток обычное. С 5-го дня повысилась температура до 38град. С, однократно озноб. Иктеричность склер. Картина крови: лейкоциты - 8. 0|109/л, п/я - 22%, с/я - 50%, СОЭ - 50 мм/час, АЛТ - 82 ЕД, АСТ - 90 ЕД, билирубин - 48 мкмоль/л, в том числе конъюгированный - 29 мкмоль/л. На 7-е сутки тяжесть состояния нарастает: сознание спутанное, одышка до 48-50 в минуту, в легких выслушиваются рассеянные влажные хрипы, тахикардия до 120-130 в минуту. Кишечные шумы не определяются. Диурез положительный. Испражнения непроизвольные. Желтуха прежней интенсивности. Очаговая неврологическая симптоматика отсутствует. Больная не приходит в сознание умерла. Наиболее вероятный клинический диагноз

- а) подострая дистрофия печени
- б) острый лейкоз
- в) абсцесс печени с развитием сепсиса
- г) гнойный парапроктит
- д) разлитой перитонит

198. Острым желудочно-кишечным кровотечением осложняются все перечисленные заболевания, кроме

- а) язвенной болезни
- б) эрозивного гастрита
- в) панкреатита
- г) цирроза печени
- д) геморрагических диатезов

199. Массивное кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта не встречается

- а) при варикозе пищеводных вен
- б) при катаральном рефлюкс-эзофагите
- в) при язве желудка
- г) при эрозивном гастрите
- д) при постбульбарной язве

200. Синдром Мэллори - Вейса чаще всего сопровождается

- а) язвенную болезнь
- б) лимфому
- в) карциному
- г) алкоголизм
- д) грыжу пищеводного отверстия диафрагмы

201. Острым кровотечением не сопровождаются

- а) язвенная болезнь
- б) синдром Мэллори - Вейса
- в) острый гастрит
- г) хронический гастрит А и В
- д) рак желудка

202. Наиболее частой причиной гемобилии является

- а) холелитиаз
- б) холедохолитиаз
- в) рак желчного пузыря
- г) задняя пенетрация язвы
- д) травма

203. Наименьшее количество крови в кале, при котором обнаруживают мелену, составляет

- а) 25 мл
- б) 60 мл
- в) 100 мл
- г) 250 мл
- д) 500 мл

204. Изменяют цвет кала, симулируя мелену

- а) карбонат кальция
- б) гидроокись алюминия
- в) окись магния
- г) висмут и его производные
- д) семена подорожника (применяющиеся как слабительное)

205. В патогенезе кровотечения из расширенных вен пищевода имеют значение

- а) гипертонический криз в портальной системе
- б) гастроэзофагеальный рефлюкс
- в) нарушения в системе свертывания крови
- г) правильные ответы а) и в)
- д) все перечисленное

206. В патогенезе язвенных гастродуоденальных кровотечений играют роль

- а) аррозия сосудов
- б) кислый желудочный сок
- в) повышение фибринолиза в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны
- г) нарушение микроциркуляции в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны
- д) все перечисленное

207. Следствием массивного желудочно-кишечного кровотечения является

- а) тахикардия
- б) гипергликемия
- в) азотемия
- г) повышение температуры тела

208. Язвенная боль при развившемся кровотечении

- а) усиливается
- б) исчезает
- в) распространяется кзади
- г) наблюдается в околопупочной области
- д) ненадолго купируется антацидами

209. Дегтеобразный стул появляется при поражении следующих отделов пищеварительного тракта, кроме

- а) пищевода
- б) желудка
- в) эконум
- г) слепой кишки
- д) 12-перстной кишки

210. В определении кровотечения из желудка и 12-перстной кишки не имеют значения

- а) мелена
- б) наличие алой крови в кале
- в) красно-коричневая окраска кала
- г) данные гастродуоденоскопии
- д) данные рентгенологического исследования

211. В случае кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта самым ценным диагностическим приемом является

- а) анамнез и лабораторные исследования
- б) зондирование желудка
- в) рентгенологическое исследование
- г) эндоскопия
- д) все перечисленное

212. Гепатомегалия, спленомегалия и мелена вызывают подозрение

- а) на кровоточащую язву 12-перстной кишки
- б) на кровоточащие вены пищевода при циррозе печени
- в) на тромбоз мезентериальной артерии
- г) на неспецифический язвенный колит
- д) на кровоточащую язву желудка

213. Слабость, жжение за грудиной, рвота с примесью крови, сердцебиение, повышенная потливость, низкий уровень артериального давления и мелена позволяют диагностировать

- а) острый эзофагит, осложненный пищеводными кровотечениями
- б) синдром Мэллори - Вейса
- в) рак пищевода, осложненный кровотечением
- г) варикозное расширение вен пищевода, осложненное кровотечением
- д) все перечисленное

214. Слабость, жжение за грудиной, рвота с примесью крови, сердцебиение, повышенная потливость, низкий уровень артериального давления и мелена. - Наиболее адекватное уточняющее исследование при описанной выше симптоматике

- а) эзофагогастродуоденоскопия
- б) рентгеновское исследование пищевода и желудка
- в) определение в крови уровня сывороточного железа
- г) ультразвуковое исследование
- д) ни одно из них

215. Больная Р. 18 лет в связи с развившимся полиартритом вторую неделю принимает внутрь индометацин. Внезапно появились боли в эпигастрии, слабость, повторная рвота темными массами. При осмотре бледная, пульс - 120 в минуту. АД - 90/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, мышечного напряжения нет. - Наиболее вероятный диагноз

- а) острый эрозивный гастрит

- б) язвенная болезнь
- в) синдром Мэллори - Вейса
- г) пищевая токсикоинфекция
- д) ни один из вышеперечисленных

216. Больная Р. 18 лет в связи с развившимся полиартритом вторую неделю принимает внутрь индометацин. Внезапно появились боли в эпигастрии, слабость, повторная рвота темными массами. При осмотре бледная, пульс - 120 в минуту. АД - 90/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, мышечного напряжения нет. - Для подтверждения диагноза ей необходимо провести

- а) рентгенологическое исследование желудка
- б) urgentную гастроскопию
- в) ЭКГ
- г) анализ желудочного сока
- д) посев кала и рвотных масс на выявление возбудителя

217. Больная Р. 18 лет в связи с развившимся полиартритом вторую неделю принимает внутрь индометацин. Внезапно появились боли в эпигастрии, слабость, повторная рвота темными массами. При осмотре бледная, пульс - 120 в минуту. АД - 90/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, мышечного напряжения нет. Наиболее вероятный диагноз острый эрозивный гастрит. - Неотложные лечебные мероприятия включают все следующие, кроме

- а) прекращения приема индометацина
- б) антибиотиков широкого спектра действия перорально
- в) назначения антацидных препаратов
- г) при необходимости подключения блокаторов H₂-рецепторов гистамина
- д) инфузионной терапии (при необходимости + кровезаменители)

218. У 12-летнего пациента внезапно появилась безболезненная кровавая рвота. Физикальное исследование обнаружило гепатоспленомегалию. - Диагностическое предположение включает

- а) кровотечение из расширенных пищеводных вен
- б) язва желудка
- в) дуоденальная язва
- г) эрозивный гастрит
- д) все перечисленное

219. У 12-летнего пациента внезапно появилась безболезненная кровавая рвота. Физикальное исследование обнаружило гепатоспленомегалию. Рентгенологическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта не обнаружило патологии. Возможно применить методы исследования

- а) лапаротомию
- б) чрезкожную чрезпеченочную холангиографию
- в) эзофагогастродуоденоскопию
- г) длительное наблюдение
- д) ни одно из них

220. У 12-летнего пациента внезапно появилась безболезненная кровавая рвота. Физикальное исследование обнаружило гепатоспленомегалию. Исследование выявило варикоз вен пищевода и нарушение функции печени, измененный альбуминово-глобулиновый показатель, АСТ - 700, билирубин - 80. 0. Наиболее вероятный диагноз

- а) хронический активный гепатит с переходом в цирроз
- б) тромбоз портальной вены
- в) серповидно-клеточная болезнь
- г) первичный билиарный цирроз
- д) ни один из них

221. У 12-летнего пациента внезапно появилась безболезненная кровавая рвота. Физикальное исследование обнаружило гепатоспленомегалию. Наиболее вероятный диагноз хронический активный гепатит с переходом в цирроз. - Терапия может включать

- а) желчегонные
- б) глюкокортикостероиды
- в) высокие дозы антибиотиков
- г) все перечисленное
- д) ничто из перечисленного

222. Больной Ч. 54 лет поступил в тяжелом состоянии: кровавая рвота, мелена, лихорадка, тахикардия. Болен фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в фазе инфильтрации и обсеменения, лечение которого, вследствие злоупотребления алкоголем, проводилось нерегулярно короткими прерывистыми курсами. За 2 месяца до поступления беспокоили изжога, голодные боли в подложечной области, купирующиеся приемом соды. Определите неотложные диагностические процедуры

- а) измерение АД и подсчет числа сердечных сокращений
- б) гастроскопия
- в) взятие крови для исследования
- г) все перечисленное
- д) ни одно из них

223. В диагностике ДВС-синдрома используют следующие лабораторные показатели

- а) фибриноген крови
- б) протромбин крови
- в) число тромбоцитов
- г) ни один из них
- д) все перечисленное

224. В начальной стадии ДВС-синдрома, развившемся при тяжелом гепатите, используют все перечисленные средства, кроме

- а) гепарина под кожу
- б) курантила внутрь
- в) реополиглюкина внутривенно
- г) фибринолизина внутривенно
- д) свежзамороженной плазмы внутривенно

225. К необходимым средствам для купирования ДВС-синдрома с геморрагическими проявлениями относятся

- а) гепарин
- б) курантил
- в) свежзамороженная плазма
- г) правильные ответы а) и в)
- д) все перечисленное

226. Выраженный фибринолиз чаще всего встречается

- а) при фульминантном гепатите
- б) при циррозе печени
- в) при гепатоме
- г) при аминазиновой желтухе
- д) при восходящем холангите

227. Для немедленного гемостаза кровоточащих вен пищевода следует

- а) применить гипотензивные средства
- б) применить гемостатические средства
- в) ввести зонд Сенгстакена (Sengstaken)
- г) вливать малые гемостатические дозы крови
- д) прошить кровоточащие сосуды

228. При кровоточащих язвах желудка или 12-перстной кишки не используются

- а) антациды таблетированные
- б) сердечные гликозиды
- в) миогенные спазмолитики
- г) все перечисленные препараты
- д) правильные ответы б) и в)

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

- а) викасол
- б) концентрированный человеческий фибриноген
- в) обесвободенный солями альбумин
- г) цельная свежая кровь
- д) Е-аминокапроновая кислота

