

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКА
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ЦЕНТР ПОСЛЕДИПЛОМНОГО И НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
Отдел программ терапевтических специальностей

РАССМОТРЕНО

На заседании отдела протокол № _____

от «_____» _____ 2024 года
года

Рук.отд. Иметова Ж. Б. _____

УТВЕРЖДАЮ _____

Председатель УМС ЦПиНМО

Пр № _____ от «_____» 2024

Токтосунова А.А. _____

ФОНД ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Для итогового контроля по специальности

017 «Гастроэнтерология»

На 20 ____ -20 ____ учебный год

2-курс, 4-семестр

Наименование дисциплины и Кол-во тестовых вопросов	Всего	Аудиторные занятия 10% (96 ч)		Практика 90%
		Лекция	Семинарские	-
Гастроэнтерология 250	1152	48	48	1056

Составители:

1.ФИО _____ подпись / _____ /

2.ФИО _____ подпись / _____ /

Эксперт –тестолог: ФИО _____ подпись/ _____ /

№	Название дисциплины	Количество тестовых задач	% ное соотношение
1	Заболевания желудка и ДПК	70	28%
2	Заболевания кишечника	65	26%
3	Заболевания печени	65	26%
4	Лабораторно-инструментальные методы исследования	50	25%
Итого:		250	100%

Тестовые вопросы для ординаторов 4 семестра по специальности «Гастроэнтерология»
терапевтического отделения
ЦПиНМО ОшГУ

I. Заболевания желудка

1. Больная А, 62 года, предъявляет жалобы на острые приступообразные боли в правом подреберье, возникшие после приема острой и жирной пищи, с иррадиацией в правую лопатку, правое плечо, однократную рвоту, повышение температуры до 37,6. Найдите неправильный ответ.

1. Фракционного дуоденального зондирования
2. Обзорной рентгенографии органов брюшной полости
3. Эзофагогастродуоденоскопии
4. Ультразвукового исследования органов брюшной полости

2. Больная Х, 77 года, предъявляет жалобы на острые приступообразные боли в правом подреберье, возникшие после приема острой и жирной пищи, с иррадиацией в правую лопатку, правое плечо, однократную рвоту, повышение температуры до 37,6. Найдите осложнение, которое не является при данном случае.

1. Панкреонекроза
2. Гнойного холангита
3. Гастродуоденального кровотечения
4. Перитонита

3. Мужчина 55 лет три года страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами. На терапию H₂-гистаминблокаторами реагировал положительно. Поступил с кровоточащей язвой. За 4 недели терапии ранитидином язва зарубцевалась. Выберите дальнейшую лечебную тактику.

1. Прерывистая курсовая терапия H₂-гистаминблокаторами
2. Поддерживающая терапия H₂-гистаминблокаторами
3. Терапия сукральфатом
4. Курсовая терапия омепразолом

4. Больной 54 лет госпитализирован в жалобами на рвоту "кофейной гущей", частый жидкий стул черного цвета, слабость. АД= 90/60 мм рт.ст., частота пульса - 98 уд/мин. При пальцевом исследовании прямой кишки обнаружены следы кала черного цвета. В число предположительный диагнозов вошли синдром Мелори-Вейса, язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь 3 степени, осложненная кровотечением. Выберите оптимальный метод исследования:

- 1.рентгеноскопия желудка
- 2.эзофагогастродуоденофиброскопия
- 3.ректороманоскопия
- 4.ирригоскопия

5. У больного с язвенной болезнью в анамнезе была неоднократная рвота остатками пищи и однократно с примесью алой крови. При доставке его в приемное отделение он бледен, пульс частый, а/д = 90/60 мм рт.ст. Поставьте Ваш предварительный диагноз:

- 1.язвенная болезнь, осложненная кровотечением
- 2.эрозивный гастрит, осложненный кровотечением
- 3.желудочное кровотечение неясного генеза
- 4.кровотечение из ВРВП

6. Больному, обратившему в поликлинику с жалобами на жгучие боли за грудиной и изжогу, не имеющие четкой связи с физической нагрузкой, возникающие сразу после приема пищи и не купирующиеся после приема нитроглицерина, при инструментальном обследовании был установлен окончательный диагноз: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь 2 степени, и принято решение назначить в качестве антисекреторного средства ингибитор протонной помпы. Назначьте наиболее эффективный препарат в данном случае.

- 1.лансопразолу
- 2.пантопразолу
- 3.омепразолу
- 4.рабепразолу

7. Больной 63 лет поступил в клинику с жалобами на тяжесть в животе после приема пищи, отрыжку тухлым, рвоту съеденной накануне пищей, объективно была выявлена болезненность в подложечной области, вздутие живота, шум плеска. Из анамнеза заболевания выяснено, что больной длительное время страдает язвенной болезнью, о локализации процесса не знает. Укажите локализации патологического процесса?

1. Язвенная болезнь желудка.
2. Хронический гастрит
3. Хронический панкреатит
4. ЖКБ.

8. У 67-летнего больного, страдающего ИБС, получающего ацетилсалициловую кислоту в дозе 325 мг в сутки, выявлена язва желудка. В крови выраженная гипохромная анемия, выявлен *Helicobacter pylori* с помощью дыхательного теста. Найдите неверные утверждения.

1. Используемая доза ацетилсалициловой кислоты не может вызвать язвенного кровотечения
2. Для лечения язвы должны быть использованы ингибиторы протонной помпы
3. Содержание сывороточного железа снижено
4. Показана антихеликобактерная терапия

9. Больной Ж. , 53 лет, доставлен бригадой СП в стационар с жалобами на резкую общую слабость, недомогание, головокружение, чёрный дёгтеобразный стул. Появлению данных симптомов предшествовали боли в животе натощак и ночью. При осмотре состояние больного расценено как тяжёлое. Кожные покровы бледные, влажные. В анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Выберите осложнение язвенной болезни, которое возникло в данном случае.

1. Перфорация
2. Кровотечение
3. Стеноз
4. Пенетрация язвы

10. У больной И., 49 лет жалобы на резкую общую слабость, рвоту съеденной пищей, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, головокружение, стул со склонностью к запорам. Данные симптомы беспокоят пациентку около 2-х месяцев. Больная потеряла в весе за последние 3-4 месяца около 15 кг. В анамнезе язвенная болезнь желудка ассоциированная с *Helicobacter pylori*. Эрадикационная терапия не проводилась. Поставьте предварительный диагноз.

1. Перфорация
2. Кровотечение
3. Пенетрация
4. Малигнизация

11. У больного А., 46 лет, жалобы на интенсивные «кинжальные» боли в животе, резкую общую слабость, головокружение. Данные симптомы беспокоят пациента около 4-5 часов. В анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки ассоциированная с *Helicobacter pylori*. Эрадикационная терапия не проводилась. Болевой синдром купировал приемом антацидов. Язык обложен белым налётом, сухой. При поверхностной пальпации живот напряжён, резко болезнен во всех отделах. Симптом Щёткина – Блюмберга резко положителен. Найдите осложнение язвенной болезни, возникло у больного.

1. Перфорация, перитонит
2. Кровотечение
3. Стеноз
4. Малигнизации

12. У больной К., 56 лет, жалобы на отсутствие аппетита, снижение веса на 28 кг за последнюю половину года, рвота съеденной накануне пищей, отрыжка «тухлым». В анамнезе язвенная болезнь желудка. При рентгенологическом обследовании выявлены следующие изменения: увеличение размеров желудка, нарушение эвакуации бариевой взвеси в 12- перстную кишку, горизонтальный уровень бариевой взвеси в желудке. Найдите осложнение язвенной болезни.

1. Перфорация
2. Кровотечение
3. Стеноз
4. Пенетрация

13. Мужчина 55 лет, в течение трех лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами. Поступил в стационар с симптомами кишечного кровотечения. Выберите наиболее эффективную лечебную тактику ведения больного для предотвращения развития осложнений.

- 1) Эрадикационная терапия при выявлении *Helicobacter pylori*
- 2) Поддерживающая терапия блокаторами H₂-рецепторов гистамина
- 3) Хирургическое лечение
- 4) Терапия сукральфатом

14. Больной, длительно страдающий язвенной болезнью с локализацией язвы в желудке, обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастральной области, похудание. В данном случае можно думать о следующем осложнении язвенной болезни:

1. стенозе выходного отдела желудка
2. малигнизации язвы
3. пенетрации язвы
4. микрокровоотечении из язвы

15. У 52-летнего пациента, длительно страдающего хроническим вирусным гепатитом, с отягощенным алкогольным анамнезом, внезапно появилась кровавая рвота. Физикальное исследование обнаружило гепатоспленомегалию. Выберите диагностическое предположение:

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

16. У больного страдающего язвенной болезнью желудка, в период очередного обострения появились жалобы на отрыжку "тухлым яйцом", рвоту принятой накануне пищей. Укажите возникающее осложнение?

- A. пенетрация
- B. перфорация
- C. кровотечение
- D. стеноз привратника

17. Мужчина 44 лет, перенесший 4 года назад вирусный гепатит В и злоупотребляющий алкоголем, испытывал последние 2 месяца изжогу, жжение за грудиной. Утром после обильной еды и подъема тяжести появилась рвота свежей темной кровью. Кожные покровы бледные, влажные, склеры желтушные, пульс 92 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст., живот увеличен за счет асцита, гепатоспленомегалия. Назовите наиболее вероятную причину кровотечения.

1. Синдром Маллори - Вейсса
2. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
3. Кровотечение из варикозно- расширенных вен пищевода
4. Ахалазия пищевода

18. Выберите наиболее вероятный диагноз, если пациент жалуется на дисфагию, анорексию, похудание. Впервые заболел 3 месяца назад, когда появилось затруднение прохождения твердой пищи, за последнюю неделю с трудом проходит полужидкая и жидкая пища.

1. Варикозное расширение вен
2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
3. Инородное тело
4. Рак пищевода

19.

Найдите гормон, секретируемый слизистой 12-перстной кишки и верхнего отдела тонкой кишки стимулирует высвобождение панкреатического сока, богатого пищеварительными ферментами.

1. холецистокинин
2. секретин.
3. глюкагон.
4. панкреатический полипептид.

20. Больная 33 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли за грудиной, чувство распирания в этой области. Накануне вечером ела рыбу, при этом поперхнулась, к врачу не обращалась. Утром появились жалобы на затрудненное глотание, температура тела повысилась до 37,3 С, появилось вздутие в области шеи и нижней половины лица. Рвоты не было. При пальпации шей отмечается крепитация; на рентгенограмме грудной клетки – расширение тени средостения с прослойками газа, располагающимися паравертебрально. Поставьте предположительный диагноз:

1. опухоль средостения
2. шейный лимфаденит
3. флегмона шеи
4. перфорация пищевода

21. Больная 33 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли за грудиной, чувство распирания в этой области. Накануне вечером ела рыбу, при этом поперхнулась, к врачу не обращалась. Утром появились жалобы на затрудненное глотание, температура тела повысилась до

37,3 С, появилось вздутие в области шеи и нижней половины лица. Рвоты не было. При пальпации шей отмечается крепитация; на рентгенограмме грудной клетки – расширение тени средостения с прослойками газа, располагающимися паравертебрально. Укажите тактику врача.

- 1) немедленно госпитализировать больную в хирургическое отделение
- 2) пунктировать клетчатку шеи и установить иглы Дюфо
- 3) провести эзофагоскопию
- 4) назначить антибиотики, выдать больничный лист, с рекомендацией повторной явки через 2-3 дня

22. Жгучие боли, у основания мечевидного отростка, с иррадиацией в область сердца, возникающие и усиливающиеся через пол часа после еды, при физической нагрузке и наклоне туловища; они не купируются полностью альмагелем. Отмечается также отрыжка воздухом, приступы удушья, кашель, при рентгенографическом исследовании с бариевой взвесью- рефлюкс контрастных масс из желудка в пищевод. Выберите наиболее вероятный предварительный диагноз.

