

Green Test



Тест по
Гастроэнтерологии
и гепатологии

Тест по Гастроэнтерологии и гепатологии

1. Наиболее характерный симптом, указывающий на раковое перерождение при хроническом эзофагите:

- 1)+ дисфагия;
- 2) боль при глотании;
- 3) икота;
- 4) изжога;
- 5) слюнотечение.

2. К препаратам, снижающим желудочно-пищеводный рефлюкс, не относится:

- 1) атропин;
- 2) метацин;
- 3) нитроглицерин;
- 4)+ координакс;
- 5) папаверин.

3. При лечении ахалазии пищевода противопоказано применять:

- 1) нитроглицерин;
- 2)+ мотилиум;
- 3) но-шпу;
- 4) седативные средства;
- 5) коринфар.

4. Рентгенологически выявленное отсутствие перистальтики в дистальном отделе пищевода при нормальной моторике в проксимальном отделе характерно для:

- 1) ахалазии пищевода;
- 2)+ склеродермии;
- 3) диффузного спазма пищевода;
- 4) эзофагита;
- 5) пищевода Баррета.

5. Наличие желудочной метаплазии нижнего пищеводного сфинктера характерно для:

- 1) эзофагита;
- 2) склеродермии;
- 3) ахалазии пищевода;
- 4) скользящей грыжи пищеводного отдела диафрагмы;
- 5)+ пищевода Баррета.

6. При рефлюкс-эзофагите применяют: а) нитроглицерин; б) мотилиум; в) но-шпу; г) де-нол; д) маалокс; е) ранитидин. Выберите правильную комбинацию:

- 1) а, б, в;
- 2) б, в, г;
- 3) в, г, д;
- 4) а, д, е;
- 5)+ б, д, е.

7. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, не относится:

- 1) анализ желудочного сока;
- 2) рентгенография желудка;
- 3) гастроскопия;
- 4) морфологическое исследование слизистой оболочки желудка;
- 5)+ дуоденальное зондирование.

8. Наличие триады симптомов - стойкое повышение желудочной секреции, изъязвление ЖКТ, диарея - указывает на:

- 1)+ синдром Золлингера-Эллисона;
- 2) язвенную болезнь с локализацией в желудке;
- 3) язвенный колит;
- 4) язвенную болезнь с локализацией в постбульбарном отделе;
- 5) хронический панкреатит.

9. О степени активности гастрита судят по клеточной инфильтрации слизистой оболочки желудка:

- 1) лимфоцитами;
- 2) плазматическими клетками;
- 3)+ лейкоцитами;
- 4) эозинофилами;
- 5) макрофагами.

10. Для клиники хронического гастрита характерно:

- 1) субфебрильная температура;
- 2) умеренный лейкоцитоз;
- 3)+ диспепсический синдром;
- 4) диарея;
- 5) спастический стул.

11. Наличие эрозий в антральном отделе желудка характерно для:

- 1) острого гастрита;
- 2) аутоиммунного гастрита;
- 3) гранулематозного гастрита;
- 4) болезни Менетрие;
- 5)+ хеликобактерной инфекции.

12. Общее количество желудочного сока, выделяющегося у человека при обычном пищевом режиме:

- 1) 0,5-1,0 л;
- 2) 1,0-1,5 л;
- 3)+ 1,5-2,0 л;
- 4) 2,0-2,5 л;
- 5) 2,5-3,0 л.

13. Какой из нижеперечисленных нестероидных противовоспалительных препаратов реже других вызывает язвенные изменения ЖКТ?

- 1) индометацин;
- 2) вольтарен;
- 3) реопирин;
- 4)+ мелоксикам;
- 5) диклофенак.

14. Какой тест наиболее надежен для диагностики синдрома Золлингера-Эллисона?

- 1) базальная кислотопродукция;
- 2) максимальная кислотопродукция;
- 3)+** уровень гастрина в крови;
- 4) данные ЭГДС;
- 5) биопсия слизистой оболочки желудка.

15. Что может подтвердить пенетрацию язвы по клинической картине? Верно все, кроме одного:

- 1) усиление болевого синдрома;
- 2) изменение характерного ритма возникновения болей;
- 3) уменьшение ответной реакции на антациды;
- 4)+** мелена;
- 5) появление ночных болей.

16. Для болезни Уиппла не характерно:

- 1) диарея;
- 2) лихорадка;
- 3) полифекалия;
- 4) полисерозиты;
- 5)+** нефропатия.

17. Для целиакии спру характерно все перечисленное, кроме:

- 1) метеоризма;
- 2)+** лихорадки;
- 3) поносов;
- 4) полифекалии;
- 5) истощения.

18. Усиливают диарею при целиакии спру:

- 1) мясо;
- 2) сырые овощи и фрукты;
- 3)+** белые сухари;
- 4) рис;
- 5) кукуруза.

19. Употребление какого из перечисленных злаков или продуктов из него не вызывает ухудшения течения целиакии спру?

- 1) пшеница;
- 2) рожь;
- 3)+** кукуруза;
- 4) овес;
- 5) ячмень.

20. Для какого заболевания характерна гипертония нижнего пищеводного сфинктера?

- 1) склеродермия;
- 2)+** ахалазия;
- 3) хронический рефлюкс-эзофагит;
- 4) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- 5) пищевод Баррета.

21. Гастрин секретируется:

- 1)+ антральным отделом желудка;
- 2) фундальным отделом желудка;
- 3) слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки;
- 4) поджелудочной железой;
- 5) слизистой оболочкой тощей кишки.

22. Желудочную секрецию стимулирует:

- 1)+ гастрин;
- 2) секретин;
- 3) холецистокинин;
- 4) соматостатин;
- 5) серотонин.

23. Ведущим фактором в возникновении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки не является:

- 1) гиперсекреция соляной кислоты;
- 2) дуоденит;
- 3)+ заболевания желчного пузыря;
- 4) хеликобактериоз;
- 5) курение.

24. Для диагностики синдрома мальабсорбции при хронической диарее более информативно:

- 1) копрологическое исследование;
- 2) ректороманоскопия;
- 3)+ биохимическое исследование крови;
- 4) рентгенологические данные;
- 5) исследование желудочной секреции.

