**Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии КГМА им. И.К.Ахунбаева**

**Вступительные тесты по специальности «Врач-гастроэнтеролог»**

**2018-2019 уч. год.**

Составили: д.м.н., проф.Молдобаева М.С., ст.преп. Аттокурова Р.М., к/о Садыкжан к. Э

1. Основное назначение пищеварения заключается в:

1. превращении составных частей пищи из сложных соединений в простые соединения для участия в дальнейшем обмене веществ
2. транспорте питательных веществ к органам и тканям
3. превращении энергии питательных веществ в электрическую, тепловую, механическую
4. транспорте пищевых веществ по отделам ЖКТ
5. осуществлении синтеза сложных веществ в ЖКТ

2. Раздражителем условных слюноотделительных рефлексов является:

1. объем поступающей пищи
2. температура пищи
3. вид и запах пищи
4. осмотическое давление пищи
5. неприятные запахи пищи

3. Конечными продуктами гидролиза белков являются:

1. жирные кислоты
2. моносахара
3. полипептиды
4. аминокислоты
5. дипептиды

4. В желудке секретируются:

1. пепсины
2. трипсин, холецистокинин
3. амилаза, мальтаза
4. липаза
5. желчные кислоты

5. Пристеночное пищеварение происходит в:

1. ротовой полости
2. толстом кишечнике
3. тонком кишечнике
4. желудке
5. только в желудке

6. Пища находится в ротовой полости:

1. 3-5 мин.
2. 15-20 сек.
3. 10-15 мин.
4. 5-10 мин.
5. более 15 мин.

7. Соляная кислота в желудке выделяется в:

1. париетальных клетках
2. обкладочных клетках
3. основных клетках
4. желудочных клетках
5. дополнительных клетках

8. Фермент, расщепляющий углеводы:

1. липаза
2. амилаза
3. пепсин
4. эластаза
5. трипсин

9. Желудочную секрецию тормозит:

1. гистамин
2. норадреналин
3. овощные отвары
4. алкоголь
5. капустный сок

10. Дисфагия – это:

1. нарушение прохождения пищи по пищеводу
2. боли в загрудиной области
3. тошнота
4. горечь во рту
5. повышенное слюноотделение

11. Наиболее типичной жалобой, свойственной патологии пищевода, является:

1. дисфагия
2. отрыжка
3. боли в эпигастрии
4. тошнота
5. рвота

12.Для синдрома кислой диспепсии характерно:

1. кислая отрыжка,срыгивание кислым, изжога
2. ахлоргидрия
3. наклоннасть к поносам
4. повышение гастрина
5. снижение соляной кислоты

13. При язвенной болезни желудка ранние боли появляются после приема пищи через:

1. 15-30мин
2. 60-70мин
3. 60-120мин
4. 45-90мин
5. 80-90мин

14.При язвенной болезни 12-ти перстной кишки поздние боли появляются после приема пищи через:

1. 15-30мин
2. 30-40мин
3. 60-120мин
4. 10-15мин
5. 1-2мин

15. Изжога развивается при:

1. ахилии
2. при понижении чувствительности рецепторов пищевода к желудочному содержимому
3. низком внутрижелудочном давлении
4. недостаточности кардиального сфинктера
5. гастродуоденальном рефлюксе

16. Язвенную болезнь лечат:

1. антацидами
2. антикоагулянтами
3. нейролептиками
4. антипиретиками
5. цитостатиками

17. Характер боли при язве двенадцатиперстной кишки ?

1. возникает после еды через 30мин
2. возникает во время еды
3. возникает натощак
4. возникает после жирной пищи
5. не возникает

18. Исследование, уточняющее локализацию язвы ?

1. ЭГДС
2. сцинтиграфия
3. рН-метрия
4. ректороманоскопия
5. колоноскопия

19. Установить источник гастродуоденального кровотечения позволяет:

1. лапароскопия
2. назогастральный зонд
3. ЭГДС
4. повторное определение гемоглобина
5. определение гематокрита

20. Какой из микробов поражает желудок:

1. стафилококки
2. стрептококки
3. глистная инвазия
4. вирусы
5. H.pylory

21. Основные причины развития язвенной болезни ?

1. действие кислотно-пептического фактора
2. переохлаждение
3. переедание
4. голодание
5. стресс

22. Абсолютные показания к экстренной операции при язвенной болезни ?

1. перфорация язвы
2. пангастрит
3. пенетрация язвы
4. стеноз привратника
5. малигнизация

23. Желудочное кровотечение проявляется?

1. кровохарканием
2. гематурией
3. кровавой рвотой
4. шумом плеска в эпигастрии натощак
5. лейкоцитурией

24. Кровь в кале характерна для:

1. пилородуоденального стеноза
2. перфорации язвы
3. кровотечения из ЖКТ
4. пенетрации в поджелудочную железу
5. малигнизации

25. Для перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки характерно:

1. «кинжальная» боль
2. тремор конечностей
3. желтуха
4. видимая на глаз перистальтика
5. лихорадка

26. Сочетание каких антибактериальных препаратов предпочтительнее при эрадикации Heliсobaсterpylori?

1. кларитромицин + амоксициллин
2. метронидазол + кларитромицин
3. метронидазол + амоксициллин
4. амоксициллин + фуразолидон
5. тетрациклин+фамотидин

27. Перечислите внепищеводные проявления ГЭРБ?

1. кардиальные (боль, нарушение ритма), ларингофарингеальные
2. изжога
3. рвота
4. мелена
5. головная боль

28. Какой метод диагностики наиболее достоверный при отсутствии типичной клиники ГЭРБ?

1. рентгенологический.
2. суточное внутрипищеводное РН-мониторирование
3. эзофагогастродуоденоскопия
4. сцинтиграфия
5. колоноскопия

29.Какой метод исследования является наиболее информативным для установления причины и локализации кровотечения из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта?

1. рентгенография
2. портоманометрия
3. лапароскопия
4. гастродуоденоскопия
5. целиакография

30. Для заболеваний пищевода характерно:

1. дисфагия, слюнотечение
2. жидкий стул
3. тошнота
4. боли вокруг пупка
5. тенезмы

31. К диспепсическим жалобам относятся:

1. тошнота, чувство дискомфорта в эпигастральной области
2. увеличение печени
3. головокружение
4. дегтеобразный стул
5. общая слабость

32. Дисфагия-это:

1. нарушения глотания
2. боли за грудиной
3. тошнота
4. горечь во рту
5. повышенное слюноотделение

33. При дуоденальном зондировании порция «В» - это:

1. содержимое 12 перстной кишки
2. содержимое общего желчного протока
3. содержимое из желчного пузыря
4. желчь из внутри печеночных желчных протоков
5. содержимое желудка

34. Для поноса тонкокишечного типа характерно:

1. примесь гноя
2. оформленный кал
3. примесь крови
4. профузный, содержит много жидкости и газов
5. примесь слизи

35.Следующие утверждения верны для органического сужения пищевода:

1. затруднение прохождения твердой и жидкой пищи
2. дисфагия возникает эпизодически и связана с поспешной едой
3. проходит после приема миотропных спазмолитиков
4. обусловлена рефлекторным спазмом его мускулатуры
5. дисфагия связана с волнениями

36. Наиболее специфический симптом рефлюкс-эзофагита:

1. тошнота
2. изжога
3. рвота
4. сухость и горечь во рту
5. кожный зуд

37.Главные клетки слизистой желудка вырабатывают

1. пепсиноген, химозин
2. гастрин
3. гастромукопротеин
4. правильные ответы 1 и 2
5. муцин

38.Париетальные клетки секретируют

1. соляную кислоту
2. молочную кислоту
3. гастримукопротеин
4. муцин
5. пепсин

39.Хеликобактерная инфекция:

1. это грамположительная бактерия
2. она не вызывает язву желудка и 12п кишки
3. причинный фактор развития антрального гастрита, играет роль в развитии язвенной болезни
4. относится к гельминтам
5. поражает желчный пузырь

40.Нормальным показателем общей кислотности базальной желудочной секреции соответствует:

1. 10-20 титр.ЕД
2. 20-40 титр.ЕД
3. 40-60 титр.ЕД
4. 60-80 титр.ЕД
5. 80-85 титр ЕД

41. При язвенной болезни луковицы 12-перстной кишки боль:

1. боли нет
2. ранняя
3. голодная
4. сезонности нет
5. жгучая боль

42. При язвенной болезни желудка боль в эпигастральной области:

1. поздняя
2. ночная
3. голодная
4. ранняя
5. сезонность

43. Для хронического гипертрофического гастрита эндоскопически характерны:

1. диффузное или очаговое истончение слизистой оболочки, цвет ее бледный
2. покраснение, гипертрофия складок, единичные эрозии и кровоизлияния в подслизистой основе
3. слизистая облочка имеет бархатистый вид
4. складки слизистой небольшие
5. складки слизистые большие

44.У больного, страдающего язвенной болезнью желудка, в период очередного обострения появились жалобы на отрыжку “тухлым яйцом”, рвоту принятой накануне пищи. Какое осложнение вероятнее всего возникло у больного?

1. пенетрация
2. перфорация
3. кровотечение
4. стеноз привратника
5. малигнизация

45.В основе какого поражения желудка образуются антитела к париетальным клеткам слизистой желудка?

1. хронический хеликобактерный гастрит
2. хронический аутоиммунный гастрит
3. язвенная болезнь желудка
4. рефлюкс-гастрит (тип С)
5. гранулематозный гастрит

46. Какие заболевания обусловленны инфицированием Helicobacterpilory?

1. хронический холецистит
2. хеликобактерный гастрит, язвенная болезнь желудка и 12 -перстной кишки
3. рефлюкс – эзофагит
4. рефлюкс-гастрит
5. хронический панкренатит

47. Боль при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характеризуется:

1. боли не бывает
2. не связано с приемом пищи
3. обострением весной и осенью
4. локализация боли вокруг пупка
5. локализация боли за грудиной

48. Для неосложненной язвенной болезни желудка характерно:

1. изжога, кислая отрыжка
2. отрыжка тухлым
3. поносы
4. тошнота
5. головная боль

49. Эррадикация H.pylori достигается путем назначения, согласно клиническому протоколу:

1. омепразола, амоксициллина, кларитромицина
2. тетрациклина
3. де-нола
4. атропина
5. но-шпы

50. Какой метод наиболее надежен для исключения малигнизации язвы желудка?

1. эндоскопия
2. кал на скрытую кровь
3. исследование желудочной секреции
4. эндоскопия с биопсией
5. колоноскопия

51.Показанием для назначения преднизолона является

1. аутоиммунный гепатит
2. легкое течение язвенного колита
3. печеночная кома
4. почечная кома
5. вирусные гепатиты

52. Для механизма изжоги обязательно наличие:

1. гипосекреции НСl в желудке
2. гастро-эзофагеального рефлюкса
3. дуоденально-гастрального рефлюкса
4. спазма мускулатуры пищевода
5. язвенной болезни желудка

53. Метеоризм — это увеличение живота, обусловленное:

1. скоплением газов в кишечнике
2. скоплением газов в брюшной полости
3. скоплением транссудата в брюшной полости
4. переполнением кишечника каловыми массами
5. переполнением желудка пищей

54. Для аутоиммунного гастрита характерно следующее:

1. гипогастринемия, гиперхлоргидрия
2. частое сочетание с язвенной болезнью
3. наличие антител к париетальным клеткам желудка
4. частое сочетание с полипом желудка
5. эрозии тела желудка

55. В качестве антибактериальных средств при хеликобактерной инфекции применяется:

1. амоксициллин, кларитромицин
2. пенициллин
3. преднизолон
4. гентамицин
5. маалокс

56. При рентгенологическом исследовании для стеноза привратника характерно:

1. ниша
2. чаши Клойбера
3. задержка бария в желудке на 12 часов и более
4. каскадный желудок
5. дефект наполнения

57. Рентгенологический признак язвы желудка:

1. дефект наполнения
2. отсутствие перистальтики в пораженной области
3. изьеденность контуров желудка
4. наличие ниши
5. чаши Клойбера

58. Назначение антацидов показано при:

1. язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в период обострения
2. гепатите
3. хроническом холецистие
4. хроническом панкреатите
5. болезни Крона

59. Наиболее частой причиной кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта является:

1. язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
2. острые эрозии и язвы желудка
3. синдром Мэллори-Вейса
4. опухоли пищевода и желудка
5. полип желудка

60. Болезненное глотание называют:

1. дисфагия
2. одинофагия
3. диспепсия
4. атаксия
5. мелена

61. Пептическая язва пищевода может присутствовать при:

1. остеопорозе
2. синдроме Рейтера
3. ГЭРБ
4. ахалазии кардии
5. хроническом гепатите

62. Наиболее распространенная причина гастродуоденальной язвы:

1. курение
2. нестероидные противовоспалительные препараты
3. синдром Золлингера-Эллисона
4. употребление алкоголя
5. наследственная отягощенность

63. Какая группа антисерекреторных препаратов относится к группе ингибиторов протонной помпы:

1. ранитидин
2. сукральфат
3. мизопростол
4. омепразол
5. альмагель

64. Хронический холецистит может осложняться:

1. циррозом печени
2. хролническим панкреатитом
3. водянкой желчного пузыря
4. хроническим гепатитом
5. колитом

65.Пилороспазм развивается как правило при:

1. язве пилорического канала желудка
2. хроническом панкреатите
3. хроническом холецистие
4. синдроме раздраженного кишечника
5. хроническом гепатите

66.К экзогенным этиологическим факторам хронического гастрита относят:

1. микробы, химические (желчь)
2. гипогастринемия
3. снижение соляной кислоты
4. гипергастринемия
5. замедленная эвакуация

67. Для достоверной диагностики хронического гастрита применяется:

1. анализ желудочного сока
2. рентгеноскопия
3. гастроскопия, рН-метрия
4. гистологическое исследование прицельных биоптатов слизистой оболочки желудка
5. ирригоскопия

68. Наиболее часто язвы в желудке локализуются

1. в субкардиальном отделе
2. в кардиальном отделе
3. на малой кривизне, в антральном отделе
4. на большой кривизне
5. на теле желудка

69. Боли при язвенной болезни кардиального отдела желудка чаще иррадиируют

1. в область сердца, вдоль грудины
2. в левое подреберье
3. в правое подреберье
4. в поясничную область
5. на нижние конечности

70. Со стороны сердечно-сосудистой системы при массивном желудочно-кишечном кровотечении:

1. тахикардия
2. гипертония
3. нарушения ритма сердца
4. массивные отеки на нижних конечностях
5. брадикардия

71. Большие размеры язвы желудка:

1. до 0,3 см
2. до 0,5 см
3. 0,3-0,4 см
4. 2-3 см и выше
5. 0.2см меньше

72. Для какой локализации язвы характерны после приема пищи голодные боли через 1,5 часа:

1. язва пилорического отдела, язва 12 перстной кишки
2. субкардиального отдела
3. средней и нижней трети желудка.
4. тела желудка
5. большой кривизне желудка

73. Дегтеобразный стул появляется при кровотечении из:

1. пищевода и желудка
2. прямой кишки
3. слепой кишки
4. сигмовидной кишки
5. поперечно-ободочной кишки

74. Рентгенологическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта не обнаружило патологии. Возможно применить:

1. лапаротомию
2. чрезкожную чрезпеченочную холангиографию
3. ЭГДскопию
4. длительное наблюдение
5. колоноскопию

75. Причиной перитонита является

1. перфорация гастродуоденальной зоны
2. обстрение язвенной болезни
3. черный стул
4. головная боль
5. обострение НЯК

76. Мужчина, 55 лет, поступил с язвенным кровотечением, в течение 3-х лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами. Отмечал субъективное и объективное улучшение при приеме Н2 -блокаторов. В стационаре получал лечение: ингибиторы протонной помпы, антибактериальную терапию. Язва зарубцевалась. Какова дальнейшая тактика врача?