230. К причинам, ограничивающим использование препаратов кальция при лечении геморрагических осложнений язвенной болезни, относятся
- а) кальций повышает выработку гастрина, стимулирующего желудочную секрецию
 - б) кальций, повышая тонус гладкой мускулатуры сосуда, уменьшает его способность к спазму
 - в) правильного ответа нет
 - г) все перечисленные
231. К синтетическим ингибиторам фибринолиза, применяемым при лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений, относятся
- а) Е-аминокапроновая кислота
 - б) амбен
 - в) ацепрамин
 - г) правильные ответы а) и в)
 - д) все перечисленное
232. К лекарственным растениям, обладающим антигеморрагическим гемостатическим действием, относятся
- а) лист крапивы
 - б) цветки арники
 - в) трава тысячелистника
 - г) трава водяного перца
 - д) все перечисленное
233. Плохой прогноз при желудочно-кишечном кровотечении, осложнившем язвенную болезнь, тесно связан
- а) с размером язвы
 - б) с длительностью анамнеза
 - в) с величиной кровопотери
 - г) с полом больного
 - д) с локализацией язвы
234. Причинами возникновения "острого живота" могут быть
- а) воспалительные заболевания органов брюшной полости
 - б) желудочно-кишечное кровотечение
 - в) воспалительные процессы женской половой сферы
 - г) все перечисленное
 - д) ни одно из перечисленных
235. Первостепенным диагностическим приемом при "остром животе" является
- а) обзорный снимок брюшной полости
 - б) рентгенологическое исследование желудка
 - в) холецистография
 - г) внутривенная холеграфия
 - д) ирригоскопия
236. В клиническом анализе крови при "остром животе" не имеет значения
- а) анемия
 - б) лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево
 - в) ускорение СОЭ
 - г) тромбоцитопения
 - д) ретикулоцитоз
237. К необходимым инструментальным методам исследования при "остром животе" относятся
- а) рентгенологическое
 - б) эхография
 - в) лапароскопия
 - г) правильные ответы б) и в)
 - д) все перечисленное
238. Основными клиническими симптомами "острого живота" являются
- а) боли
 - б) тошнота
 - в) рвота
 - г) лихорадка
 - д) все перечисленное

239. Причиной перитонита не является
а) перфорация гастродуоденальной язвы
б) обострение язвенной болезни
в) тромбоз и инфаркт брыжейки
г) некроз поджелудочной железы
д) гангрена кишечника

240. Мучительная, неукротимая со схваткообразными болями и икотой, рвота наблюдается
а) при декомпенсированном стенозе привратника
б) при перитоните
в) при ахалазии пищевода
г) при остром инфаркте миокарда
д) при остром калькулезном холецистите

241. При симптомокомплексе "острого живота" исчезновение "печеночной тупости" свидетельствует
а) об остром панкреатите
б) о функциональной кишечной непроходимости
в) о перфорации язвы желудка или 12-перстной кишки
г) о механической кишечной непроходимости
д) о правостороннем пневмопелерозе

242. При симптомокомплексе "острого живота" тактика терапевта включает
а) клинический анализ крови
б) наблюдение за больным
в) рентгенологическое исследование
г) госпитализацию в хирургическое отделение
д) анализ мочи на диастазу

243. Боли в надлобковой области наблюдаются
а) при холецистите
б) при паховой грыже
в) при простатите
г) при проктосигмоидите
д) при аппендиците

244. Больной В. 54 лет в течение нескольких лет страдает гипертонической болезнью, последние два года - стенокардия напряжения. Через два часа после обильного обеда и употребления алкоголя развились резчайшие боли в эпигастрии, сопровождающиеся рвотой, коллаптоидным состоянием. При осмотре состояние крайней тяжести, пульс частый, малый, 100-120 в минуту, АД - 90/50 мм рт. ст. - Наиболее вероятный диагноз предполагает все перечисленное, кроме
а) инфаркта миокарда
б) перфоративной язвы желудка или 12-перстной кишки
в) острого панкреатита
г) мезентериального тромбоза

245. Больной В. 54 лет в течение нескольких лет страдает гипертонической болезнью, последние два года - стенокардия напряжения. Через два часа после обильного обеда и употребления алкоголя развились резчайшие боли в эпигастрии, сопровождающиеся рвотой, коллаптоидным состоянием. При осмотре состояние крайней тяжести, пульс частый, малый, 100-120 в минуту, АД - 90/50 мм рт. ст. - Неотложные диагностические мероприятия в этом случае включают все перечисленное, кроме
а) общего анализа крови
б) ЭКГ
в) диастазы мочи, амилазы и трипсина крови
г) гастроскопии

246. Острые, нарастающие по интенсивности, жгучего характера боли в эпигастриальной области, артериальная гипотония, тахикардия, нейтрофильный лейкоцитоз позволяют с первых же минут от начала заболевания заподозрить
а) атипичную форму инфаркта миокарда
б) острый холецистит
в) прободную язву желудка
г) острый панкреатит

д) ни один из перечисленных

247. Острые боли внизу живота, тахикардия, артериальная гипотония и анемия, внезапно возникшие у женщины молодого возраста, позволяют заподозрить

- а) разрыв трубной беременности
- б) осложнения язвенного колита
- в) бациллярную дизентерию
- г) острый аппендицит
- д) ущемленную паховую грыжу

248. Характерными для разрыва аневризмы брюшного отдела аорты являются

- а) острые боли в животе
- б) нарастающая анемия
- в) падение АД (коллапс)
- г) при обзорной рентгенографии - изменение контуров аорты и ее кальциноз
- д) все перечисленное

249. Острые внезапно возникшие боли в правом подреберье, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле, фебрильная лихорадка, ознобы, отсутствие пальпаторной болезненности и симптомов раздражения брюшины, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы крови до метамиелоцитов позволяют заподозрить

- а) острый гастрит
- б) острую нижнедолевую пневмонию
- в) острый гнойный холецистит
- г) печеночную кому
- д) острое легочное сердце

250. Острые постоянные боли в левом подреберье с иррадиацией в спину, возникшие после обильного приема жирной пищи, пальпаторная болезненность в зонах Шоффара и Мейо - Робсона, понос без примеси крови, слабость, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз без существенного сдвига формулы влево, непродолжительная амилазурия позволяют заподозрить

- а) обострение хронического панкреатита
- б) острый некротизирующий панкреатит
- в) острый инфильтративный панкреатит
- г) острый гастрит
- д) язвенную болезнь в фазе обострения

251. Острые интенсивные боли в левом подреберье с иррадиацией в пах, фебрильная лихорадка с ознобами, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы крови до миелоцитов позволяют заподозрить

- а) абсцесс левой почки
- б) левосторонний пиелонефрит
- в) левосторонний перинефрит
- г) осложненный дивертикулит левых отделов ободочной кишки
- д) все перечисленное

252. Наличие острых болей, коллапса и нарастающей анемии характерны

- а) для перфорации язвы желудка или 12-перстной кишки
- б) для разрыва брюшного отдела аорты
- в) для апоплексии яичника
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы б) и в)

253. Острые боли в животе и лихорадка наблюдаются

- а) при флегмоне желудка или кишечника
- б) при остром аппендиците
- в) при остром холецистите
- г) при остром панкреатите
- д) при всем перечисленном

254. Больная О. 35 лет на протяжении 5 лет страдает тяжелым сахарным диабетом. В последнее время инсулин получает нерегулярно, диеты не соблюдает. За два дня до поступления - нарастающая потеря аппетита, упорная тошнота, переходящая во рвоту. За несколько часов до госпитализации развились острые боли в эпигастрии. При осмотре четких симптомов раздражения брюшины нет. Неотложные мероприятия у больной предусматривают

- а) провести обзорную рентгенографию брюшной полости
- б) определение сахара в крови, сахара и ацетона в моче
- в) введение инсулина короткого действия
- г) все перечисленное

255. Хроническое нарушение висцерального кровообращения развивается вследствие всех перечисленных причин, кроме

- а) врожденных окклюзирующих заболеваний сосудов
- б) приобретенных окклюзирующих заболеваний сосудов
- в) сдавления сосудов извне
- г) травм сосудов

256. В клинической картине брюшной жабы не имеют значения

- а) боли в животе до еды
- б) боли в животе после еды
- в) дисфункция кишечника
- г) прогрессирующее похудание
- д) усиленная пульсация сосудов в животе

257. Дифференциальная диагностика синдрома хронической абдоминальной ишемии проводится

- а) с хроническим панкреатитом
- б) с хроническим холециститом
- в) с язвенной болезнью
- г) с хроническим энтероколитом
- д) со всеми перечисленными заболеваниями

258. Больным с синдромом хронической абдоминальной ишемии проводится

- а) медикаментозное лечение
- б) хирургическое лечение
- в) физиотерапевтическое лечение
- г) санаторно-курортное лечение
- д) все перечисленное

Эталонные ответы к тестам:

001-Д	002-Д	003-В	004-Г	005-Д	006-Б	007-Д
008-Г	009-А	010-Д	011-В	012-Д	013-Д	014-А
015-Б	016-В	017-Д	018-Д	019-А	020-Д	021-Д
022-Г	023-Д	024-Г	025-Б	026-Д	027-А	028-Д
029-Д	030-Д	031-Б	032-А	033-В	034-Д	035-Г
036-А	037-Б	038-Б	039-Д	040-В	041-Д	042-Д
043-А	044-Г	045-Д	046-В	047-Д	048-А	049-Д
050-Б	051-Г	052-В	053-Г	054-А	055-Д	056-Д
057-Д	058-В	059-А	060-Б	061-В	062-Г	063-Д
064-Д	065-В	066-Д	067-Г	068-Д	069-Б	070-В
071-Г	072-Д	073-Д	074-Д	075-Б	076-Д	077-Б
078-В	079-Г	080-А	081-Д	082-Г	083-Д	084-Б
085-Г	086-А	087-Б	088-Д	089-В	090-Д	091-А
092-Г	093-Д	094-А	095-Д	096-Г	097-Г	098-В
099-Д	100-В	101-Д	102-Д	103-В	104-Д	105-Б
106-Д	107-А	108-В	109-Б	110-В	111-Г	112-Д
113-В	114-Д	115-А	116-Б	117-Д	118-В	119-Г
120-Б	121-Д	122-А	123-Д	124-Г	125-Б	126-Д
127-В	128-А	129-Г	130-Д	131-Г	132-Д	133-Д
134-Д	135-А	136-Г	137-Г	138-Д	139-Д	140-В
141-Д	142-Г	143-Б	144-Д	145-Г	146-Д	147-Г
148-В	149-Г	150-Д	151-Г	152-А	153-Д	154-Д
155-В	156-Д	157-Б	158-В	159-Д	160-А	161-Г
162-Д	163-В	164-Г	165-Д	166-А	167-Г	168-Б
169-А	170-Г	171-Д	172-Д	173-Г	174-Д	175-Г
176-А	177-Д	178-Б	179-Г	180-В	181-Г	182-А
183-Д	184-Г	185-Д	186-Д	187-Б	188-В	189-Д

190-Д	191-Д	192-Г	193-Г	194-Д	195-Б	196-Д
197-Б	198-Б	199-Б	200-Г	201-Г	202-Д	203-Б
204-Г	205-Д	206-Д	207-А	208-Б	209-Г	210-Б
211-Г	212-Б	213-Д	214-А	215-А	216-Б	217-Б
218-Д	219-Б	220-А	221-Б	222-Г	223-Д	224-Г
225-Г	226-Б	227-Б	228-Г	229-Д	230-Г	231-Д
232-Д	233-Б	234-Г	235-А	236-Г	237-Д	238-Д
239-Б	240-Б	241-Б	242-Г	243-Б	244-Б	245-Г
246-А	247-А	248-Д	249-Б	250-А	251-Д	252-Д
253-Д	254-Г	255-Г	256-А	257-Д	258-Б	

**Тестовые задания для проведения контроля остаточных знаний ординаторов
по дисциплине «Гастроэнтерология»**

001. Наиболее характерный симптом, указывающий на раковое перерождение при хроническом эзофагите:

- а) дисфагия
- б) боль при глотании
- в) икота
- г) изжога
- д) слюнотечение

002. К препаратам, снижающим желудочно-пищеводный рефлюкс, не относится:

- а) атропин
- б) метацин
- в) нитроглицерин
- г) координакс
- д) папаверин

003. При лечении ахалазии пищевода противопоказан:

- а) нитроглицерин
- б) мотилиум
- в) но-шпа
- г) седативные средства
- д) коринфар

004. Рентгенологически выявленное отсутствие перистальтики в дистальном отделе пищевода при нормальной моторике в проксимальном отделе характерно для:

- а) ахалазии пищевода
- б) склеродермии
- в) диффузного спазма пищевода
- г) эзофагита
- д) пищевода Баррета

005. Наличие желудочной метаплазии нижнего пищеводного сфинктера характерно для:

- а) эзофагита
- б) склеродермии
- в) ахалазии пищевода
- г) скользящей грыжи пищеводного отдела диафрагмы
- д) пищевода Баррета

006. При рефлюкс-эзофагите применяют: 1) нитроглицерин 2) мотилиум 3) но-шпу 4) дебол 5) маалокс 6) ранитидин. Выберите правильную комбинацию:

- а) 1, 2, 3
- б) 2, 3, 4
- в) 3, 4, 5
- г) 1, 5, 6
- д) 2, 5, 6

007. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, не относится:

- а) анализ желудочного сока
- б) рентгенография желудка

- в) гастроскопия
- г) морфологическое исследование слизистой оболочки желудка
- д) дуоденальное зондирование

008. Наличие триады симптомов: стойкое повышение желудочной секреции, изъязвление ЖКТ, диарея указывает на:

- а) синдром Золлингера-Эллисона
- б) язвенную болезнь с локализацией в желудке
- в) язвенный колит
- г) язвенную болезнь с локализацией в постбульбарном отделе
- д) хронический панкреатит

009. О степени активности гастрита судят по клеточной инфильтрации слизистой оболочки желудка:

- а) лимфоцитами
- б) плазматическими клетками
- в) лейкоцитами
- г) эозинофилами
- д) макрофагами

010. Для клиники хронического гастрита характерно:

- а) субфебрильная температура
- б) умеренный лейкоцитоз
- в) диспепсический синдром
- г) диарея
- д) спастический стул

011. Наличие эрозий в антральном отделе желудка характерно для:

- а) острого гастрита
- б) аутоиммунного гастрита
- в) гранулематозного гастрита
- г) болезни Менетрие
- д) хеликобактерной инфекции

012. Общее количество желудочного сока, отделяющегося у человека при обычном пищевом режиме:

- а) 0,5-1,0 л
- б) 1,0-1,5 л
- в) 1,5-2,0 л
- г) 2,0-2,5 л
- д) 2,5-3,0 л

013. Какой из нижеперечисленных нестероидных противовоспалительных препаратов реже других вызывает язвенные изменения ЖКТ?

- а) индометацин
- б) вольтарен
- в) реопирин
- г) мелоксикам
- д) диклофенак

014. Какой тест наиболее надежен для диагностики синдрома Золлингера-Эллисона?

- а) базальная кислотопродукция

- б) максимальная кислотопродукция
- в) уровень гастрина в крови
- г) данные ЭГДС
- д) биопсия слизистой оболочки желудка

015. Что может подтвердить пенетрацию язвы по клинической картине? Верно все, кроме одного:

- а) усиление болевого синдрома
- б) изменение характерного ритма возникновения болей
- в) уменьшение ответной реакции на антациды
- г) мелена
- д) появление ночных болей

016. Для болезни Уиппла не характерно:

- а) диарея
- б) лихорадка
- в) полифекалия
- г) полисерозиты
- д) нефропатия

017. Для целиакии спру характерно все перечисленное, кроме:

- а) метеоризма
- б) лихорадки
- в) поносов
- г) полифекалии
- д) истощения

018. Усиливают диарею при целиакии спру:

- а) мясо
- б) сырые овощи и фрукты
- в) белые сухари
- г) рис
- д) кукуруза

019. Употребление какого из перечисленных злаков или продуктов из него не вызывает ухудшения течения целиакии спру?

- а) пшеница
- б) рожь
- в) кукуруза
- г) овес
- д) ячмень

020. Для какого заболевания характерна гипертония нижнего пищеводного сфинктера?

- а) склеродермия
- б) ахалазия
- в) хронический рефлюкс-эзофагит
- г) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- д) пищевод Баррета

021. Гастрин секретируется:

- а) антральным отделом желудка
- б) фундальным отделом желудка

- в) слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки
- г) поджелудочной железой
- д) слизистой оболочкой тощей кишки

022. Желудочную секрецию стимулирует:

- а) гастрин
- б) секретин
- в) холецистокинин
- г) соматостатин
- д) серотонин

023. Ведущим фактором в возникновении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки не является:

- а) гиперсекреция соляной кислоты
- б) дуоденит
- в) заболевания желчного пузыря
- г) хеликобактериоз
- д) курение

024. Для диагностики синдрома мальабсорбции при хронической диарее более информативно:

- а) копрологическое исследование
- б) ректороманоскопия
- в) биохимическое исследование крови
- г) рентгенологические данные
- д) исследование желудочной секреции

025. Структурной единицей, которая раньше всего поражается при нетропической спру, являются:

- а) лимфатические сосуды
- б) кровеносные сосуды
- в) аргентофильные клетки
- г) бруннеровы железы
- д) эпителиоциты

026. С каким из перечисленных заболеваний трудно дифференцировать нетропическую спру?

- а) регионарный илеит
- б) хронический панкреатит
- в) лимфосаркома
- г) амилоидоз
- д) экссудативная гипопропротеинемическая энтеропатия

027. Достоверным критерием наступления ремиссии после лечения нетропической спру является:

- а) рентгенологическое исследование
- б) гематологическая картина
- в) абсорбционный тест
- г) гистологические изменения в кишке
- д) копрологическое исследование

028. Какой из приведенных методов помогает в дифференциальной диагностике между лимфогранулематозом с поражением тонкой кишки и нетропической спру?
- а) рентгенологическое исследование
 - б) абсорбционные тесты
 - в) биопсия тонкого кишечника
 - г) ответная реакция на аглютиновую диету
 - д) копрологическое исследование
029. Тест на толерантность к d-ксилозе зависит от:
- а) функции поджелудочной железы
 - б) функции печени
 - в) всасывающей функции тонкой кишки
 - г) функции почек
 - д) желудочной секреции
030. После удаления дистального отдела подвздошной кишки не наблюдается:
- а) недостаточность поджелудочной железы
 - б) образование конкрементов в желчном пузыре
 - в) потеря желчных кислот со стулом
 - г) диарея
 - д) повреждение слизистой оболочки толстой кишки
031. В ЖКТ желчь подвергается реабсорбции. Где это происходит?
- а) в двенадцатиперстной кишке
 - б) в проксимальном отделе тощей кишки
 - в) в тощей кишке (в терминальном отделе)
 - г) в подвздошной кишке (в дистальном отделе)
 - д) в толстой кишке
032. При лечении диареи можно применять отвар:
- а) ольховых шишек
 - б) ромашки
 - в) мяты
 - г) цветов бессмертника
 - д) толокнянки
033. Основным местом всасывания витамина B₁₂ является:
- а) желудок
 - б) двенадцатиперстная кишка
 - в) проксимальный отдел тощей кишки;
 - г) подвздошная кишка, проксимальный отдел
 - д) подвздошная кишка, дистальный отдел
034. При наличии диареи и отсутствии синдрома мальабсорбции можно думать о:
- а) синдроме раздраженной кишки
 - б) ахлоргидрии
 - в) истерии
 - г) гранулематозном колите
 - д) глютенной энтеропатии
035. Креаторея характерна для:
- а) хронического панкреатита

- б) болезни Крона
- в) ишемического колита
- г) синдрома раздраженной кишки
- д) дискинезии желчного пузыря

036. В ЖКТ желчные кислоты подвергаются реабсорбции. Где это происходит?

- а) в двенадцатиперстной кишке
- б) в тощей кишке
- в) в проксимальном отделе подвздошной кишки
- г) в дистальном отделе подвздошной кишки
- д) в толстой кишке

037. Гастрин крови снижается при пероральном приеме:

- а) пищи
- б) соляной кислоты
- в) антигистаминных препаратов
- г) антихолинергических средств
- д) желчегонных препаратов

038. Лучший метод дифференциальной диагностики склеродермии от ахалазии:

- а) биопсия пищевода
- б) эзофагоскопия
- в) рентгеноскопия
- г) атропиновый тест
- д) цитологические исследования

039. Заболевания, сопровождающиеся изжогой, не включают:

- а) язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки
- б) высокую язву малой кривизны желудка
- в) скользящую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит
- г) гастрит
- д) дискинезию желчного пузыря

040. Признаком перфорации язвы является:

- а) лихорадка
- б) рвота
- в) изжога
- г) ригидность передней брюшной стенки
- д) гиперперистальтика

041. У взрослых самой частой причиной стеноза привратника является:

- а) рак желудка
- б) язвенная болезнь
- в) гипертрофия мышц привратника
- г) пролапс слизистой оболочки через пилорический канал
- д) доброкачественный полип желудка

042. При диетотерапии язвенной болезни включение белковых пищевых продуктов при дробном питании приведет:

- а) к снижению агрессивности желудочного содержимого
- б) к повышению агрессивности желудочного содержимого
- в) агрессивность не изменится

- г) к понижению слизисто-бикарбонатного барьера
- д) к диарее

043. Желудочную секрецию снижает:

- а) фамотидин
- б) солкосерил
- в) сайтотек
- г) венгер
- д) нош-па

044. Механизм болей при язвенной болезни с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки не зависит от:

- а) кислотно-пептического фактора
- б) спазмов в пилорoduodenальной зоне
- в) повышения давления в желудке и двенадцатиперстной кишке
- г) глубины язвы
- д) наличия хеликобактерной инфекции

045. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:

- а) рвота желчью
- б) урчание в животе
- в) рвота съеденной накануне пищей
- г) вздутие живота
- д) диарея

046. Для клинической картины хронического дуоденита не характерны:

- а) боли в эпигастриальной области, возникающие через 2-3 часа после еды
- б) диспепсические расстройства
- в) астено-вегетативные нарушения
- г) иррадиация боли в правое и/или левое подреберье
- д) сезонные обострения

047. Зантак относится к группе препаратов:

- а) адреноблокаторы
- б) м-холиноблокаторы
- в) симпатомиметики
- г) блокаторы гистаминовых H_1 -рецепторов
- д) блокаторы гистаминовых H_2 -рецепторов

048. Омепразол относится к группе препаратов:

- а) адреноблокаторы
- б) м-холиноблокаторы
- в) блокаторы гистаминовых H_1 -рецепторов
- г) блокаторы гистаминовых H_2 -рецепторов
- д) блокаторы протонного насоса

049. К эндоскопическим признакам хеликобактериоза желудка не относят:

- а) отек, гиперемия, экссудация
- б) внутрислизистые кровоизлияния
- в) плоские и/или приподнятые эрозии в зоне наиболее выраженного воспаления
- г) выраженную деструкцию поверхностного эпителия в периаульцерозной зоне с образованием эрозий

д) полипозный гастрит

050. Наиболее частой причиной анемии после резекции желудка по поводу язвенной болезни является:

- а) снижение всасывания витамина В₁₂
- б) дефицит железа
- в) гемолиз
- г) нарушение функции костного мозга
- д) дефицит фолиевой кислоты

Правильный ответ: б

051. Стимулирует активность ферментов поджелудочной железы:

- а) соматостатин
- б) глюкагон
- в) гистамин
- г) мотилин
- д) вазоактивный интестинальный пептид

052. У человека в сутки вырабатывается панкреатического сока:

- а) до 0,5 л
- б) 0,5-1,0 л
- в) 1,0-1,5 л
- г) 1,5-2,0 л
- д) 2,0-2,5 л

053. Через сколько часов после появления клиники острого панкреатита можно зафиксировать наибольший уровень амилазы крови?