25. Структурной единицей, которая раньше всего поражается при нетропической спру, являются:

- 1) лимфатические сосуды;
- 2) кровеносные сосуды;
- 3) аргентофильные клетки;
- 4) бруннеровы железы;
- 5)+ эпителиоциты.

26. С каким из перечисленных заболеваний трудно дифференцировать нетропическую спру?

- 1) регионарный илеит;
- 2) хронический панкреатит;
- 3)+ лимфосаркома;
- 4) амилоидоз;
- 5) экссудативная гипопропротеинемическая энтеропатия.

27. Достоверным критерием наступления ремиссии после лечения нетропической спру является:

- 1) рентгенологическое исследование;
- 2) гематологическая картина;
- 3) абсорбционный тест;
- 4)+ гистологические изменения в кишке;
- 5) копрологическое исследование.

28. Какой из приведенных методов помогает в дифференциальной диагностике между лимфогранулематозом с поражением тонкой кишки и нетропической спру?

- 1) рентгенологическое исследование;
- 2) абсорбционные тесты;
- 3) биопсия тонкого кишечника;
- 4)+** ответная реакция на аглютиновую диету;
- 5) копрологическое исследование.

29. Результат теста на толерантность к D-ксилозе зависит от:

- 1) функции поджелудочной железы;
- 2) функции печени;
- 3)+** всасывающей функции тонкой кишки;
- 4) функции почек;
- 5) желудочной секреции.

30. После удаления дистального отдела подвздошной кишки не наблюдается:

- 1)+** недостаточность поджелудочной железы;
- 2) образование конкрементов в желчном пузыре;
- 3) потеря желчных кислот со стулом;
- 4) диарея;
- 5) повреждение слизистой оболочки толстой кишки.

31. В ЖКТ желчь подвергается реабсорбции. Где это происходит?

- 1) в двенадцатиперстной кишке;
- 2) в проксимальном отделе тощей кишки;
- 3) в тощей кишке (в терминальном отделе);
- 4)+** в подвздошной кишке (в дистальном отделе);
- 5) в толстой кишке.

32. При лечении диареи можно применять отвар:

- 1)+** ольховых шишек;
- 2) ромашки;
- 3) мяты;
- 4) цветов бессмертника;
- 5) толокнянки.

33. Основным местом всасывания витамина B12 является:

- 1) желудок;
- 2) двенадцатиперстная кишка;
- 3) проксимальный отдел тощей кишки;
- 4) подвздошная кишка, проксимальный отдел;
- 5)+** подвздошная кишка, дистальный отдел.

34. При наличии диареи и отсутствии синдрома мальабсорбции можно думать о:

- 1)+** синдроме раздраженной кишки;
- 2) ахлоргидрии;
- 3) истерии;
- 4) гранулематозном колите;
- 5) глютеневой энтеропатии.

35. Креаторея характерна для:

- 1)+ хронического панкреатита;
- 2) болезни Крона;
- 3) ишемического колита;
- 4) синдрома раздраженной кишки;
- 5) дискинезии желчного пузыря.

36. В ЖКТ желчные кислоты подвергаются реабсорбции. Где это происходит?

- 1) в двенадцатиперстной кишке;
- 2) в тощей кишке;
- 3) в проксимальном отделе подвздошной кишки;
- 4)+ в дистальном отделе подвздошной кишки;
- 5) в толстой кишке.

37. Гастрин крови снижается при пероральном приеме:

- 1) пищи;
- 2)+ соляной кислоты;
- 3) антигистаминных препаратов;
- 4) антихолинергических средств;
- 5) желчегонных препаратов.

38. Лучший метод дифференциальной диагностики склеродермии и ахалазии:

- 1) биопсия пищевода;
- 2) эзофагоскопия;
- 3)+ рентгеноскопия;
- 4) атропиновый тест;
- 5) цитологические исследования.

39. Заболевания, сопровождающиеся изжогой, не включают:

- 1) язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки;
- 2) высокую язву малой кривизны желудка;
- 3) скользящую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит;
- 4) гастрит;
- 5)+ дискинезию желчного пузыря.

40. Признаком перфорации язвы является:

- 1) лихорадка;
- 2) рвота;
- 3) изжога;
- 4)+ ригидность передней брюшной стенки;
- 5) гиперперистальтика.

41. У взрослых самой частой причиной стеноза привратника является:

- 1) рак желудка;
- 2)+ язвенная болезнь;
- 3) гипертрофия мышц привратника;
- 4) пролапс слизистой оболочки через пилорический канал;
- 5) доброкачественный полип желудка.

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

- 1)+ к снижению агрессивности желудочного содержимого;
- 2) к повышению агрессивности желудочного содержимого;
- 3) агрессивность не изменится;
- 4) к понижению слизисто-бикарбонатного барьера;
- 5) к диарее.

43. Желудочную секрецию снижает:

- 1)+ фамотидин;
- 2) солкосерил;
- 3) сайтотек;
- 4) вентер;
- 5) но-шпа.

44. Механизм болей при язвенной болезни с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки не зависит от:

- 1) кислотно-пептического фактора;
- 2) спазмов в пилородуоденальной зоне;
- 3) повышения давления в желудке и двенадцатиперстной кишке;
- 4) глубины язвы;
- 5)+ наличия хеликобактерной инфекции.

45. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:

- 1) рвота желчью;
- 2) урчание в животе;
- 3)+ рвота съеденной накануне пищей;
- 4) вздутие живота;
- 5) диарея.

46. Для клинической картины хронического дуоденита не характерны:

- 1) боли в эпигастриальной области, возникающие через 2-3 часа после еды;
- 2) диспепсические расстройства;
- 3)+ астено-вегетативные нарушения;
- 4) иррадиация боли в правое и/или левое подреберье;
- 5) сезонные обострения.

47. Зантак относится к группе препаратов:

- 1) адреноблокаторы;
- 2) М-холиноблокаторы;
- 3) симпатомиметики;
- 4) блокаторы гистаминовых H1-рецепторов;
- 5)+ блокаторы гистаминовых H2-рецепторов.