- 1) аксиальную (скользящую) грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит
- 2) рак пищевода
- 3) бронхиальную астму
- 4) ахалазиюкардии

23. У больного с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в последнее время изменилась клиническая картина заболевания : исчезла изжога и регургитация, появилась дисфагия при употреблении плотной пищи, пропал аппетит, больной стал терять в весе. Найдите менее важный метод исследования .

- 1) анализа кала на скрытую кровь
- 2) исследования желудочной секреции
- 3) рентгеноскопия и рентгенографии пищевода
- 4)эзофагогастроскопии

24. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появлялась в дальнейшем при волнениях, усталости. Аппетит сохранен. В весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Выберите вероятную причину дисфагии.

- 1) идиопатическая гиперкинезия пищевода
- 2) рак пищевода
- 3) пептическая язва пищевода
- 4) аксиальная (скользящая) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

25. 30. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появлялась в дальнейшем при волнениях, усталости. Аппетит сохранен. В весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Назначьте метод исследования для исключения другой патологии и подтверждения диагноза.

- 1) печеночный тест
- 2) МРТ
- 3) эзофагогастродуоденоскопию
- 4) УЗИ

26. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появлялась в дальнейшем при волнениях, усталости. Аппетит сохранен. В весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Найдите основные условия рентгенологического исследования в этом случае.

- 1) исследование пищевода в положении стоя
- 2) исследование пищевода в положении лежа
- 3) исследование с жидкой бариевой взвесью
- 4) все перечисленные

27. Мужчина 50 лет, рост 180 см, вес 70 кг жалуется на мучительное ощущение жжения за грудиной, усиливающееся при наклонах, в горизонтальном положении, после еды, иррадирующее в шею, спину, стихающее после приема соды, отрыжку съеденной пищей. Выберите наиболее вероятный диагноз.

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюкс-эзофагит;
2. Стенокардия;
3. Рак выходного отдела желудка;
4. Атрофический гастрит.

28. Женщина 46 лет с избыточным весом жалуется на боли в области сердца, эпигастрии, возникающие при выполнении работы, связанной с наклонами, в покое по ночам, периодически возникающую изжогу. При обследовании: ЭКГ в покое и при физической нагрузке – без патологии. Выберите наиболее вероятный диагноз.

1. Стенокардия;
2. Язвенная болезнь желудка;
3. Остеохондроз позвоночника с корешковым синдромом;
4. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

29. 45-летняя женщина с обструкцией выходного отдела желудка в течение двух недель была на парентеральном питании. После этого у нее на коже появились множественные гематомы. При обследовании признаков кровотечения из желудочно-кишечного тракта не выявлено, состояние больной стабильно. Выберите причину в данном случае.

1. ДВС-синдром.
2. Сепсис.
3. Тромбоцитопения.
4. Дефицит витамина К

30. Больной С., 45 лет, обратился к кардиологу в поликлинику с жалобами на жгучие боли за грудиной, не имеющие четкой связи с физической нагрузкой и возникающие сразу после приема пищи. Боли не купируются после приема нитроглицерина (который больной начал принимать самостоятельно). Одновременно у больного наблюдаются изжога, чувство тяжести и переполнения в эпигастральной области после еды, отрыжка воздухом и съеденной пищей. Болен в течение полугода, ранее за медицинской помощью не обращался, не обследовался. Объективно: повышенного питания. Кожные покровы обычной окраски, чистые. АД 125/85 мм.рт.ст. Пульс 74 удара в минуту, ритмичный. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные. В легких без патологии. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень по краю правой реберной дуги, край ровный, при пальпации безболезненный. Стул, со слов больного, без особенностей. Поставьте предварительный диагноз.

1. гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
2. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
3. ишемическая болезнь сердца
4. язвенная болезнь

31. Больному, обратившему в поликлинику с жалобами на жгучие боли за грудиной и изжогу, не имеющие четкой связи с физической нагрузкой, возникающие сразу после приема пищи и не купирующиеся после приема нитроглицерина, при инструментальном обследовании был установлен окончательный диагноз: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь 2 степени.

Какому из перечисленных антисекреторных средств следует отдать предпочтение при проведении лечения этого пациента?

1. неселективным холинолитическим средствам
2. блокаторам H₂-гистаминовых рецепторов
3. селективным холинолитическим средствам
4. ингибиторам протонной помпы

32. Больному, обратившему в поликлинику с жалобами на жгучие боли за грудиной и изжогу, не имеющие четкой связи с физической нагрузкой, возникающие сразу после приема пищи и не купирующиеся после приема нитроглицерина, при инструментальном обследовании был установлен окончательный диагноз: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь 2 степени, и принято решение назначить в качестве антисекреторного средства ингибитор протонной помпы. Назначьте наиболее эффективный препарат в данном случае.

1. лансопризолу
2. пантопризолу
3. омепризолу
4. рабепризолу

33. Больному с установленным диагнозом ГЭРБ III степени проводится фармакотерапия с использованием рабепризола и мотилиума. Однако, несмотря на это, у больного продолжают упорная изжога, выраженные боли за грудиной, что диктует необходимость усиления защиты слизистой оболочки пищевода от раздражающих агентов путем расширения используемого арсенала фармакотерапии. Назначьте препарат для данного больного.

1. алмагель
2. де-нол
3. сукральфат
4. натрия альгинат (топалкан).

34. Пациента в течение двух недель беспокоили голодные и ночные боли в эпигастрии. В последние 2-3 дня он предъявляет жалобы на тупые боли в эпигастрии постоянного характера, отдающие в спину, метеоризм, кашицеобразный стул, снижение аппетита, некоторое похудание. При осмотре: язык обложен толстым бело-желтым налетом, определяется умеренное напряжение мышц и пальпаторная болезненность в эпигастриальной области, вздутие живота. Поставьте предварительный диагноз.

1. обострение хронического панкреатита
2. обострение хронического холецистита
3. рак поджелудочной железы
4. язвенная болезнь, осложненная пенетрацией в поджелудочную железу и обострение хронического панкреатита.

35. Больной 40 лет жалуется на изжогу, боли в подложечной области и за грудиной после приема пищи, кислую отрыжку, иногда отрыжку пищей "полным ртом", усиление отрыжки и регургитации содержимого желудка при наклоне туловища и физической нагрузке, жгучие боли в области сердца. Болен в течение 2 лет. При осмотре: язык обложен толстым бело-желтым налетом. При пальпации определяется умеренная болезненность в подложечной области. Поставьте предварительный диагноз.

1. гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
2. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
3. язвенная болезнь с локализацией язвы в кардиальном отделе желудка
4. рак кардиального отдела желудка

36. На основании жалоб, анамнеза и объективных данных больному был определен предварительный диагноз: Функциональная диспепсия, неспецифический вариант течения. Выберите метод исследования для уточнения диагноза у данного пациента.

1. эзофагогастродуоденоскопия
2. рентгеноскопия пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
3. УЗИ органов брюшной полости
4. биохимические анализы крови, включая печеночные пробы
5. все перечисленное

37. У больного с язвенной болезнью в анамнезе была неоднократная рвота остатками пищи и однократно с примесью алой крови. При доставке его в приемное отделение он бледен, пульс частый, а/д = 90/60 мм рт.ст. Поставьте Ваш предварительный диагноз:

1. язвенная болезнь, осложненная кровотечением
2. эрозивный гастрит, осложненный кровотечением
3. желудочное кровотечение неясного генеза
4. кровотечение из ВРВП

38. Больной 54 лет госпитализирован в жалобами на рвоту "кофейной гущей", частый жидкий стул черного цвета, слабость. АД= 90/60 мм рт.ст., частота пульса - 98 уд/мин. При пальцевом исследовании прямой кишки обнаружены следы кала черного цвета. Укажите из числа перечисленных правильный предварительный диагноз:

1. синдром Меллори-Вейса
2. язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением
3. кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода
4. все перечисленное

39. Больной 54 лет госпитализирован в жалобами на рвоту "кофейной гущей", частый жидкий стул черного цвета, слабость. АД= 90/60 мм рт.ст., частота пульса - 98 уд/мин. При пальцевом исследовании прямой кишки обнаружены следы кала черного цвета. В число предположительный диагнозов вошли синдром Меллори-Вейса, язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь 3 степени, осложненная кровотечением. Выберите оптимальный метод исследования:

1. рентгеноскопия желудка
2. эзофагогастродуоденофиброскопия
3. ректороманоскопия
4. ирригоскопия

40. 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. Выберите дальнейшую лечебную тактику.

1. прерывистая курсовая терапия гастроцепином;
2. поддерживающая терапия зантаксом в течение длительного времени;
3. хирургическое лечение;
4. определение НР и при положительном результате - антибактериальная терапия на фоне приема де-нола.

41. У больного, страдающего язвенной болезнью желудка, появились жалобы на отрыжку "тухлым яйцом" и рвоту принятой накануне пищи. Найдите осложнение, которое вероятнее всего возникло.

1. Пенетрация
2. Стеноз пилорического отдела желудка
3. Кровотечение
4. Перфорация

42. Определите метод исследования, которое является наиболее информативным для установления причины и локализации кровотечения из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

1. Рентгенологическое исследование
2. ЭРХПГ
3. Лапароскопия
4. Эзофагогастродуоденоскопия

43. Больной К. 30 лет поступил с жалобами на затруднение при глотании твердой пищи, рвоту непереваренной пищей, похудание. В анамнезе отравление щелочами. При осмотре — бледность кожных покровов, истощение. О поражении какого органа Вы думаете.

1. У больного поражение пищевода.
2. Язва желудка
3. Язва ДПК
4. Хронический панкреатит

44. Больной 63 лет поступил в клинику с жалобами на тяжесть в животе после приема пищи, отрыжку тухлым, рвоту съеденной накануне пищей, объективно была выявлена болезненность в подложечной области, вздутие живота, шум плеска. Из анамнеза заболевания выяснено, что больной длительное время страдает язвенной болезнью, о локализации процесса не знает. Найдите локализации патологического процесса.

1. Язвенная болезнь желудка.
2. Хронический гастрит
3. Хронический панкреатит
4. ЖКБ.

45. Больной С., 30 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие боли в эпигастральной области, возникающие через 1,5-2 часа после еды, ночные, голодные, купирующиеся приемом молочной пищи, после применения теплой грелки; кислую отрыжку, изжогу, склонность к запорам. Найдите орган и характер поражения.

1. Язвенная болезнь
2. Дисфункция желчного пузыря
3. хронический панкреатит в фазе ремиссии
4. Хронический панкреатит

46. Больная Н. 40 лет. Беспокоят: слабость, изжога, тошнота и тяжесть в эпигастрии возникающие сразу после еды, черный дегтеобразный стул в течение 2 дней. В анамнезе язвенная болезнь. При осмотре бледность кожных покровов. Найдите орган поражения.

