

ТЕСТ для ординаторов по специальности гастроэнтерология

1. 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 иррадируют 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.

Каков Ваш предварительный диагноз?

1. хронический гастродуоденит, обострение
2. хронический бескаменный холецистит, обострение
3. желчнокаменная болезнь, обострение
4. функциональное расстройство желчного пузыря

2. В результате опроса и объективного осмотра пациента, обратившегося к Вам за помощью, не удалось определить диагноз, и возникли мысли о возможности у него обострения хронического рефлюкс-гастрита, язвенной болезни, хронического холецистита, синдроме эпигастральной боли при функциональной диспепсии, об обострении хронического антрального гастрита, ассоциированного с НР-инфекцией. Для уточнения диагноза у данного пациента какие исследования из перечисленных ниже Вы выбираете?

1. эзофагогастродуоденоскопия с биопсией
2. уреазный тест с биоптатом
3. УЗИ органов брюшной полости
4. все перечисленное

3. Больная К, 52 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. Поставьте предварительный диагноз?

- 1.Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- 2.Язвенная болезнь желудка
- 3.Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
- 4.Калькулезный холецистит

4. 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 \* 10<sup>9</sup>/л, СОЭ - 20 мм/час. Амилаза мочи - 128 ед., билирубин общий - 17,3 мкмоль/л. На основании вышеизложенного какое из нижеперечисленных заболеваний наиболее вероятно ?

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

5. На основании жалоб, анамнеза, объективных данных Вы поставили предварительный диагноз: Обострение хронического рецидивирующего панкреатита. Какие из перечисленных методов клинико-лабораторных исследований могут подтвердить Ваш 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

6. В результате опроса, осмотра, инструментального и клинико-лабораторного исследования больному установлен диагноз: Обострение хронического рецидивирующего панкреатита, болевая форма. Определите главную задачу из приведенной программы лечения этого больного

1. коррекция внешнесекреторной функции поджелудочной железы

2. заместительная полиферментная терапия
3. терапия, направленная на купирование болевого синдрома
4. противовоспалительная антибактериальная терапия

7. Больной 52 лет предъявляет жалобы на голодные и ночные боли в подложечной области, утихающие после приема пищи, а иногда тупые боли и тяжесть в эпигастральной области справа после приема пищи. Изредка беспокоит изжога, отрыжка кислым. Такие жалобы наблюдаются уже в течение полугода. Прошел эндоскопическое исследование. Было сделано заключение о наличии признаков атрофического гастрита. Лечился амбулаторно у терапевта по поводу хронического атрофического гастрита без особого успеха. Через месяц после лечения жалобы возобновились.

Объективно: питание сохранено. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при поверхностной пальпации локального напряжения мышц передней брюшной стенки нет. При глубокой пальпации определяется легкая локальная болезненность в эпигастральной области справа. Пальпация печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки и петель кишечника не выявила какого-либо существенных симптомов. Стул - со склонностью к запорам, мочеиспускание в норме. Общие анализы крови и мочи, а также копрограмма без патологических изменений. Печеночные пробы также в пределах нормы. О каких заболеваниях у данного больного можно думать?

1. об обострении язвенной болезни
2. об обострении хронического холецистита
3. об обострении хронического антрального гастрита, ассоциированного с НР- инфекцией
4. о всех перечисленных патологических состояниях

8. 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.

Какой диагноз наиболее вероятен?

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

9. 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

10. 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

11. Больной 43 лет предъявляет жалобы на боли в правом и левом подреберьях, усиливающиеся при ходьбе, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, частые носовые кровотечения, резкое похудание на 12 кг за 3 месяца. Болен в течение 4 лет, когда впервые отметил потемнение кожных покровов. Резкое

ухудшение состояния в течение последнего месяца, выражавшееся в значительном потемнении мочи, появлении отеков и увеличении объема живота.

Объективно: кожные покровы бронзовой окраски, иктеричность склер, темная пигментация ладонных складок и подошв, "сосудистые звездочки" на груди, спине и плечах. Живот увеличен за счет свободной жидкости в брюшной полости. Печень и селезенка увеличены в размерах.

Какой предварительный диагноз наиболее вероятен

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

12. Мужчина 45 лет, заболел остро после употребления алкоголя, обильной и острой пищи. Появилась ноющая боль в правом подреберье и эпигастриальной области. К врачу обратился через 3 суток, когда заметил иктеричность склер, желтушность кожных покровов и отсутствие аппетита. Ранее к врачам не обращался.