48. Омепразол относится к группе препаратов:

- 1) адреноблокаторы;
- 2) М-холиноблокаторы;
- 3) блокаторы гистаминовых H1-рецепторов;
- 4) блокаторы гистаминовых H2-рецепторов;
- 5)+ блокаторы протонного насоса.

49. К эндоскопическим признакам хеликобактериоза желудка не относят:

- 1) отек, гиперемия, экссудацию;
- 2) внутрислизистые кровоизлияния;
- 3) плоские и/или приподнятые эрозии в зоне наиболее выраженного воспаления;
- 4) выраженную деструкцию поверхностного эпителия в периаульцерозной зоне с образованием эрозий;
- 5)+ полипозный гастрит.

50. Наиболее частой причиной анемии после резекции желудка по поводу язвенной болезни является:

- 1) снижение всасывания витамина B12;
- 2)+ дефицит железа;
- 3) гемолиз;
- 4) нарушение функции костного мозга;
- 5) дефицит фолиевой кислоты.

51. Стимулирует активность ферментов поджелудочной железы:

- 1) соматостатин;
- 2) глюкагон;
- 3)+ гистамин;
- 4) мотилин;
- 5) вазоактивный интестинальный пептид.

52. У человека в сутки вырабатывается панкреатического сока:

- 1) до 0,5 л;
- 2) 0,5-1,0 л;
- 3) 1,0-1,5 л;
- 4)+ 1,5-2,0 л;
- 5) 2,0-2,5 л.

53. Через сколько часов после появления клиники острого панкреатита можно зафиксировать наибольший уровень амилазы крови?

- 1) 2-4 часа;
- 2) 10-12 часов;
- 3) 18-24 часа;
- 4)+ 48-72 часа;
- 5) 96-120 часов.

54. Какой из перечисленных симптомов не характерен для хронического панкреатита?

- 1) абдоминальные боли;
- 2) стеаторея;
- 3) креаторея;
- 4)+ водная диарея;
- 5) диабет.

55. Какой из перечисленных признаков не характерен для симптоматических язв?

- 1) локализация;
- 2) определенность этиологии;
- 3) отсутствие рецидивирующего течения;
- 4) хорошо поддаются медикаментозной терапии;
- 5)+ часто пенетрируют.

56. Какой из тестов наиболее достоверен для диагностики синдрома мальабсорбции?

- 1)+ тест с D-ксилозой;
- 2) тест на толерантность к лактозе;
- 3) рентгенологическое исследование ЖКТ;
- 4) клинический анализ крови;
- 5) исследование желудочной секреции.

57. Для купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите не применяют:

- 1) атропин;
- 2) новокаин;
- 3) баралгин;
- 4) промедол;
- 5)+ морфин.

58. Для обострения неосложненной язвенной болезни не характерно:

- 1) «голодные» боли в эпигастрии;
- 2) «ночные» боли;
- 3) терапевтический эффект от приема антацидов;
- 4) хронический антральный гастрит, ассоциированный с НР;
- 5)+ рвота съеденной накануне пищей.

59. Для постбульбарной язвы не характерно:

- 1) боли через 3-4 часа после еды;
- 2) боли с иррадиацией в левое или правое подреберье;
- 3) «пульсирующие» боли;
- 4) кровотечения;
- 5)+ положительный эффект от приема антацидов.

60. При пенетрации язвы в поджелудочную железу повышается уровень:

- 1)+ амилазы;
- 2) липазы;
- 3) глюкозы;
- 4) щелочной фосфатазы;
- 5) γ-глутамилтранспептидазы.

61. Больной 62 лет с коротким язвенным анамнезом и длительно не рубцующейся язвой желудка обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в подложечной области, похудание. В данном случае можно думать о:

- 1) стенозе выходного отдела желудка;
- 2)+ первично язвенной форме рака;
- 3) пенетрации язвы;
- 4) перфорации язвы;
- 5) микрокровотечении из язвы.

62. У больного, длительно страдающего язвенной болезнью с локализацией в луковице двенадцатиперстной кишки, в последнее время изменилась клиническая картина: появились тяжесть в эпигастрии после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, потеря веса. Можно предположить следующее:

- 1)+ органический стеноз пилородуоденальной зоны;
- 2) функциональный стеноз;
- 3) рак желудка;
- 4) пенетрацию язвы;
- 5) перфорацию язвы.

- 63.** Мужчина 50 лет 3 года страдает язвенной болезнью луковицы двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами язвы. На терапию H2-блокаторами гистамина отвечал положительно. Очередное обострение началось с болей и осложнилось кровотечением. За 4 недели лечения зантаксом язва зарубцевалась, но остался эрозивный антральный гастрит. Какова дальнейшая лечебная тактика?
- 1) прерывистая курсовая терапия гастропептином;
 - 2) поддерживающая терапия зантаксом в течение длительного времени;
 - 3) хирургическое лечение;
 - 4) терапия солкосерилом;
 - 5)+ определение НР и при положительном результате - антибактериальная терапия на фоне приема де-нола.
- 64.** Во время акта рвоты наблюдается:
- 1) опущение диафрагмы;
 - 2) повышение внутрибрюшного давления;
 - 3)+ сокращение дна желудка;
 - 4) сокращение антрального отдела;
 - 5) сокращение абдоминальной мускулатуры.
- 65.** Какое из перечисленных медикаментозных средств не является стимулятором желудочной секреции?
- 1) эуфиллин;
 - 2)+ атропин;
 - 3) кофеин;
 - 4) гистамин;
 - 5) инсулин.
- 66.** Вес суточного кала здорового человека:
- 1)+ 100-200 граммов;
 - 2) 300-400 граммов;
 - 3) 500-700 граммов;
 - 4) 800-1000 граммов;
 - 5) более 1000 граммов.
- 67.** К слабительным средствам, обладающим раздражающим действием на нервно-мышечный аппарат толстой кишки и усиливающим ее перистальтику, не относится:
- 1) александрийский лист;
 - 2) корень ревеня;
 - 3) бисакодил;
 - 4) пурген;
 - 5)+ сорбит.
- 68.** Больная 30 лет обратилась с жалобами на диарею, вздутие, урчание, переливание в животе. Больна с детского возраста, росла слабым ребенком. Часто возникала диарея, которая расценивалась как «отравление». Объективно: питание пониженное, кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, ногти ломкие, волосы длинные, густые, блестящие. Голени пастозны. Живот атоничный, распластаный, положительный симптом Образцова. Печень не увеличена. Стул кашицеобразный, полифекалия, лиентерия. О каком заболевании можно думать?
- 1) болезнь Уиппла;
 - 2) болезнь Гордона;
 - 3) болезнь Крона;
 - 4)+ целиакия спру;
 - 5) синдром раздраженной кишки.