1. продолжение приема Н2 -блокаторов
2. прием блокаторов протонной помпы
3. хирургическое лечение
4. назначение антибиотиков
5. отменить прием Н2-блокаторв

77. К какой группе препаратов относится омепразол?

1. адреноблокаторы
2. м-холиноблокаторы, симпатомиметики
3. блокаторы Н2- гистаминовых рецепторов
4. блокаторы протонного насоса
5. антациды

78. Какие группы препаратов не применяются при лечении язвенной болезни желудка?

1. адреноблокаторы, холиномиметики
2. м-холиноблокаторы
3. блокаторы Н2- гистаминовых рецепторов
4. блокаторы протонного насоса, антибиотики
5. антацидные средства

79. Какой из перечисленных ниже препаратов действует бактерицидно на НР?

1. ранитидин
2. преднизолон
3. метронидазол, тетрациклин
4. маалокс
5. цитостатики

80.Основной причиной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни(ГЭРБ) является:

1. хронический холецистит
2. обильный прием жирной пищи
3. ожирение, рефлюкс содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки
4. повышение престальтики кишечника
5. быстрая эвакуация пищи из желудка

81. При ГЭРБ показаны:

1. невсасывающиеся антациды, ингибиторы протонной помпы
2. левофлоксацин
3. верошпирон
4. спазмолитики
5. тетрациклин

82. Что необходимо рекомендовать больному с ГЭРБ из немедикаментозных способов лечения?

1. спать с приподнятой головой, не носить тесную одежду и тугие пояса
2. прием обильной пищи
3. избегать стресса
4. больше лежачее положение
5. тяжелый физический труд

83. Изменение слизистой пищевода при ГЭРБ:

1. гиперемия и отек слизистой дистального отдела пищевода
2. бледно-розовая слизистая пищевода
3. полипы
4. варикозно-расширенные вены
5. укорочение пищевода

84.Какой метод исследования точнее выявляет эзофагит?

1. УЗИ органов брюшной полости
2. манометрия пищевода
3. эндоскопия пищевода и желудка
4. внутрипищеводная рН- метрия
5. МРТ органов брюшной полости

85. При ГЭРБ в диете нужно ограничить:

1. каши
2. шоколад, кофе, крепкий чай
3. воду
4. супы
5. баранину

86. 45-летний мужчина доставлен в больницу по поводу внезапной боли в эпигастрии, без рвоты. Объективно: мышечная защита в эпигастрии.Пульс 92 в минуту, АД 130\80 мм рт. ст. Язык суховат. Данный симптомокомплекс свидетельствует:

1. о почечной колике
2. о кишечной непроходимости
3. о перфорации гастродуоденальной язвы
4. об абдоминальной форме инфаркта миокарда
5. о хроническом панкреатите

87. У больного с язвенной болезнью луковицы 12-перстной кишки появилась тяжесть после еды, тошнота, рвота пищей, чаще во второй половине дня (обильная), неприятный запах изо рта. Этот симптомокомплекс характерен:

1. опухоли желудка
2. пилородуоденостенозу
3. перидуодениту
4. пенетрации
5. малигинизации

88. Слабость, жжение за грудиной, рвота с примесью крови, похудание, сердцебиение, повышенная потливость, низкий уровень АД и мелена позволяют диагностировать:

1. цирроз печени
2. хронический панкреатит
3. рак пищевода, осложненный кровотечением
4. эрозии 12п кишки
5. кровотечение из геморраидальных узлов

89. Слабость, жжение за грудиной, рвота с примесью крови, сердцебиение, похудание, повышенная потливость, низкий уровень АД и мелена. Неодбходимо:

1. ЭГДСкопия
2. рентгеновское исследование пищевода и желудка
3. определение в крови уровня сывороточного железа
4. УЗИ
5. колоноскопия

90. К препаратам Н2-гистаминовых блокаторов относится:

1. омепразол
2. домперидон
3. фамотидина
4. метронидозол
5. эземопрозол

91. К ингибиторам протонной помпы относится:

1. тавегил
2. сукральфат
3. гастроцепин
4. омепразол
5. муцин

92. Вяжущим и обволакивающим действием обладают:

1. нитрат висмута
2. омепразол
3. фамотидин
4. метронидазол
5. прокинетики

93. Хенодезоксихолевую кислоту применяют с целью:

1. растворения холестериновых конкрементов в желчном пузыре
2. снижения уровня холестерина в сыворотке
3. улучшения всасывания витамина В12
4. улучшения утилизации жиров в кишечнике
5. оказывает бактерицидное действие

94. При калькулезном холецистите препаратом выбора является:

1. липоевая кислота
2. урсодезоксихолиевая кислота
3. желчегонные травы
4. граурохолевая кислота
5. адеметионин

95. К антацидным препаратам относится:

1. ранитидин
2. рабепразол
3. омепразол
4. маалокс
5. фамотидин

96.Больная Р, 18 лет в связи с развившимся полиартритом вторую неделю принимает внутрь индометацин. Внезапно появились боли в эпигастрии, слабость, рвота «кофейной гущей». При осмотре бледная, пульс-120 в мин.АД - 90\70 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, мышечного напряжения нет. Неотложные лечебные мероприятия:

1. продолжить прием индометацина
2. антибиотики широкого спектра действия перорально
3. прекращение приема индометацина,назначения антацидных препаратов, при необходимости подключение ингибиторов протонной помпы
4. наблюдение за больным в течение 2 суток
5. антибиотики широкого спектра в\м

97.Антихеликобактерная терапия показана при:

1. рефлюкс-гастрите
2. гранулематозном гастрите
3. язвенной болезни желудка, ассоциированной с HP
4. хроническом панкреатите
5. аутоиммунный гастрит

98. Основным отличием симптоматических язв от язвенной болезни является:

1. локализация язвы
2. величина язвы
3. отсутствие сезонности
4. кровотечение
5. перфорация

99. Продукцию HCl снижает:

1. омепразол
2. солкосерил
3. препараты висмута
4. маалокс
5. гептрал

100. Лекарственные язвы вызываются следующими препаратами

1. тетрациклином
2. ацетилсалициловой кислотой
3. но-шпой
4. омепразолом
5. бисопрололом

101. Лекарственные язвы чаще осложняются

1. перфорацией
2. кровотечением
3. стенозом
4. малигнизацией
5. пенетрацией

102. Механизм действия М- холиноблокаторов на желудочную секрецию:

1. повышение секреции пищеварительных желез
2. снижение секреции пищеварительных желез
3. повышение секреции обкладочных клеток
4. повышение тонуса гладких мышц внутренних органов
5. повышение секреции соляной кислоты

103. Группы препаратов, используемых для снижения секреторной функции желудка

анаболические гормоны

1. адреноблокаторы
2. М-холиноблокаторы, блокаторы гистаминовых Н2-рецепторов, блокаторы протонового насоса
3. спазмолитики
4. антагонисты кальция

104. Основным средством базисной терапии при язвенной болезни желудка и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются:

1. антациды
2. спазмолитики
3. прокинетики
4. гастропротекторы
5. антисекреторные препараты (ИПП)

105. Лекарственные симптоматические язвы развиваются при приеме:

1. антацидов
2. антисекреторных средств
3. спазмолитиков
4. длительном приеме аспирина, нестероидных противовоспалительных средств
5. прокинетиков

106. Наиболее частое осложнение при НПВС-индуцированной язве желудка:

1. кровотечение
2. перфорация
3. перивисцерит
4. пилоростеноз
5. пенетрация язвы

107. Атрофический гастрит в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом, гипопаратиреозом характерен для:

1. гипертрофического гастрита
2. аутоиммунного гастрита
3. хеликобактерного гастрита
4. реактивного гастрита
5. поверхностного гастрита

108. Сезонность обострения характерна для:

1. хронического колита
2. хронического панкреатита
3. хронического холецистита
4. цирроза печени
5. язвенной болезни

109. Поздние, «голодные», ночные боли характерны для:

1. хронического гастрита
2. язвенной болезни желудка
3. язвенной болезни 12-перстной кишки
4. цирроза печени
5. хронического панкреатита

110. Симптом «ниши» в желудке характерен для:

1. рака желудка
2. болезни Крона
3. дивертикулеза
4. язвенной болезни желудка
5. синдрома функциональной диспепсии

111. Для язвы желудка характерно:

1. жидкий стул
2. общая слабость
3. поздние боли
4. ранние боли
5. тенезмы

112.Черный, дегтеобразный стул обнаруживается при кровотечении из:

1. желудка и 12 - перстной кишки
2. слепой, восходящей части ободочной кишки
3. поперечной части ободочной кишки
4. нисходящей и сигмовидной кишки
5. прямой кишки

113. Возникновение болей в эпигастрии через 2-3 часа после еды характерен для

язв с локализацией:

1. пищевода
2. кардиального отдела желудка
3. малой кривизны желудка
4. тела желудка
5. язва 12 перстной кишки

114. Прямым признаком наличия язвы при рентгенологическом исследовании

является:

1. рубцовая деформация органа
2. конвергенция складок
3. симптом «ниши»
4. изменение эвакуации
5. дискинезия привратника

115.При недостаточности эзофаго-гастрального сфинктера возникает:

1. заброс желудочного содержимого в пищевод
2. снижение перистальтики пищевода
3. затруднение продвижения пищи по пищеводу
4. нарушение проглатывания пищи
5. застой и загнивание пищи в пищеводе

116. Рвота через 2-3 часа после приема пищи характерна для:

1. язвы кардиального отдела желудка
2. язвы тела желудка
3. язвы антрального отдела желудка
4. стеноз привратника
5. язвы 12 п.к.

117.Укажите основную причину диагностики развития хронического Нр-ассоциированного гастрита?

1. прием НПВП
2. инфекция хеликобактер пилори
3. нарушение режима питания
4. курение, алкоголь
5. стрептококковая инфекция

118. Мужчина, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на голодные и ночные боли в подложечной области, утихающие после приема пищи. Жалобы характерны для:

1. эзофагита
2. язвы двенадцатиперстной кишки
3. верхнего отдела пищевода
4. тела желудка
5. панкреатита

119. Какой из перечисленных методов является первым шагом в диагностике хронических гастритов?

1. рентгенологическое исследование желудка
2. исследование секреторной функции желудка
3. эндоскопия с прицельной биопсией
4. бактериологический
5. биохимический

120. Боли в эпигастрии, возникающие через 2 часа после приема пищи, характерны для:

1. эзофагита
2. фундального гастрита
3. язвы кардиального отдела желудка
4. язвы тела желудка
5. язвы 12-перстной кишки

121. Рвота пищей, съеденной накануне, с большим количеством рвотных масс, является признаком:

1. хронического гастрита
2. язвы желудка
3. стеноза пилорического отдела желудка
4. дуодено-гастрального рефлюкса
5. хронический холецистит

122. Появление «мелены» характерно для:

1. желудочного кровотечения
2. длительного приема препаратов кальция
3. кровотечения из сигмовидной кишки
4. дизентерии
5. бродильной диспепсии

123. Какой препарат относится к блокаторам «протонного насоса»?

1. ранитидин
2. пантопразол
3. препараты висмута трикалия дицитрат
4. платифиллин
5. прокинетик

124. Из аммиака в печени синтезируется:

1. глютамин
2. а-кетоглутарат
3. ангиназа
4. мочевина
5. глюкоза

125. Куда выделяется стеркобилиноген?