1. Дисфункция желчного пузыря
2. хронический панкреатит в фазе ремиссии
3. Хронический панкреатит
4. ЯБЖ

47. Для декомпенсированного стеноза привратника характерно все, кроме:

1. усиленная перистальтика желудка
2. рвоты с остатками не переваренной пищи
3. шум плеска натощак на уровне пупка и ниже
4. похудание

48. Эрадикация *H. pylori* при использовании 4х препаратов достигается путем назначения:

1. де-нола+метронидазола+ омепразола+ гастрोцепина
2. 2 де-нола+метронидазола+ маалокс+ гастрोцепина
3. де-нола+метронидазола+ омепразола+ амоксициллина

4. гастропептин +де-нола+метронидазола+ омепразола

49. Хронический атрофический гастрит проявляется, кроме:

1. болезненной тяжести в животе
2. болей в эпигастральной области сразу после приема пищи
3. голодных болей
4. диареи

50. Клинически хронический неатрофический гастрит проявляется:

1. отрыжкой тухлым
2. болями в эпигастральной области, возникающими после еды
3. запорами
4. плохим аппетитом

51. Для хронического атрофического гастрита рентгенологически характерно:

1. рельеф слизистой желудка сглажен, тонус и перистальтика ослаблены
2. утолщение складок слизистой оболочки
3. эвакуация содержимого желудка ускорена
4. наличие "ниши"

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

1. Рентгенологический
2. эндоскопия
3. кал на скрытую кровь
4. эндоскопия с биопсией

53. Укажите наибольшее значение в патогенезе язвенной болезни 12 п.к.:

1. замедление эвакуации содержимого желудка
2. поражение слизистой оболочки вследствие снижения регенераторных функций
3. повышение активности кислотно-пептического фактора
4. обязательно применение ulcerогенных лекарственных средств

54. Наиболее частыми этиологическими факторами приобретенных стенозов пищевода являются:

1. химический ожог пищевода
2. травмы пищевода
3. инородные тела пищевода
4. воспалительные процессы пищевода

55. Parietalные клетки секретируют:

1. соляную кислоту
2. молочную кислоту
3. гастромукопротеин
4. муцин

56. Основная масса секрета продуцируется:

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

57. Нормальной составной частью желудочного сока являются все перечисленные энзимы, кроме:

1. катепсина
2. пепсина
3. желатиназы
4. уреазы

58. Для клинической картины острого катарального гастрита характерно:

1. боли
2. тошнота
3. рвота пищей
4. всё перечисленное

59. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз «хронического гастрита», относят:

5. анализ желудочного сока
6. рентгеноскопию
7. гастроскопию
8. гистологическое исследование прицельных биоптатов слизистой оболочки желудка

60. К предраковым заболеваниям и изменениям слизистой оболочки желудка относят всё перечисленное, кроме:

1. хронического хеликобактерного пангастрита с секреторной недостаточностью
2. полипов желудка на широком основании
3. кишечной метаплазии
4. гранулематозного гастрита

61. Достоверным признаком стеноза привратника является:

1. рвота желчью
2. урчание в животе
3. резонанс под пространством Траубе
4. шум плеса через 3-4 часа после приема пищи

62. У взрослых самой частой причиной стеноза привратника является:

1. рак желудка
2. язвенная болезнь
3. гипертрофия мышц привратника
4. доброкачественный полип желудка

63. В момент развития демпинг-синдрома необходимо применить все перечисленные методы, кроме:

1. уложить больного
2. новокаина, анестезина
3. холинолитиков
4. глюкокортикоидов

64. Укажите причину изменения формы желудка в виде песочных часов является:

1. сифилис
2. лимфома
3. язва желудка
4. рак желудка

65. Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются:

1. локализация язвы
2. величина язвы
3. отсутствие рецидивирующего течения
4. кровотечение

66. При диетотерапии ЯБ 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 повышению слизисто-бикарбонатного барьера

67. После проведенного адекватного курса противоязвенной терапии дуоденальная язва зарубцевалась, активность воспаления купировалась, Нр(-). Дальнейшая тактика ведения включает:

1. продолжения поддерживающего курса терапии в течение 2 месяцев с последующей терапией «по требованию»
2. продолжения поддерживающего лечения в течении года
3. повторения лечения осенью и весной
4. прекращения лечения

68. Укажите осложнение лекарственных язв:

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

69. К язвам Керлинга относят язвы:

1. при ожоговой болезни
2. при травме
3. при инфаркте миокарда
4. при сепсисе

70. Снижение содержания альбумина в крови редко наблюдается при:

1. циррозе печени
2. болезни Крона
3. синдроме Золлингера-Эллисона
4. язвенной болезни 12 перстной кишки

II. Заболевания кишечника

71. Женщина 35 лет в течение 6 месяцев жалуется на боли по всему животу и вздутие живота, неустойчивый стул - по утрам стул "овечий" с последующим чувством неполного опорожнения кишечника, затем в первую половину дня - 2-3 раза кашицеобразный, иногда с примесью слизи. В ночное время болей и стула нет. При объективном осмотре определяется неравномерное вздутие живота, болезненность в правой и левой подвздошных областях. Других изменений со стороны органов брюшной полости при пальпации не выявлено. Поставьте предварительный диагноз.

1. хронический неспецифический колит
2. дисбактериоз кишечника
3. синдром раздраженной кишки
4. хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью

72. У больного 45 лет через 10 дней после проведения длительной антибактериальной терапии по поводу лихорадочного заболевания появились водянистая диарея, схваткообразные боли в животе и лихорадка, а в общем анализе крови - лейкоцитоз. При проведении ректороманоскопии и сигмоскопии обнаружены очаги повреждения в виде бело-желтых налетов на воспаленной слизистой оболочке. Поставьте наиболее вероятный диагноз заболевания.

1. язвенный колит.
2. псевдомембранозный колит
3. вирусный колит
4. коллагеновый колит

73. Больному 46 лет на основании клинико-лабораторных и инструментальных методов исследований был выставлен клинический диагноз Хронический рецидивирующий панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью в стадии обострения. При посеве кала выявлен дисбактериоз III степени, который проявлялся уменьшением количества бифидо- и лактобактерий,

увеличением числа гемолитических и лактозонегативных эшерихий, патогенного стафилококка, протей. Назначьте этиопатогенетического лечения для коррекции дисбиотических нарушений.

1. только курс антибактериальной терапии
2. антибиотики + лактобактерин
3. антибиотики + бифидобактерин
4. курс антибактериальной терапии, затем бифидо-, лактобактерии и пребиотики

74. У больного 45 лет через 10 дней после проведения длительной антибактериальной терапии по поводу лихорадочного заболевания появились водянистая диарея, схваткообразные боли в животе и лихорадка, а в общем анализе крови - лейкоцитоз. При проведении ректороманоскопии и сигмоскопии обнаружены очаги повреждения в виде бело-желтых налетов на воспаленной слизистой оболочке. Был поставлен диагноз Псевдомембранозный колит, который был подтвержден определением в кале *Cl.difficile*. Найдите не эффективный препарат при данном случае.

1. холестирамин
2. левомецетин
3. ванкомицин
4. тетрациклин

75. 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. Ваш предполагаемый диагноз.

1. органический стеноз пилородуоденальной зоны;
2. функциональный стеноз;
3. рак желудка;
4. пенетрацию язвы

76. 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. Выберите предварительный диагноз.

1. болезнь Уиппла;
2. болезнь Гордона;
3. болезнь Крона;
4. целиакия спру;

77. Больная 17 лет, высокого роста, астенического телосложения, питание пониженное. Больна в течение 2 лет: боли и чувство распираний в мезогастрии 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. Поставьте Ваш предварительный диагноз.

1. хронический гастрит;
2. хронический панкреатит;
3. дискинезия желчного пузыря;
4. артерио-мезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки;

76. Больной 49 лет прооперирован по поводу язвенного кровотечения с перфорацией 5 лет назад. Отмечает боли, похожие на прежние, язвенные, но локализующиеся в эпигастриальной области слева. Отмечает рвоты на высоте болей и похудение. Консервативное лечение не эффективно. В

кале реакция Греггерсена (+++). Какое из нижеприведенных заболеваний подозреваете в первую очередь.

1. синдром гипогликемии
2. агастральная астения
3. синдром приводящей петли
4. пептическая язва анастомоза

77. У больного 45 лет через 10 дней после проведения длительной антибактериальной терапии по поводу лихорадочного заболевания появились водянистая диарея, схваткообразные боли в животе и лихорадка, а в общем анализе крови - лейкоцитоз. При проведении ректороманоскопии и сигмоскопии обнаружены очаги повреждения в виде бело-желтых налетов на воспаленной слизистой оболочке. Был поставлен диагноз Псевдомембранозный колит. Найдите наличие в кале.

1. *Campilobacter*
2. *Cl.difficile*
3. *E.coli*
4. *Yersinia enterocolitica*

78. Больной 39 лет на протяжении 5 лет периодически отмечает дрожание рук, головы. В течение последнего года во время обострений появились смазанная речь, неустойчивая походка. Утратил трудоспособность из-за сильного дрожания рук и головы. Объективно: отмечается тремор верхней конечности и головы. Кожные покровы сухие, желтушные, имеются единичные телеангиэктазии, печеночные ладони. Печень и селезенка не пальпируются. В крови повышение общего билирубина до 35,4 мкмоль/л, АЛТ - 1,7 мкмоль/л. На основании клинико-лабораторных, морфологических данных был выставлен клинический диагноз Болезнь Вильсона-Коновалова. Найдите не приемлемый препарат для данного больного.

1. диета, богатая белком, с ограничением продуктов, содержащих медь
2. десферал
3. БАЛ (британский антилюизит).
4. унитиол.

79. У 75-летнего мужчины возникает выраженная боль в мезогастральной области в сочетании с рвотой и вздутием живота примерно через 30 минут после еды. За последние несколько месяцев он похудел на 6 кг, так как ограничивал прием пищи, боясь, что она будет провоцировать появление болей. Во время бессимптомного периода обследование живота без особенностей. Над правой бедренной артерией выслушивается шум, периферическая пульсация снижена на обеих нижних конечностях. Анализ стула на скрытую кровь отрицательный. Фиброгастроуденоскопия, ирригоскопия и колоноскопия не выявили патологических изменений. Выберите состояние, которое обусловлено при данном случае.

1. психогенными факторами
2. новообразованием
3. воспалением
4. ишемией

80. Назовите причину мелены при наличии гепатомегалии:

1. кровоточащая язва 12перстной кишки
2. кровотечение из расширенных вен пищевода
3. язвенный колит
- 4.геморрагический диатез

81. Укажите критерии, которых можно использовать для дифференциальной диагностики хронического колита и неспецифического язвенного колита в пользу хронического колита

1. боли в животе
2. расстройство стула с преобладанием запоров

3. отсутствие ночной симптоматики

4. отсутствие системных поражений

82. Укажите критерии, которых можно использовать для дифференциальной диагностики хронического колита и синдрома раздражённого кишечника в пользу хронического колита?

1. боли в животе
2. расстройства стула по типу диареи
3. расстройство стула с преобладанием запоров
4. признаки воспалительного процесса

83. Выберите формулировку соответствующее определению хронического колита.

1. хроническое воспалительное заболевание толстой кишки
2. хроническое заболевание со специфическими воспалительными морфологическими изменениями слизистой оболочки функций толстой кишки
3. хроническое заболевание с неспецифическими воспалительными изменениями слизистой оболочки, нарушениями моторной и секреторной функций толстой кишки
4. хроническое неспецифическое заболевание с нарушениями моторной функции толстой кишки

84. Укажите средства показанным больным с синдромом раздражённого кишечника, страдающим запорами

1. имодиум
2. форлакс
3. смекта
4. линекс

85. Укажите средства показаны больным с синдромом раздражённого кишечника, страдающим диареей.

1. запаренные пшеничные отруби
2. мукофалк
3. имодиум
4. форлакс

86. У больной 35 лет, периодически после эмоционального напряжения, возникают схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся частым жидким стулом (суточный объем кала 200 г); пальпируются спазмированные отделы толстой кишки. При колоноскопии патологии не выявлено. Укажите Ваш предполагаемый диагноз?

1. Хронический панкреатит
2. Острая кишечная инфекция
3. Синдром раздраженной толстой кишки
4. Болезнь Крона

87. Больной К. 30 лет поступил с жалобами на затруднение при глотании твердой пищи, рвоту непереваренной пищей, похудание. В анамнезе отравление щелочами. При осмотре — бледность кожных покровов, истощение. О поражении какого органа думаете?

1. Поражение пищевода.
2. Язва желудка
3. Язва ДПК
4. Хронический панкреатит

88. Больной С., 30 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие боли в эпигастральной области, возникающие через 1,5-2 часа после еды, ночные, голодные, купирующиеся приемом молочной пищи, после применения теплой грелки; кислую отрыжку, изжогу, склонность к запорам. Назовите предварительный диагноз?

1. язвенная болезнь
2. Дисфункция желчного пузыря
3. хронический панкреатит в фазе ремиссии
4. Хронический панкреатит

89. Больной Ж. , 53 лет, доставлен бригадой СП в стационар с жалобами на резкую общую слабость, недомогание, головокружение, чёрный дёгтеобразный стул. Появлению данных симптомов предшествовали боли в животе натощак и ночью. При осмотре состояние больного расценено как тяжёлое. Кожные покровы бледные, влажные. В анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Выберите осложнение язвенной болезни, которое возникло в данном случае.