69. Больной 35 лет страдал хроническим бронхитом в течение нескольких лет. 3 года тому назад появилась полиартралгия. При амбулаторном обследовании выявлена ахлоргидрия, железодефицитная анемия. В связи с лихорадкой, появлением диареи, быстрым истощением госпитализирован в терапевтическое отделение. Через несколько дней потерял сознание. Диагностирован менингит. О каком заболевании идет речь?

- 1) болезнь Гордона;
- 2)+ болезнь Уиппла;
- 3) болезнь Крона;
- 4) лимфосаркома;
- 5) целиакия спру.

70. При обследовании у больного выявлены ЖКБ, полипоз ЖКТ, на слизистой оболочке полости рта и кожных покровах тела имеются пятна дымчатого цвета. О каком заболевании можно думать?

- 1) болезнь Уиппла;
- 2) хронический панкреатит;
- 3) цирроз печени;
- 4)+ синдром Пейтца-Эйгера;
- 5) болезнь Рандю-Ослера.

71. Больная 17 лет, высокого роста, астенического телосложения, питание пониженное. Больна в течение 2 лет: боли и чувство распирающих в мезогастррии через 20-30 минут после приема пищи, тошнота, неприятный запах изо рта. Вышеуказанные жалобы появились после того, как за короткий период времени больная выросла на 15 см. При ЭГДС язва не выявлена, отмечается дуодено-гастральный рефлюкс. О каком заболевании можно думать?

- 1) хронический гастрит;
- 2) хронический панкреатит;
- 3) дискинезия желчного пузыря;
- 4)+ артерио-мезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки;
- 5) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

72. Больной жалуется на диарею, схваткообразные боли по всему животу, чувство жара, гиперемия лица, приступы сердцебиения и удушья. О каком заболевании можно думать?

- 1) болезнь Уиппла;
- 2) лимфосаркома;
- 3) лимфогранулематоз;
- 4)+ карциноид;
- 5) неспецифический язвенный колит.

73. Анатомическим образованием, которое наиболее часто ограничивает распространение патологического процесса, вызванного перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, является:

- 1) желчный пузырь;
- 2) печень;
- 3) малый сальник;
- 4) большой сальник;
- 5)+ поджелудочная железа.

74. Последствие хронического панкреатита, возникшего вследствие злоупотребления алкоголем:

- 1) экзокринная недостаточность поджелудочной железы;
- 2) эндокринная недостаточность поджелудочной железы;
- 3) перитонит;
- 4)+ кисты в поджелудочной железе;
- 5) асцит.

75. В консервативную терапию хронического панкреатита не включаются:

- 1) диета;
- 2)+ кортикостероиды;
- 3) ферментные препараты;
- 4) анальгетики;
- 5) сандостатин.

76. Основными клиническими симптомами неспецифического язвенного колита являются:

- 1) боли в животе;
- 2) наличие крови в кале;
- 3) нарушение функции кишечника;
- 4) анемия;
- 5)+ все перечисленные выше симптомы.

77. Укажите внекишечные (системные) проявления неспецифического язвенного колита, клинические проявления которых зависят от активности основного заболевания:

- 1)+ узловая эритема, олигомоноартрит, конъюнктивит;
- 2) гангренозная пиодермия, сакроилеит, иридоциклит.

78. Укажите внекишечные (системные) проявления неспецифического язвенного колита, клинические проявления которых не зависят от активности основного заболевания:

- 1) узловая эритема, олигомоноартрит, конъюнктивит;
- 2)+ гангренозная пиодермия, сакроилеит, иридоциклит.

79. Укажите возможные осложнения болезни Крона:

- 1) формирование фистул и свищей;
- 2) кишечное кровотечение;
- 3) токсический мегаколон;
- 4) кишечная непроходимость;
- 5)+ все вышеперечисленное.

80. Какое из заболеваний при естественном длительном течении наиболее часто осложняется раком толстой кишки?

- 1) болезнь Крона;
- 2) неспецифический язвенный колит;
- 3) ишемический колит;
- 4)+ псевдомембранозный колит.

81. Какой из морфологических признаков является наиболее диагностически ценным с точки зрения характеристики активности неспецифического язвенного колита?

- 1) наличие язвенного дефекта;
- 2)+ наличие нейтрофильных лейкоцитов в собственной пластинке слизистой оболочки кишечной стенки;
- 3) наличие пролиферативной активности фибробластов.

82. Какое заболевание наиболее часто и наиболее быстро формирует кишечную облитерацию?

- 1) неспецифический язвенный колит;
- 2) псевдомембранозный колит;
- 3) ишемический колит;
- 4)+ болезнь Крона.

83. Какой из диагностических инструментальных методов наиболее предпочтителен для диагностики неспецифического язвенного колита?

- 1) ирригоскопия;
- 2) колоноскопия;
- 3)+ колоноскопия с прицельным биопсийным исследованием.