1. кишечник
2. почки
3. печень
4. поджелудочная железа
5. сердце

126.Гипоальбуминемия характерна для:

1. цирроза печени
2. гемангиомы
3. хронического неатрофического гастрита
4. язвенной болезни
5. дивертикулита кишечника

127.У 52-летнего пациента, длительного страдающего хроническим вирусным гепатитом, с отягощенным алкогольным анамнезом, внезапно появилась кровавая рвота. Физикальное исследование обнаружило гепатоспленомегалию. Диагностическое предположение включает

1. кровотечение из расширенных вен пищевода
2. язва желудка и дуоденальная язва
3. эрозивный гастрит
4. кровотечение из геморраидальных узлов
5. эрозии пищевода

128.Массивное кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта встречается:

1. при варикозе пищеводных вен
2. при рефлюкс-гастрите
3. при хроническом холецистите
4. при хроническом панкреатите
5. при колите

129.Асцит, расширение подкожных вен передней брюшной стенки, увеличение

селезенки, варикозное расширение вен пищевода у больных с заболеваниями печени

1. обозначается синдромом:
2. астено-вегетативным
3. диспепсическим
4. геморрагическим
5. портальной гипертонии
6. гепато-лиенальным

130. «Сосудистые звездочки» представляют собой:

1. расширение мелких сосудов на коже
2. внутрикожные отложения холестерина в виде бляшек
3. кровоизлияние в кожу
4. слегка возвышающиеся над кожей пульсирующие ангиомы
5. кровоподтеки

131. При синдроме печеночной клеточной недостаточности в анализах крови:

1. повышается содержание аммиака
2. повышается уровень гемоглобина
3. повышается уровень общего белка
4. повышается количество эритроцитов
5. повышается протромбиновый индекс

132. При печеночной желтухе гипербилирубинемия за счет:

1. свободного и связанного билирубина
2. связанного билирубина
3. желчных кислот
4. свободного билирубина
5. глюкозоксидазы

133. Для синдрома цитолиза, развивающегося при острых повреждениях печени характерно:

1. повышение активности АЛТ, АСТ, ЛДГ
2. повышение уровня протромбина
3. повышение общего белка и альбумина
4. лабораторных изменений нет
5. снижение уровня тимоловой пробы

134.Какой признак характерен для хронического гепатита В?

1. HBsAg
2. НСV РНК
3. антитела к митохондриям
4. НDV
5. НCVAg

135. При надпеченочной желтухе в крови обнаруживается:

1. повышение неконьюгированного билирубина
2. понижение неконьюгированного билирубина
3. повышение кетоновых тел
4. понижение кетоновых тел
5. повышение конъюгированного билирубина

136. При надпеченочной желтухе в моче обнаруживается:

1. повышение содержания уробилина
2. понижение содержания уробилиноидов
3. повышение содержания коньюгированного билирубина
4. понижение содержания коньюгированного билирубина
5. отсутствие билирубина

137. При надпеченочной желтухе в кале обнаруживается:

1. повышение содержания стеркобилина
2. понижение содержания стеркобилина
3. ахоличный кал
4. дегтеобразный кал (мелена)
5. отсутствие стеркобилина

138. В горизонтальном положении живот мягкий, боковые отделы выбухают (лягушачий живот) свидетельствует о:

1. ожирении
2. наличии крупных внутрибрюшных опухолей
3. метеоризме
4. накоплении жидкости в брюшной полости
5. увеличение размеров печени

139. Причины надпеченочной портальной гипертензии:

1. тромбоз воротной вены
2. диффузные заболевания соединительной ткани
3. тромбоз верхней полой вены
4. тромбоз селезеночной вены
5. цирроз печени

140.Причиной надпеченочной желтухи могжет быть:

1. гемолиз эритроцитов
2. язва желудка
3. чрезмерное употребление моркови, мандаринов.
4. хронический панкреатит
5. повышение железа в крови

141. Подпеченочная желтуха может быть обусловлена:

1. раком головки поджелудочной железы
2. раком желудка
3. раком пищевода
4. раком толстого кишечника
5. раком 12п кишки

142. Желтуха раньше всего выявляется:

1. на склерах глаз
2. на ладони
3. на подошве
4. на коже
5. на голове

143. Капсула Глиссона связана с:

1. печенью
2. поджелудочной железой
3. легкими
4. почками
5. селезенкой

144. Гликоген:

1. синтезируется в печени, является источником энергии, участвуетв образовании желчи и липазы
2. дисахарид, депонируется в печени, взаимодействует с аммиакомс образованием белка
3. синтезируется в крови, депонируется в печени и мышцах
4. полисахарид, синтезируется и депонируется в печени
5. синтезируется в мышцах

145. Цель назначения лактулозы при печеночной энцефалопатии:

1. повышение гемоглобина
2. снижение уровня аммиака сыворотки крови за счет воздействия на кишечную микрофлору
3. повышение уровня белка
4. уменьшение количества лейкоцитов
5. улучшение всасываемости глюкозы

146.Что из перечисленного не относится к характеристике вируса гепатита В?

1. это ДНК-содержащий вирус
2. это РНК-содержащий вирус
3. относится к семейству гепадновирусов
4. содержит высокоспецифический ядерный антиген (НВсAg).
5. на наружной оболочке имеется поверхностный "австралийский антиген" (HBsAg)

147.Что из перечисленного не относится к характеристике вируса гепатита С?

1. это РНК-содержащий вирус
2. это дефектный РНК-содержащий вирус
3. относится к семейству флавивирусов
4. основной путь передачи вируса -парэнтеральный
5. выявлено более 6 генотипов вируса

148.Гиперсекреция желудочного сока сопровождается:

1. гиперсаливацией
2. диареей
3. ацидозом
4. одышкой
5. иповолемией

# 14937814914911.Ранним клиническим признаком первичного билиарного цирроза обычно является:

# асцит

1. кожный зуд
2. варикозно расширенные вены
3. желтуха
4. спленомегалия

150.Хронический гепатит - это воспалительное заболевание печени, продолжающееся без улучшения не менее:

1. 2 мес
2. 3 мес
3. 4 мес
4. 6 мес
5. года

# 151.Из рациона больных хроническим вирусным активным гепатитом исключаются:

1. молочные продукты
2. жирные сорта мяса
3. мясо отварное
4. супы на мясном бульоне
5. вегетарианские супы

152. Лимонно-желтый цвет кожи характерен для:

1. надпеченочной желтухи
2. печеночной желтухи
3. подпеченочной желтухи
4. смешанной желтухи
5. ложной желтухи

153. Зелено-желтый цвет кожи более характерен для:

1. надпеченочной желтухи
2. печеночной желтухи
3. подпеченочной желтухи
4. смешанной желтухи
5. физиологической

154. Кровотечение из носа, десен, маточные кровотечения, кожные кровоизлияния,

кровотечения их расширенных вен пищевода у больных с заболеваниями печени

1. обозначается синдромом:
2. астено-вегетативным
3. диспепсическим
4. геморрагическим
5. портальной гипертонии
6. гепатолиенальным

155. «Печеночные ладони» представляют собой:

1. внутрикожные отложения холестерина в виде бляшек
2. кровоизлияния в кожу
3. петехиальную сыпь
4. симметричное покраснение тенара и гипотенара
5. кровоподтеки

156. Степень активности хронического гепатита наиболее точно оценивается по:

1. степени активности аминотрансферазы
2. выраженности гистологических изменений в биоптатах печени
3. содержание билирубина в сыворотках крови
4. IgMIgG
5. содержание протромбинов в сыворотке крови

157. Течение хронического гепатита С характеризуется:

1. стертым течением и быстрым развитием осложнений
2. наклонностью к более продолжительным обострением
3. менее выражены синдромы печеночно-клеточной недостаточности
4. выраженной клиникой
5. трудно поддается лечению

158. Кожный зуд при заболеваниях гепатобилиарной системы обусловлен:

1. гипербилирубинемией
2. гиперхолестеринемией
3. повышенным содержанием в крови желчных кислот
4. повышением в крови уровня мочевины
5. гиперурикемией

159. Кровавая рвота при заболеваниях печени чаще всего обусловлена:

1. разрывом глиссоновой капсулы
2. разрывом варикозно расширенных вен пищевода
3. синдромом Меллори-Вейса
4. разрывом воротной вены
5. рефлюкс-эзофагитом

160. Рвота с примесью венозной крови характерна для:

1. язвы желудка
2. язвы 12-перстной кишки
3. эрозивного гастрита
4. разрыва глиссоновой капсулы
5. разрыва варикозно расширенных вен пищевода

161. Геморрагический синдром при заболеваниях печени является следствием:

1. гипербилирубинемии
2. синдрома печеночно-клеточной недостаточности
3. гиперэстрогенемии
4. гипоальбуминемии
5. гиперферментемии

162. Моча цвета пива (зеленовато-бурый) выявляется при:

1. остром гломерулонефрите
2. остром пиелонефрите
3. хроническом гломерулонефрите
4. нефротическом синдроме
5. печеночной желтухе

163. Причиной геморрагического синдрома при болезнях печени является:

1. нарушение минерального обмена
2. нарушение жирового обмена
3. нарушение углеводного обмена
4. снижение синтеза белков, участвующих в свертывании в крови
5. нарушение дезинтоксикационной функции печени

164. О чем свидетельствует зуд кожи при заболеваниях печени?

1. наличие дуодено-гастрального рефлекса
2. увеличение желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза
3. нарушение белковообразовательной функции печени
4. сердечная недостаточность на фоне сопутствующей миокардиодистрофии
5. снижение дезинтоксикационной функции печени по отношению к продуктам распада белков

165.Для биохимического синдрома холестаза подберите его характеристику:

1. повышение активности трансаминаз
2. повышение уровня билирубина, холестерина и активности щелочной фосфатазы
3. снижение альбумина и факторов свертываемости крови
4. диспротеинемия и положительные осадочные пробы
5. снижение активности трансаминаз

166.Для первичного билиарного цирроза печени характерно:

1. кожный зуд, ксантелазмы
2. гипохолестеринемия
3. повышение стеркобилина в крови
4. положительные маркеры вирусного гепатита
5. гиперпротеинемия

167.Укажите заболевание, для которого характерно развитие асцита:

1. хронический гепатит
2. цирроз печени
3. хронический холецистит
4. желчно-каменная болезнь
5. хронический панкреатит

168. Появление телеангиоэктазий характерно для:

1. вирусного гепатита
2. хронического холецистита
3. цирроза печени
4. метастатического поражения легких
5. хронического панкреатита

169. Какая система уязвима при накоплении аммиака при печеночной недостаточности:

1. система свертывания крови
2. центральная нервная система
3. сердечно-сосудистая система
4. дыхательная система
5. система пищеварения

170. Нарушения углеводного обмена при печеночной недостаточности характеризуется:

1. торможением глюконеогенеза
2. торможением синтеза кетоновых тел
3. усилением синтеза гликогена
4. усилением превращения галактозы и фруктозы в глюкозу
5. повышением содержания глюкозы в крови

171. Ведущее звено патогенеза надпеченочной желтухи:

1. дегидратация организма
2. сердечная недостаточность
3. недостаточность инсулина
4. нарушение оттока желчи
5. усиленный гемолиз эритроцитов

172. Для гемолитической желтухи характерно:

1. увеличение свободного билирубина в крови
2. увеличение связанного билирубина в крови
3. обесцвечивание кала
4. нарушение пищеварения в кишечнике
5. выделение свободного билирубина с мочой

173. Для гемолитической желтухи характерно увеличение в крови:

1. непрямого билирубина
2. прямого билирубина
3. уробилина
4. стеркобилина
5. желчных кислот

174. Ведущим звеном патогенеза подпеченочной желтухи является:

1. нарушение оттока желчи
2. сиалолитиаз
3. уролитиаз
4. усиленный гемолиз эритроцитов
5. повреждение гепатоцитов

175. Для обтурационной желтухи характерно увеличение в крови:

1. биливердина
2. стеркобилиногена
3. уробилиногена
4. прямого билирубина
5. непрямого билирубина

176. Болевой синдром при заболеваниях печени обусловлен:

1. воспалением желчного пузыря
2. растяжением глиссоновой капсулы
3. воспалением поджелудочной железы
4. снижением давления в воротной вене
5. повышение АД

177. Увеличенная, плотная, с заостренным краем печень пальпируется при:

1. гепатите
2. сердечной недостаточности
3. раке печени
4. циррозе печени
5. жировом гепатозе

178. Синдром портальной гипертензии характеризуется следующим признаком:

1. гепатоспленомегалия
2. гиперпротениемия
3. кожный зуд
4. частое мочеиспускание
5. уменьшение размеров печени

179. Течение хронического гепатита D характеризуется:

1. тяжелым течением
2. более мягким, медленным, стертым течением
3. осложнения редки
4. выражен синдром холестаза
5. гепатит D протекает без В

180. Иммуносупрессивная терапия показана:

1. при аутоиммунном гепатите
2. при хроническом вирусном гепатите В
3. при хроническом вирусном гепатите С
4. при хроническом вирусном гепатите D
5. при остром вирусном гепатите А

181.Признаками синдрома портальной гипертензии являются:

1. уменьшение селезенки
2. расширение диаметра воротной вены более 14мм
3. отсутствие жидкости в брюшной полости
4. уменьшение печени
5. головная боль

182. Наиболее частая причина развития цирроза печени:

1. вирусы гепатита В, С, Д
2. лекарственные и токсические средства
3. холелитиаз
4. левожелудочковая сердечная недостаточность
5. гемохроматоз

183. При угрозе печеночной комы в диете нужно ограничить:

1. белки
2. жиры
3. углеводы
4. жидкость
5. минеральные соли

184. Глюкокортикостероиды являются препаратом выбора при лечении гепатита:

1. аутоиммунного
2. острого вирусного
3. хронического вирусного
4. лекарственного
5. алкогольного

185. Печеночная кома развивается в результате:

1. массивного некроза клеток печени, обширного фиброза
2. желтухи
3. нарушения микроциркуляции
4. варикозного расширения вен пищевода
5. асцита

186. Печеночный запах связан с нарушением обмена:

1. холина
2. билирубина
3. метионина
4. глютамина
5. a-кетоглутаровой кислоты

187. Какой синдром доминирует и появляется на ранних стадиях билиарного цирроза печени?

1. холестаза
2. портальной гипертензии
3. гиперспленизма
4. геморрагический
5. печеночно-клеточной недостаточности

188. Частое осложнение при хроническом холангите?

1. рак легких
2. туберкулез
3. внутрипеченочный абсцесс
4. атеросклероз
5. аутоиммунный гепатит

189. Какой метод используют при исследовании желчных протоков?