- а) 2-4 часа
- б) 10-12 часов
- в) 18-24 часа
- г) 48-72 часа
- д) 96-120 часов

054. Какой из перечисленных симптомов не характерен для хронического панкреатита?

- а) абдоминальные боли
- б) стеаторея
- в) креаторея
- г) водная диарея
- д) диабет

055. Какой из перечисленных признаков не характерен для симптоматических язв?

- а) локализация
- б) определенность этиологии
- в) отсутствие рецидивирующего течения
- г) хорошо поддаются медикаментозной терапии
- д) часто пенетрируют

056. Какой из тестов наиболее достоверен для диагностики синдрома мальабсорбции?

- а) тест с d-ксилозой
- б) тест на толерантность к лактозе
- в) рентгенологическое исследование ЖКТ

- г) клинический анализ крови
- д) исследование желудочной секреции

057. Для купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите не применяют:

- а) атропин
- б) новокаин
- в) баралгин
- г) промедол
- д) морфин

058. Для обострения неосложненной язвенной болезни не характерно:

- а) "голодные" боли в эпигастрии
- б) "ночные" боли
- в) терапевтический эффект от приема антацидов
- г) хронический антральный гастрит, ассоциированный с *Нр*
- д) рвота съеденной накануне пищей

059. Для постбульбарной язвы не характерно:

- а) боли через 3-4 часа после еды
- б) боли с иррадиацией в левое или правое подреберье
- в) "пульсирующие" боли
- г) кровотечения
- д) положительный эффект от приема антацидов

060. При пенетрации язвы в поджелудочную железу повышается уровень:

- а) амилазы
- б) липазы
- в) глюкозы
- г) щелочной фосфатазы
- д) гаммаглутамилтранспептидазы

061. Больной 62 лет с коротким язвенным анамнезом и длительно нерубцующейся язвой желудка обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в подложечной области, похудание. В данном случае можно думать о:

- а) стенозе выходного отдела желудка
- б) первично язвенной форме рака
- в) пенетрации язвы
- г) перфорации язвы
- д) микрокровоотечении из язвы

Правильный ответ: б

062. У больного с ЯБ (локализацией в луковице двенадцатиперстной кишки), появилась тяжесть в эпигастрии после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, потеря веса. Диагноз:

- а) органический стеноз пилорoduodenальной зоны
- б) функциональный стеноз
- в) рак желудка
- г) пенетрация язвы
- д) перфорация язвы

063. У мужчины 50 лет ЯБ луковицы 12-перстной кишки с частыми рецидивами язвы. На терапию H₂-блокаторами гистамина был ответ. Обострение осложнилось кровотечением. После лечения зантаком язва зарубцевалась, остался эрозивный антральный гастрит. Тактика?

- а) прерывистая курсовая терапия гастропепином
- б) поддерживающая терапия зантаком в течение длительного времени
- в) хирургическое лечение
- г) терапия солкосерилом
- д) определение НР и при положительном результате антибактериальная терапия на фоне приема де-нола

064. Во время акта рвоты наблюдается:

- а) опущение диафрагмы
- б) повышение внутрибрюшного давления
- в) сокращение дна желудка
- г) сокращение антрального отдела
- д) сокращение абдоминальной мускулатуры

065. Какое из перечисленных медикаментозных средств не является стимулятором желудочной секреции?

- а) эуфиллин
- б) атропин
- в) кофеин
- г) гистамин
- д) инсулин

066. Вес суточного кала здорового человека:

- а) 100-200 граммов
- б) 300-400 граммов
- в) 500-700 граммов
- г) 800-1000 граммов
- д) более 1000 граммов

067. К слабительным средствам, обладающим раздражающим действием на нервно-мышечный аппарат толстой кишки и усиливающим ее перистальтику, не относится:

- а) александрийский лист
- б) корень ревеня
- в) бисакодил
- г) пурген
- д) сорбит

068. У больной диарея, вздутие, урчание, переливание в животе. Больна с детства. Питание пониженное, кожа и слизистые бледные, ногти ломкие, голени пастозны. Живот распластаный, + симптом Образцова. Стул кашицеобразный, полифекалия, лиентерия. Диагноз?

- а) болезнь Уиппла
- б) болезнь Гордона
- в) болезнь Крона
- г) целиакия спру
- д) синдром раздраженной кишки

069. У больного с хр. бронхитом появилась полиартралгия. Выявлена ахлоргидрия, железодефицитная анемия. В связи с лихорадкой, диареей, быстрым истощением госпитализирован. Через несколько дней потерял сознание, диагностирован менингит. Что это?

- а) болезнь Гордона
- б) болезнь Уиппла
- в) болезнь Крона
- г) лимфосаркома
- д) целиакия спру

070. При обследовании у больного выявлены ЖКБ, полипоз ЖКТ, на слизистой оболочке полости рта и кожных покровах тела имеются пятна дымчатого цвета. О каком заболевании можно думать?

- а) болезнь Уиппла
- б) хронический панкреатит
- в) цирроз печени
- г) синдром Пейтца-Эйгера
- д) болезнь Рандю-Ослера

071. У 6-ной 17 лет, высокого роста, астеника, пониженного питания боли и распирание в мезогастрии через 30 минут после еды, тошнота, неприятный запах изо рта. Б-я быстро выросла на 15см. При ФГС язвы нет, есть дуодено-гастральный рефлюкс. О чем можно думать?

- а) хронический гастрит
- б) хронический панкреатит
- в) дискинезия желчного пузыря
- г) артерио-мезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки
- д) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

072. Больной жалуется на диарею, схваткообразные боли по всему животу, чувство жара, гиперемия лица, приступы сердцебиения и удушья. О каком заболевании можно думать?

- а) болезнь Уиппла
- б) лимфосаркома
- в) лимфогранулематоз
- г) карциноид
- д) язвенный колит

073. Анатомическим образованием, которое наиболее часто ограничивает распространение патологического процесса, вызванного перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, является:

- а) желчный пузырь
- б) печень
- в) малый сальник
- г) большой сальник
- д) поджелудочная железа

074. Последствие хронического панкреатита, возникшего вследствие злоупотребления алкоголем:

- а) экзокринная недостаточность поджелудочной железы
- б) эндокринная недостаточность поджелудочной железы
- в) перитонит
- г) кисты в поджелудочной железе

д) асцит

075. В консервативную терапию хронического панкреатита не включаются:

- а) диета
- б) кортикостероиды
- в) ферментные препараты
- г) анальгетики
- д) сандостатин

076. Основными клиническими симптомами неспецифического язвенного колита являются:

- а) боли в животе
- б) наличие крови в кале
- в) нарушение функции кишечника
- г) анемия
- д) все перечисленные выше симптомы

077. Укажите внекишечные (системные) проявления неспецифического язвенного колита, клинические проявления которых зависят от активности основного заболевания:

- а) узловатая эритема, олигомоноартрит, конъюнктивит
- б) гангренозная пиодермия, сакроилеит, иридоциклит

078. Укажите внекишечные (системные) проявления неспецифического язвенного колита, клинические проявления которых не зависят от активности основного заболевания:

- а) узловатая эритема, олигомоноартрит, конъюнктивит
- б) гангренозная пиодермия, сакроилеит, иридоциклит

079. Укажите возможные осложнения болезни Крона:

- а) формирование фистул и свищей
- б) кишечное кровотечение
- в) токсический мегаколон
- г) кишечная непроходимость
- д) все вышеперечисленное

080. Какое из заболеваний при естественном длительном течении наиболее часто осложняется раком толстой кишки?

- а) болезнь Крона
- б) неспецифический язвенный колит
- в) ишемический колит
- г) псевдомембранозный колит

081. Какой из морфологических признаков является наиболее диагностически ценным с точки зрения характеристики активности неспецифического язвенного колита?

- а) наличие язвенного дефекта
- б) наличие нейтрофильных лейкоцитов в собственной пластинке слизистой оболочки кишечной стенки
- в) наличие пролиферативной активности фибробластов

082. Какое заболевание наиболее часто и наиболее быстро формирует кишечную облитерацию:

- а) неспецифический язвенный колит
- б) псевдомембранозный колит

- в) ишемический колит
- г) болезнь Крона

083. Какой из диагностических инструментальных методов наиболее предпочтителен для диагностики неспецифического язвенного колита?

- а) ирригоскопия
- б) колоноскопия
- в) колоноскопия с прицельным биопсийным исследованием

Правильный ответ: в

084. Какой из диагностических инструментальных методов наиболее предпочтителен для диагностики ишемического колита?

- а) ирригоскопия
- б) колоноскопия
- в) колоноскопия с прицельным биопсийным исследованием

085. Стадия «отпечатков» большого пальца при ишемическом колите является:

- а) наиболее ранним признаком ирригоскопического исследования
- б) наиболее поздним признаком ирригоскопического исследования
- в) промежуточным признаком ирригоскопического исследования

086. Стадия «мешочков» при ишемическом колите является:

- а) наиболее ранним признаком ирригоскопического исследования
- б) наиболее поздним признаком ирригоскопического исследования
- в) промежуточным признаком ирригоскопического исследования

087. Имеются ли патогномоничные морфологические признаки псевдомембранозного колита в поздней стадии естественного течения?

- а) не имеются
- б) имеются

088. Имеются ли патогномоничные морфологические признаки псевдомембранозного колита в ранней стадии естественного течения?

- а) не имеются
- б) имеются

089. Укажите «эталонную» комбинацию лекарственных средств для лечения псевдомембранозного колита:

- а) линкомицин+цефалоспорины
- б) ванкомицин+тетрациклин
- в) метронидазол+клиндамицин+кишечные адсорбенты
- г) ванкомицин+метронидазол+кишечные адсорбенты
- д) эритромицин+клиндамицин+кишечные адсорбенты

090. Укажите наиболее оправданную лечебную тактику при развитии токсической дилатации толстой кишки, осложнившей неспецифический язвенный колит:

- а) немедленное оперативное вмешательство
- б) налаживание парентерального питания, увеличение дозы кортикостероидов, выжидательная тактика в течение 12 часов
- в) налаживание парентерального питания, увеличение дозы кортикостероидов, выжидательная тактика в течение 48 часов

г) выжидательная тактика в течение 48 часов без изменения проводимой базисной терапии

091. Укажите наиболее информативные морфологические признаки ишемического колита:

- а) косое расположение волокон в мышечном слое между очагами атрофии
- б) наличие грануляционной ткани в дне язвенного дефекта в сочетании с обнаружением в подслизистой основе макрофагов, нагруженных гемосидерином
- в) наличие в подслизистой основе нейтрофильных лейкоцитов в сочетании с косым расположением волокон в мышечном слое между очагами атрофии

092. Базисная терапия неспецифического язвенного колита:

- а) антибиотики
- б) производные 5'-аминосалициловой кислоты
- в) кортикостероиды
- г) цитостатики
- д) сочетание кортикостероидов с цитостатиками

093. Какова лечебная тактика у больных с диагностированным ишемическим колитом?