1. Перфорация
2. Кровотечение
3. Стеноз
4. Пенетрация язвы

90. У больной 35 лет, периодически после эмоционального напряжения, возникают схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся частым жидким стулом (суточный объем кала 200 г); пальпируются спазмированные отделы толстой кишки. При колоноскопии патологии не выявлено. Выберите правильный ответ.

1. Хронический панкреатит
2. Острая кишечная инфекция
3. Синдром раздраженной толстой кишки
4. Болезнь Крона

91. У пациента с язвенным колитом отмечаются частый жидкий стул с примесью крови и гноя до 10 раз в сутки, фебрильная температура, потеря веса, тотальный колит по данным колоноскопии. Выберите наиболее эффективные препараты, которых можно назначить в данном клиническом случае.

1. Антидиарейные препараты
2. Препараты 5-аминосалициловой кислоты
3. Диета, богатая клетчаткой
4. Глюкокортикоиды

92. Выберите наиболее вероятный диагноз, если пациент жалуется на дисфагию, анорексию, похудание. Впервые заболел 3 месяца назад, когда появилось затруднение прохождения твердой пищи, за последнюю неделю с трудом проходит полужидкая и жидкая пища.

1. Варикозное расширение вен
2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
3. Инородное тело
4. Рак пищевода

93. Больному с установленным диагнозом ГЭРБ III степени проводится фармакотерапия с использованием рабепразола и мотилиума. Однако, несмотря на это, у больного продолжают упорная изжога, выраженные боли за грудиной, что диктует необходимость усиления защиты слизистой оболочки пищевода от раздражающих агентов путем расширения используемого арсенала фармакотерапии. Назначьте препарат для данного больного.

1. алмагель
2. де-нол
3. сукральфат
4. натрия альгинат (топалкан).

94. Мужчина 55 лет, в течение трех лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами. Поступил в стационар с симптомами кишечного кровотечения. Выберите наиболее эффективную лечебную тактику ведения больного для предотвращения развития осложнений.

- 1) Эрадикационная терапия при выявлении *Helicobacter pylori*
- 2) Поддерживающая терапия блокаторами H₂-рецепторов гистамина
- 3) Хирургическое лечение
- 4) Терапия сукральфатом

95. Пациента в течение двух недель беспокоили голодные и ночные боли в эпигастрии. В последние 2-3 дня он предъявляет жалобы на тупые боли в эпигастрии постоянного характера, отдающие в спину, метеоризм, кашицеобразный стул, снижение аппетита, некоторое похудание. При осмотре: язык обложен толстым бело-желтым налетом, определяется умеренное напряжение мышц и пальпаторная болезненность в эпигастральной области, вздутие живота. Поставьте предварительный диагноз.

1. обострение хронического панкреатита
2. обострение хронического холецистита
3. рак поджелудочной железы
4. язвенная болезнь, осложненная пенетрацией в поджелудочную железу и обострение хронического панкреатита.

96. Укажите причину развития анемии хронических заболеваний?

- A. частые психо-эмоциональные нагрузки
- B. хронические заболевания кишечника
- C. тяжелая физическая нагрузка
- D. меноррагии, метрорагии

97. У пациента с язвенным колитом отмечаются частый жидкий стул с примесью крови и гноя до 10 раз в сутки, фебрильная температура, потеря веса, тотальный колит по данным колоноскопии. Выберите наиболее эффективны препараты, которых можно назначить в данном клиническом случае.

1. Антидиарейные препараты
2. Препараты 5-аминосалициловой кислоты
3. Диета, богатая клетчаткой
4. Глюкокортикоиды

98. Больной Д, 56 года, предъявляет жалобы на острые приступообразные боли в правом подреберье, возникшие после приема острой и жирной пищи, с иррадиацией в правую лопатку, правое плечо, однократную рвоту, повышение температуры до 37,6. Выберите основные этиологические факторы данного заболевания.

1. Моторно-секреторные нарушения
2. Нарушение процессов метаболизма в организме
3. Количественные и качественные нарушения питания
4. Моторно-секреторные нарушения, нарушение процессов метаболизма в организме

99. Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются:

1. локализация язвы
2. величина язвы
3. отсутствие рецидивирующего течения
4. кровотечение

100. После проведенного адекватного курса противоязвенной терапии дуоденальная язва зарубцевалась, активность воспаления купировалась, Нр(-). Дальнейшая тактика ведения включает:

1. продолжения поддерживающего курса терапии в течение 2 месяцев с последующей терапией «по требованию»
2. продолжения поддерживающего лечения в течении года
3. повторения лечения осенью и весной
4. прекращения лечения

101. В лечение демпинг-синдрома входят:

1. перитол или гастроцепин и полиферментные препараты
2. диета с высоким содержанием углеводов
3. диета с большим количеством жидкости
4. диета с большим содержанием жиров

102. В момент развития демпинг-синдрома необходимо применить все перечисленные методы, кроме:

5. уложить больного
6. новокаина, анестезина
7. холинолитиков
8. глюкокортикоидов

103. При обширной резекции тонкой кишки меньше всего нарушается всасывание:

1. жира
2. соли и воды
3. углеводов
4. кальция

104. При обострении хронического энтерита нарушается всасывание:

1. белков
2. углеводов
3. жиров
4. витаминов

105. Больному хроническим энтеритом в фазе ремиссии (2 степень тяжести) показана диета:

1. с преобладанием жиров
2. общий полноценный рацион
3. углеводная
4. с преобладанием белков

106. В лечении туберкулёза кишечника решающее значение имеют:

1. калорийная диета
2. кортикостероиды
3. антибактериальные и химиотерапевтические препараты
4. ферменты

107. В диагностике сифилиса кишечника решающее значение имеют:

1. клиническая картина
2. положительные серологические реакции
3. рентгенологическое исследование
4. анамнез

108. Наиболее частым симптомом при дивертикулёзе толстой кишки является:

1. запор
2. боли в животе
3. метеоризм

4. понос

109. Больной 62 года с коротким язвенным анамнезом и длительно нерубцующейся язвой желудка, обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастрии, похудание. В данном случае можно думать о:

1. Стенозе выходного отдела желудка
2. Злокачественной язве
3. Пенетрации язвы
4. Микрочровотечениях из язвы

110. Диагностика дивертикулёза толстой кишки основывается:

1. на клинической симптоматике
2. на тщательном анализе анамнестических данных
3. на результатах рентгенологического исследования
4. на результатах колонофиброскопии с прицельной биопсией

111. Принятый внутрь барий в норме поступает в слепую кишку:

1. через час
2. через 2 часа
3. через 4-6 часов
4. через 8 часов

112. При болезни Крона чаще поражается:

1. пищевод
2. желудок
3. подвздошная кишка
4. аппендикс

113. Диагностика дивертикулёза толстой кишки основывается:

1. на клинической симптоматике
2. на тщательном анализе анамнестических данных
3. на результатах рентгенологического исследования
4. на результатах колонофиброскопии с прицельной биопсией

114. При дивертикулезе толстой кишки наиболее часто встречаются осложнения в виде

- 1) образования опухоли
- 2) свободной перфорации
- 3) дивертикулита
- 4)

ограниченной	перфорации
--------------	------------

115. Для дизентерии характерно поражение

- 1) аппендикса
- 2) слизистой желудка
- 3) толстой кишки
- 4)

тонкой	кишки
--------	-------

116. К наиболее характерным морфологическим изменениям при язвенном колите относят

- 1) гемосидеринсодержащие макрофаги
- 2) крипт-абсцессы
- 3) саркоидные гранулемы
- 4)

фибробластную	инфильтрацию	собственной	пластинки	слизистой
---------------	--------------	-------------	-----------	-----------

117. Внекишечным (системным) проявлением язвенного колита, несвязанным с активностью заболевания, является

- 1) поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит)
- 2) поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия)
- 3) поражение слизистых (афтозный стоматит)
- 4) первичный склерозирующий холангит

118. Показанием к назначению лоперамида является

- 1) дивертикулез
- 2) илеостома
- 3) кишечная непроходимость
- 4) острый язвенный колит

119. Заболеванием, сопровождающимся синдромом мальабсорбции, для которого свойственны отёки псевдонепротического характера, является

- 1) непереносимость лактозы
- 2) экссудативная энтеропатия
- 3) непереносимость белка коровьего молока
- 4) муковисцидоз

120. Назначение _____ у пожилых пациентов может маскировать признаки дегидратации

- 1) адеметионина
- 2) пинаверия бромид
- 3) лоперамида
- 4) урсодезоксихолевой кислоты

121. Длительность вибрионосительства при классической холере составляет

- 1) до нескольких лет
- 2) до нескольких месяцев
- 3) не более 15-17 дней
- 4) в среднем 4 дня

122. К данным сигмоскопии при синдроме раздражённой кишки относится

- 1) поверхностное изъязвление
- 2) разрыхлённость слизистой прямой кишки
- 3) дилатация ампулы прямой кишки
- 4) сегментарный спазм сигмовидной кишки

124. Перистальтические движения в тонкой кишке совершаются с частотой (перистальтическая волна в мин.)

1)	3-4	2)	5-8	(+)	3)	10	4)	1
----	-----	----	-----	-----	----	----	----	---

125. Основным клиническим симптомом у больных с синдромом раздражённого кишечника является

- 1) боль в животе, связанная с актом дефекации
- 2) кровь в стуле
- 3) боль в животе, связанная с приёмом пищи
- 4) прогрессирующая потеря веса

126. К внекишечным (системным) проявлениям язвенного колита, клинические проявления которых не зависят от активности основного заболевания, относят

- 1) сакроилеит
- 2) иридоциклит
- 3) узловатую эритему
- 4) гангренозную пиодермию

127. Структурной единицей тонкой кишки, которая раньше всего поражается при хроническом энтерите, является
- 1) энтероцит
 - 2) ворсинка
 - 3) железа Люберкюна
 - 4) кровеносный сосуд
128. При тотальном язвенном колите воспаление распространяется проксимальнее
- 1) селезеночного изгиба
 - 2) восходящей кишки
 - 3) сигмовидной кишки
 - 4) слепой кишки
129. При язвенном колите диагностическое значение имеют рентгенологические признаки
- 1) изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки
 - 2) множественных гаустраций
 - 3) наличия вида «бульжной мостовой»
 - 4) мешковидных выпячиваний по контуру кишки
130. Нормальной считается реакция кала
- 1) нейтральная или слабощелочная
 - 2) резко кислая
 - 3) кислая
 - 4) щелочная
131. Достоверным рентгенологическим признаком перфорации гастродуоденальной язвы является
- 1) свободный газ в брюшной полости
 - 2) высокое стояние диафрагмы
 - 3) пневматизация кишечника
 - 4) «чаши» Клойбера
132. Ценкеровский дивертикул пищевода локализуется
- 1) в глоточно-пищеводном переходе
 - 2) в верхней трети пищевода
 - 3) над диафрагмой
 - 4) в области бифуркации трахеи
133. Глубина поражения при раннем раке желудка включает
- 1) слизистый и подслизистый слой
 - 2) слизистый, подслизистый и мышечные слои
 - 3) всю слизистую
 - 4) собственную пластинку слизистой оболочки желудка
134. К характеристикам третичных сокращений пищевода относят
- 1) неравномерное втяжение его стенок, зазубренность вследствие его анархических сокращений
 - 2) спазмирование средней трети его грудного отдела в виде «песочных часов»
 - 3) спазмирование верхней трети его грудного отдела
 - 4) относительно равномерное его расширение на всем протяжении, конусовидное сужение его абдоминального отдела
135. Эндоскопическая картина болезни Крона в фазе инфильтрации характеризуется
- 1) усиленным сосудистым рисунком
 - 2) отёком подслизистого слоя и поверхностными изъязвлениями

3) отёком слизистой оболочки

4) повышенной контактной кровоточивостью

III. Заболевания печени

136.

137. У женщины 50 лет, страдающей ожирением, внезапно возник приступ интенсивных болей в правом подреберье с иррадиацией в правую надключичную область. Больная беспокойна, мечется в постели. При осмотре: кожа обычного цвета, болезненность при пальпации в точке желчного пузыря, положительный симптом Ортнера, температура тела нормальная, анализ крови без патологии. Выберите вероятный диагноз.