1. МРТ
2. эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
3. CAD/CAM
4. флюорография
5. КТ

190. Для какого из ниже перечисленных заболеваний характерна лихорадка?

1. обострение хронического холецистита
2. панкреатит
3. дискинезия желчевыводящих путей по гипермоторному типу
4. синдром избыточного бактериального роста
5. дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу

191. Холецистография противопоказана больным:

1. с непереносимостью жиров
2. с идиосинкразией к пищевому белку
3. с идиосинкразией к йоду
4. после вирусного гепатита
5. с непереносимостью углеводов

192.Отсутствие видимости желчного пузыря при холецистографии означает:

1. снижение всасывания в кишечнике
2. снижение функции печени
3. снижение функции поджелудочной железы
4. патологию желчного пузыря
5. повышение всасывание в кишечнике

193. Желчный пузырь сокращается под влиянием:

1. гастрина
2. панкреатического сока
3. холецистокинина
4. секретина
5. соляной кислоты

194.Основной функцией желчи является:

1. эмульгация жиров
2. гидролиз углеводов
3. лизис белков
4. лизис жиров
5. повышает секрецию гастрина

195.Выделение с желчью холестерина и лецитина зависит от выделения:

1. желчных кислот
2. билирубина
3. белков
4. минеральных солей
5. углеводов

196. В лечении гипокинетической формы дискинезии желчного пузыря используют

1. холекинетики
2. спазмолитики
3. антациды
4. ферменты
5. гормоны

197. Для обострения калькулезного холецистита характерны:

1. желтуха, озноб, боль, лихорадка
2. светлая моча
3. рвота, тошнота
4. стул нормальный
5. отсутствие боли

198. Лечение при холецистолитиазе включает применение:

1. липоевой кислоты
2. урсодезоксихолевой кислоты
3. соляной кислоты
4. пировиноградной кислоты
5. но-шпы

199. Урсодезоксихолевую кислоту применяют с целью

1. растворения холестериновых камней в желчном пузыре
2. снижения уровня холестерина в сыворотке крови
3. улучшения всасывания витамина В12
4. улучшения утилизации жиров в кишечнике
5. дляповышение барьерной функции желудка

200.Для опорожнения желчного пузыря применяется

1. режим питания и диета
2. холекинетики и тюбажи
3. антибиотики
4. блокаторы протонной помпы
5. гормоны

201.Желчные камни чаще состоят из

1. солей желчных кислот
2. холестерина
3. оксалатов
4. мочевой кислоты
5. солей

202. При подозрении на хронический калькулезный холецистит необходимо провести:

1. дуоденальное зондирование
2. обзорную рентгенографию органов брюшной полости
3. УЗИ желчного пузыря
4. ЭГДСкопию
5. колоноскопию

203.Желчный пузырь в норме располагается:

1. в точке пересечения срединно-ключичной линии и реберной дуги
2. в точке пересечения наружного края правой прямой мышцы живота и реберной дуги
3. на 5 см ниже вышеуказанной точки
4. в точке пересечения передне-аксиллярной линии справа и реберной дуги
5. под левой реберной дугой

204. Симптом хронического холецистита:

1. дисфагия
2. возникновение и усиление болей в правом подреберье после приема жирной пищи
3. изжога
4. тенезмы
5. боли опоясывающего характера

205. Какой из перечисленных методов, используемых для диагностики заболеваний желчевыводящих путей не требует дополнительной подготовки больного?

1. пероральная холецистография
2. ультразвуковое исследование
3. ядерно-магнитный резонанс
4. эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
5. внутривенная холангиография

206. Наиболее характерный синдром для желчнокаменной болезни:

1. диспепсический
2. желчной колики
3. астено-вегетативный
4. паренхиматозной желтухи
5. геморрагический

207. Приступ желчной колики может провоцировать:

1. перегревание или переохлаждение
2. обильный прием жирной пищи
3. курение
4. плохой сон
5. плохой аппетит

208. Положительный симптом Ортнера свидетельствует о:

1. обострении хронического холецистита
2. хроническом панкреатите
3. хроническом гастрите
4. циррозе печени
5. неспецифическом язвенном колите

209.Наиболее информативным в диагностике ЖКБ является:

1. лапароскопия
2. дуоденальное зондирование
3. УЗИ желчного пузыря и желчевыводящих путей
4. обзорная ренгенография органов брюшной полости
5. ректоромоноскопия

210.Желчный пузырь, увеличиваясь в размерах, может пальпироваться при следующих заболеваниях:

1. хроническом холецистите
2. водянке желчного пузыря, желчнокаменной болезни
3. хроническом гепатите
4. раке общего желчного протока
5. хроническом панкреатите

211. Больного с острым холециститом необходимо госпитализировать:

1. в терапевтическое отделение
2. в инфекционное отделение
3. в хирургическое отделение
4. в любое из перечисленных
5. в гастроэнтерологическое отделение

212. Дифференциальный диагноз ЖКБ проводится со какими заболеваниями:

1. хронического бескаменного холецистита, заболевание печени
2. язвенного колита
3. болезнью Крона
4. синдромом избыточного бактериального роста
5. дивертикулезом кишечника

213.Для подтверждения диагноза хронического холецистита необходимо провести:

1. УЗИ желчного пузыря и желчевыводящих путей
2. колоноскопию
3. ирригоскопию
4. эзофагогастродуоденоскопию
5. биопсию

214. Боль при надавливании между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы

справа - это симптом:

1. Захарьина
2. Василенко
3. Образцова - Мерфи
4. Ортнера
5. Мюсси – Георгиевского

215.Какой болевой синдром характерен для больных хроническим холециститом?

1. опоясывающего характера
2. головные, ночные боли в эпигастральной области
3. интенсивные, приступообразные боли в правом подреберье
4. постоянные боли в правом подреберье, при приеме жирной, жаренной, острой пищи
5. боли в левом подреберье

216. Больная, 50 лет, ведущая малоподвижный образ жизни, жалуется на отрыжку, горечь во рту, тошноту, длительные тупые ноющие боли, иррадиирующие в правую лопатку и правое плечо, возникающие после обильной еды. Отмечает улучшение от спазмолитиков и тепла. Язык влажный, обложен белым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Отмечается болезненность в зоне желчного пузыря при поколачивании по реберной дуге. Какое заболевание можно предположить?

1. хронический колит
2. хронический гастрит
3. хронический холецистит
4. хронический панкреатит
5. аппендицит

217. Больная Б., 35 лет, жалуется на тупые боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую половину шеи, правое плечо, неприятный вкус во рту, тошноту, рвоту с примесью желчи. Боли усиливаются после приема острой и жирной пищи. Настоящее ухудшение наблюдалось в течение последних 4 дней, когда вышеуказанные боли в правом подреберье участились, повысилась температура до фебрильных цифр. ИМТ - 29,4 кг/м2. Температура тела 38,1 °С. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье и в точке желчного пузыря. Печень не увеличена. Отмечается усиление болевой чувствительности на вдохе при пальпации в области проекции желчного пузыря.

1. обострение хронического холецистита
2. рак поджелудочной железы
3. хронический гастрит
4. хронический колит
5. хронический гепатит

218. Больная П.Г. 28 лет. 3 дня назад проснулась с болями в верхней половине живота (накануне ела жареное), температура 37.3, тошнота. Боли были весь день. На второй день стало лучше, прошла УЗИ. Печень правая доля 11,34 см, левая доля 7,7 см. Край ровный, паренхима однородная пониженной эхогенности. Воротная вена 10мм. Желчный пузырь 6,7 см, стенка 4,2 мм, по передней стенке два полипа 2,1 мм, 4,5 мм. В районе шейки желчного пузыря полип 3 мм . Холедох 3,4мм.

1. язва желудка
2. хронический некалькулезный холецистит
3. мальабсорбция
4. острый панкреатит
5. сахарный диабет

219. Осложнение хронического калькулезного холецистита:

1. эмпиема желчного пузыра
2. диарея
3. асфиксия
4. сепсис
5. уретрит

220. Для снятия болей при хроническом некалькулезном холецистите применяют:

1. валериану лекарственную
2. пирацетам
3. морфин
4. слизь из крахмала
5. но-шпу

221. Для холецистита некалькулезной формы характерны:

1. симптомы диспепсии
2. симптом Менделя
3. симптом флюктуации
4. кашель
5. кровохарканье

222.Наиболее частыми последствиями хронического панкреатита являются:

1. экзокринная недостаточность поджелудочной железы
2. перитонит
3. псевдокисты
4. опухоль поджелудочной железы
5. кровотечение

223. Диета у больных с обострением панкреатита первые 2 дня:

1. белковая
2. углеводная
3. жировая
4. голод
5. обильный прием воды

224.Укажите из числа нижеприведенных бытовых ситуаций и вредных привычек наиболее частый этиологический фактор хронического панкреатита:

1. высокобелковое и высокожировое питание
2. низкожировая и низкобелковая диета
3. высокоуглеводистая диета
4. злоупотребление алкоголем
5. злоупотребление сладостями

225.В большинстве случаев обострения хронического панкреатита ведущим клиническим признаком является:

1. болевой синдром
2. диспепсический синдром
3. астенический синдром
4. синдром мальабсорбции
5. демпинг-синдром

226.Развитие диареи и синдрома недостаточного переваривания и всасывания пищи при обострении хронического панкреатита обусловлено:

1. недостаточным количеством панкреатического сока
2. нарушением поступления панкреатического сока в тонкий кишечник
3. низкой концентрацией ферментов в панкреатическом соке
4. ускорением моторной деятельности тонкой кишки
5. повышением секреторной функции желез тонкой кишки

227.Причиной вторичного хронического панкреатита является*:*

1. желчнокаменная болезнь
2. вирусное поражение поджелудочной железы
3. повторные тpaвмы пoджелудочной железы
4. алкоголизм
5. отягощенная наследственность

228. Для панкреатита характерно вынужденное положение:

1. лежа на спине
2. лежа на левом боку с поджатыми ногами
3. лежа на правом боку с поджатой правой ногой
4. лежа на животе
5. сидя на корточках

229. Больному с обострением хронического панкреатита назначают строгую щадящую диету, содержащую физиологическую норму:

1. белков
2. жиров
3. углеводов
4. калорийности
5. ферментов

230. Для клинической картины хронического панкреатита характерно:

1. похудание, опоясывающие боли, поносы, сахарный диабет
2. боли в эпигастрии, запоры, потеря аппетита, похудание
3. потеря аппетита, метеоризм, поносы, лихорадка с ознобами
4. лихорадка с ознобами, запоры, метеоризм, сахарный диабет
5. боли в правом подреберье, лихорадка

231.Стеаторея наблюдается при:

1. хроническом гастрите
2. длительно текущем хроническом панкреатите
3. гнилостной диспепсии
4. бродильной диспепсии
5. хроническом гепатите

232. Самым ценным лабораторным показателем в диагностике хрони­ческого панкреатита является:

1. лейкоцитоз
2. уровень аминотрансфераз
3. уровень щелочной фосфатазы
4. уровень амилазы мочи и крови
5. гипергликемия

233. Какое средство применяется для подавления активности фер­ментов поджелудочной железы*:*

1. антациды
2. холинолитики
3. циметидин
4. ингибиторы протеаз
5. тразикор

234.Хронический рецидивирующий панкреатит наблюдается чаще всего при:

1. язвенной болезни
2. холелитиазе
3. хроническом колите
4. лямблиозе
5. хроническом гастрите

235.Какой из перечисленных симптомов наиболее рано появляется при хроническом панкреатите:

1. похудение
2. желтуха
3. боль в эпигастрии опоясывающего характера
4. гипергликемия
5. кальцинаты в поджелудочной железе

236. Какой признак в копрограмме при хроническом панкреатите явля­ется самым ранним:

1. креаторея
2. стеаторея
3. амилорея
4. кровь в кале
5. слизь

237.Что характерно для нарушения внутрисекреторной функции поджелудочной железы при хроническом панкреатите:

1. увеличение глюкагона при нормальном содержании инсулина
2. уменьшение инсулина
3. увеличение инсулина
4. уменьшение глюкагона
5. уменьшение глюкозы

238.Для заместительной терапии хронического панкреатита показаны:

1. антациды
2. ингибиторы протеаз
3. полиферментные препараты
4. антиферментные препараты
5. ингибиторы протоновой помпы

239. Положительный симптом Курвуазье-Терье:

1. желчный пузырь пальпируется в виде эластичного грушевидного образования
2. желчный пузырьне пальпируется
3. пальпируется уплотненный желчный пузырь
4. болезненность в области проекции желчного пузыря
5. дряблость мышц в правом подреберье

240. Симптом Лидского – это:

1. дряблость и атрофия мышц в области правого подреберья
2. усиление боли при ударе ребром ладони в области правого подреберья
3. прерывания дыхания на фазе глубокого вдоха
4. резкая болезненность при поколачивании в области проекции ЖП
5. пальпируется уплотненный желчный пузырь

241.Что из нижеперечисленного является информативным в диагностике патологии поджелудочной железы:

1. рентгенологический метод
2. УЗИ метод
3. ЭГДС
4. колоноскопия
5. фибросканирование

242. Наиболее характерным клиническим признаком хронического панкреатита является

1. развитие сахарного диабета
2. недостаточность функции внешней секреции
3. желтуха
4. геморрагический синдром
5. отечно-асцитический синдром

243. Боли при хроническом панкреатите чаще локализуются

1. в нижней половине живота
2. в правом подреберье
3. опоясывающие боли, усиливающиеся на спине
4. в правой подвздошной области
5. в левой подвздошной области

244. Боли опоясывающего характера в верхней половине живота наблюдаются при

патологии:

1. желудка
2. печени
3. поджелудочной железы
4. слепой кишки
5. сигмовидной кишки

245.При панкреатической диарее стул:

1. плотный, твердый
2. вес 50-200г в сутки
3. жидкий, с жирным блеском
4. имеет темно-коричневый цвет
5. ахоличный кал

246. Для внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы характерно?

1. желтуха
2. повышение инсулина в крови
3. рвота с кровью
4. мелена
5. стеаторея, креаторея

247. Болевые точки при заболеваниях поджелудочной железы.