- а) оперативное лечение
- б) выжидательная тактика для оценки исхода развития естественного течения
- в) только медикаментозное лечение

094. Пальпируемая «кишечная абдоминальная масса» является клиническим признаком:

- а) болезни Уиппла
- б) болезни Крона
- в) хронического дизентерийного колита
- г) целиакии
- д) неспецифического язвенного колита

095. Рентгенологический феномен «дымохода» характерен для кишечной стриктуры, ассоциированной с:

- а) раком толстой кишки
- б) неспецифическим язвенным колитом
- в) псевдомембранозным колитом
- г) ишемическим колитом
- д) не ассоциирован ни с одним из перечисленных заболеваний

096. Рентгенологический феномен «яблочной кожуры» характерен для кишечной стриктуры, ассоциированной с:

- а) раком толстой кишки
- б) неспецифическим язвенным колитом
- в) псевдомембранозным колитом
- г) ишемическим колитом
- д) не ассоциирован ни с одним из перечисленных заболеваний

097. Наиболее частая причина развития псевдомембранозного колита в многопрофильном стационаре:

- а) неизвестна
- б) применение антибиотиков или суперинфекция при выполнении медицинских манипуляций
- в) пищевая токсикоинфекция

098. Этиологическим фактором псевдомембранозного колита является:

- а) *Clostridium difficile*
- б) неспецифическая кокковая флора
- в) гемолитический стрептококк
- г) кишечная палочка
- д) причина болезни неизвестна

99. Какой из перечисленных методов инструментального исследования является «эталонным» для диагностики псевдомембранозного колита на ранней стадии заболевания?

- а) ректороманоскопия
- б) ирригоскопия
- в) колоноскопия

100. Чем в морфологическом отношении представлены мембраны при псевдомембранозном колите?

- а) соединительной тканью
- б) клетками собственной пластинки слизистой оболочки кишечной стенки
- в) тканевым детритом и фибрином

101. Наиболее частая причина развития хронических диффузных заболеваний печени:

- а) гепатотропные вирусы
- б) алкоголь
- в) наследственные заболевания-болезни накопления
- г) токсические гепатотропные агенты

102. Наиболее распространенной гепатотропной вирусной инфекцией, формирующей хронические диффузные заболевания печени, является:

- а) HBv-инфекция
- б) HCv-инфекция
- в) HAv-инфекция
- г) HBv/HDv-инфекция, HDv-инфекция

103. Какая из форм хронических диффузных заболеваний печени отдельно не выделяется экспертами Лосанджелесской классификации хронических гепатитов?

- а) вирусные гепатиты
- б) токсические гепатиты
- в) алкогольный гепатит
- г) криптогенный гепатит

104. Какие из перечисленных клинических синдромов свойственны неалкогольному стеатогепатиту?

- а) отсутствие маркеров вирусной инфекции
- б) избыточная масса тела
- в) гиперлипидемия, преимущественно за счет триглицеридов
- г) отсутствие указаний на злоупотребление алкоголем
- д) все выше перечисленное

105. Морфологическими критериями неалкогольного стеатогепатита являются:

- а) наличие изолированной жировой дистрофии гепатоцитов
- б) наличие жировой дистрофии гепатоцитов в сочетании с некрозами и лимфогистиоцитарной инфильтрацией
- в) все перечисленное

106. Что является «эталонным» лабораторным маркером алкогольного гепатита?

- а) повышение трансаминаз
- б) повышение гамма-глутаминтранспептидазы
- в) сочетанное повышение трансаминаз и гамма-глутаминтранспептидазы
- г) десахарированный трансферрин
- д) ничего из вышеперечисленного

107. Наиболее быстрые сроки прогрессирования хронического гепатита В в цирроз/рак печени ассоциированы с:

- а) мужским полом пациентов
- б) мутантным (HBe-негативным) штаммом HBV
- в) злоупотреблением алкоголем
- г) длительностью заболевания
- д) со всеми перечисленными факторами

108. Наиболее частая мутация HBV ассоциирована с:

- а) мутацией в pre-cog-зоне
- б) мутацией в зоне ДНК-полимеразы
- в) мутацией в s-зоне

109. Какие из перечисленных морфологических признаков определяют неспецифический индекс гистологической активности гепатита по Knodell-Ischak?

- а) лимфогистиоцитарная инфильтрация паренхимы
- б) наличие некрозов
- в) активация сателлитных клеток печени
- г) все вышеперечисленное
- д) ничего из вышеперечисленного

110. Индекса фиброза 2 по Desmeth соответствует морфологическим критериям:

- а) минимального фиброза
- б) отсутствию фиброза
- в) выраженному фиброзу
- г) циррозу печени
- д) умеренному фиброзу

111. Наиболее типичными морфологическими признаками хр. гепатита являются:

- а) наличие фоновой жировой дистрофии в сочетании с формированием лимфоидных фолликулов, скоплением цепочек лимфоцитов в перисинусоидальных пространствах
- б) наличие фоновой гиалиновой и/или белковой дистрофии в сочетании с наличием матово-стекловидных гепатоцитов и ядер гепатоцитов в виде «песочных часов»

112. Наиболее типичными морфологическими признаками хр. гепатита являются:

- а) наличие фоновой жировой дистрофии в сочетании с формированием лимфоидных фолликулов, скоплением цепочек лимфоцитов в перисинусоидальных пространствах
- б) наличие фоновой гиалиновой и/или белковой дистрофии в сочетании с наличием матово-стекловидных гепатоцитов и ядер гепатоцитов в виде «песочных часов»

113. Укажите основные ферменты репликации HCV:

- а) ДНК-полимераза, протеаза
- б) геликаза, РНК-зависимая РНК-полимераза
- в) сериновая протеаза, ДНК-полимераза
- г) геликаза, металлопротеаза, РНК-зависимая РНК-полимераза, сериновая протеаза

114. Верно ли утверждение, что вакцинопрофилактика в отношении вируса гепатита В снижает частоту заболеваемости вирусным гепатитом С?

- а) да, конечно
- б) нет

115. Верно ли утверждение, что вакцинопрофилактика в отношении вируса гепатита В снижает частоту заболеваемости вирусным гепатитом D?

- а) да, конечно
- б) нет

116. Какой из перечисленных интерферонов обладает преимущественно иммуномодулирующей активностью?

- а) IFN-гамма
- б) IFN-альфа
- в) IFN-бета

117. Какой из перечисленных интерферонов обладает преимущественно противовирусной активностью?

- а) IFN-гамма
- б) IFN-альфа
- в) IFN-бета

118. Укажите коммерческие аналоги IFN-гамма:

- а) роферон-а, интрон-а, реаферон, риальдирон, эгиферон
- б) ребиф, бетаферон
- в) имукин

119. Укажите коммерческие аналоги IFN-альфа

- а) роферон-а, интрон-а, реаферон, риальдирон, эгиферон
- б) ребиф, бетаферон
- в) имукин

120. Укажите коммерческие аналоги IFN-бета:

- а) роферон-а, интрон-а, реаферон, риальдирон, эгиферон
- б) ребиф, бетаферон
- в) имукин

121. Фармакологическое действие IFN-альфа ассоциировано:

- а) с активацией 2'-5'-олигоденилатциклазы
- б) со специфической возможностью терминации внутриклеточных и вирусных ДНК и РНК
- в) с активацией сателлитных клеток
- г) с активацией NK – клеток
- д) со всеми перечисленными механизмами

122. Показаниями к этиотропному лечению хронических вирусных гепатитов являются:

- а) наличие повышенного уровня билирубина, повышение уровня трансаминаз, отрицательные значения полимеразной цепной реакции на детекцию генетического материала, позитивные результаты детекции суммарных антивирусных антител, морфологическое исследование, подтверждающее хронический гепатит

- б) наличие повышенного уровня билирубина, позитивные значения полимеразной цепной реакции на детекцию генетического материала вируса, позитивные результаты детекции суммарных антивирусных антител
- в) наличие повышенного уровня аланиновой трансаминазы, позитивные значения полимеразной цепной реакции на детекцию генетического материала вирусов, позитивные результаты детекции суммарных антивирусных антител, морфологическое исследование, подтверждающее хронический гепатит

123. Стандартом стартового лечения хронического гепатита в настоящее время является:

- а) монотерапия нуклеозидными аналогами (зеефикс, эпивир, ламивудин, адефовир-депиво-ксил)
- б) монотерапия IFN-альфа
- в) комбинированное лечение нуклеозидными аналогами в сочетании с IFN-альфа

124. Стандартом стартового лечения хронического гепатита в настоящее время является:

- а) монотерапия рибавирином (ребетолом)
- б) монотерапия IFN-альфа
- в) комбинированное лечение ребетолом в сочетании с IFN-альфа

125. Укажите наиболее часто встречающиеся побочные эффекты интерферонотерапии:

- а) кардиопатия, депрессия, гиперурикемия, гипергликемия, фотосенсибилизация
- б) гриппоподобный синдром, депрессивный синдром, цитопенический синдром (гранулоцито- и тромбоцитопения), алоpecia
- в) ожирение, дисменорея, артериальная гипертензия, диарея

126. Что из перечисленного является безоговорочным условием прекращения лечения α -интерфероном?

- а) гриппоподобный синдром
- б) афтозный стоматит
- в) тромбоцитопения
- г) тяжелые депрессии
- д) артериальная гипертензия

127. Чем обычно лимитировано применение рибавирина у пациентов с хр. гепатитом С?

- а) гранулоцитопенией
- б) тромбоцитопенией
- в) гемолизом

128. Обязательное условие, вносимое в информированное согласие пациента перед началом лечения рибавирином при хроническом гепатите С:

- а) категорический отказ от алкоголя
- б) строгое соблюдение диеты
- в) резкое ограничение физических нагрузок
- г) категорический отказ от приема психотропных средств
- д) двойная контрацепция

129. Что определяет частоту доказанного ответа у пациентов хроническим гепатитом С, получающих стандартную комбинированную противовирусную терапию при соблюдении прочих равных условий?

- а) только генотип вируса
- б) генотип вируса, возраст и пол пациента
- в) только возраст и пол пациента

130. При каком из хронических вирусных гепатитов, отвечающих критериям проведения этиотропной терапии, результаты последней наиболее неудовлетворительны?

- а) хронический гепатит В
- б) хронический гепатит С
- в) хронический гепатит С+В
- г) хронический гепатит D

131. Что из перечисленного является наиболее значимым для диагностики болезни Коновалова-Вильсона?

- а) наличие синдрома цитолиза
- б) повышение уровня щелочной фосфатазы, трансаминаз, церулоплазмينا, наличие неврологической симптоматики
- в) повышение уровня экскреции меди с мочой, снижение уровня церулоплазмينا, полиморфизм гена АТФазы Р, наличие кольца Кайзера-Флейшера на роговице при исследовании щелевой лампой

132. Что из перечисленного является наиболее значимым для диагностики первичного гемохроматоза?