1. Острый холецисто-холангит;
2. Обострение хронического холецистита;
3. Желчнокаменная болезнь, желчная колика;
4. Обострение хронического калькулезного холецистита

138. У больного 20 лет, астеника, на фоне нейроциркуляторной дистонии появились тупообразные боли в правом подреберье, провоцирующиеся стрессовыми ситуациями, без повышения температуры. При обследовании: конкрементов в желчных путях не выявлено, на холецистограммах желчный пузырь уменьшен в размерах, при дуоденальном зондировании объем порции «В» - 15 мл, время – 3 минуты. Выберите вероятный диагноз.

1. Хронический холецистит;
2. Дискинезия желчных путей по гипомоторному типу;
3. Дискинезия желчных путей по гипермоторному типу;
4. Хронический холангит.

139. Больной 23 лет, обратился с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье, умеренную желтуху, общую слабость, похудание, боли в суставах. В анамнезе: острый вирусный гепатит в детстве. Объективно: кожные покровы желтушные с единичными телеангиоэктазиями. Печень увеличена - выступает из-под края правой реберной дуги на 2 см. Селезенка не пальпируется. При биохимических исследованиях: уровень трансаминаз повышен более 3 раз, общий билирубин - 32,8 мкмоль/л. Тимоловая проба - 9,3 ед. Обнаружен австралийский антиген. Выставлен предварительный диагноз: Хронический гепатит В. Найдите необходимый метод исследования для подтверждения диагноза.

1. ИФА на маркеры вирусов гепатита, ПЦР на вирус В
2. определение антимитохондриальных антител
3. ПЦР на вирус В
4. антитела к гладкой мускулатуре

140. Больная 56 лет, поступила с жалобами на кожный зуд, желтуху, боли в правом подреберье, похудание, темные пятна в межлопаточной области и в области плеча. В анамнезе: 7 лет назад появилась пигментация в межлопаточной области и в области плеча. В течение 3-4 лет беспокоит кожный зуд. Лечилась у дерматологов без особого успеха. В последнее время кожный зуд усилился и появилась желтуха. В анализах: гипербилирубинемия за счет прямой фракции, значительное повышение ЩФ, ГГТП, умеренное повышение трансаминаз. Из числа нижеперечисленных укажите наиболее вероятный диагноз.

1. хронический гепатит вирусной этиологии
2. болезнь Вильсона-Коновалова
3. желчнокаменная болезнь
4. первичный билиарный цирроз печени

141. Больная 56 лет, поступила с жалобами на кожный зуд, желтуху, боли в правом подреберье, похудание, темные пятна в межлопаточной области и в области плеча. В анамнезе: 7 лет назад появилась пигментация в межлопаточной области и в области плеча. В течение 3-4 лет беспокоит

кожный зуд. Лечилась у дерматологов без особого успеха. В последнее время кожный зуд усилился и появилась желтуха. В анализах: гипербилирубинемия за счет прямой фракции, значительное повышение ЩФ, ГГТП, умеренное повышение трансаминаз. Поставлен предварительный диагноз: Первичный билиарный цирроз печени. Назначьте эффективный препарат.

1. урсодезоксихолевая кислота
2. большая доза цитостатиков
3. колхицин
4. антибиотик

142. Больной 39 лет на протяжении 5 лет периодически отмечает дрожание рук, головы. В течение последнего года во время обострений появились смазанная речь, неустойчивая походка. Утратил трудоспособность из-за сильного дрожания рук и головы. Объективно: отмечается тремор верхней конечности и головы. Кожные покровы сухие, желтушные, имеются единичные телеангиэктазии, печеночные ладони. Печень и селезенка не пальпируются. В крови повышение общего билирубина до 35,4 мкмоль/л, АЛТ - 1,7 мкмоль/л. Выберите Ваш предварительный диагноз.

1. гемохроматоз
2. цирроз печени
3. болезнь Вильсона-Коновалова
4. первичный билиарный цирроз печени

143. Больная 63 лет, обратилась к врачу с жалобами на вздутие живота, снижение аппетита, запоры, горечь во рту. Эти жалобы усиливаются при приеме жирной и жареной пищи. При обследовании на УЗИ были обнаружены два конкремента в полости желчного пузыря. Диаметр камней 0,3-0,5 см. Нарушения функции желчного пузыря не выявлено. Со слов больной - год назад при прохождении УЗ-исследования камней в желчном пузыре не было. Объективно: повышенного питания, вес 80 кг. Отмечаются слабopоложительные пузырьные симптомы. На основании вышеизложенного поставлен диагноз Желчнокаменная болезнь, диспепсическая форма. Назначьте лечебную тактику для данного случая

1. рекомендовать только диетические ограничения
2. диета + урсодезоксихолевая кислота 500 мг 1 раз на ночь в течение 6-12 месяцев с контрольным УЗИ.
3. диета + урсодезоксихолевая кислота 750 мг 1 раз на ночь в течение 6-12 месяцев с контрольным УЗИ.
4. диета + урсодезоксихолевая кислота 1000 мг 1 раз на ночь в течение 6-12 месяцев с контрольным УЗИ.

144. Больная 63 лет, обратилась к врачу с жалобами на вздутие живота, снижение аппетита, запоры, горечь во рту. Эти жалобы усиливаются при приеме жирной и жареной пищи. При обследовании на УЗИ были обнаружены два конкремента в полости желчного пузыря. Диаметр камней 0,3-0,5 см. Нарушения функции желчного пузыря не выявлено. Со слов больной - год назад при прохождении УЗ-исследования камней в желчном пузыре не было. Объективно: повышенного питания, вес 80 кг. Отмечаются слабopоложительные пузырьные симптомы. Больной был выставлен диагноз Желчнокаменная болезнь. Выберите клиническую форму ЖКБ для данной больной.

1. латентная
2. псевдотуморозная
3. диспепсическая
4. болевая торпидная

145. Больная 56 лет, поступила в стационар с приступом болей в правом подреберье, носящих режущий, раздражающий характер. Боли иррадиируют в область правого плеча и шеи. Больная

беспокойна, не находит положения, облегчающего боли. Из анамнеза: накануне вечером была в гостях, где употребляла жирную пищу и алкоголь. Приступ возник ночью. Ранее отмечались умеренные ноющие боли в правом подреберье, тошнота и горечь во рту при погрешностях в диете. Не обследовалась. Подобный приступ возник впервые. Поставьте Ваш предварительный диагноз.

1. хронический рецидивирующий панкреатит, обострение
2. острый аппендицит
3. острый панкреатит
4. желчнокаменная болезнь (желчная колика).

146. Больной 22 лет на основании жалоб, анамнеза и объективных данных - приступообразные коликообразные боли в правом подреберье, провоцируемые психоэмоциональными факторами и купируемые но-шпой, и не сопровождаемые отклонениями со стороны анализов крови, мочи и биохимических исследований крови выставлен предварительный диагноз: Функциональное расстройство желчевыводящих путей по гипертоническому типу. Проведенные инструментальные исследования позволили уточнить и выставить заключительный диагноз: Функциональное расстройство желчевыводящих путей по гипертоническому типу. Выберите наиболее эффективный вариант лечения.

1. диета № 5, спазмолитические средства и биостимуляторы
2. диета № 5, прокинетики, транквилизаторы
3. диета № 5, антибиотики, спазмолитики
4. диета № 5, спазмолитики, транквилизаторы

147. Больная 22 лет в течение последних 3-х лет наблюдается в поликлинике по поводу внезапно возникающих приступов коликообразных болей в правом подреберье, носящих кратковременный характер. Приступ сопровождается тошнотой, потливостью. Возникновение приступа связывает с психоэмоциональными факторами. Боли купируются инъекцией но-шпы. За период наблюдения повышения температуры тела, желтухи не отмечалось. Пузырные симптомы в периоды обострения слабо положительны. Неоднократное проведение общего анализа крови, мочи, печеночных проб в периоды обострения отклонений не выявило. Выберите предварительный диагноз для данной больной.

1. хронический холецистит
2. желчно-каменная болезнь
3. синдром раздраженной кишки
4. функциональное расстройство желчевыводящих путей по гипертоническому типу

148. Больному 42 лет на основании клинических, биохимических, серологических и инструментальных данных был выставлен клинический диагноз: Хронический гепатит С высокой степени активности, компенсированный. Выберите правильную комбинацию препаратов для лечения этого пациента из числа ниже приведенных схем.

1. интерферон + рибавирин + гепатопротектор
2. интерферон + ламивудин + гепатопротектор
3. интерферон + гепатопротектор
4. рибавирин + гепатопротектор

149. Женщина 48 лет, врач, оперирующий акушер-гинеколог, госпитализирована в жалобами на резкую слабость, снижение работоспособности, похудание на 5 кг за последний год, вздутие живота, боли в суставах. В анамнезе - неоднократные случаи порезов перчаток и рук во время операций. При осмотре: питание удовлетворительное, субиктеричность склер, язык слегка обложен сероватым налетом. Печень выступает на 1,5-2 см из-под правой реберной дуги, край ее болезненный, закругленный. Селезенка не пальпируется. Сердце и легкие без патологии. Выберите предварительный диагноз.

1. хронический панкреатит
2. ревматоидный артрит

3. цирроз печени
4. вирусный гепатит

150. Больной 23 лет, обратился с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье, умеренную желтуху, общую слабость, похудание, боли в суставах. В анамнезе: острый вирусный гепатит в детстве. Объективно: кожные покровы желтушные с единичными телеангиоэктазиями. Печень увеличена - выступает из-под края правой реберной дуги на 2 см. Селезенка не пальпируется. При биохимических исследованиях: уровень трансаминаз повышен более 3 раз, общий билирубин - 32,8 мкмоль/л. Тимоловая проба - 9,3 ед. Обнаружен австралийский антиген. Выберите наиболее вероятный диагноз.

1. аутоиммунный гепатит
2. первичный билиарный цирроз печени
3. хронический гепатит В
4. цирроз печени

151. Больному 42 лет на основании клинических, биохимических, серологических и инструментальных данных был выставлен клинический диагноз: Хронический гепатит В, активный. Выберите правильную комбинацию препаратов для лечения этого пациента из числа ниже приведенных:

1. интерферон + рибавирин + гепатопротектор
2. рибавирин + гепатопротектор
3. интерферон + ламивудин + гепатопротектор
4. ламивудин + рибавирин

152. Больная 56 лет, поступила в стационар с приступом болей в правом подреберье, носящих режущий, раздражающий характер. Боли иррадиируют в область правого плеча и шеи. Больная беспокойна, не находит положения, облегчающего боли. Из анамнеза: накануне вечером была в гостях, где употребляла жирную пищу и алкоголь. Приступ возник ночью. Ранее отмечались умеренные ноющие боли в правом подреберье, тошнота и горечь во рту при погрешностях в диете. Не обследовалась. Подобный приступ возник впервые. Был поставлен предварительный диагноз Желчнокаменная болезнь (желчная колика). Выберите не приемлемый метод лечения для купирования болевого синдрома можно.

1. постельный режим
2. спазмолитические средства
3. анальгетики
4. морфин

153. Больная 56 лет, поступила в стационар с приступом болей в правом подреберье, носящих режущий, раздражающий характер. Боли иррадиируют в область правого плеча и шеи. Больная беспокойна, не находит положения, облегчающего боли. Из анамнеза: накануне вечером была в гостях, где употребляла жирную пищу и алкоголь. Приступ возник ночью. Ранее отмечались умеренные ноющие боли в правом подреберье, тошнота и горечь во рту при погрешностях в диете. Не обследовалась. Подобный приступ возник впервые. Выберите Ваш предварительный диагноз.

1. хронический рецидивирующий панкреатит, обострение
2. острый аппендицит
3. острый панкреатит
4. желчнокаменная болезнь (желчная колика).

154. Больная С., 43 лет, поступила в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в области правого подреберья, усиливающиеся после приема обильной, жирной пищи, алкоголя. Боли иррадиируют в область правого плеча и шеи и чередуются с ощущением давления в правом подреберье, усиливающимся в положении на правом боку, наклонах туловища. Отмечаются также

тошнота, горечь во рту, повышение температуры тела до 37,50, раздражительность. Поставьте Ваш предварительный диагноз.