1. точка Куле
2. точка Боаса
3. симптом Лидского
4. точка Малле-Ги
5. симтом Ортнера

248. Чему соответствует точка Шоффара?

1. головке поджелудочной железы
2. начальной части тела поджелудочной железы
3. проекции сфинктера Одди
4. телу поджелудочной желез
5. хвостовой части поджелудочной железы

249. Обильный кашицеобразный жирный кал наблюдается при:

1. желудочной гиперсекреции
2. синдроме пептической язвы желудка
3. внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы
4. внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы
5. желудочной гипосекреции

250. Для внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы характерно:

1. повышение уровня щелочной фосфотазы
2. наличие неконьюгированного билирубина в моче
3. гипогликемия
4. стеаторея, креаторея, амилорея
5. повышение уровня общего белка в крови

251. Что из нижеперечисленного явялется информативным в диагностике заболеваний поджелудочной железы?

1. УЗИ
2. обзорная рентгенография брюшной полсти
3. ЭГДС
4. колоноскопия
5. ирригоскопия

252. Болевая точка при поражении головки поджелудочной железы:

1. точка Дажардена
2. точка Мейо-Робсона
3. точка Кача
4. точка Малле-Ги
5. зона Шоффара

253. Зона Губергрица:

1. отражает начальную часть тела железы
2. отражает хвост ПЖ
3. проекции сфинктера Одди
4. тело ПЖ
5. отражает терминальную часть тела железы

254. Самым ценным лабораторным показателем в диагностике обострения хронического панкреатита является:

1. лейкоцитоз
2. уровень аминотрансфераз крови
3. уровень амилазы крови и мочи
4. уровень щелочной фосфотазы крови
5. лейкопения

255.К нехарактерному копрологическому признаку хронического панкреатита относится:

1. амилорея
2. стеаторея
3. креаторея
4. йодофильная флора
5. единичные эпителиальные клетки

256.При остром панкреатите и обострении хронического панкреатита из нижеперечисленных блюд разрешается:

1. бульоны мясные, рыбные, грибные и крепкие овощные
2. жареное мясо
3. жареная рыба
4. жареные котлеты
5. голод, бульоны из овощей паровые котлеты из курицы

257. Больной В., 30 лет. В анамнезе: холецистэктомия. Длительные тянущие боли в правом и левом подреберье. В последнее время появился жидкий стул. О каком заболевании можно думать?

1. хронический панкреатит
2. острый гастрит
3. хронический гепатит
4. цирроз печени
5. язва желудка

258. Больной Н., 28 лет, злоупотребляет алкоголем, в последние 2 года появились опоясывающие боли, вздутие живота. Объективно: пониженного питания, язык обложен белым налетом. Живот болезненный в треугольнике Шоффара. Печень не увеличена. О каком заболевании можно думать?

1. хронический гастрит
2. хронический колит
3. хронический панкреатит
4. острый панкреатит
5. язва желудка

259. Больной Л., 42 года, поступил в клинику с жалобами на опоясывающие боли, увеличение объема и частоты стула, тошноту, отсутствие аппетита. Из анамнеза заболевания известно, что данное ухудшение состояния возникло несколько дней назад после очередного приема алкоголя и жирной пищи. О каком заболевании можно думать?

1. эзофагит
2. хронический колит
3. хронический панкреатит
4. хронический энтерит
5. хронический холангит

260. Больной Н.Р. 56 лет, поступил в отделение с жалобами на периодические «опоясывающие» боли в верхней части живота, усиливающиеся вскоре после еды и в положении лежа на спине, неоднократную рвоту, вздутие и урчание живота, учащенный до 3-5 раз в сутки неоформленный стул с выделением обильных каловых масс с жирным блеском, кашицеобразной консистенции, жажда и сухость во рту. О каком заболевании можно думать?

1. рак желудка
2. простатит
3. отек легких
4. хронический панкреатит
5. коронарная болезнь сердца

261. Больной В., 54 лет, поступил на стационарное лечение в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на тупые, невыраженные, периодические приступообразные боли в эпигастрии и левом подреберье, а также опоясывающие боли, не связанные с приемом пищи, снижение аппетита, тошноту, жидкий стул (по 2-3 раза в сутки), общую слабость. В анамнезе: хронический панкреатит, увлекался спиртным. Имеет ИМТ 37,5кг/м2 длительно.

1. хронический гастрит
2. стеатоз поджелудочной железы
3. хронический гепатит
4. стеатопанкреатит
5. стеатоз печени

262. Больной Г., 48 лет. Поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на тупые постоянные боли в правом и левом подреберье, возникающие через 30-60 минут после еды, тошноту, вздутие и урчание в кишечнике, кашицеобразный стул с блеском. Считает себя больным около 5 лет. Заболевание связывает с нерегулярным питанием. Отмечает обострения по 2-3 раза в год. При осмотре больного выявлена сосудистая сеточка на месте проекции поджелудочной железы.

1. хронический энтерит
2. хронический панкреатит
3. колит
4. хронический стеатогепатит
5. сахарный диабет

263. Приблизительно 80% желчных камней состоят из:

1. солей кальция
2. желчи
3. билирубина
4. холестерина
5. мочевой кислоты

264. Функция солей желчных кислот:

1. участие в эмульгировании жиров
2. транспортировка жиров в кровеносном русле
3. расщепление пептидов на олигопептиды и аминокислоты
4. участие в формировании липопротеинов
5. транспортировка билирубина

265. Функция холецистокинина:

1. регуляция артериального давления
2. стимуляция перистальтики
3. регуляция желчеобразования и желчевыведения
4. регуляция синтеза инсулина
5. угнетение перистальтики

266. Особенно подвержены хроническому панкреатиту:

1. дети
2. подростки
3. мужчины, злоупотребляющие алкоголем
4. девушки
5. новорожденные

267. Хронический панкреатит может протекать совместно:

1. с холециститом
2. c раком кожи
3. с бронхитом
4. с острой сердечной недостаточностью
5. с туберкулезом

268. Для хронического панкреатита характерно угнетение выработки:

1. амилазы
2. липазы
3. протеазы
4. лактозы
5. амилазы, липазы, протеазы

269. Признаки инкреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите:

1. желтуха
2. увеличение уровня глюкозы в крови
3. увеличение печени
4. частые потери сознания
5. пальпируемый желчный пузырь

270. Этиология токсического хронического панкреатита?

1. контакт с хлорорганическими пестицидами
2. переедание
3. травмы
4. тромбоэмболия
5. бронхиальная обструкция

**271.** При синдроме мальобсорбции дефицит витамина А приводит к:

1. ночной слепоте
2. подкожным кровоизлияниям
3. неврологическим расстройствам
4. дерматиту
5. оссалгию

272. При синдроме мальобсорбции дефицит витамина В12приводитк:

1. ночной слепоте
2. подкожным кровоизлияниям
3. ксерофтальмии
4. глосситу
5. дерматиту

273. Экскреторную пробу Шиллинга применяют для:

1. диагностики нарушения всасывания витамина В12
2. исследования уровня каротина
3. исследования экзокринной функции поджелудочной железы
4. применяют для диагностики нарушения всасывания витамина Д
5. исследования дефицита лактулозы

274. Кал на скрытую кровь положительна при:

1. хроническом панкреатите
2. эзофагите
3. гастрите
4. кровотечении из язвы желудка
5. хроническом холецистите

275. Мальабсорбцией называется:

1. синдром, обусловленный нарушением всасывания питательных веществ в тонком кишечнике
2. синдром, обусловленный усилением перистальтики кишечника
3. синдром, обусловленный нарушением эндокринной функции поджелудочной железы
4. синдром, обусловленный голоданием
5. синдром, обусловленный усилением поступления желчи в кишечник

276. Первичная мальабсорбция возникает при:

1. дефиците витамина В12
2. наследственном дефиците лактазы
3. гипохолии
4. энтеритах
5. гастритах

277. Укажите из числа нижеприведенных основные симптомы и синдромы, наблюдаемые наиболее часто при неспецифическом язвенном колите

1. диарея с кровью, слизью и гноем
2. боли в животе
3. синдром системных проявлений
4. дистрофический синдром
5. интоксикационный синдром

278. Синдром раздраженного кишечника является

1. органическим заболеванием толстой кишки
2. функциональным заболеванием толстой кишки
3. онкологическим заболеванием толстой кишки
4. сосудистой патологией толстой кишки
5. заболеванием, сопровождающимся структурными изменениями слизистой оболочки толстой кишки

279. Тенезмы являются признаком поражения:

1. желудка
2. 12-перстной кишки
3. тонкого кишечника
4. слепой кишки
5. прямой кишки

280. Неспецифический язвенный колит обычно начинается с:

1. печеночного или селезеночного изгиба
2. ректосигмоидальной области
3. поперечной ободочной кишки
4. терминального отдела подвздошной кишки
5. тощей кишки

281. При проведении биопсии кишечника гранулемы часто находят при:

1. болезни Крона
2. неспецифическом язвенном колите
3. обеих заболеваниях
4. ни одном из указанных заболеваний
5. СРК

282. О поражении тонкой кишки говорит:

1. стул до 15 раз в сутки
2. прожилки крови в кале
3. обильный кашицеобразный пенистый кал
4. «овечий» кал
5. кал с жирным блеском

283. У женщины 45 лет чередование запоров и поносов, вздутие живота, ощущение приливов, боли в животе при акте дефекации, данные симптомы беспокоят днем. Замкнута, депрессивная. Живот мягкий, чувствительный по ходу толстого кишечника. Полное клинико-лабораторное исследование не выявило патологических изменений. Предположительный диагноз?

1. хронический панкреатит
2. неспецифический язвенный колит
3. болезнь Крона
4. синдром раздраженного кишечника
5. хронический холецистит

284. Синдром «мальабсорбции» означает:

1. нарушение барьерной функции стенки кишки
2. нарушение моторики тонкой кишки
3. нарушение переваривания пищи, нарушение всасывания кишечного содержимого
4. нарушение формирования кала
5. усиление переваривания пищи

285. В терапию синдрома раздраженной толстой кишки следует включить:

1. семя льна
2. пшеничные отруби
3. сок капусты
4. чернику
5. цитрусы

286. Основными клиническими симптомами неспецифического язвенного колита являются:

1. частый необильный стул с примесью крови
2. боли за грудиной
3. запор
4. ожирение
5. креаторея

287. При запоре стул:

1. 1 раз в сутки
2. 1 раз в 2 сутки
3. менее, чем 1 раз в 3 суток
4. 2 раза в сутки
5. 3раза в сутки

288. Стул при диарее:

1. плотный
2. вес 200г в сутки
3. неоформленный
4. стул с кровью
5. твердый

289. Колоноскопия позволяет обследовать:

1. только слепую кишку
2. только сигмовидную кишку
3. только прямую кишку и часть сигмовидной кишки
4. только прямую кишку
5. весь отдел толстой кишки

290. Рентгенологическое исследование толстого кишечника - это:

1. колоноскопия
2. ректороманоскопия
3. ирригоскопия
4. лапароскопия
5. дуоденография

291. Признаки синдрома мальдигестии по данным копрологии:

1. полифекалия, стеаторея, креаторея, амилорея
2. ахоличный кал
3. слущенный эпителий
4. мелена
5. положительная реакция Грегерсена

292. Реакция Грегерсена позволяет определить в кале:

1. лейкоциты
2. наличие скрытого кровотечения из желудочного кишечного тракта
3. яйца глист
4. дисбактериоз
5. нейтральный жир

293. В кале определяется большое количество мышечных волокон – это:

1. стеаторея
2. креаторея
3. лиентерея
4. мелена
5. амилорея

294. Какое исследование необходимо для выявления причины энтерита?

1. бактериологическое исследование кала
2. ректороманоскопия
3. общий анализ крови
4. УЗИ печени
5. МРТ поджелудочной железы

295.Какой препарат содержит в своем составе жирные кислоты?

1. фестал
2. панкреатин
3. парацетамол
4. урсодехоксихолевая кислота
5. тиопентал-натрий

296. Стул при хроническом колите обычно:

1. частый
2. без примесей
3. не зловонный
4. нечастый
5. водянистый

297. Синдром мальабсорбции главным образом проявляется:

1. кожным зудом
2. кровотечением
3. хроническим поносом
4. одышкой
5. отеками

298. Форма неспецифического язвенного колита, при которой поражаются все части толстого кишечника:

1. лучевая
2. ишемическая
3. тотальная
4. прерывистая
5. сегментарная

299. Последствия неспецифического язвенного колита:

1. кровотечение в кишечнике
2. флегмона
3. медиастинит
4. асфиксия
5. бронхоспазм

300. Больной Т., 43 года, обратился в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на частый (7 раз в сутки) объемный жидкий стул ,снижение аппетита, похудание, периодическую боль в животе, прекращающуюся после отхождения стула и газов. Объективно: язык влажный, обложен серым налетом. Живот мягкий, умеренная болезненность вокруг пупка. О каком заболевании можно думать?

1. хронический панкреатит
2. синдром мальабсорбции
3. хронический гастрит
4. язва 12-перстной кишки
5. анорексия

301. Больной К., 31 год. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, с неприятным запахом. Самостоятельно применял пробиотики, от которых отмечает незначительное улучшение. В анализе кала: лактобактерии 104 КОЕ/г фекалий. О каком заболевании можно думать?

1. неспецифический язвенный колит
2. синдром мальабсорбции
3. хронический гастрит
4. хронический панкреатит
5. хронический холецистит

302. Больная Г., 28 лет, жалуется на периодические боли в левой подвздошной области, частый жидкий стул с примесью слизи и прожилок крови. Много лет страдает аутиоиммунным тиреоидитом, кожа бледная. О каком заболевании можно думать?