- а) повышение уровня гемоглобина и сывороточного железа
- б) повышение уровня экскреции железа с мочой
- в) насыщение трансферрина железом более 70%
- г) насыщение трансферрина железом более 45%

133. Увеличение печени и селезенки в сочетании с обнаружением крупных пенистых клеток с голубой цитоплазмой, минимальной гистологической активностью и неврологическими нарушениями наиболее характерно для:

- а) болезни Коновалова-Вильсона
- б) первичного гемохроматоза
- в) хронического вирусного гепатита с внепеченочными проявлениями
- г) ни для одного из перечисленных заболеваний
- д) для всех перечисленных заболеваний

134. Оптимальным сочетанием при лечении портальной гипертензии у больных с циррозом печени является:

- а) ограничение физической нагрузки, снижение потребления поваренной соли, назначение салуретиков
- б) назначение салуретиков в сочетании с бета-блокаторами
- в) назначение комбинированной салуретической терапии с обязательным включением верошпирона, ограничение потребления поваренной соли, бета-блокаторов

135. Укажите вариант, соответствующий наиболее правильному расположению осложнений цирроза печени по частоте встречаемости:

- а) спонтанный бактериальный перитонит, гиперспленизм, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, печеночно-клеточная недостаточность
- б) печеночноклеточная недостаточность, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, гиперспленизм, спонтанный бактериальный перитонит
- в) гиперспленизм, печеночноклеточная недостаточность, спонтанный бактериальный перитонит, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода

136. Наиболее оптимальным лечением печеночной энцефалопатии у больных с циррозом печени является:

- а) ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишечника, ограничение потребления белка с пищей
- б) ограничение физической нагрузки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого, ограничение потребления белка с пищей
- в) ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого без существенного ограничения потребления белка с пищей
- г) ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого с ограничением потребления белка с пищей

137. Что является методом выбора при определении лечебной тактики у пациентов с прогрессирующей печеночноклеточной недостаточностью любого генеза?

- а) массивная кортикостероидная терапия
- б) временная заместительная терапия (искусственная печень) с проведением трансплантации печени
- в) массивная кортикостероидная терапия в сочетании с цитостатиками
- г) массивная интерферонотерапия

138. Укажите типичное сочетание клинических признаков аутоиммунного гепатита:

- а) отсутствие маркеров вирусной инфекции, молодой возраст пациентов (преобладают женщины), наличие системных проявлений: артриты, полисерозиты, тромбоцитопения, кожный васкулит; в сыворотке крови определяются антинуклеарные, антигладкомышечные антитела, высокий титр ревматоидного фактора, гамма-глобулинов, высокий индекс гистологической активности гепатита, значительное повышение трансаминаз
- б) отсутствие маркеров вирусной инфекции, старший или средний возраст пациентов (преобладают женщины), наличие системных проявлений: артриты, полисерозиты, тромбоцитопения, кожный васкулит; в сыворотке крови определяются антимитохондриальные антитела, высокий титр ревматоидного фактора, гамма-глобулинов, при гистологическом исследовании определяется интенсивная пролиферация эпителия желчных протоков, отмечается значительное повышение щелочной фосфатазы наряду с умеренным повышением трансаминаз

139. Укажите наиболее типичное сочетание клинических признаков первичного билиарного цирроза печени:

- а) отсутствие маркеров вирусной инфекции, молодой возраст пациентов (преобладают женщины), наличие системных проявлений: артриты, полисерозиты, тромбоцитопения, кожный васкулит; в сыворотке крови определяются антинуклеарные, антигладкомышечные антитела, высокий титр ревматоидного фактора, гамма-глобулинов, высокий индекс гистологической активности гепатита, значительное повышение трансаминаз
- б) отсутствие маркеров вирусной инфекции, старший или средний возраст пациентов (преобладают женщины), наличие системных проявлений: артриты, полисерозиты, тромбоцитопения, кожный васкулит; в сыворотке крови определяются антимитохондриальные антитела, высокий титр ревматоидного фактора, гамма-глобулинов, при гистологическом исследовании определяется интенсивная пролиферация эпителия желчных протоков, отмечается значительное повышение щелочной фосфатазы наряду с умеренным повышением трансаминаз

140. Является ли заключение морфолога «неспецифический холангит» исключющим моментом в постановке диагноза первичного билиарного цирроза печени?

- а) конечно
- б) нет

141. Укажите наиболее оптимальное сочетание, составляющее базисное лечение у пациентов с аутоиммунным гепатитом:

- а) кортикостероиды+интерферон
- б) цитостатики+интерферон
- в) кортикостероиды+цитостатики
- г) урсодезоксихолевая кислота+кортикостероиды

142. Укажите наиболее оптимальное сочетание, составляющее базисное лечение у пациентов с первичным билиарным циррозом печени:

- а) кортикостероиды+интерферон
- б) цитостатики+интерферон
- в) кортикостероиды+цитостатики
- г) урсодезоксихолевая кислота+кортикостероиды
- д) урсодезоксихолевая кислота+метатрексат

143. Возможна ли терапия интерфероном у больных хроническим гепатитом С (с признаками репликации) с наличием внепеченочных проявлений, ассоциированных со смешанной криоглобулинемией II типа?

- а) да, возможна
- б) нет

144. Возможна ли терапия интерфероном у больных хроническим гепатитом С (с признаками репликации) с наличием внепеченочных проявлений, не ассоциированных со смешанной криоглобулинемией II типа, и аутоиммунных аутоантител (LKM-1, ANA, SMA):

- а) да, возможна
- б) нет

145. Укажите наиболее вероятное сочетание клинических и инструментальных признаков для постановки диагноза первичного склерозирующего холангита:

- а) женский пол, наличие холестатического синдрома, отсутствие признаков желчекаменной болезни, наличие в сыворотке крови аутоиммунных антител типа LKM-1, ANA, SMA
- б) мужской пол, наличие холестатического синдрома, частое сочетание с неспецифическим язвенным колитом, отсутствие признаков желчекаменной болезни, четкообразное утолщение/сужение как внутрипеченочных, так и внепеченочных желчных протоков, наличие в сыворотке крови аутоиммунных антител типа pANCA

146. Укажите возможные причины развития вторичного склерозирующего холангита:

- а) цитомегаловирусная инфекция
- б) желчекаменная болезнь с признаками рецидивирующей обструкции
- в) ВИЧ-инфекция
- г) все выше перечисленное
- д) ничего из выше перечисленного

147. Укажите наиболее оптимальный режим лечения первичного гемохроматоза:

- а) ограничение потребления железа с пищей
- б) ограничение потребления железа с пищей в сочетании с десфералом

в) ограничение потребления железа с пищей в сочетании с кровопусканиями и последующим назначением десферала

148. Препараты выбора для лечения болезни Коновалова-Вильсона:

- а) кортикостериды
- б) цитостатики
- в) интерфероны
- г) десферал
- д) ничего из перечисленного

149. Наиболее типичным сочетанием, характеризующим гепатоцеллюлярную карциному, является:

- а) прогрессирующее похудание, желтуха, лихорадка, асцит, диарея, боли в правом подреберье, значительно увеличенная печень, диагностически повышенные значения СЕА-19 в сыворотке крови
- б) прогрессирующее похудание, желтуха, лихорадка, асцит, боли в правом подреберье, значительно увеличенная печень, диагностически повышенные значения альфа-FP в сыворотке крови

150. Укажите наиболее значимое проявление, определяющее предстоящую продолжительность жизни у пациентов с первичным гемохроматозом:

- а) надпочечниковая недостаточность
- б) цирроз печени
- в) недостаточность кровообращения, связанная с развитием кардиопатии и перикардитом

151. Что, кроме цирроза печени, наиболее часто присутствует в клинической картине у больных с врожденным дефицитом альфа₁-антитрипсина?

- а) остеомалация, патологические переломы
- б) нарушение фертильности
- в) хр. рецидивирующее поражение легких с развитием дыхательной недостаточности
- г) прогрессирующая энцефалопатия

152. Какой из инструментальных методов диагностики рака поджелудочной железы является эталонным?

- а) ультрасонография
- б) компьютерная томография
- в) лапароскопия
- г) селективная ангиография

153. Какой из инструментальных методов диагностики псевдотуморозного панкреатита является эталонным?

- а) ультрасонография
- б) компьютерная томография
- в) лапароскопия
- г) селективная ангиография

154. Укажите возможные причины развития хронического панкреатита:

- а) злоупотребление алкоголем
- б) хронические вирусные инфекции
- в) желчекаменная болезнь
- г) избыточная масса тела, гиперлипидемия
- д) все вышеперечисленное

155. Укажите наиболее частую причину развития хронического панкреатита:

- а) злоупотребление алкоголем
- б) хронические вирусные инфекции
- в) желчекаменная болезнь
- г) избыточная масса тела, гиперлипидемия

156. Укажите возможные исходы острого панкреатита:

- а) образование кисты
- б) исход в панкреонекроз
- в) все перечисленное

157. В рамках какого заболевания часто развивается синдром хронического панкреатита, преимущественно с признаками экзокринной недостаточности?

- а) синдрома Дауна
- б) синдрома Марфана
- в) первичного амилоидоза
- г) муковисцидоза
- д) ни при одном из перечисленных заболеваний

158. Для какого из перечисленных заболеваний типична дисфагия?

- а) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- б) склеродермия
- в) рак пищевода
- г) дивертикул пищевода
- д) для всех указанных

159. Наиболее достоверным подтверждением панкреатита является:

- а) боль опоясывающего характера
- б) коллапс
- в) высокий уровень амилазы в крови (диастазы в моче)
- г) гипергликемия
- д) стеаторея

160. Мелена при наличии гепато-спленомегалии подозрительна на:

- а) кровоточащую язву двенадцатиперстной кишки
- б) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
- в) тромбоз мезентериальных артерий
- г) язвенный колит
- д) геморрагический диатез

161. Какой симптом может быть одним из самых ранних при подозрении на рак желудка?

- а) метеоризм
- б) нарушение функции кишечника
- в) похудение
- г) немотивированная потеря аппетита
- д) тахикардия

162. Может ли заболевание желудка явиться причиной поносов?

- а) не может
- б) может при полипозе
- в) при раке желудка
- г) при эрозивном гастрите

д) при гастрите типа А

163. Портальная гипертензия может наблюдаться при:

- а) циррозе печени
- б) метастатическом раке печени
- в) хроническом гепатите
- г) холелитиазе
- д) хроническом панкреатите

164. Какой метод информативен в ранней диагностике дискинезии желчевыводящих путей?

- а) биохимическое исследование желчи
- б) ультразвуковая диагностика
- в) внутривенная холецистография
- г) лапароскопия

165. Назначение препаратов хенодезоксихолевой или урсодезоксихолевой кислот показано:

- а) при наличии рентгенопозитивных карбонатных камней
- б) при рентгеномалококонтрастных холестериновых камнях
- в) при камнях диаметром более 20 мм
- г) при частых желчных коликах
- д) при некалькулезном холецистите

166. При синдроме раздраженной толстой кишки целесообразно назначать:

- а) слабительные средства
- б) антидепрессанты
- в) местноанестезирующие препараты
- г) противовоспалительные препараты
- д) очистительные и лечебные клизмы

167. Объясните происхождение симптомов «сосудистые звездочки» и «печеночные ладони», выявляемых при общем осмотре:

- а) геморрагический синдром
- б) обезвоживание организма
- в) гиперэстрогемия
- г) сидеропенический синдром
- д) нарушение синтетической функции печени

168. Какие изменения, выявляемые при осмотре и перкуссии живота, наиболее характерны для синдрома портальной гипертензии?