1. хронический гастродуоденит, обострение
2. хронический бескаменный холецистит, обострение
3. желчнокаменная болезнь, обострение
4. хронический панкреатит, обострение

155. У больного 52 лет в течение длительного времени на фоне жалоб астенического характера периодически появляется чувство тяжести в правом подреберье, тошнота, небольшая желтуха. В это время нарушаются биохимические показатели функции печени: АЛТ, билирубин, сулемовая проба, тимоловая проба, белковые фракции. Рецидивы связаны с инфекциями. Работоспособность сохраняется. Найдите соответствующий клинический синдром и лабораторные данные для данного больного.

1. портальный цирроз печени
2. хронический персистирующий гепатит
3. билиарный цирроз печени
4. хронический активный гепатит

156. У 53-летнего мужчины, регулярно употребляющего алкоголь и страдающего хроническим рецидивирующим панкреатитом, развилась безболевая желтуха. При ретроградной панкреатохолангиографии выявлено значительное сужение общего желчного протока. Найдите наиболее вероятную причину желтухи у больного.

1. перидуктальный фиброз общего желчного протока вследствие хронического панкреатита
2. компрессия общего желчного протока вследствие формирования псевдокистоза поджелудочной железы
3. опухоль поджелудочной железы с вовлечением общего желчного протока
4. опухоль общего желчного протока

157. Мужчина 55 лет последние три года страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами. На терапию H₂-гистаминблокаторами реакция положительная. Поступил с кровоточащей язвой. Сделано переливание крови. За четыре недели терапии ранитидином язва зарубцевалась. Выберите лечебную тактику.

- 1). прерывистая курсовая терапия H₂-гистаминблокаторами
- 2). поддерживающая терапия H₂-гистаминблокаторами
- 3). хирургическое лечение
- 4). терапия сукральфатом

158. Множественные язвы в желудке и двенадцатиперстной кишке в сочетании с гиперацидным состоянием и упорными болями в эпигастрии, не купирующимися антацидами. Найдите вероятную синдром.

1. с синдромом Дубина–Джонсона
2. с синдромом Золлингера–Эллисона
3. с изъязвлением рака желудка
4. с язвами угла желудка

159. У мужчины 51 года отмечаются длительные боли и чувство распирания в правом подреберье. При обследовании: желтухи нет, положительный симптом Кера, температура субфебрильная, СОЭ — 30 мм/ч. Поставьте Ваш предполагаемый диагноз.

1. хронический холецистит в фазе обострения
2. хронический панкреатит в фазе ремиссии
3. язвенная болезнь желудка в фазе обострения
4. хронический гепатит

160. При осмотре больного отмечается увеличение живота, который принимает лягушачью форму, выпячивание пупка, выраженный рисунок подкожных вен в области пупка. При перкуссии определяется изменение тимпанического звука на тупой в боковых поверхностях живота, изменение границы тупости в зависимости от положения больного. Найдите причину увеличения живота.

1. Скопление жидкости (асцит).
2. Беременность
3. Метеоризм
4. Болезнь Крона

161. Больная И. 48 лет, рабочая столовой, поступила с жалобами на тупые, ноющие боли в правом подреберье, чаще после погрешности в диете и физической нагрузки. Диспептические расстройства в виде тошноты, горечи во рту. При осмотре: больная повышенного питания, кожные покровы и слизистые чистые. При пальпации имеется болезненность в проекции желчного пузыря. При фракционном дуоденальном зондировании - получено удлинение фазы латентного периода пузырного рефлекса (III фазы) и пузырной фазы (IV) до 40 мин с выделением 65 мм темно-коричневой вязкой желчи. При ультразвуковом исследовании - в зоне желчного пузыря выявлены тени диаметром 0,3-0,5 см. При холецистографии - в желчном пузыре имеются участки просветления.. Чем страдает больная?

1. Больная страдает желчнокаменной болезнью, калькулезным холециститом.
2. У больного поражена двенадцатиперстная кишка.
3. Язвенная болезнь желудка.
4. У больного имеются признаки цирроза печени.

162. Больная 56 лет, поступила в стационар с приступом болей в правом подреберье, носящих режущий, раздирающий характер. Боли иррадируют в область правого плеча и шеи. Больная беспокойна, не находит положения, облегчающего боли. Из анамнеза: накануне вечером была в гостях, где употребляла жирную пищу и алкоголь. Приступ возник ночью. Ранее отмечались умеренные ноющие боли в правом подреберье, тошнота и горечь во рту при погрешностях в диете. Не обследовалась. Подобный приступ возник впервые. Поставьте Ваш предварительный диагноз.

1. хронический рецидивирующий панкреатит, обострение
2. острый аппендицит
3. острый панкреатит
4. желчнокаменная болезнь (желчная колика).

163. Найдите семейную очаговость, который наблюдается при:

1. ВГА
2. ВГВ
3. ВГС
4. ВГД

164. Выберите период, в котором впервые появляется в крови у больного острым вирусным гепатитом В HBsAg :

1. при появлении первых признаков заболевания
2. в разгар заболевания
3. в инкубационном периоде
4. в периоде реконвалесценции

165. Укажите препарат не используемые для лечения больного в остром периоде гепатита А, при среднетяжелом течении.

1. диета – стол 5А и 5 по Певзнеру
2. постельный режим в течение желтушного периода
3. внутривенное введение жидкости с целью дезинтоксикации
4. назначение гепатопротекторов

166. Укажите заболевания характерное повышение активности трансаминаз

1. вирусный гепатит В
2. гемолитическая желтуха
3. атрезия желчевыводящих путей
4. конъюгационная желтуха

167. Выберите период, в котором наблюдается максимальное выделение вируса гепатита А с фекалиями

1. инкубационном
2. преджелтушном
3. желтушном
4. постжелтушном
5. реконвалесценции

168. Укажите не характерные особенности Д - гепатита:

1. отечно-асцитический синдром,
2. 2-х волновая желтуха,
3. протекает в средне тяжелой форме,
4. частое развитие гепатодистрофии.

169. Найдите не характерный предвестник для гепатодистрофии:

1. инверсия сна
2. уменьшение размеров печени
3. уменьшение активности трансаминаз
4. нарастание билирубина

170. Укажите срок инкубационного периода при ВГВ:

1. до 45 дней
2. от 45 до 180 дней
3. 30 дней
4. 6 месяцев

171. Выберите не верный предвестник гепатодистрофии:

1. увеличение размеров печени
2. повторная рвота
3. нарастание желтухи
4. тахикардия

172. Укажите критерии тяжести ВГ :

1. степень интоксикации и выраженность желтухи
2. темная моча
3. уровень щелочной фосфатазы
4. активность трансфераз

173. Как Вы думаете обязательна ли 100% госпитализация больных ВГА?

1. обязательна
2. не обязательна
3. на усмотрение эпидемиолога
4. по желанию родителей

174. Укажите срок диспансерного наблюдение за реконвалесцентами ВГВ:

1. 3 мес.
2. 6 мес.
3. 12 мес.
4. 2 лет

175. Выберите не рекомендуемый продукт для больных реконвалесцентам ВГ:

1. кисломолочные продукты
2. отварное мясо
3. жаренное мясо
4. фрукты

176. Укажите ВГ характерное двухволновое течение желтушного периода:

1. ВГА
2. ВГВ
3. ВГС
4. ВГД

177. Укажите базисную терапию при ВГ:

1. режим и диету
2. антибиотикотерапию
3. пероральную дезинтоксикацию
4. ферменты

178. Выберите заболевание необходимые для дифференцировки ВГВ у детей до 6 месяцев в желтушном периоде:

1. атрезией желчевыводящих путей
2. желчекаменной болезнью
3. первичным раком печени
4. анемией Минковского-Шофара
5. холециститом

179. Укажите лабораторные показатели определяющие тяжесть гепатита

1. активность трансаминаз
2. протромбиновый индекс
3. тимоловая проба
4. щелочная фосфатаза

180. Выберите особенность, характерную для ВГЕ.

1. водные вспышки
2. отсутствие сезонности
3. спорадическая заболеваемость
4. поражаются лица старше 35 лет

181. Если у больного хроническим холециститом появилась ноющая непрекращающаяся боль в правом подреберье, Назовите вероятное осложнения:

1. дисфункция желчных путей
2. хронического гепатита
3. хронического холангита
4. перихолецистита

182. У больной К., 11 лет, после очередного ОРЗ температура тела осталась повышенной до 37,5—38 °С; выявлено увеличение СОЭ до 40—50 мм/ч. Только через 4 месяца появились резкая слабость, сонливость. Обнаружено нерезкое повышение уровня билирубина. Больная госпитализирована с диагнозом острый вирусный гепатит. В стационаре при лечении диетой и витаминами самочувствие девочки улучшилось, температура понизилась, хотя СОЭ и осадочные пробы оставались резко измененными.

Через 2 месяца возобновилась лихорадка, появились носовые кровотечения, интенсивная желтуха, увеличилась печень. Диагноз: рецидив острого вирусного гепатита. Вскоре присоединились мучительные артралгии, кожные высыпания по типу крапивницы. УФО суставов вызвало резкое ухудшение состояния, лейкопению, увеличение СОЭ до 72 мм/ч.

При обследовании через 13 месяцев от начала заболевания: девочка повышенного питания, наблюдаются желтуха, сосудистые звездочки, стоматит, умеренная гепатомегалия. Рентгенологически на фоне усиленного легочного рисунка видны нежные, слабо контурированные очаговые тени в обоих легких, в левом реберно-диафрагмальном синусе большой выпот. В анализах крови — гипохромная анемия, в моче — умеренная протеинурия. ЛЕ-клетки не обнаружены. Антинуклеарные антитела положительны в разведении 1:16. В пунктате печени обнаружены признаки хронического гепатита с выраженными дистрофическими изменениями, очаговыми и мостовидными некрозами гепатоцитов..

Поставьте клинический диагноз.

1. Вирусный гепатит В
2. Аутоиммунный гепатит I типа.
3. Вирусный гепатит С
4. Вирусный гепатит В+Д

183. Выберите источник вируса гепатита С:

1. медицинские инструменты многоразового использования
2. больные люди
3. кровососущие насекомые
4. кровь и другие биологические жидкости организма

184. Укажите Ваш предполагаемый специфическая метод профилактики вирусного гепатита В:

1. использование одноразовых медицинских инструментов
2. замену трансфузий препаратов крови кровезаменителями
3. стерилизацию изделий медицинского назначения в лечебно-профилактических учреждениях
4. вакцинацию

185. Укажите наиболее значимый признак для ранней диагностики вирусного гепатита В

1. гипербилирубинемия
2. снижение сулемовой пробы
3. появление желчных пигментов в моче
4. повышение активности трансаминаз

186. Найдите не характерный маркер в крови в период разгара вирусного гепатита В

1. HBsAg
2. анти-HBcJgM
3. анти-HBs
4. HBeAg

187. 222. У больного 20 лет, астеника, на фоне нейроциркуляторной дистонии появились тупообразные боли в правом подреберье, провоцирующиеся стрессовыми ситуациями, без повышения температуры. При обследовании: конкрементов в желчных путях не выявлено, на холецистограммах желчный пузырь уменьшен в размерах, при дуоденальном зондировании объем порции «В» - 15 мл, время – 3 минуты. Выберите вероятный диагноз.

1. Хронический холецистит;
2. Дискинезия желчных путей по гипомоторному типу;
3. Дискинезия желчных путей по гипермоторному типу;
4. Хронический холангит.

188. Больной 23 лет, обратился с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье, умеренную желтуху, общую слабость, похудание, боли в суставах. В анамнезе: острый вирусный гепатит в детстве. Объективно: кожные покровы желтушные с единичными телеангиоэктазиями. Печень увеличена - выступает из-под края правой реберной дуги на 2 см. Селезенка не пальпируется. При биохимических исследованиях: уровень трансаминаз повышен более 3 раз, общий билирубин -

32,8 мкмоль/л. Тимоловая проба - 9,3 ед. Обнаружен австралийский антиген. Выберите наиболее вероятный диагноз.