1. печеночная колика
2. синдром мальабсорбции
3. неспецифический язвенный колит
4. хронический проктит
5. хронический панкреатит

303. Наиболее информативным диагностическим методом патологии тонкой кишки является:

1. рентгенологический
2. исследование ферментов
3. исследование пристеночного пищеварения
4. биопсия слизистой оболочки
5. ЭГДС

304. Поражение прямой и сигмовидной кишки при НЯК может быть:

1. в 25-50% случаев
2. в 50-70% случаев
3. в 70-85% случаев
4. в 85-100% случаев
5. в 30-40% случаев

305. Внешнекишечные проявления НЯК:

1. артрит, поражение кожи, поражение печени
2. поражение сигмовидной кишки
3. поражение прямой кишки
4. поражение слепой кишки
5. поржение поперечно-ободочной кишки

306. Наиболее характерными патоморфологическими признаками болезни Крона являются:

1. вовлечение в процесс только слизистой оболочки
2. гранулемы
3. вовлечение в процесс мышечной оболочки
4. лимфоплазмацитарное инфильтрация
5. лимфоцитарная инфильтрация

307.Противопоказанием для применения сульфасалазина в лечении НЯК является:

1. тошнота
2. гипохромная анемия
3. аллергическая реакция
4. инфекция мочевыводящих путей
5. заболевание легких

308.Основным показанием для назначения кортикостероидов при НЯК является

1. поражение дистальных отделов толстой кишки
2. активный воспалительный процесс слизистой
3. наличие внекишечных проявлений
4. начальный период заболевания
5. кровотечение

309. Антибиотикотерапия при НЯК применяется

1. в каждом случае
2. при явных кровотечениях
3. при частых рецидивах
4. при наличии осложнений
5. при жидком стуле

310. 23-летний мужчина в течение длительного времени отмечает боли при акте дефекации, боли тянущего характера и иррадиируют в область прямой кишки. В кале периодически отмечает примесь крови, слизи с императивными позывами и тенезмами. Первым диагностическим шагом будет:

1. бариевая клизма
2. проктосигмоидоскопия
3. лабораторное исследование кала на паразитов
4. испытание антидиарейного препарата перед колоноскопией
5. наблюдение за больным

311. В профилактике НЯК важное значение имеет

1. щадящая диета
2. сульфасалазин в дозе 1-2 г в сутки
3. ограничение физической нагрузки
4. седативные
5. прокинетики

312. При НЯК средней степени тяжести медикаментозное средство выбора

1. фталазол
2. левомицетин
3. сульфасалазин
4. ампициллин
5. преднизолон

313.В диагностике НЯК ведущее значение имеют

1. физикальное исследование
2. кал на скрытую кровь
3. ирригоскопия
4. ректороманоскопия (колоноскопия)
5. ЭГДС

314.При болезни Крона чаще поражается

1. пищевод
2. желудок
3. подвздошная кишка
4. сигмовидная кишка
5. прямая кишка

315.Какое заболевание представляет наибольшее затруднение при дифференциальной диагностике болезни Крона

1. хронический холецистит
2. НЯК
3. хронический энтероколит
4. болезнь Уиппла
5. хронический панкреатит

316. При болезни Крона часто поражается

1. проксимальный отдел тонкой кишки
2. дистальный отдел тонкой кишки
3. слепая кишка
4. нисходящий отдел толстой кишки
5. прямая кишка

317. Препаратом выбора при НЯК perrectum на фоне приема сульфасалазина является:

1. АКТГ
2. сульфасалазин
3. гидрокортизон
4. облепиховое масло
5. колларгол

318. Противопоказанием для применения сульфасалазина в лечении НЯК является:

1. тошнота
2. гипохромная анемия
3. аллергическая реакция
4. инфекция мочевыводящих путей
5. псевдополипоз

319. Препаратом выбора при НЯК персистирующего течения является:

1. щадящая диета
2. сульфасалазин в дозе 1-2 г в сутки
3. ограничение физической нагрузки
4. седативные
5. ферменты

320. В диагностике НЯК ведущее значение имеет:

1. физикальное исследование
2. кал на скрытую кровь
3. ирригоскопия
4. микробиологическое исследование кала
5. ректороманоскопия (колоноскопия)

321. Какое заболевание представляет наибольшее затруднение при дифференциальной диагностике болезни Крона:

1. хронический холецистит
2. неспецифический язвенный колит
3. хронический энтероколит
4. болезнь Уиппла
5. хронический панкреатит

322. При осмотре живота можно определить следующие симптомы:

1. локализацию кишечника
2. диаметр кишечника
3. болезненность передней брюшной стенки
4. наличие варикозно расширенных вен
5. шум плеска

323. Боли в правой подвздошной области возникают при патологии:

1. слепой кишки
2. сигмовидной кишки
3. поперечно-ободочной кишки
4. прямой кишки
5. желудка

324. Основоположником современной методики глубокой пальпации органов брюшной полости является:

1. Гленар
2. Ф. Г. Яновский
3. В. П. Образцов
4. В. Х. Василенко
5. Н. Д. Стражеско

325. При проведении пальпации живота ее следует начинать:

1. с болезненного участка
2. с участка, симметричного болезненному
3. с безболезненного участка
4. с эпигастральной области
5. с наиболее удобного для пальпации участка

326. Пальпаторными характеристиками нормальной сигмовидной кишки являются:

1. гладкая, болезненная, смещаемая
2. бугристая, безболезненная, не смещаемая
3. гладкая, безболезненная, смещаемая
4. гладкая, безболезненная, с урчанием
5. гладкая, не смещаемая

327. Бимануальный метод глубокой пальпации живота применяется для ощупывания:

1. сигмовидной кишки
2. слепой кишки
3. поперечно-ободочной кишки
4. восходящего отдела толстой кишки
5. прямой кишки

328. В норме над кишечником при перкуссии определяется

1. тимпанический звук
2. тупой звук
3. притупленный звук
4. коробочный звук
5. ясный легочный

329. В панкреатическом и кишечном соке человека отсутствует:

1. лактаза
2. целлюлоза
3. амилаза
4. липаза
5. протеаза

330. Переваривание белков осуществляется:

1. протеазой
2. амилазой
3. секретином
4. липазой
5. холецистокинином

331. Какой из лекарственных препаратов не является панкреатическим энзимом:

1. урсодезоксизолевая кислота
2. панцитрат
3. мезим
4. месалазин
5. панкреатин

332. Панкреатические энзимы наиболее эффективны при приеме:

1. после еды
2. за 15 минут до еды
3. во время еды
4. во время длительных периодов голодания
5. за 45 минут до еды

333. Поверхностной пальпацией выявляется:

1. консистенция органа
2. локализация кишечника
3. напряжение брюшной стенки
4. диаметр органа
5. поверхность органа

334. В норме содержание билирубина в сыворотке крови составляет:

1. 1-3,02 мкмоль|л
2. 8,55-20,52 мкмоль|л
3. 30,70-40,70 мкмоль|л
4. 40,80-50,80 мкмоль|л
5. 22-25,0 мкмоль/л

335. Содержание общего белка в крови в норме:

1. 65-85 г/л
2. 60-80 г/л
3. 70-90 г/л
4. 80-100 г/л
5. 40-55 г/л

336.Ранитидин относится к группе препаратов:

1. адреноблокаторы
2. М-холиноблокаторы
3. блокаторы гистаминовых Н1-рецепторов
4. блокаторы гистаминовых Н2-рецепторов
5. антациды

337. К какой группе препаратов относится омепразол

1. адреноблокаторы
2. блокаторы протонового насоса
3. М-холиноблокаторы
4. блокаторы гистаминовых Н2-рецепторов
5. антациды

338. Наиболее интенсивное всасывание железа в кишечнике происходит из следующих продуктов

1. яблок
2. моркови
3. сыра
4. мясных продуктов и печени
5. банана

339.Полное отсутствие соляной кислоты и пепсина в желудочном соке называется:

1. гиперхлоргидрией
2. гипохлоргидрией
3. ахилией
4. ахлоргидрией
5. гипергастринемией

340.Пилоростеноз проявляется:

1. рвотой без примеси желчи
2. прибавкой массы тела
3. потерей массы тела
4. диареей
5. видимой перистальтикой желудка в виде песочных часов

341. Язык при В12-дефицитной анемии:

1. географический
2. полированный, атрофический
3. малиновый
4. сухой
5. обложен

342.Толщину стенки органов ЖКТ изучают по данным:

1. УЗИ
2. двойного контрастирования
3. рентген-исследование
4. ангиографии
5. ЭГДС

343. Что такое симптом Щеткина-Блюмберга:

1. урчание и шум плеска в слепой кишке
2. появление боли при надавливании и резком снятии пальпирующей руки на животе
3. болезненность в эпигастральной области
4. вздутие околопупочной области
5. болезненность в правой подвздошной области

344. Количество желчи, выделяемой у человека за сутки

1. 1,5 – 2 л
2. 0,5 – 1 л
3. 0,2 л. – 0,3 л
4. 2 – 2,5 л
5. более 3 л

345. Активация липазы кишечного сока осуществляется

1. соляной кислотой
2. энтерокиназой
3. химотрипсином
4. желчными кислотами
5. пепсином

346. Механизм регуляции секреции панкреатического сока в кишечную фазу

1. условно-рефлекторный
2. безусловно-рефлекторный
3. гуморальный (секретин, холецистокинин-панкреозимин)
4. гуморальный (гастрин, гастрон)
5. только условно - рефлекторный

347. Снижение кислотности желудочного сока приводит к

1. развитию гастрита
2. нарушению гидролиза жиров
3. усилению моторики ЖКТ
4. нарушению гидролиза углеводов
5. повышению гидролиза белков, жиров

348. Главным компонентом желчи являются

1. желчные кислоты
2. пепсины
3. трипсин и химотриксин
4. карбоксипептидаза
5. слизь

349. К моторике ротовой полости относится:

1. жевание пищи
2. перистальтика кишечника
3. ощущение вкуса во рту
4. глотание пищи
5. гиперсаливация

350. Секреция в ЖКТ – это:

1. выработка гастроинтестинальных гормонов
2. выделение продуктов гидролиза во внутреннюю среду
3. всасывание биоактивных веществ из ЖКТ в кровь
4. выработка пищеварительных соков
5. выработка гормонов и выделение их в кровь

351. В состав слюны входят ферменты

1. пепсины
2. трипсин и химотрипсин
3. мальтаза и амилаза
4. липазы
5. пепсины, трипсин, липазы

352. Конечными продуктами гидролиза жиров являются

1. жирные кислоты и глицерин
2. моносахара
3. аминокислоты
4. пептиды
5. дипептиды

353. Функция желудка:

1. всасывание углеводов
2. всасывание белков
3. образование химуса
4. секреция трипсина
5. распознавание вкуса пищи

354. Активация липазы поджелудочного сока осуществляется:

1. соляной кислотой
2. пепсином
3. энтерокиназой
4. химотрипсином
5. желчью

355. Инкреция в ЖКТ – это

1. выработка гастроинтестинальных гормонов
2. выделение продуктов гидролиза во внутреннюю среду
3. всасывание биоактивных веществ из ЖКТ в кровь
4. выработка пищеварительных соков
5. выделение пищеварительных соков в кровь

356. Функции ротовой полости

1. измельчение пищи, смачивание, формирование пищевого комка
2. депонирование пищи, гидролиз жиров
3. окончательный гидролиз пищевых веществ, всасывание аминокислот
4. выработка гормонов, всасывание питательных, инкреция
5. формирование химуса

357. Функция, не характерная для печени

1. дезинтоксикационная
2. участие в обмене белков, жиров и углеводов
3. образование желчи
4. синтез секретина, холецистокинина
5. депо крови

358. Кишечная флора синтезирует витамины

1. А
2. РР
3. В,К,Е
4. Д
5. только В

359. Наибольшее количество ферментов попадает в:

1. желудок
2. 12-ти перстную кишку
3. ротовую полость
4. толстую кишку
5. тонкую кишку

360. Основным гормоном желудка является:

1. гастрин
2. секретин
3. холецистокинин
4. глиптин
5. гормон роста

361. Выработку соляной кислоты стимулирует:

1. вилликинин
2. слюна
3. адреналин
4. гистамин
5. холецистокинин

362. Безусловные слюноотделительные рефлексы начинаются с

1. терморецепторов ротовой полости
2. зрительных и обонятельных рецепторов
3. вкусовых рецепторов ротовой полости
4. болевых рецепторов
5. зрительных и слуховых рецепторов

363. К питательным веществам относятся

1. вода, натрий, калий, кальций
2. витамины, микроэлементы
3. белки, жиры.углеводы
4. целлюлоза, пектин
5. только витамины

364. Количество слюны, выделяемое за сутки, в норме у здорового человека

1. 0.5 л.
	1. – 2 л.
2. 300 мл.
	1. – 3 л.
3. более 3 л.