- а) живот втянут (ладьевидный), практически не участвует в дыхании, выраженное напряжение мышц брюшной стенки
- б) живот увеличен в размерах, куполообразно вздут, участвует в дыхании, пупок втянут, перкуторно громкий тимпанит
- в) живот увеличен в размерах; в горизонтальном положении распластан, в вертикальном выглядит отвисшим, пупок выбухает, на боковых поверхностях живота расширенная венозная сеть
- г) у истощенного больного в эпигастрии хорошо заметно выбухание и периодически возникающие волны антиперистальтики
- д) при осмотре живота на глаз заметна усиленная бурная перистальтика кишечника, живот вздут

169. Признаки, характерные для паренхиматозной желтухи: 1) увеличение прямого билирубина 2) увеличение непрямого билирубина 3) билирубин в моче + 4) билирубин в моче - 5) уробилин в моче + 6) уробилин в моче - 7) стеркобилин - 8) стеркобилин +. Выберите:

- а) 2, 4, 5, 8
- б) 1, 3, 6, 7
- в) 2, 3, 5, 7
- г) 1, 3, 5, 8
- д) 1, 2, 3, 5, 8

170. Признаки, характерные для механической желтухи: 1) увеличение прямого билирубина 2) увеличение непрямого билирубина 3) билирубин в моче + 4) билирубин в моче - 5) уробилин в моче + 6) уробилин в моче - 7) стеркобилин - 8) стеркобилин +. Выберите:

- а) 2, 4, 5, 8
- б) 1, 3, 6, 7
- в) 2, 3, 5, 7
- г) 1, 3, 5, 8
- д) 1, 2, 3, 5, 8

171. О чем свидетельствует при заболеваниях печени печеночный запах изо рта?

- а) наличие дуодено-гастрального рефлюкса
- б) увеличение желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза
- в) нарушение синтетической (белковообразовательной) функции печени
- г) сердечная недостаточность на фоне выраженной сопутствующей миокардиодистрофии
- д) снижение дезинтоксикационной функции печени по отношению к продуктам распада белков

172. О чем свидетельствует при заболеваниях печени зуд кожи?

- а) наличие дуодено-гастрального рефлюкса
- б) увеличение желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза
- в) нарушение синтетической (белковообразовательной) функции печени
- г) сердечная недостаточность на фоне выраженной сопутствующей миокардиодистрофии
- д) снижение дезинтоксикационной функции печени по отношению к продуктам распада белков

173. О чем свидетельствуют при заболеваниях печени периферические отеки?

- а) наличие дуодено-гастрального рефлюкса
- б) увеличение желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза
- в) нарушение синтетической (белковообразовательной) функции печени
- г) сердечная недостаточность на фоне выраженной сопутствующей миокардиодистрофии
- д) снижение дезинтоксикационной функции печени по отношению к продуктам распада белков

174. О чем свидетельствует при заболеваниях печени горечь во рту?

- а) наличие дуодено-гастрального рефлюкса
- б) увеличение желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза
- в) нарушение синтетической (белковообразовательной) функции печени
- г) сердечная недостаточность на фоне выраженной сопутствующей миокардиодистрофии
- д) снижение дезинтоксикационной функции печени по отношению к продуктам распада белков

175. Укажите три основных клинических признака (следствия) синдрома портальной гипертензии: 1) сосудистые звездочки и печеночные ладони 2) асцит 3) боли в правом подреберье 4) увеличение печени 5) увеличение селезенки 6) венозные коллатерали 7) желтуха:

- а) 2, 4, 6
- б) 2, 4, 7
- в) 1, 5, 6
- г) 2, 5, 6
- д) 2, 3, 4

176. Признаки синдрома печеночноклеточной недостаточности: 1) печеночная энцефалопатия 2) портальная гипертензия 3) паренхиматозная желтуха 4) гепатолиенальный синдром 5) «печеночный» запах изо рта 6) геморрагический 7) гиперспленизм 8) ахоличный кал:

- а) 1, 2, 3, 5, 6
- б) 1, 3, 4, 5, 7
- в) 1, 3, 5, 6
- г) 1, 2, 3, 5, 8
- д) 1, 2, 3, 4, 5, 7

177. Цирроз печени вызывает следующие изменения фармакокинетики лекарств, кроме:

- а) снижения пресистемного метаболизма
- б) уменьшения связывания с белками плазмы
- в) увеличения $T_{1/2}$
- г) увеличения биодоступности
- д) уменьшения объема распределения

178. Выберите препарат, максимально подавляющий секрецию соляной кислоты:

- а) пирензепин
- б) циметидин
- в) карбеноксолон
- г) антациды
- д) омепразол

179. Максимальное количество побочных эффектов среди H_2 -блокаторов вызывает:

- а) циметидин
- б) роксатидин
- в) низатидин
- г) ранитидин
- д) фамотидин

180. Выберите правильный режим приема фамотидина при язве 12-перстной кишки:

- а) 20 мг х 3 раза до еды
- б) 20 мг х 3 раза через 1 час после еды
- в) 20 мг 1 раз утром
- г) 20 мг 1 раз вечером
- д) 40 мг 1 раз вечером

181. Какой побочный эффект не вызывает циметидин?

- а) диарея
- б) гипертрансаминаземия
- в) депрессия

- г) расстройство зрения
- д) бронхоспазм

182. Наиболее длительное антисекреторное действие имеет:

- а) мизопростол
- б) асроцепин
- в) циметидин
- г) фамотидин
- д) омепразол

183. Бактерицидным действием против *H. pylori* обладает:

- а) сукралфат (вентер)
- б) субцитрат висмута (де-нол)
- в) альмагель
- г) фамотидин
- д) карбеноксолон

184. Укажите препарат, являющийся мощным стимулятором слизообразования в желудке:

- а) карбеноксолон
- б) платифиллин
- в) де-нол
- г) омепразол
- д) метоклопрамид

185. Какие признаки позволяют диагностировать левостороннюю межреберную невралгию?

- а) резкая боль при надавливании в межреберных промежутках
- б) ослабление болей на вдохе
- в) положительный эффект после приема нитроглицерина

**Ответы на тестовые задания для проведения контроля остаточных знаний
ординаторов по дисциплине «Гастроэнтерология»**

[illegible]

Ситуационные задачи для ординаторов по дисциплине «Гастроэнтерология»

Задача 1

Больного 25 лет беспокоят боли в эпигастриальной области, возникающие через 2 часа после еды, купирующиеся приемом пищи. Бывают ночные боли, изжога.

При пальпации живота определяется напряжение прямых мышц живота, болезненность в эпигастрии, положительный симптом Менделя.

Назовите синдромы поражения органов пищеварения, предварительный диагноз, дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.

Эталон ответа:

Язвенноподобный синдром. Синдром повышенной секреторной функции желудка.

Язвенноподобный синдром подтверждается характерными ритмичными болями в эпигастриальной области. Поздний и ночной характер болей свидетельствуют в пользу локализации язвы в выходном отделе желудка или в 12-перстной кишке. Болезненность в эпигастрии, напряжение прямых мышц живота и положительный симптом Менделя также свидетельствуют о наличии язвенного дефекта в слизистой желудка или 12-перстной кишки.

Синдром повышенной секреторной функции желудка подтверждается характером болей, которые купируются приемом пищи, нейтрализующей избыток кислоты в желудке, а также изжогой, возникающей в результате попадания кислого содержимого желудка в пищевод.

Предварительный диагноз - язвенная болезнь, язва выходного отдела желудка или 12-перстной кишки.

Для подтверждения диагноза необходимо выполнить фиброгастродуоденоскопию с биопсией слизистой из краев язвы для оценки гистологической активности, наличия метаплазии эпителия, оценки обсемененности слизистой *H. pylori*, с pH-метрией для оценки кислотности желудочного сока.

Реже используется рентгеноскопия желудка или 12-перстной кишки, при которой можно определить прямые симптомы язвы - наличие «ниши» или косвенные признаки - конвергенцию складок, спазм мускулатуры желудка напротив язвенного дефекта и другие.

Задача 2

Больного 32 лет беспокоит чувство тяжести в эпигастрии, возникающее через 30 минут после еды, отрыжка воздухом, изредка - тухлым, кашицеобразный стул 1-2 раза в сутки. При пальпации живота напряжения мышц живота нет, болезненности также нет.

При эндоскопическом исследовании желудка выявлена истонченная слизистая с усиленным сосудистым рисунком и уменьшенными складками. При гистологическом исследовании биоптата слизистой обнаружена атрофия желез, признаки кишечной метаплазии. В крови выявлены антитела к париетальным клеткам желудка.

Назовите синдромы поражения органов пищеварения, предварительный диагноз.

Эталон ответа:

Синдром желудочного дискомфорта, синдром пониженной секреторной функции желудка.

О синдроме желудочного дискомфорта свидетельствует ощущение тяжести в эпигастрии после еды. Отсутствие болезненности и напряжения прямых мышц живота при пальпации в эпигастриальной области говорит об отсутствии язвенных дефектов слизистой оболочки желудка, что подтверждается и при эндоскопическом исследовании желудка.

О синдроме пониженной секреторной функции желудка свидетельствует отрыжка тухлым, возникающая вследствие гнилостных процессов в желудке, кашицеобразный стул вследствие недостаточного переваривания пищи в желудке, макроскопический вид слизистой при эндоскопии - усиление сосудистого рисунка, истонченность, уплощение складок слизистой, и данные гистологического исследования биоптата слизистой - атрофия желез, кишечная метаплазия эпителия.

Клинический диагноз - хронический гастрит А (аутоиммунный).

Причиной развития атрофического гастрита явились аутоиммунные нарушения, проявляющиеся в синтезе аутоантител к париетальным клеткам желудка.

Больному необходимо выполнить клинический анализ крови для исключения вероятной В12-дефицитной анемии, так как париетальные клетки желудка, которые гибнут при аутоиммунном гастрите, кроме соляной кислоты синтезируют внутренний фактор Кастла - гастромукопротеин, необходимый для усвоения витамина В12, в связи с чем часто при хроническом аутоиммунном гастрите развивается пернициозная анемия.

Задача 3

Больной 40 лет, жалуется на кашицеобразный обильный стул до 4-6 раз в сутки с примесью непереваренной пищи, стул плохо смывается с унитаза. Беспокоит вздутие, урчание в животе. Больной

похудел за 3 месяца на 5 кг, отмечает общую слабость. Вес 56 кг, рост - 160 см (ИМТ - 21,5). Тургор кожи снижен, кожа сухая, «заеды» в углах рта. Живот мягкий, болезненный при пальпации в околопупочной области.

Копрограмма: кал неоформленный, кашицеобразный, коричневого цвета, при микроскопии выявляются кристаллы жирных кислот +++, внеклеточный крахмал +++, мышечные волокна без поперечной исчерченности +++,

Назовите синдромы поражения органов пищеварения, предварительный диагноз, дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

Эталон ответа:

Синдром мальдигестии и малабсорбции.

Синдром мальдигестии подтверждаются следующими симптомами: частый неоформленный стул с примесью непереваренной пищи, в том числе жиров (стул плохо смывается с унитаза), вздутие и урчание в животе, наличие в копрограмме кристаллов жирных кислот (стеатореи), внеклеточного крахмала (креатореи) и мышечных волокон (креатореи). Определяется крахмал внеклеточный, что свидетельствует о нарушении переваривания его под действием амилазы, мышечные волокна - без поперечной исчерченности, что говорит о сохраненной секреторной функции желудка, где мышечные волокна под действием соляной кислоты теряют поперечную исчерченность, и недостатке протеаз тонкой кишки.

С синдромом мальдигестии тесно связан синдромом малабсорбции, о котором свидетельствует быстрое похудание больного, слабость, снижение тургора кожи, признаки гиповитаминоза - «заеды» в углах рта вследствие дефицита витамина B₆, сухость кожи вследствие дефицита витамина А.

Предварительный диагноз: болезнь Крона? Глютеновая энтеропатия?

Причиной поражения тонкой кишки могут быть различные заболевания: болезнь Крона, глютеновая энтеропатия, лимфома кишечника и другие. Больной нуждается в дополнительном обследовании: фиброколоноскопии с биопсией слизистой подвздошной кишки, фиброгастродуоденоскопии с биопсией слизистой 12-перстной кишки.