84. Какой из диагностических инструментальных методов наиболее предпочтителен для диагностики ишемического колита?
- 1)+ ирригоскопия;
 - 2) колоноскопия;
 - 3) колоноскопия с прицельным биопсийным исследованием.
85. Стадия «отпечатков» большого пальца при ишемическом колите является:
- 1)+ наиболее ранним признаком при ирригоскопическом исследовании;
 - 2) наиболее поздним признаком при ирригоскопическом исследовании;
 - 3) промежуточным признаком при ирригоскопическом исследовании.
86. Стадия «мешочков» при ишемическом колите является:
- 1) наиболее ранним признаком при ирригоскопическом исследовании;
 - 2)+ наиболее поздним признаком при ирригоскопическом исследовании;
 - 3) промежуточным признаком при ирригоскопическом исследовании.
87. Имеются ли патогномоничные морфологические признаки псевдомембранозного колита в поздней стадии естественного течения?
- 1)+ не имеются;
 - 2) имеются.
88. Имеются ли патогномоничные морфологические признаки псевдомембранозного колита в ранней стадии естественного течения?
- 1) не имеются;
 - 2)+ имеются.
89. Укажите «эталонную» комбинацию лекарственных средств для лечения псевдомембранозного колита:
- 1) линкомицин + цефалоспорин;
 - 2) ванкомицин + тетрациклин;
 - 3) метронидазол + клиндамицин + кишечные адсорбенты;
 - 4)+ ванкомицин + метронидазол + кишечные адсорбенты;
 - 5) эритромицин + клиндамицин + кишечные адсорбенты.
90. Укажите наиболее оправданную лечебную тактику при развитии токсической дилатации толстой кишки, осложнившей неспецифический язвенный колит:
- 1) немедленное оперативное вмешательство;
 - 2) налаживание парентерального питания, увеличение дозы кортикостероидов, выжидательная тактика в течение 12 часов;
 - 3)+ налаживание парентерального питания, увеличение дозы кор-тикостероидов, выжидательная тактика в течение 48 часов;
 - 4) выжидательная тактика в течение 48 часов без изменения проводимой базисной терапии.
91. Укажите наиболее информативные морфологические признаки ишемического колита:
- 1) косое расположение волокон в мышечном слое между очагами атрофии;
 - 2)+ наличие грануляционной ткани в дне язвенного дефекта в сочетании с обнаружением в подслизистой основе макрофагов, нагруженных гемосидерином;
 - 3) наличие в подслизистой основе нейтрофильных лейкоцитов в сочетании с косым расположением волокон в мышечном слое между очагами атрофии.
92. Базисная терапия неспецифического язвенного колита:
- 1) антибиотики;
 - 2) производные 5'-аминосалициловой кислоты;
 - 3) кортикостероиды;
 - 4) цитостатики;
 - 5)+ сочетание кортикостероидов с цитостатиками.
93. Какова лечебная тактика у больных с диагностированным ишемическим колитом?
- 1) оперативное лечение;
 - 2)+ выжидательная тактика для оценки исхода развития естественного течения;
 - 3) только медикаментозное лечение.

94. Пальпируемая «кишечная абдоминальная масса» является клиническим признаком:

- 1) болезни Уиппла;
- 2)+ болезни Крона;
- 3) хронического дизентерийного колита;
- 4) целиакии;
- 5) неспецифического язвенного колита.

95. Рентгенологический феномен «дымохода» характерен для кишечной стриктуры, ассоциированной с:

- 1)+ раком толстой кишки;
- 2) неспецифическим язвенным колитом;
- 3) псевдомембранозным колитом;
- 4) ишемическим колитом;
- 5) не ассоциирован ни с одним из перечисленных заболеваний.

96. Рентгенологический феномен «яблочной кожур» характерен для кишечной стриктуры, ассоциированной с:

- 1)+ раком толстой кишки;
- 2) неспецифическим язвенным колитом;
- 3) псевдомембранозным колитом;
- 4) ишемическим колитом;
- 5) не ассоциирован ни с одним из перечисленных заболеваний.

97. Наиболее частая причина развития псевдомембранозного колита в многопрофильном стационаре:

- 1) неизвестна;
- 2)+ применение антибиотиков или суперинфекция при выполнении медицинских манипуляций;
- 3) пищевая токсикоинфекция.

98. Этиологическим фактором псевдомембранозного колита является:

- 1)+ *clostridium difficile*;
- 2) неспецифическая кокковая флора;
- 3) гемолитический стрептококк;
- 4) кишечная палочка;
- 5) причина болезни неизвестна.

99. Какой из перечисленных методов инструментального исследования является «эталонным» для диагностики псевдомембранозного колита на ранней стадии заболевания?

- 1)+ ректороманоскопия;
- 2) ирригоскопия;
- 3) колоноскопия.

100. Чем в морфологическом отношении представлены мембраны при псевдомембранозном колите?

- 1) соединительной тканью;
- 2)+ клетками собственной пластинки слизистой оболочки кишечной стенки;
- 3) тканевым детритом и фибрином.

101. Наиболее частая причина развития хронических диффузных заболеваний печени:

- 1)+ гепатотропные вирусы;
- 2) алкоголь;
- 3) наследственные заболевания - болезни накопления;
- 4) токсические гепатотропные агенты.

102. Наиболее распространенной гепатотропной вирусной инфекцией, формирующей хронические диффузные заболевания печени, является:

- 1)+ HBV-инфекция;
- 2) HCV-инфекция;
- 3) HAV-инфекция;
- 4) HBV/HDV-инфекция, HDV-инфекция.

103. Какая из форм хронических диффузных заболеваний печени отдельно не выделяется экспертами Лос-Анджелеской классификации хронических гепатитов?

- 1) вирусные гепатиты;
- 2) токсические гепатиты;
- 3)+ алкогольный гепатит;
- 4) криптогенный гепатит.

104. Какие из перечисленных клинических синдромов свойственны неалкогольному стеатогепатиту?

- 1) отсутствие маркеров вирусной инфекции;
- 2) избыточная масса тела;
- 3) гиперлипидемия, преимущественно за счет триглицеридов;
- 4) отсутствие указаний на злоупотребление алкоголем;
- 5)+ все вышеперечисленное.

105. Морфологическими критериями неалкогольного стеатогепатита являются:

- 1) наличие изолированной жировой дистрофии гепатоцитов;
- 2) наличие жировой дистрофии гепатоцитов в сочетании с некрозами и лимфогистиоцитарной инфильтрацией;
- 3)+ все перечисленное.