365. Функции соляной кислоты:

1. самостоятельно создает опзащитный слой
2. нейтрализует избыток НСL
3. участвует в липотропном обмене печени
4. создает оптимум для деятельности ферментов
5. эмульгирует жиры

366. Основной функцией толстого кишечника является

1. формирование каловых масс и всасывание воды
2. всасывание глюкозы
3. всасывание жирных кислот
4. всасывание аминокислот
5. образование химуса

367. Функции желчи

1. создание щелочной среды, бактериостатическая
2. создание кислой среды, денатурация белков
3. активирование пепсиногенов
4. расщепление углеводов до моносахаров
5. торможение моторики кишечника

368. Основная роль электролитов слюны

1. гидролиз углеводов
2. создание рН среды
3. формирование пищевого комка
4. являются растворителями
5. нейтрализуют НСIжелудочного сока

369. Условие для всасывания в ЖКТ

1. наличие окончательных продуктов гидролиза
2. наличие олигомеров
3. ограниченное время контакта
4. снижение активности ферментов
5. отсутствие градиентов давлений и белков - переносчиков

370. Основную роль в регуляции секреции кишечного сока играют

1. условные рефлексы
2. безусловные рефлексы с рецепторов желудка
3. гуморальные факторы
4. местные рефлекторные дуги
5. только нервно – рефлекторный механизм

371. Главным фактором желчевыделения является

1. возбуждение симпатического нерва
2. гастрин
3. холецистокинин
4. соляная кислота
5. вилликинин

372. Экскреция - это

1. выработка пищеварительных соков железами ЖКТ
2. выделение продуктов обмена , токсических веществ
3. процесс ускорения гидролиза в полости ЖКТ
4. всасывание биоактивных веществ из ЖКТ в кровь
5. всасывание мономеров в кровь

373. Пища продвигается в орально-анальном направлении благодаря двигательной активности ЖКТ

1. тонической
2. перистальтической
3. маятникообразной
4. систолической
5. только тонической

374. Ионы, необходимые для всасывания глюкозы и аминокислот в тонком кишечнике:

1. Ca++
2. H+
3. Na+
4. K+Е.
5. Сl

# 375. К гастроинтестинальным гормонам относится

1. окситоцин
2. адреналин
3. гастрин
4. вазопрессин
5. серотонин

376. Реакция желудочного сока -

1. кислая
2. нейтральная
3. слабо-щелочная
4. резко-щелочная
5. щелочная

377. На моторику кишечника влияют

1. адреналин усиливает, ацетилхолин тормозит
2. адреналин тормозит, ацетилхолин усиливает
3. адреналин не влияет, ацетилхолин усиливает
4. адреналин тормозит, ацетилхолин не влияет
5. адреналин и ацетилхолин усиливают

378. Функции муцина (слизи) желудочного сока

1. защищает слизистую от самопереваривания
2. активирует ферменты желудка
3. активирует выработку гастрина в желудке
4. стимулирует образование соляной кислоты
5. денатурирует белки

379.Фермент сока поджелудочной железы:

1. ренин
2. пепсин
3. целлюлоза
4. химотрепсин
5. энтерокиназа

380.Всасывание белков, жиров и углеводов осуществляется:

1. диффузией
2. пассивным транспортом
3. активным транспортом
4. фагоцитозом
5. только пассивно

381. Функция микрофлоры толстого кишечника

1. синтезирует жиры
2. секретирует протеолитические ферменты
3. подавляет патогенные микроорганизмы
4. стимулирует выделение НСL
5. расщепляет жиры, белки, углеводы до мономеров

382. Фермент слюны, который защищает слизистую ротовой полости:

1. лизоцим
2. мальтаза
3. пепсин
4. трипсин
5. гастриксин

383. Слизистую желудка защищает:

1. соляная кислота
2. муцин (слизь)
3. фермент пепсин
4. гастрин
5. секретин

384. Основная роль гормона гастрина заключается в:

1. стимуляции секреции поджелудочной железы
2. стимуляции секреции желудочного сока
3. превращениипепсиногенав пепсин
4. усилении моторики кишечника
5. торможении секреции желудочного сока

385. Пепсиноген активируется в пепсин под влиянием:

1. слюны
2. энтерокиназы
3. соляной кислоты
4. слизи
5. желчи

386. Регуляция деятельности слюнных желез осуществляется следующим механизмом:

1. гуморальным
2. сложнорефлекторным
3. местно - рефлекторным
4. нервно – рефлекторным и гуморальным
5. только условно – рефлекторным

387. Барьерная функция печени состоит в том, что:

1. образуется гликоген
2. обезвреживаются токсичные пробукты обменов
3. образуется витамин А
4. происходит синтез белков
5. выделяется желчь

388. Наибольшее количество гормонов попадает в:

1. 12- перстную кишку
2. желудок
3. ротовую полость
4. тонкий кишечник
5. толстый кишечник

389. Слизь желудочного сока содержит

1. жиры
2. фактор Кастла
3. витамин В12
4. микроэлементы
5. ферменты

390. Гидролиз клетчатки в толстой кишке идет под влиянием:

1. кишечного сока
2. поджелудочной железы
3. энтероцитов
4. микрофлоры
5. сока толстого кишки

391.Одним из способов предотвращения развития комы при печеночной недостаточности является ограничение в диете?

1. углеводов
2. липидов
3. белков
4. жидкости
5. солей

392.Фактор, вызывающий развитие гемолитической желтухи:

1. паразитирование малярийного плазмодия
2. паразитированиеальвеококков
3. паразитирование лямблий
4. паразитирование токсоплазм
5. наличие камней в желчном пузыре

393. Анорексия – это:

1. отсутствие аппетита
2. невозможность глотания
3. чрезмерно усиленный аппетит
4. повышенное потребление пищи
5. булимия

394. Булимия – это:

1. отстутствие аппетита
2. невозможность глотания
3. чрезмерно усиленный аппетит
4. повышенное потребление пищи
5. нарушение слюноотделения

395. Полифагия – это:

1. отсутствие аппетита
2. невозможность глотания
3. чрезмерно усиленный аппетит
4. повышенное потребление количества пищи
5. нарушение жевания

396. В результате повышенного газообразования в желудке развивается:

1. икота
2. рвота
3. отрыжка
4. тошнота
5. изжога

397. Изжога развивается при:

1. ахилии
2. при понижении чувствительности рецепторов пищевода к желудочному содержимому
3. низком внутрижелудочном давлении
4. недостаточности кардиального сфинктера
5. гастродуоденальном рефлюксе

398. При недостаточности эзофаго-гастрального сфинктера возникает:

1. заброс желудочного содержимого в пищевод
2. снижение перистальтики пищевода
3. затруднение продвижения пищи по пищеводу
4. нарушение проглатывания пищи
5. застой пищи в пищеводе

399. Гиперхлоргидрия сопровождается:

1. снижением бактерицидного действия соляной кислоты
2. быстрой нейтрализацией пищевых масс из желудка дуоденальным содержимым
3. ускорением эвакуации пищевых масс из желудка в кишечник
4. затруднением эвакуации пищевых масс из желудка
5. развитием процессов брожения и гниения в желудке

400. Гиперсекреция желудочного сока сопровождается:

1. запором
2. диареей
3. ацидозом
4. меленой
5. полифекалией

401. Ахлоргидрия желудочного сока сопровождается:

1. спазмом привратника
2. замедлением прохождения пищи из желудка в двенадцатиперстную кишку
3. отрыжкой кислым, иногда рвотой
4. застоем в желудке пищевого содержимого
5. запорами

402. Гипосекреция желудочного сока сопровождается:

1. диареей
2. изжогой
3. обстипацией
4. гиперволемией
5. метеоризмом

403. К факторам, способствующим развитию язвенной болезни относят:

1. пониженная способность слизистой оболочки к регенерации
2. повышенное образование слизи в желудке
3. повышенная секреция бикарбонатов
4. повышенное образование простагландинов Е1 и Е2
5. пониженная выработка лейкотриенов С4 и Д4

404. Синдром мальабсорбции характеризуется нарушением всасывания питательных веществ:

1. в желудке
2. в 12-перстной кишке
3. в тонкой кишке
4. в толстой кишке
5. в прямой кишке

405. Стеаторея – это…

1. выделение жира с мочой
2. выделение жира с калом
3. накопление жира в крови
4. выделениестеркобилина с калом
5. выделение уробилина с калом

406. Стеаторея развивается при:

1. ахолии
2. избыточном поступлении в организм белка
3. гиперсекреции желудочного сока
4. высокой активности кишечных липаз
5. затруднении моторики кишечника

407. Атонические запоры возникают при:

1. дефиците грубой клетчатки в пище
2. спазмах кишечника
3. свинцовой интоксикации
4. мальабсорбции
5. недостатке гастрина

408. Механическая кишечная непроходимость возникает:

1. при спазме или параличе кишечной мускулатуры
2. при опухолях и гельминтозах кишечника
3. при тромбозе сосудов кишечной стенки
4. припарезах кишечной мускулатуры
5. при параличе сосудов кишечной стенки

409. Патогенез кишечной аутоинтоксикации обусловлен токсическим влиянием:

1. продуктов гниения белков в кишечнике и биогенных аминов (кадаверин, путресцин)
2. непрямого билирубина
3. кетоновых тел
4. желчныхкислот
5. прямого билирубина

410. Вторичная печеночная недостаточность развивается при:

1. действии четыреххлористого углерода
2. недостаточности кровообращения
3. фосфорной интоксикации
4. вирусных гепатитах
5. хронической алкогольной интоксикации

411. Первичная печеночная недостаточность развивается при:

1. сердечной недостаточности
2. шоке
3. почечной недостаточности
4. вирусном поражении печени
5. сахарном диабете

412. Наиболее частой причиной хронического гепатита являются:

1. вирусы
2. бактерии
3. гельминты
4. риккетсии
5. спирохеты

413. Синдром холемии обусловлен патогенным действием:

1. холестерина
2. прямого билирубина
3. непрямого билирубина
4. жирных кислот
5. желчных кислот

414. Присутствие в крови солей желчных кислот вызывает:

1. повышение кровяного давления
2. брадикардию
3. тахикардию
4. повышение температуры тела
5. одышку

415. Ахолия – это отсутствие желчи:

1. в крови
2. в моче
3. в кишечнике
4. в спинномозговой жидкости
5. в лимфе

416. Для ахолии характерно:

1. активация эмульгирования жира в кишечнике
2. гипервитаминоз жирорастворимых витаминов
3. повышенное расщепление и всасывание жира
4. стеаторея
5. темная окраска кала

417. Стеаторея при механической желтухе связана с:

1. нарушением поступления и всасывания жиров в кишечнике
2. активацией панкреатической липазы
3. наследственной ферментопатией
4. активацией липолиза
5. развитием первичной мальабсорбции

418. Кровоточивость при длительной подпеченочной желтухе возникает вследствие:

1. нарушения синтеза гепарина
2. нарушения синтеза протромбина из-за снижения всасывания витамина К
3. нарушения синтеза ингибиторов фибринолиза
4. нарушение синтеза антитромбина
5. нарушения синтеза калликреина

419. Гипербилирубинемия, сопровождающаяся повышением уровня как свободного, так и связанного билирубина в крови, отмечается при:

1. холецистите
2. серповидно-клеточной анемии
3. гепатите
4. холангите
5. инсулиноме

420. Определите вид желтухи по показателям: гипербилирубинемия (непрямой билирубин 28,3 мкмоль/л), уробилиногенемия и уробилиногенурия, гиперхоличный кал:

1. механическая
2. паренхиматозная
3. гемолитическая
4. синдром Ротора
5. синдром Дабина-Джонсона

421. Определите вид желтухи по показателям: гипербилирубинемия (прямой билирубин 8,7 мкмоль/л), билирубинурия, ахолия, холемия, гиперхолестеринемия.

1. подпеченочная
2. паренхиматозная
3. гемолитическая
4. синдром Ротора
5. синдром Дабина-Джонсона

422.Укажите основную причину развития хронического Нр-ассоциированного гастрита?

1. прием НПВП
2. инфекция Нр
3. нарушение режима питания
4. курение, алкоголь
5. гельминты

423. Какой из перечисленных методов является основным в диагностике хронических гастритов?

1. рентгенологическое исследование желудка
2. эндоскопия с прицельной биопсией
3. исследование секреторной функции желудка
4. бактериологический
5. копрологический

424. Фактор, вызывающий развитие гемолитической желтухи:

1. паразитирование малярийного плазмодия
2. паразитирование альвеококков
3. паразитирование лямблий
4. паразитирование токсоплазм
5. наличие камней в желчном пузыре

425.Патологическое состояние, развивающееся в результате быстрой эвакуации желудочного содержимого в тонкую кишку называется?

1. регургитация
2. демпинг-синдром
3. диарея
4. рефлюкс
5. ахалазия

426.Невротическая анорексия наблюдается при:

1. кишечных инфекциях
2. сахарном диабете
3. отрицательных эмоциях
4. интоксикациях
5. рвоте

427.Невротическая анорексия наблюдается при:

1. кишечных инфекциях
2. сахарном диабете
3. истерии
4. интоксикациях
5. рвоте

428. Нервно-психическая анорексия наблюдается при:

1. сильном возбуждении коры головного мозга
2. навязчивом представлении об излишней полноте
3. реципрокном торможении пищевого центра
4. болевом синдроме
5. интоксикации

429. Интоксикационная анорексия наблюдается при:

1. реципрокном торможении пищевого центра из-за боли
2. сильном возбуждении коры головного мозга
3. навязчивом представлении об излишней полноте
4. отравлениях
5. нарушении функции рецепторов пищеварительного тракта

430. Гиперрексия наблюдается при:

1. сахарном диабете
2. интоксикации
3. болевом синдроме
4. угнетении пищевого центра
5. разрушении вентролатеральных ядер гипоталамуса

431.Парарексия – это:

1. извращение аппетита
2. быстрая насыщаемость
3. нарушение глотания
4. повышение аппетита
5. снижение аппетита

432. Гиперсаливация наблюдается при:

1. лихорадке
2. паротите
3. сиалоадените
4. сиалолитиазе
5. гельминтозах, токсикозе беременности

433.Рвота имеет защитно-приспособительное значение при:

1. токсикозе беременности
2. приеме недоброкачественной пищи
3. опухоли мозга
4. эмоциональном потрясении
5. водянке мозга

434. На что обратить внимание при осмотре ротовой полости?

1. высыпания (герпес), изъязвления углов рта
2. цвет губ, их влажность
3. состояние зубов
4. выраженность сосочков, влажность
5. все вышеперечисленное

435. У взрослого язык в норме:

1. влажный, чистый и розового цвета
2. темный, умеренная сыпь и налеты на ней
3. окраска бледно-розовая, покрыта налётом
4. сосочки на языке слабо выражены
5. географический язык

436. Форма живота у лиц нормостенического типа телосложения:

1. небольшое выпячивание живота с несколько выступающей надлобковой областью
2. выпячивание выражено, при перемене положения изменяется форма
3. легкое втяжение живота, умеренно вздут
4. легкая асимметричность правой половины живота за счёт печени
5. во время выдоха происходит выпячивание живота

437. У взрослого в норме при перкуссии живота над желудком и кишечником выявляется:

1. умеренный тимпанический звук
2. притупленный звук
3. коробочный звук
4. тупой звук
5. притупленно-коробочный звук

438. Что можно услышать при аускультации живота у взрослого в норме?