Необходимо выполнить рентгенологическое исследование тонкой кишки для изучения рельефа слизистой кишки и оценки степени атрофии ворсинок тонкой кишки. Необходимо исследование клинического анализа крови, белков острой фазы воспаления, антител к глиадину, показателей клеточного и гуморального иммунитета.

Задача 4

Больного 18 лет беспокоят частые позывы на стул - до 10 раз в сутки, стул скудный, с примесью слизи и крови, иногда отходит одна слизь и кровь без каловых масс. Беспокоят боли в левой подвздошной области, уменьшающиеся после дефекации.

Пальпируется болезненная спазмированная сигмовидная кишка. Копрограмма: кал полуоформленный, тяжи слизи и примесь крови, при микроскопии выявляются лейкоциты - 30 - 40 в поле зрения, эритроциты - 12 - 15 в поле зрения. При ректороманоскопии обнаружена отечная, гиперемизированная слизистая прямой и сигмовидной кишок, контактная кровоточивость слизистой, поверхностные язвы.

Назовите синдром поражения органов пищеварения, предварительный диагноз, дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.

Эталон ответа:

Синдром поражения толстой кишки, дистальноколитический синдром.

О поражении дистального отдела толстой кишки свидетельствуют ложные позывы, частый скудный стул, примесь свежей крови и слизи в каловых массах, боли в левой подвздошной области, болезненная спазмированная сигмовидная кишка при пальпации, наличие лейкоцитов и эритроцитов в копрограмме, эндоскопическая картина воспаления слизистой прямой и сигмовидной кишки с наличием поверхностных изъязвлений.

Предварительный диагноз - неспецифический язвенный колит.

Для оценки состояния слизистой всей толстой кишки больному необходимо выполнить фиброколоноскопию с биопсией слизистой и определением гистологической активности воспаления. Исследование клинического анализа крови позволит уточнить наличие постгеморрагической железодефицитной анемии, а исследование острофазовых тестов и показателей иммунитета - степень активности язвенного колита.

Задача 5

Больного 35 лет, беспокоят тупые боли в правом подреберье, желтушность склер, темная окраска мочи, слабость, пониженная работоспособность, быстрая утомляемость.

При осмотре выявляется желтушность склер и слизистых, пальмарная эритема. Пальпируется увеличенная печень, размеры 15х11х9 см, край ровный, мягкий, закругленный, безболезненный. Селезенка не пальпируется, перкуторные размеры 13,5х6,0 см.

АЛАТ – 60 МЕд/л, билирубин – 52 мкмоль/л (прямого 10 мкмоль/л), протромбин 75%. В сыворотке крови методом ИФА выявлены антитела к вирусу гепатита С.

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз, дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

Эталон ответа:

Синдром паренхиматозной желтухи, печеночно-клеточной недостаточности, цитолитический синдром, синдром гепатоспленомегалии.

Синдром паренхиматозной желтухи подтверждается следующими симптомами: желтушность кожи и склер, темная окраска мочи, повышенный уровень билирубина в крови с наличием как прямой, так и непрямой фракций.

О синдроме печеночно-клеточной недостаточности свидетельствуют утомляемость, сниженная работоспособность, пальмарная эритема, незначительно пониженный уровень протромбина – 75%.

Повышенный уровень аминотрансфераз и прямого билирубина связан с цитолизом гепатоцитов.

Синдром гепатоспленомегалии включает в себя увеличение размеров печени вследствие воспалительной инфильтрации печени и дистрофии гепатоцитов и увеличение размеров селезенки, в которой происходит пролиферация иммунных клеток в ответ на вирусное поражение печени.

Предварительный диагноз – хронический гепатит С.

Для подтверждения диагноза хронического гепатита необходимо определить другие функциональные печеночные тесты – уровень альбуминов, щелочной фосфатазы, холестерина, гамма-глутамилтранспептидазы, оценить выраженность иммунных нарушений по концентрации иммуноглобулинов в крови. Необходимо выполнить ультразвуковое исследование печени и селезенки для оценки их размеров и внутренней структуры. Для определения гистологической активности, выраженности склероза и стадии заболевания обязательна биопсия печени. Необходимо определить генотип вируса гепатита С и вирусную нагрузку методом полимеразной цепной реакции.

Можно выполнить скантинграфию печени.

Задача 6

Больного, 38 лет, злоупотребляющего алкоголем, беспокоит выраженная слабость, увеличение живота в объеме, похудание на 5 кг за полгода, кровотечения из носа.

При осмотре выявляется желтушность склер, слизистых, кожи, сосудистые звездочки в области шеи, груди, пальмарная эритема, печеночный запах изо рта. Имеется атрофия мышц верхнего плечевого пояса, дефицит веса (вес 62 кг при росте 179 см – ИМТ – 19). Определяются подкожные гематомы на руках и ногах. Живот увеличен в объеме, выражена венозная сеть на передней брюшной стенке – «голова медузы». При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на уровне реберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры 12х10х6 см. Увеличены перкуторные размеры селезенки 15х10 см.

Белок общий – 59 г/л, альбумины – 48%, глобулины – 52%, гамма-глобулины – 28%.

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз, дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.

Эталон ответа:

Синдром портальной гипертензии, синдром печеночно-клеточной недостаточности, синдром паренхиматозной желтухи, мезенхимально-воспалительный синдром.

О синдроме портальной гипертензии свидетельствуют увеличение живота в объеме, наличие расширенной венозной сети на передней брюшной стенке, наличие выпота в брюшной полости при перкуссии живота, увеличение размеров селезенки.

О синдроме печеночно-клеточной недостаточности свидетельствует печеночный запах, кровоточивость слизистых, гематомы на конечностях, наличие сосудистых звездочек на верхней половине туловища, пальмарная эритема, снижение уровня альбумина до 28,3 г/л.

Синдром паренхиматозной желтухи проявляется желтушностью кожи, склер, слизистых.

О наличии мезенхимально-воспалительного синдрома свидетельствует диспротеинемия, гипергаммаглобулинемия, увеличение селезенки.

Предварительный диагноз – хронический гепатит алкогольной этиологии на стадии микронодулярного цирроза печени класса В по Child-Pugh.

Для подтверждения диагноза необходимо выполнить фиброэзофагогастроскопию с оценкой состояния вен пищевода и кардиального отдела желудка, ректороманоскопию с оценкой вен прямой кишки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости для определения размеров печени, ее структуры, размеров селезенки, количества асцитической жидкости в брюшной полости и плевральных полостях.

Необходимо исследовать все функциональные печеночные пробы (АЛАТ, АСАТ, билирубин, протромбин, холестерин, щелочная фосфатаза), гемограмму с определением числа тромбоцитов, выполнить серологическое исследование крови на наличие антител к вирусам гепатита В, D и С для исключения возможных вирусных гепатотропных инфекций. Желательно определить уровень альфа-фетопroteinа для исключения гепатоцеллюлярной карциномы и уровень ферритина для исключения гемохроматоза печени.

Задача 7

Больную 28 лет, беспокоят интенсивные боли в правом подреберье схваткообразного характера, возникающие после приема жирной пищи, иррадиирующие под правую лопатку, в правое плечо, сопровождающиеся рвотой, не приносящей облегчения. После болевых приступов отмечает темную мочу, светлый кал.

Кожа, слизистые, склеры с желтушным оттенком. Болезненна пальпация живота в правом подреберье. Положительный симптом Ортнера, Кера, Мэрфи.

Билирубин крови - 60 мкмоль/л, прямая фракция - 45 мкмоль/л.

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз, дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.

Эталон ответа:

Синдром печеночной колики, синдром механической желтухи.

О синдроме печеночной колики свидетельствует острый схваткообразный характер болей в правом подреберье, появление болей после приема жирной пищи, когда происходит сильное сокращение желчного пузыря. Наличие камней в желчном пузыре можно подозревать на основании появляющихся после приступа признаков механической желтухи - темного окрашивания мочи, светлой окраски кала, желтушности кожи, слизистых, склер, повышения уровня билирубина преимущественно за счет прямой фракции - 45 мкмоль/л.

О наличии воспаления желчного пузыря говорят положительные симптомы Кера, Ортнера, Мэрфи.

Предварительный диагноз - калькулезный холецистит, печеночная колика.

Для подтверждения диагноза калькулезного холецистита необходимо выполнить ультразвуковое исследование желчного пузыря и билиарных протоков.

Задача 8

В течение 2 лет больной 40 лет жалуется на сильные боли в верхней половине живота опоясывающего характера, появляющиеся после злоупотребления алкоголем. Беспокоит рвота съеденной пищей, которая не приносит облегчения, вздутие живота, неоформленный, обильный, «жирный» стул.

Состояние удовлетворительное. Положение вынужденное - лежит на боку с подтянутыми к животу ногами. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, резкая болезненность в эпигастральной области, болезненна пальпация по Гротту головки и тела поджелудочной железы.

Амилаза крови - 64 г/лхч. Копрограмма - кал неоформленный, блесит, при микроскопии обнаруживается нейтральный жир +++, мышечные волокна без исчерченности +++, внеклеточный крахмал +++,

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз, дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.

Эталон ответа:

Синдром поражения поджелудочной железы, синдром экзокринной недостаточности поджелудочной железы, синдром мальдигестии.

О синдроме поражения поджелудочной железы свидетельствуют характерные опоясывающие боли в эпигастральной области, появившиеся после употребления алкоголя, сопровождающиеся вздутием живота. Рвота при панкреатите в отличие от заболеваний желудка не приносит облегчения. Вынужденное положение больного лежа на боку уменьшает давление отекающей поджелудочной железы на солнечное сплетение, тем самым уменьшая выраженность болевого синдрома.

О синдроме недостаточной экзокринной функции поджелудочной железы и связанном с ним синдромом мальдигестии свидетельствуют обильный жирный стул, наличие большого количества нейтрального жира (стеатореи), мышечных волокон (креатореи) и внеклеточного крахмала (амилореи) в копрограмме.

Предварительный диагноз - хронический панкреатит, обострение.

Для подтверждения диагноза необходимо выполнить исследование уровня амилазы в сыворотке крови, эластазы в кале, ультразвуковое исследование поджелудочной железы, ретроградную панкреатографию. Для исключения инкреторной недостаточности поджелудочной железы надо исследовать сахар крови, при необходимости выполнить глюкозотолерантный тест.

Задача 9

Больной 25 лет, жалуется на затруднение прохождения пищи по пищеводу, ощущение «комка в горле», чувство саднения и жжения. Подобные симптомы беспокоят в течение месяца. При осмотре состояние удовлетворительное, повышенного питания, кожа и слизистые не изменены, язык густо обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.

Назовите данный симптом. Перечислите возможные причины его возникновения.

Эталон ответа:

Симптом дисфагии, появляется при поражении пищевода. Такое состояние может возникнуть при эзофагитах различной этиологии. Чаще всего эзофагит встречается при ГЭРБ, когда слизистая пищевода повреждается желудочным содержимым с образованием эрозий и язв.

Задача 10

Больной 40 лет, страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течении 15 лет. Около года его стала беспокоить постоянная отрыжка тухлым, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области, а затем присоединилась рвота плохо переваренной пищей, съеденной накануне.

Опишите признаки, выявленные при общем осмотре такого больного. Что можно отметить при осмотре живота?

Эталон ответа:

При осмотре пациента можно увидеть видимую на глаз перистальтику желудка, шум плеска в эпигастрии. Характерны общая слабость, утомляемость, похудание.