1. аутоиммунный гепатит
2. первичный билиарный цирроз печени
3. хронический гепатит В
4. цирроз печени

189. Укажите наиболее частые проявления гиперспленизма при заболеваниях печени:

1. лейкопения
2. тромбоцитопения
3. спленомегалия
4. анемия, лейкопения, тромбоцитопения, спленомегалия

190. Больная 56 лет, поступила с жалобами на кожный зуд, желтуху, боли в правом подреберье, похудание, темные пятна в межлопаточной области и в области плеча. В анамнезе: 7 лет назад появилась пигментация в межлопаточной области и в области плеча. В течение 3-4 лет беспокоит кожный зуд. Лечилась у дерматологов без особого успеха. В последнее время кожный зуд усилился и появилась желтуха. В анализах: гипербилирубинемия за счет прямой фракции, значительное повышение ЩФ, ГГТП, умеренное повышение трансаминаз. Из числа нижеперечисленных укажите наиболее вероятный диагноз.

1. хронический гепатит вирусной этиологии
2. болезнь Вильсона-Коновалова
3. желчнокаменная болезнь
4. первичный билиарный цирроз печени

192. Больной 23 лет, обратился с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье, умеренную желтуху, общую слабость, похудание, боли в суставах. В анамнезе: острый вирусный гепатит в детстве. Объективно: кожные покровы желтушные с единичными телеангиоэктазиями. Печень увеличена - выступает из-под края правой реберной дуги на 2 см. Селезенка не пальпируется. При биохимических исследованиях: уровень трансаминаз повышен более 3 раз, общий билирубин - 32,8 мкмоль/л. Тимоловая проба - 9,3 ед. Обнаружен австралийский антиген. Выставлен предварительный диагноз: Хронический гепатит В. Найдите необходимый метод исследования для подтверждения диагноза.

1. ИФА на маркеры вирусов гепатита, ПЦР на вирус В
2. определение антимитохондриальных антител
3. ПЦР на вирус В
4. антитела к гладкой мускулатуре

193. Укажите наиболее эффективный метод для скрининговой диагностики бессимптомной формы желчнокаменной болезни:

1. рентгенологическое исследование желчевыводящей системы с пероральным приёмом рентгеноконтрастных препаратов (пероральная холецистография)
2. рентгенологическое исследование желчевыводящей системы с внутривенным введением рентгеноконтрастных препаратов (внутривенная холецистография)
3. ультразвуковое исследование печени, желчевыводящей системы, поджелудочной железы
4. эндоскопическая ретроградная холедохпанкреатография – ЭРХПГ

194. Укажите неправильное утверждение в отношении вируса гепатита А:

1. возбудитель - РНК-содержащий вирус
2. возбудитель обнаруживают в фекалиях больных
3. возбудитель устойчив во внешней среде
4. часто развивается носительство и хронизация

195. Укажите лиц наибольший риск развития гепатита D:

1. переболевших вирусным гепатитом А
2. переболевших острым гепатитом В
3. лиц с персистирующей HBs – антигемией
4. больных хроническим гепатитом С

IV. Заболевания поджелудочной железы

196. Мужчина жалуется на значительную потерю массы тела, периодически возникающие на коже лица, живота и ягодицы буллезные высыпания. Объективно отмечается выраженная анемия, увеличение СОЭ, гипергликемия. Выберите соответствующий диагноз для данной клинической картины.

1. Инсулинома.
2. Сахарный диабет.
3. Феохромоцитома.
4. Глюкагонома

197. У 50-летнего мужчины отмечается вздутие живота, чувство быстрого переполнения в эпигастрии после приема пищи. В анамнезе 2 приступа интенсивных болей в верхней половине живота в течение нескольких дней. На рентгенограмме выявлено образование в верхнем отделе живота с уровнем жидкости. Выберите заболевание и его осложнение, которое можно предположить у данного пациента.

- | | | | |
|----|-------------|---------------|----------|
| 1. | | Карцинома | |
| 2. | Карцинома | поджелудочной | желудка. |
| 3. | Псевдокиста | поджелудочной | железы. |
| 4. | Абсцесс | поджелудочной | железы. |

198. У мужчины 50 лет после приема алкоголя и калорийной пищи появились острые боли в верхней половине живота, повысилась температура тела до 38°C, отмечались вздутие живота, рвота без примеси желчи. Нарастал метеоризм, отмечалась задержка газов и стула. При аускультации отсутствовали шумы кишечной перистальтики. Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз.

1. Острый панкреатит;
2. Язва двенадцатиперстной кишки;
3. Острый панкреатит с явлениями пареза кишечника;
4. Острая кишечная непроходимость;

199. . Больной 42 лет, обратился в приемное отделение с жалобами на сильные, интенсивные боли в подложечной области с иррадиацией в левое подреберье и поясничную область слева. Боли сопровождаются тошнотой, многократной рвотой, не приносящей больному облегчения. Однократно был жидкий стул без примесей. Заболел накануне вечером после банкета. Из анамнеза удалось выяснить, что боли в подложечной области периодически беспокоят в течение последних трех лет, иногда носят опоясывающий характер и провоцируется приемом алкоголя и жирной пищи. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался, не обследовался. Объективно: больной пониженного питания, температура - 37,3 0 С, АД - 120/ 70 мм рт. ст. В общем анализе крови: Нв -130 г/л, лейкоциты - 10,8 * 10⁹/л, СОЭ - 20 мм/час. Амилаза мочи - 128 ед., билирубин общий - 17,3 мкмоль/л. На основании вышеизложенного выберите наиболее вероятный диагноз.

1. язвенная болезнь
2. обострение хронического панкреатита
3. обострение хронического холецистита
4. опухолевое заболевание поджелудочной железы

200. На основании жалоб, анамнеза, объективных данных Вы поставили предварительный диагноз: Обострение хронического рецидивирующего панкреатита. Выберите предварительный диагноз.

1. определение уровня сахара в крови
2. определение уровня холестерина в крови
3. определение уровня активности АСТ и АЛТ в крови
4. определение уровня активности диастазы в крови и моче

201. У больной В., 50 лет, жалобы на боли опоясывающего характера в верхней части живота, диарея и вздутие живота после употребления жареной и жирной пищи. Считает себя больной на протяжении 5 лет, потеря массы тела на 8 кг в течение последнего года. Определите наиболее вероятную причину выше перечисленных жалоб.

1. Хронический холецистит
2. Хронический панкреатит с недостаточностью экзокринной функции поджелудочной железы
3. Дисфункция желчного пузыря
4. Диффузные заболевания печени

202. Укажите, какие изменения биохимических показателей не являются характерными при острых вирусных гепатитах

1. увеличение свободной и связанной фракций билирубина
2. повышение активности аминотрансфераз в 10 и более раз
3. снижение альбумина при тяжёлом течении
4. повышение активности щелочной фосфатазы в 10 и более раз

203. Укажите лучший раствор применяемое для дезинтоксикации при ВГ:

1. лактасоль
2. 10% раствор глюкозы
3. полиглюкин
4. раствор Рингера

204. Назовите причину умеренной желтушности склер и кожи, гепатоспленомегалия, ретикулоцитоз,

1. билиарном циррозе
2. гемолитической желтухе
3. остром вирусном гепатите
5. синдроме Жильбера

205. Назовите заболевания, при котором частым симптомом является диарея

1. язвенной болезни 12перстной кишки
2. хронического панкреатита
3. ЖКБ
4. опухоли дистального отдела толстой кишки

206. Укажите копрологический синдром, характерный для хронического панкреатита:

1. обильный жирный стул с гнилостным запахом, креаторея
2. стеаторея, амилорея
3. обильный, жидкий, без патологических примесей стул
4. обильный светлый стул, нейтральный жир, жирные кислоты, мыла

207. Назовите наиболее достоверный признак обострения хронического панкреатита:

1. боль в эпигастрии
2. высокий уровень амилазы(диастазы) в крови и моче

3. гипергликемия
4. метеоризм

208. Укажите срок диспансерного наблюдения больных хроническим панкреатитом:

1. 2 раза в год
2. 1 раз в год
3. 4 раза в год
4. 1 раз в 2 год

209. У больной В., 50 лет, жалобы на боли опоясывающего характера в верхней части живота, диарея и вздутие живота после употребления жареной и жирной пищи. Считает себя больной на протяжении 5 лет, потеря массы тела на 8 кг в течение последнего года. Укажите наиболее вероятную причину перечисленных жалоб:

1. Хронический холецистит
2. Хронический панкреатит с недостаточностью экзокринной функции поджелудочной железы
3. Дисфункция желчного пузыря
4. Диффузные заболевания печени

210. При осмотре больного отмечается увеличение живота, который принимает лягушачью форму, выпячивание пупка, выраженный рисунок подкожных вен в области пупка. При перкуссии определяется изменение тимпанического звука на тупой в боковых поверхностях живота, изменение границы тупости в зависимости от положения больного. Назовите причину увеличения живота?

1. Причина увеличения живота - скопление жидкости (асцит).
2. Беременность
3. Метеоризм
4. Болезнь Крона

211. При сцинтиграфии отмечено уменьшение границ печени, контуры ее неровные, размыты. Отмечено общее снижение поглощения радиоактивного изотопа (разрежение), увеличение поглощения радиоактивного препарата селезенкой и увеличение размеров селезенки. Назовите род исследования сцинтиграфии?

1. Сцинтиграфия это радионуклидное исследование.
2. Ультразвуковое исследование
3. Рентгенологическое исследование.
4. Магнитно-резонансное исследование

212. Больная К., 42 лет, обратилась с жалобами на желтушное окрашивание кожи, выраженную общую слабость, головокружение, одышку при физической нагрузке. Общий анализ крови: НВ 70 г/л, лейкоциты $6,0 \cdot 10^9$ /л, Эр $1,2 \cdot 10^{12}$ /л, Б 2%, Э 2 %, С 70 %, Л 20 %, М 6 %, СОЭ 38 мм/ч, ретикулоциты 1,1 %. Биохимический анализ крови: общий билирубин 100 мкмоль/л, прямой 20,5, непрямой 79,5 мкмоль/л. В кале определяется большое количество стеркобилина. В моче – уробилин, билирубина в моче нет. Назовите вид желтухи:

1. надпеченочная (гемолитическая)
2. Печеночная (паренхиматозная)
3. Подпеченочная (механическая)
4. Желтушный синдром

213. Больной В., 50 лет, обратился с жалобами на желтушное окрашивание кожи и склер, тяжесть в правом подреберье, слабость, утомляемость, снижение аппетита, похудание, боли в суставах, периодически повышение температуры тела до 37,3 °С. В анамнезе перенесенный острый гепатит С. При пальпации печень и селезенка увеличены в размерах. Биохимический анализ крови:

умеренная гипербилирубинемия, повышение активности аминотрансфераз, гипергаммоглобулинемия. В моче – уробилин, прямой билирубин. Назовите вид желтухи:

1. Надпеченочная (гемолитическая)
2. Печеночная (паренхиматозная)
3. Подпеченочная (механическая)
4. Желтушный синдром

214. На основании жалоб, анамнеза и объективных данных больному был определен предварительный диагноз: Функциональная диспепсия, неспецифический вариант течения. Выберите метод исследования для уточнения диагноза у данного пациента.

1. эзофагогастродуоденоскопия
2. рентгеноскопия пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
3. УЗИ органов брюшной полости
4. биохимические анализы крови, включая печеночные пробы
5. все перечисленное

215. Больной 42 лет, обратился в приемное отделение с жалобами на сильные, интенсивные боли в подложечной области с иррадиацией в левое подреберье и поясничную область слева. Боли сопровождаются тошнотой, многократной рвотой, не приносящей больному облегчения. Однократно был жидкий стул без примесей. Заболел накануне вечером после банкета. Из анамнеза удалось выяснить, что боли в подложечной области периодически беспокоят в течение последних трех лет, иногда носят опоясывающий характер и провоцируются приемом алкоголя и жирной пищи. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался, не обследовался. Объективно: больной пониженного питания, температура - 37,3 0 С, АД - 120/ 70 мм рт. ст. В общем анализе крови: Нв -130 г/л, лейкоциты - 10,8 * 10⁹/л, СОЭ - 20 мм/час. Амилаза мочи - 128 ед., билирубин общий - 17,3 мкмоль/л. На основании вышеизложенного выберите наиболее вероятный диагноз.