106. Что является «эталонным» лабораторным маркером алкогольного гепатита?

- 1) повышение трансаминаз;
- 2) повышение γ -глутаминтранспептидазы;
- 3) сочетанное повышение трансаминаз и γ -глутаминтранспептидазы;
- 4)+ десахарированный трансферрин;
- 5) ничего из вышеперечисленного.

107. Наиболее быстрые сроки прогрессирования хронического гепатита В в цирроз/рак печени ассоциированы с:

- 1) мужским полом пациентов;
- 2) мутантным (HBe-негативным) штаммом HBV;
- 3) злоупотреблением алкоголем;
- 4) длительностью заболевания;
- 5)+ со всеми перечисленными факторами.

108. Наиболее частая мутация HBV ассоциирована с:

- 1)+ мутацией в рге-сог-зоне;
- 2) мутацией в зоне ДНК-полимеразы;
- 3) мутацией в s-зоне.

109. Какие из перечисленных морфологических признаков определяют неспецифический индекс гистологической активности гепатита по Knodell-Ischak?

- 1) лимфогистиоцитарная инфильтрация паренхимы;
- 2) наличие некрозов;
- 3) активация сателлитных клеток печени;
- 4)+ все вышеперечисленное;
- 5) ничего из вышеперечисленного.

110. Индекс фиброза 2 по Desmeth соответствует морфологическим критериям:

- 1) минимальному фиброзу;
- 2) отсутствию фиброза;
- 3) выраженному фиброзу;
- 4) циррозу печени;
- 5)+ умеренному фиброзу.

111. Наиболее типичными морфологическими признаками хронического гепатита В являются:

- 1) наличие фоновой жировой дистрофии в сочетании с формированием лимфоидных фолликулов, скоплением цепочек лимфоцитов в перисинусоидальных пространствах;
- 2)+ наличие фоновой гиалиновой и/или белковой дистрофии в сочетании с наличием матово-стекловидных гепатоцитов и ядер гепатоцитов в виде «песочных часов».

112. Наиболее типичными морфологическими признаками хронического гепатита С являются:

- 1)+ наличие фоновой жировой дистрофии в сочетании с формированием лимфоидных фолликулов, скоплением цепочек лимфоцитов в перисинусоидальных пространствах;
- 2) наличие фоновой гиалиновой и/или белковой дистрофии в сочетании с наличием матово-стекловидных гепатоцитов и ядер гепатоцитов в виде «песочных часов».

113. Укажите основные ферменты репликации HCV:

- 1) ДНК-полимераза, протеаза;
- 2) геликаза, РНК-зависимая РНК-полимераза;
- 3) сериновая протеаза, ДНК-полимераза;
- 4)+ геликаза, металлопротеаза, РНК-зависимая РНК-полимераза, сериновая протеаза.

114. Верно ли утверждение, что вакцинопрофилактика в отношении вируса гепатита В снижает частоту заболеваемости вирусным гепатитом С?

- 1) да;
- 2)+ нет.

115. Верно ли утверждение, что вакцинопрофилактика в отношении вируса гепатита В снижает частоту заболеваемости вирусным гепатитом D?

- 1)+ да;
- 2) нет.

116. Какой из перечисленных интерферонов обладает преимущественно иммуномодулирующей активностью?

- 1)+ γ -IFN;
- 2) α -IFN;
- 3) β -IFN.

117. Какой из перечисленных интерферонов обладает преимущественно противовирусной активностью?

- 1) γ -IFN
- 2)+ α -IFN
- 3) β -IFN

118. Укажите коммерческие аналоги γ -IFN:

- 1) роферон-А, интрон-А, реаферон, риальдирон, эгиферон;
- 2) ребиф, бетаферон;
- 3)+ имукин.

119. Укажите коммерческие аналоги α -IFN:

- 1)+ роферон-А, интрон-А, реаферон, риальдирон, эгиферон;
- 2) ребиф, бетаферон;
- 3) имукин.

120. Укажите коммерческие аналоги β -IFN:

- 1) роферон-А, интрон-А, реаферон, риальдирон, эгиферон;
- 2)+ ребиф, бетаферон;
- 3) имукин.

121. Фармакологическое действие α -IFN ассоциировано:

- 1) с активацией 2'-5'-олигоденилатциклазы;
- 2) со специфической возможностью терминации внутриклеточных и вирусных ДНК и РНК;
- 3) с активацией сателлитных клеток;
- 4) с активацией NK-клеток;
- 5)+ со всеми перечисленными механизмами.

122. Стандартом стартового лечения хронического гепатита В в настоящее время является:

- 1)+ монотерапия нуклеозидными аналогами (зеффикс, эпивир, ламивудин, адефовир - депивоксил);
- 2) монотерапия α -IFN;
- 3) комбинированное лечение нуклеозидными аналогами в сочетании с α -IFN.

123. Показаниями к этиотропному лечению хронических вирусных гепатитов являются:

- 1) повышение уровня билирубина, повышение уровня трансаминаз, отрицательные значения полимеразной цепной реакции на детекцию генетического материала, позитивные результаты детекции суммарных антивирусных антител, морфологическое исследование, подтверждающее хронический гепатит;
- 2) повышение уровня билирубина, позитивные значения полимеразной цепной реакции на детекцию генетического материала вируса, позитивные результаты детекции суммарных антивирусных антител;
- 3)+ повышение уровня аланиновой трансаминазы, позитивные значения полимеразной цепной реакции на детекцию генетического материала вирусов, позитивные результаты детекции суммарных антивирусных антител, морфологическое исследование, подтверждающее хронический гепатит.

124. Стандартом стартового лечения хронического гепатита С в настоящее время является:

- 1) монотерапия рибавирином (ребетолом);
- 2) монотерапия α -IFN;
- 3)+ комбинированное лечение ребетолом в сочетании с α -IFN.