1. легкое урчание, переливание жидкости
2. шум трения брюшины
3. шум плеска
4. шум всасывания
5. отсутствие звуков и шумов

439. Какой отдел желудка наиболее доступен пальпации?

1. кардиальный отдел
2. малая кривизна
3. большая кривизна
4. привратник
5. все отделы

440. У взрослого в норме большая кривизна желудка:

1. не пальпируется совсем
2. пальпируется до 10% случаев
3. пальпируется в 20-25% случаев
4. пальпируется в 50-60% случаев
5. пальпируется у всех

441. Ориентировочную поверхностную пальпацию обычно начинают:

1. с эпигастральной области
2. правого подреберья
3. левого подреберья
4. правой подвздошной области
5. левой подвздошной области

442. Поверхностная пальпация живота позволяет определить:

1. подвижность кишечника
2. топографию кишечника
3. диаметр и состояние поверхности кишечника
4. урчание и болезненность кишечника
5. ни один из перечисленных

443. В качестве стимулятора желудочной секреции используют:

1. гистамин
2. секретин
3. 40% раствор глюкозы
4. 0,5% раствор хлористо-водородной кислоты
5. 10% раствор натрия хлорида

444. Ректороманоскопия позволяет осмотреть слизистую толстой кишки на расстоянии:

1. 15 см
2. 20 см
3. 25 см
4. 35 см
5. 40 см

445. Колоноскопия позволяет обследовать:

1. слепую кишку
2. сигмовидную кишку
3. поперечную ободочную кишку
4. прямую кишку и часть сигмовидной кишки
5. весь толстый кишечник

446. В норме верхняя граница печени по среднеключичной линии располагается:

1. в V межреберье
2. на VI ребре
3. в VII межреберье
4. в VIII межреберье
5. в IX межреберье

447. Нижнюю границу абсолютной тупости печени определяют по следующим линиям:

1. правая окологрудинная
2. правая среднеключичная
3. правая передне-подмышечная
4. передней срединной линии
5. по всем вышеперечисленным линиям

448. В вертикальном положении нижняя граница печени смещается вниз на:

1. 1-1,5 см
2. 2-2,5 см
3. 3-3,5 см
4. 4-4,5 см
5. 5-5,5 см

449. Размер печени по передней подмышечной линии в норме:

1. 6-8 см
2. 8-9 см
3. 10-12 см
4. 13-15 см
5. 16-18 см

450. Нижний край нормальной печени обычно на вдохе прощупывается:

1. по правой подмышечной линии
2. по правой среднеключичной линии
3. по правой окологрудинной линии
4. по передней срединной линии
5. по левой окологрудинной

451. В норме содержание билирубина в сыворотке крови составляет:

1. 1-3,02 мкмоль/л
2. 8,55-20,52 мкмоль/л
3. 30,7-40,7 мкмоль/л
4. 40,8-50,8 мкмоль/л
5. 60,8-80,0 мкмоль/л

452. С калом у взрослого в норме выделяется:

1. свободный билирубин
2. связанный билирубин
3. уробилин
4. стеркобилин
5. уробилиноген

453. Для суждения об углеводной функции печени применяют пробу:

1. тимоловую
2. с нагрузкой бензойнокислым натрием
3. с бромсульфалеином
4. с нагрузкой галактозой
5. формоловую

454. Для исследования белковой функции печени применяют:

1. определение содержания общего белка сыворотке крови
2. белково-осадочные пробы
3. определение протромбинового индекса
4. определение белковых фракций
5. все вышеперечисленные метод

455. Отражением пигментной функции печени является содержание в сыворотке крови:

1. холестерина
2. общего белка и белковых фракций
3. фибриногена
4. билирубина и его фракций
5. гепарина

456. При дуоденальном зондировании порция «В» — это содержимое:

1. 12 перстной кишки
2. общего желчного протока
3. из шейки желчного пузыря
4. желчного пузыря
5. желчь из внутрипеченочных желчных протоков

457. У больного язвенной болезнью желудка появилась общая слабость, сердцебиение, головокружение, рвота кофейной гущей. О каком осложнении должен подумать врач:

1. перфорации
2. малигнизации
3. пенетрации
4. кровотечении
5. стенозе привратника

458. Больной М., 35 лет, предъявляет жалобы на ноющие, голодные боли по ночам в подложечной области, которые проходят после приема пищи. Из анамнеза: в течение многих лет наблюдался в поликлинике с диагнозом хронический гастрит. Питается нерегулярно, часто всухомятку. Пальпаторно: положительный симптом Менделя. О каком синдроме должен думать врач?

1. синдроме воспаления желчного пузыря
2. кровотечении из язвы желудка
3. синдроме пептических язв
4. синдроме мальабсорбции
5. синдроме портальной гипертензии

459. Черный, дегтеобразный стул обнаруживается при кровотечении из:

1. желудка и 12 –перстной кишки
2. слепой, восходящей части ободочной кишки
3. поперечной части ободочной кишки
4. нисходящей и сигмовидной кишки
5. прямой кишки

460. Рентгенологическое исследование желудка определяет:

1. pH желудочного сока
2. цвет слизистой оболочки желудка
3. внутрижелудочное давление
4. форму и величину желудка, его подвижность
5. секрецию гастрина

461.Наиболее информативный и распространенный методы исследования при синдроме пептической язвы:

1. ирригоскопия
2. холангиография
3. эзофагогастродуоденоскопия
4. дуоденальное зондирование
5. колоноскопия

462.Helicobacterpylori:

1. основная причина рефлюкс –эзофагита
2. это грамотрицательная бактерия, длительно персистирующая в слизистой оболочке желудка
3. является причиной гепатита
4. является основной причиной панкреатита
5. является причиной синдрома мальдигестии

463. Для заболеваний желудка характерны следующие симптомы:

1. боли в левой подвздошной области
2. боли в правом подвздошной области
3. боли вокруг пупка
4. боли в подложечной области
5. боли в правом подреберье

464. При дуоденальном зондировании порция "В"- это:

1. содержимое 12 перстной кишки
2. пузырная желчь
3. содержимое желудка
4. желчь из внутрипеченочных желчных протоков
5. содержимое желудка

465. При дуоденальном зондировании порция "А"- это содержимое :

1. 12 перстной кишки
2. общего желчного протока
3. шейки желчного пузыря
4. желудка
5. желчного пузыря

466. При дуоденальном зондировании порция "С"- это содержимое:

1. 12 перстной кишки
2. желудка
3. общего желчного протока
4. внутрипеченочных желчных протоков
5. желчного пузыря

467.Врач, исследуя больного согнутыми пальцами производить толчкообразные удары, не отрываясь от брюшной стенки. Это методика называется:

1. поверхностной пальпацией
2. глубокой пальпацией
3. определением«шума плеска»
4. определением«симптома Менделя»
5. определением «симптома Щеткина-Блюмберга»

468. При макроскопическом исследовании кал в норме:

1. полифекалия
2. неоформленный жидкий
3. оформленный, коричневого цвета
4. жирный блеск кала
5. кашицеобразный

469. По каким линиям определяют размеры печени по Курлову?

1. среднеключичной линии, срединной и по правой реберной дуге
2. среднеключичной линии, срединной и по левой реберной дуге
3. передней подмышечной, срединной и по правой реберной дуге
4. окологрудинной, срединной, передней подмышечной
5. задней подмышечной, передней подмышечной и срединной

470. Перкуторно размеры печени по Курлову в норме:

1. 9-8-7см
2. 3-4-5см
3. 11-12-13см
4. 12-13-14см
5. 6-7-8 см

471. Боли при заболеваниях печени и желчных путей иррадиируют в область:

1. левого плеча
2. правой лопатки
3. сердца
4. поясницы
5. левой руки

472. Дуоденальное зондирование проводится для установления поражения:

1. пищевода
2. печени
3. желудка
4. желчного пузыря
5. селезенки

473. При синдроме гепатомегалии печень при пальпации:

1. уменьшена в размерах и плотная
2. мягкая
3. увеличена в размерах и плотная
4. не пальпируется
5. уплотнена

474. Для суждения об углеводной функции печени применяют пробу:

1. тимоловую
2. с нагрузкой бензойнокислым натрием
3. с бромсульфалеином
4. с нагрузкой галактозой
5. с дексаметазоном

475. Отражением пигментной функции печени является содержание в сыворотке крови:

1. холестерина
2. общего белка и белковых фракций
3. фибриногена
4. билирубина и его фракций
5. трансаминаз

476. Расширенные расходящиеся в разные стороны вены вокруг пупка- это симптом:

1. сосудистых звездочек
2. гинекомастии
3. ксантелазмы
4. «головы Медузы»
5. телеангиоэктазии

477. Снижение аппетита, тяжесть в подложечной области, тошнота, рвота, метеоризм, расстройства стула у больных с заболеваниями печени являются признаками:

1. астено-вегетативного синдрома
2. диспепсического синдрома
3. геморрагического синдрома
4. гепатолиенального синдрома
5. синдрома портальной гипертензии

478.Снижение трудоспособности, общая слабость, быстрая утомляемость, недомогание, головные боли у больных с заболеваниями печени обозначается синдромом:

1. астено-вегетативным
2. диспепсическим
3. геморрагическим
4. портальной гипертонии
5. гепатолиенальным

479. Асцит - увеличение размеров живота за счет:

1. метеоризма
2. увеличения печени
3. увеличения селезенки
4. скопления свободной жидкости в брюшной полости
5. опущения внутренних органов

480. Кровотечения из носа, десен, маточные кровотечения, кожные кровоизлияния, кровотечения их расширенных вен пищевода у больных с заболеваниями печени обозначается синдромом:

1. астено-вегетативным
2. диспепсическим
3. геморрагическим
4. портальнойгипертензией
5. пептических язв

481. «Ложная желтуха» возникает в следующих случаях:

1. гемолитической желтухи
2. длительный прием большого количества каротина с пищей (морковь, мандарины, апельсины)
3. приема препаратов железа
4. печеночной недостаточности
5. прием медьсодержащих веществ

482. Признаки синдрома портальной гипертензии:

1. асцит, спленомегалия
2. увеличение живота за счет абдоминального ожирения
3. избыточная масса тела
4. артериальная гипертензия
5. акроцианоз

483. При нарушении обезвреживающей функции печени в крови повышается содержание:

1. общего белка
2. альбумина
3. глобулинов
4. аммиака
5. билирубина

484. Проявление какого синдрома является асцит, «голова медузы», спленомегалия, расширение вен пишевода, желудка, геморроидальных вен:

1. гиперспленизма
2. портальной гипертензии
3. печеночно-клеточной недостаточности
4. гепатомегалии
5. астено-вегетативного

485. При синдроме мальабсорбции дефицит витамина А приводит к:

1. ночной слепоте
2. подкожным кровоизлияниям
3. неврологическим расстройствам
4. дерматиту
5. пеллагре

486.При синдроме мальабсорбции дефицит витамина В12 приводит к:

1. ночной слепоте
2. подкожным кровоизлияниям
3. ксерофтальмии
4. глосситу, парестезиям
5. цинге

487.Боль при заболеваниях печени локализуется в:

1. левой боковой области
2. околопупочной области
3. правой подвздошной области
4. правом подреберье
5. левом подреберье

488.Какой звук определяется при перкуссии живота:

1. умеренный тимпанический звук
2. притупленный звук
3. тупой звук
4. ясный легочной звук
5. коробочный звук

489. Атрофические изменения слизистой желудка характеризуется:

1. сглаженностью рельефа и истончением слизистой оболочки желудка
2. быстрым заполнением «слизистого озерка» желудочным соком и слизью
3. дефект слизистой оболочки округлой формы
4. воспалительным валом в периульцерозной зоне
5. гиперемией слизистой оболочки желудка с образованием эрозий

490. Что определяет гастроскопия:

1. цвет, характер слизистой желудка
2. наиболее точную кислотопродуцирующую функцию желудка
3. объем желудочного сока
4. уровень связанной соляной кислоты
5. температуру

491. Эндоскопически метод исследования желудка:

1. эзофагоскопия
2. гастроскопия
3. колоноскопия
4. ректороманоскопия
5. ирригоскопия

492. Содержание общего белка в крови в норме:

1. 65-85 г/л
2. 86-90 г/л
3. 96-100
4. 116-120 г/л
5. 35-55 г/л

493. Неинвазивный метод исследования желчного пузыря и печени:

1. УЗИ
2. дуоденальное зондирование
3. лапароскопия
4. холецисто-панкреатография
5. ирригоскопия

494. Проекции желчного пузыря соответствует:

1. точке пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с реберной дугой
2. под нижним краем печени, кнаружи от латерального края правой прямой мышцы живота
3. в левом подреберье
4. точке пересечения наружного края левой прямой мышцы живота с реберной дугой
5. точке пересечения левой реберной дуги с наружным краем длинной мышцы спины

495. Обильный кашицеобразный жирный кал наблюдается при:

1. желудочной гиперсекреции
2. синдроме пептической язвы желудка
3. внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы
4. внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы
5. синдроме пептических язв

496. Большое количество мышечных волокон в кале – это:

1. стеаторея
2. креаторея
3. лиентерея
4. амилорея
5. лейкорея

497. Большое количество крахмала в кале – это:

1. стеаторея
2. лиентерея
3. пиорея
4. креаторея
5. амилорея

498. Основным патогенетическим фактором в развитии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является:

1. спазм нижнего пищеводного сфинктера
2. недостаточность нижнего пищеводного сфинктера
3. инфицирование Helicobacter pylori
4. гиперсекреция соляной кислоты
5. повышение уровня гастрина

499. При аутоиммунном гастрите, осложненном пернициозной анемией, назначают

1. алмагель
2. витамин В-12, натуральный желудочный сок
3. омепразол
4. квамател
5. панкреатин

500. Увеличение печени определяется при:

1. хроническом гепатите
2. атрофическом гастрите
3. хроническом холецистите
4. хроническом панкреатите
5. язвенной болезни желудка