1. язвенная болезнь
2. обострение хронического панкреатита
3. обострение хронического холецистита
4. опухолевое заболевание поджелудочной железы

216. Больному 42 лет на основании клинических, биохимических, серологических и инструментальных данных был выставлен клинический диагноз: Хронический гепатит С высокой степени активности, компенсированный. Выберите правильную комбинацию препаратов для лечения этого пациента из числа ниже приведенных схем.

1. интерферон + рибавирин + гепатопротектор
2. интерферон + ламивудин + гепатопротектор
3. интерферон + гепатопротектор
4. рибавирин + гепатопротектор

217. У больной В., 50 лет, жалобы на боли опоясывающего характера в верхней части живота, диарея и вздутие живота после употребления жареной и жирной пищи. Считает себя больной на протяжении 5 лет, потеря массы тела на 8 кг в течение последнего года. Выберите правильный ответ.

1. Хронический холецистит
2. Хронический панкреатит с недостаточностью экзокринной функции поджелудочной железы
3. Дисфункция желчного пузыря
4. Диффузные заболевания печени

218. Больной Р., 42 лет, доставлен в отделение интенсивной терапии и реанимации в бессознательном состоянии. Из анамнеза: в течение 5 лет страдает циррозом печени, ухудшение состояния после употребления алкоголя. Объективно: отсутствие сознания и реакции на боль, арефлексия, потеря

мышечного тонуса. Найдите осложнение возникшее у данного больного.

1. Синдром портальной гипертензии
2. Синдром холестаза
3. Печеночная энцефалопатия, кома
4. Гепаторенальный синдром

219. Больная Л., 47 лет, обратилась с жалобами на боли в правом подреберье с иррадиацией в шею, правое плечо, тошноту, рвоту, желтушность кожи, кожный зуд, потемнение мочи, обесцвеченный кал. Положительные симптом Мерфи, Ортнера, Мюсси. Биохимический анализ крови: гипербилирубинемия, повышение уровня щелочной фосфатазы и ГГТП. В моче определяется прямой билирубин. В кале отсутствует стеркобилин. Назовите вид желтухи.

1. Надпеченочная (гемолитическая)
2. Печеночная (паренхиматозная)
3. Подпеченочная (механическая)
4. Желтушный синдром

220. Больная К., 42 лет, обратилась с жалобами на желтушное окрашивание кожи, выраженную общую слабость, головокружение, одышку при физической нагрузке. Общий анализ крови: НВ 70 г/л, лейкоциты $6,0 \cdot 10^9$ /л, Эр $1,2 \cdot 10^{12}$ /л, Б 2%, Э 2 %, С 70 %, Л 20 %, М 6 %, СОЭ 38 мм/ч, ретикулоциты 1,1 %. Биохимический анализ крови: общий билирубин 100 мкмоль/л, прямой 20,5, непрямой 79,5 мкмоль/л. В кале определяется большое количество стеркобилина. В моче – уробилин, билирубина в моче нет. Назовите вид желтухи:

1. надпеченочная (гемолитическая)
2. Печеночная (паренхиматозная)
3. Подпеченочная (механическая)
4. Желтушный синдром

221. Больной В., 50 лет, обратился с жалобами на желтушное окрашивание кожи и склер, тяжесть в правом подреберье, слабость, утомляемость, снижение аппетита, похудание, боли в суставах, периодически повышение температуры тела до $37,3$ °С. В анамнезе перенесенный острый гепатит С. При пальпации печень и селезенка увеличены в размерах. Биохимический анализ крови: умеренная гипербилирубинемия, повышение активности аминотрансфераз, гипергаммаглобулинемия. В моче – уробилин, прямой билирубин. Назовите вид желтухи:

1. Надпеченочная (гемолитическая)
2. Печеночная (паренхиматозная)
3. Подпеченочная (механическая)
4. Желтушный синдром

222. К возможным осложнениям кист поджелудочной железы относятся все перечисленные, кроме:

1. нагноения
2. злокачественные перерождения
3. сахарного диабета
4. кровоизлияния в полость кисты

223. Основным методом лечения кист поджелудочной железы является:

1. консервативная терапия
2. химиотерапия

3. хирургический метод
4. рентгенотерапия

224. Значительное увеличение сывороточной амилазы может указывать на:

1. кишечную непроходимость
2. острый панкреатит
3. пневмонию
4. рак поджелудочной железы

225. Больному с хроническим панкреатитом латентного течения показаны:

9. общий полноценный рацион
10. диета с преобладанием жиров
11. диета с преобладанием углеводов
12. умеренная углеводно-белковая диета

226. Для обострения хронического панкреатита характерны все перечисленные симптомы, кроме:

1. падения массы тела
2. поносов
3. болей
4. рвоты

227. Стимулируют функцию внешней секреции поджелудочной железы все перечисленные продукты, кроме:

1. капусты белокачанной
2. свеклы
3. кофе
4. сливочного масла

228. Стимулируют функцию внешней секреции поджелудочной железы все перечисленные препараты, кроме:

1. соляной кислоты
2. гастрина
3. гистамина
4. промедола

229. Определение активности эластазы кала при хронических заболеваниях поджелудочной железы служит для

- 1) оценки степени инкреторной недостаточности поджелудочной железы
- 2) дифференциальной диагностики опухолевых заболеваний и хронического панкреатита
- 3) оценки степени внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы
- 4) диагностики повреждения островкового аппарата поджелудочной железы

230. Болезненность в зоне шоффара определяется при обострении хронического

- 1) гастрита
- 2) холецистита
- 3) дуоденита

4) панкреатита

231. Больная 40 лет поступила в клинику на 2 сутки с момента заболевания. После осмотра и обследования поставлен диагноз: панкреонекроз. Состояние средней тяжести, выраженная ферментативная интоксикация, клинической картины панкреатогенного перитонита нет. Какой метод лечения, угнетающий панкреатический протеиновый синтез, наиболее эффективен и доступен?

- 1. дренирование грудного лимфатического протока;
 - 2. цитостатики;
 - 3. локальная желудочная гипотермия;
 - 4. гемосорбция;
-

232. Наиболее частые косвенные признаки острого панкреатита при гастродуоденоскопии:

- 1. острые язвы желудка;
 - 2. острые язвы 12-перстной кишки;
 - 3. отек и гиперемия задней стенки желудка;
 - 4. кровоизлияния на передней стенке желудка;
-

233. Больной 30 лет поступил в клинику на 2-е сутки заболевания с диагнозом: острый панкреатит с выраженной ферментативной интоксикацией и панкреатогенным перитонитом. Укажите метод выведения панкреатических ферментов из организма:

- 1. локальная внутрижелудочная гипотермия;
 - 2. перитонеальный диализ;
 - 3. перидуральная анестезия;
 - 4. катетеризация пупочной вены;
-

234. У больного 20 лет клиническая картина острого панкреатита, но нельзя исключить прободную язву желудка. Решено выполнить диагностическую лапароскопию. Выберите достоверный лапароскопический признак деструктивного панкреатита:

- 1. пневматизация кишечника;
 - 2. гиперемия брюшины;
 - 3. отек большого сальника;
 - 4. бляшки стеатонекроза на брюшине.
-

235. Наиболее частая причина смерти при деструктивном панкреатите в поздние сроки заболевания:

- 1. гнойные осложнения;
 - 2. желтуха;
 - 3. энцефалопатия;
 - 4. почечная недостаточность;
-

236. На 15-е сутки у больного с деструктивным панкреатитом сохраняются выраженные явления интоксикации, температура тела 39°C, озноб, потливость, лейкоцитоз, гиперемия кожи в поясничной области. Диагноз:

- 1. отечный панкреатит;
 - 2. абсцесс поджелудочной железы;
 - 3. абсцесс сальниковой сумки;
-

- 4. забрюшинная флегмона.

236. Показания для внутривенного форсированного диуреза у больного с деструктивным панкреатитом:

- 1. геморрагический синдром;
 - 2. интоксикация;
 - 3. парез кишечника;
 - 4. болевой синдром;
-

237. Больной госпитализирован в клинику с жалобами на боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту. В течение 6 месяцев похудел на 15 кг. При рентгенологическом исследовании желудка выявлено отнесение его кпереди. Предварительный диагноз:

- 1. стеноз привратника;
 - 2. рак поджелудочной железы;
 - 3. язвенная болезнь желудка;
 - 4. рак желудка;
-

238. У больного при РПХГ обнаружен расширенный главный панкреатический проток по типу «цепь озер», кальцинаты в протоке. При лабораторном исследовании выявлено повышение уровня сахара крови, признаки экскреторной недостаточности железы (креатостеаторея). Укажите оптимальный вид операции:

- 1. субтотальная резекция железы;
 - 2. панкреатодуоденальная резекция;
 - 3. панкреатоюностомия;
 - 4. резекция желудка;
-

239. Больной в течение 15 лет страдает хроническим панкреатитом. Укажите простейший способ обнаружения кальциноза поджелудочной железы:

- 1. эксплоративная лапаротомия;
 - 2. лапароскопия;
 - 3. ирригоскопия;
 - 4. обзорная рентгенография брюшной полости.
-

240. Больной в течение 10 лет страдает хроническим панкреатитом, отмечает частые поносы, похудание, боли после еды. Укажите характерные признаки нарушения внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы:

- 1. сухость кожных покровов;
 - 2. диабет;
 - 3. креато-и стеаторея;
 - 4. расширение вен передней брюшной стенки;
-

241. Больной поступил в клинику с подозрением на острый панкреатит. Укажите наиболее информативный метод диагностики заболевания:

- 1. целиакография;
 - 2. ультразвуковое исследование;
 - 3. лапароцентез;
 - 4. термография;
-

242. Больной 35 лет поступил в клинику с диагнозом острый панкреатит. Укажите наиболее информативный показатель в энзимной фазе заболевания:

- 1. амилаза крови;
 - 2. трипсиноген;
 - 3. аминотрансфераза;
 - 4. альдолаза
-

243. 1. Характер болей при деструктивном панкреатите:

- 1. схваткообразные боли;
 - 2. боль неопределенного характера;
 - 3. боль, вызывающая беспокойство;
 - 4. сильная, постоянная боль;
-

244. При хроническом панкреатите высок риск развития

- 1) остеопороза
- 2) мышечной дистрофии
- 3) реактивного артрита
- 4) спленомегалии

245. Поджелудочная железа обязательно поражается при

- 1) муковисцидозе
- 2) язвенной болезни желудка
- 3) дивертикулярной толстокишечной болезни
- 4) артериомезентериальной непроходимости

246. Рвота является следствием

- 1) активации тормозных нейронов рвотного центра
- 2) подпороговой стимуляции рвотного центра
- 3) активации тормозных нейронов спинного мозга
- 4) пороговой стимуляции рвотного центра

247. К наиболее частым последствиям хронического панкреатита относят

- 1) экзокринную недостаточность поджелудочной железы
- 2) псевдокисты
- 3) асцит
- 4) перитонит

248. Развитие желтухи при хроническом панкреатите в большинстве случаев вызвано

- 1) воспалением парапанкреатической клетчатки
- 2) отеком и фиброзом головки поджелудочной железы
- 3) образованием кальцинатов в протоках
- 4) развитием абсцесса

249. Особенности болевого синдрома при обострении хронического панкреатита являются частая локализация в

- 1) правом подреберье, появление после приема жирной пищи
- 2) околопупочной области, сочетание со вздутием живота и обильной флатуленцией в вечерние часы
- 3) эпигастрии, усиление после еды и в положении на спине
- 4) левом подреберье, сочетание со вздутием живота и затруднением отхождения газов

250. Панкреатическая альфа-амилаза расщепляет крахмал и гликоген до

- 1) насыщенных жиров
- 2) дисахаридов
- 3) моносахаридов
- 4) аминокислот