125. Укажите наиболее часто встречающиеся побочные эффекты интерферонотерапии:

- 1) кардиопатия, депрессивный синдром, гиперурикемия, гипергликемия, фотосенсибилизация;
- 2)+ гриппоподобный синдром, депрессивный синдром, цитопенический синдром (гранулоцито- и тромбоцитопения), алоpecia;
- 3) ожирение, дисменорея, артериальная гипертензия, диарея.

126. Что из перечисленного является безоговорочным условием прекращения лечения α -интерфероном?

- 1) гриппоподобный синдром;
- 2) афтозный стоматит;
- 3) тромбоцитопения;
- 4)+ тяжелые депрессии;
- 5) артериальная гипертензия.

127. Чем обычно лимитировано применение рибавирина у пациентов с хроническим гепатитом С?

- 1) гранулоцитопенией;
- 2) тромбоцитопенией;
- 3)+ гемолизом.

128. Обязательное условие, вносимое в информированное согласие пациента перед началом лечения рибавирином при хроническом гепатите С:

- 1) категорический отказ от алкоголя;
- 2) строгое соблюдение диеты;
- 3) резкое ограничение физических нагрузок;
- 4) категорический отказ от приема психотропных средств;
- 5)+ двойная контрацепция.

129. Что определяет частоту доказанного ответа у пациентов с хроническим гепатитом С, получающих стандартную комбинированную противовирусную терапию при соблюдении прочих равных условий?

- 1) только генотип вируса;
- 2)+ генотип вируса, возраст и пол пациента;
- 3) только возраст и пол пациента.

130. При каком из хронических вирусных гепатитов, отвечающих критериям проведения этиотропной терапии, результаты последней наиболее неудовлетворительны?

- 1) хронический гепатит В;
- 2) хронический гепатит С;
- 3) хронический гепатит С + В;
- 4)+ хронический гепатит D.

131. Что из перечисленного является наиболее значимым для диагностики болезни Коновалова-Вильсона?

- 1) наличие синдрома цитолиза;
- 2) повышение уровня щелочной фосфатазы, трансаминаз, церулоплазмينا, наличие неврологической симптоматики;
- 3)+ повышение уровня экскреции меди с мочой, снижение уровня церулоплазмينا, полиморфизм гена АТФазы Р, наличие кольца Кайзера-Флейшера на роговице при исследовании щелевой лампой.

132. Увеличение печени и селезенки в сочетании с обнаружением крупных пенистых клеток с голубой цитоплазмой, минимальной гистологической активностью и неврологическими нарушениями наиболее характерно для:

- 1) болезни Коновалова-Вильсона;
- 2) первичного гемохроматоза;
- 3) хронического вирусного гепатита с внепеченочными проявлениями;
- 4)+ ни для одного из перечисленных заболеваний;
- 5) для всех перечисленных заболеваний.

133. Что из перечисленного является наиболее значимым для диагностики первичного гемохроматоза?

- 1) повышение уровня гемоглобина и сывороточного железа;
- 2) повышение уровня экскреции железа с мочой;
- 3)+ насыщение трансферрина железом более 70%;
- 4) насыщение трансферрина железом более 45%.

134. Оптимальным сочетанием при лечении портальной гипертензии у больных с циррозом печени является:

- 1) ограничение физической нагрузки, снижение потребления поваренной соли, назначение салуретиков;
- 2) назначение салуретиков в сочетании с β-блокаторами;
- 3)+ назначение комбинированной салуретической терапии с обязательным включением верошпирона, ограничение потребления поваренной соли, β-блокаторов.

135. Укажите вариант, соответствующий наиболее правильному расположению осложнений цирроза печени по частоте встречаемости:

- 1)+ спонтанный бактериальный перитонит, гиперспленизм, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, печеночноклеточная недостаточность;
- 2) печеночноклеточная недостаточность, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, гиперспленизм, спонтанный бактериальный перитонит;
- 3) гиперспленизм, печеночноклеточная недостаточность, спонтанный бактериальный перитонит, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.

136. Наиболее оптимальным лечением печеночной энцефалопатии у больных с циррозом печени является:

- 1) ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишечника, ограничение потребления белка с пищей;
- 2) ограничение физической нагрузки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого, ограничение потребления белка с пищей;
- 3) ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого без существенного ограничения потребления белка с пищей;
- 4)+ ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого с ограничением потребления белка с пищей.

137. Что является методом выбора при определении лечебной тактики у пациентов с прогрессирующей печеночноклеточной недостаточностью любого генеза?

- 1) массивная кортикостероидная терапия;
- 2)+ временная заместительная терапия (искусственная печень) с проведением трансплантации печени;
- 3) массивная кортикостероидная терапия в сочетании с цитостатиками;
- 4) массивная интерферонотерапия.

138. Укажите наиболее типичное сочетание клинических признаков аутоиммунного гепатита:

- 1)+ отсутствие маркеров вирусной инфекции, молодой возраст пациентов (преобладают женщины), наличие системных проявлений - артриты, полисерозиты, тромбоцитопения, кожный васкулит; в сыворотке крови определяются антинуклеарные, антигладкомышечные антитела, высокий титр ревматоидного фактора, γ -глобулинов, высокий индекс гистологической активности гепатита, значительное повышение трансаминаз;
- 2) отсутствие маркеров вирусной инфекции, старший или средний возраст пациентов (преобладают женщины), наличие системных проявлений - артриты, полисерозиты, тромбоцитопения, кожный васкулит; в сыворотке крови определяются антимитохондриальные антитела, высокий титр ревматоидного фактора, γ -глобулинов, при гистологическом исследовании определяется интенсивная пролиферация эпителия желчных протоков, отмечается значительное повышение щелочной фосфатазы наряду с умеренным повышением трансаминаз.

139. Укажите наиболее типичное сочетание клинических признаков первичного билиарного цирроза печени:

- 1) отсутствие маркеров вирусной инфекции, молодой возраст пациентов (преобладают женщины), наличие системных проявлений - артриты, полисерозиты, тромбоцитопения, кожный васкулит; в сыворотке крови определяются антинуклеарные, антигладкомышечные антитела, высокий титр ревматоидного фактора, γ -глобулинов, высокий индекс гистологической активности гепатита, значительное повышение трансаминаз;
- 2)+ отсутствие маркеров вирусной инфекции, старший или средний возраст пациентов (преобладают женщины), наличие системных проявлений - артриты, полисерозиты, тромбоцитопения, кожный васкулит; в сыворотке крови определяются антимитохондриальные антитела, высокий титр ревматоидного фактора, γ -глобулинов, при гистологическом исследовании определяется интенсивная пролиферация эпителия желчных протоков, отмечается значительное повышение щелочной фосфатазы наряду с умеренным повышением трансаминаз.

140. Является ли заключение морфолога «неспецифический холангит» исключаящим моментом в постановке диагноза первичного билиарного цирроза печени?

- 1) да;
- 2)+ нет.

141. Укажите наиболее оптимальное сочетание, составляющее базисное лечение у пациентов с аутоиммунным гепатитом:

- 1) кортикостероиды + интерферон;
- 2) цитостатики + интерферон;
- 3)+ кортикостероиды + цитостатики;
- 4) урсодезоксихолевая кислота + кортикостероиды.

142. Укажите наиболее оптимальное сочетание, составляющее базисное лечение у пациентов с первичным билиарным циррозом печени:

- 1) кортикостероиды + интерферон;
- 2) цитостатики + интерферон;
- 3) кортикостероиды + цитостатики;
- 4) урсодезоксихолевая кислота + кортикостероиды;
- 5)+ урсодезоксихолевая кислота + метатрексат.

143. Возможна ли терапия интерфероном у больных хроническим гепатитом С (с признаками репликации) с наличием внепеченочных проявлений, ассоциированных со смешанной криоглобулинемией II типа?

- 1)+ да, возможна;
- 2) нет.

144. Возможна ли терапия интерфероном у больных хроническим гепатитом С (с признаками репликации) с наличием внепеченочных проявлений, не ассоциированных со смешанной криоглобулинемией II типа, и аутоиммунных аутоантител (LKM-1, ANA, SMA):

- 1) да, возможна;
- 2)+ нет.

145. Укажите наиболее вероятное сочетание клинических и инструментальных признаков для постановки диагноза первичного склерозирующего холангита:

- 1) женский пол, наличие холестатического синдрома, отсутствие признаков желчекаменной болезни, наличие в сыворотке крови аутоиммунных антител типа LKM-1, ANA, SMA;
- 2)+ мужской пол, наличие холестатического синдрома, частое сочетание с неспецифическим язвенным колитом, отсутствие признаков желчекаменной болезни, четкообразное утолщение/сужение как внутрипеченочных, так и внепеченочных желчных протоков, наличие в сыворотке крови аутоиммунных антител типа pANCA.

146. Укажите возможные причины развития вторичного склерозирующего холангита:

- 1) цитомегаловирусная инфекция;
- 2) желчекаменная болезнь с признаками рецидивирующей обструкции;
- 3) ВИЧ-инфекция;
- 4)+ все вышеперечисленное;
- 5) ничего из вышеперечисленного.

147. Укажите наиболее оптимальный режим лечения первичного гемохроматоза:

- 1) ограничение потребления железа с пищей;
- 2) ограничение потребления железа с пищей в сочетании с десфералом;
- 3)+ ограничение потребления железа с пищей в сочетании с кровопусканиями и последующим назначением десферала.

148. Препараты выбора для лечения болезни Коновалова-Вильсона:

- 1) кортикостериды;
- 2) цитостатики;
- 3) интерфероны;
- 4) десферал;
- 5)+ ничего из перечисленного.

149. Наиболее типичным сочетанием, характеризующим гепатоцеллюлярную карциному, является:

- 1) прогрессирующее похудание, желтуха, лихорадка, асцит, диарея, боли в правом подреберье, значительно увеличенная печень, повышенные значения СЕА-19 в сыворотке крови;
- 2)+ прогрессирующее похудание, желтуха, лихорадка, асцит, боли в правом подреберье, значительно увеличенная печень, повышенные значения α -FP в сыворотке крови.

150. Укажите наиболее значимое проявление, определяющее предстоящую продолжительность жизни у пациентов с первичным гемохроматозом:

- 1) надпочечниковая недостаточность;
- 2) цирроз печени;
- 3)+ недостаточность кровообращения, связанная с развитием кардиопатии и перикардитом.

151. Что, кроме цирроза печени, наиболее часто присутствует в клинической картине у больных с врожденным дефицитом α 1-антитрипсина?

- 1) остеомаляция, патологические переломы;
- 2) нарушение фертильности;
- 3)+ хроническое рецидивирующее поражение легких с развитием дыхательной недостаточности;
- 4) прогрессирующая энцефалопатия.

152. Какой из инструментальных методов диагностики поджелудочной железы является эталонным?

- 1) ультразвунография;
- 2) компьютерная томография;
- 3) лапароскопия;
- 4)+ селективная ангиография.

153. Какой из инструментальных методов диагностики псевдотуморозного панкреатита является эталонным?

- 1) ультразвунография;
- 2) компьютерная томография;
- 3) лапароскопия;
- 4)+ селективная ангиография.

154. Укажите возможные причины развития хронического панкреатита:

- 1) злоупотребление алкоголем;
- 2) хронические вирусные инфекции;
- 3) желчекаменная болезнь;
- 4) избыточная масса тела, гиперлипидемия;
- 5)+ все вышеперечисленное.

155. Укажите наиболее частую причину развития хронического панкреатита:

- 1)+ злоупотребление алкоголем;
- 2) хронические вирусные инфекции;
- 3) желчекаменная болезнь;
- 4) избыточная масса тела, гиперлипидемия.

156. Укажите возможные исходы острого панкреатита:

- 1) образование кисты;
- 2) исход в панкреонекроз;
- 3)+ все перечисленное.

157. В рамках какого заболевания часто развивается синдром хронического панкреатита, преимущественно с признаками экзокринной недостаточности?

- 1) синдрома Дауна;
- 2) синдрома Марфана;
- 3) первичного амилоидоза;
- 4)+ муковисцидоза;
- 5) ни при одном из перечисленных заболеваний.

generated at geetest.ru