Объективно: больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны, на коже груди и шеи - телеангиоэктазии по типу "сосудистых звездочек". Трemor пальцев рук. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, зоне Шоффара. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее острый, плотный, поверхность гладкая. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 115/60 мм рт.ст. ЧСС - 68 в 1 мин. В легких везикулярное дыхание. Результаты лабораторных исследований: АСТ и АЛТ увеличены в 2 раза, ЩФ - в пределах нормы, ГГТП - увеличена до 3 норм.

Между какими из перечисленных заболеваний следует проводить дифференциальный диагноз?

1. вирусный гепатит
2. алкогольная болезнь печени в стадии хронического гепатита
3. цирроз печени
4. между всеми перечисленными

13. 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.

Какой из перечисленных предварительных диагнозов наиболее вероятен?

1. хронический панкреатит
2. цирроз печени
3. вирусный гепатит
4. аутоиммунный гепатит

14. 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.

Каков предварительный диагноз?

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

15. В результате опроса и объективного осмотра 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. Какое исследование следует провести для уточнения диагноза?

1. УЗИ с оценкой функционального состояния желчного пузыря и сфинктера Одди
2. эндоскопическая ультрасонография

3. дуоденальное зондирование
4. все перечисленное

16. 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. Какой вариант лечения наиболее приемлем для данной пациентки?

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

17. Больная 15 лет предъявляет жалобы на желтуху, боли в суставах, повышение температуры тела до 38,50С, общую слабость. Дожелтушный период сопровождался астено-вегетативным синдромом, анорексией. Была госпитализирована в инфекционный стационар с подозрением на острый вирусный гепатит. При обследовании: кожа и видимые слизистые желтушные, "сосудистые звездочки" на груди и спине, геморрагическая пурпура на щеках. Печень выступает из-под реберной дуги на 5 см, болезненна при пальпации. Селезенка не увеличена. В ОАК - умеренная анемия (Hb = 90 г/л), резко увеличена СОЭ=55 мм/час. Биохимические анализы крови: тимоловая проба - 16 ед., альфа-глобулины - 40,2%, активность трансаминаз увеличена в 5 раз, общий билирубин - 35,5 мкмоль/л (прямой - 25,5 мкмоль/л, непрямой - 10 мкмоль/л). LE-клетки не обнаружены, серологические маркеры вирусов гепатита - отр. Каков Ваш предварительный диагноз?

1. системная красная волчанка
2. аутоиммунный гепатит I типа
3. первичный билиарный цирроз печени
4. синдром Жильбера

18. Больная 66 лет каретой скорой помощи была доставлена в стационар с признаками кровавой рвоты (вишневого цвета), дегтеобразного стула и резкой слабостью. Из анамнеза: в течение 20 лет страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом II типа, по поводу которых в течение всего этого времени постоянно принимает гипотензивные и сахароснижающие препараты. Страдает ожирением II степени. Злоупотребление алкоголем отрицает. Вирусный гепатит также отрицает. После обследования у больной был выявлен цирроз печени, осложнившийся кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода. Вирусный генез цирроза печени исключен методом ИФА и ПЦР. Что из перечисленного послужило основанием утверждать о развитии стеатогепатитного цирроза печени?

1. сахарный диабет II типа
2. артериальная гипертензия
3. длительный прием лекарственных препаратов
4. все перечисленное

19. 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. Какой из препаратов обязательно следует назначить данной больной?

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

20. 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
5. ламивудин + гепатопротектор

21. 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 иррадируют 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. Больной был поставлен предварительный диагноз Хронический бескаменный холецистит, обострение.

Для подтверждения диагноза на этом этапе необходимо провести все перечисленные исследования, кроме:

1. печеночные пробы: билирубин, АЛТ, АСТ, тимоловая проба
2. дуоденальное зондирование с микроскопией и посевом желчи
3. альфа-амилаза крови и мочи
4. ультразвуковое исследование органов брюшной полости

22. 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 УЗИ-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

23. 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 иррадируют 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

24. 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. Выберите 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

25. 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 иррадируют 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. В результате клинического наблюдения и проведения лабораторно-инструментальных исследований был поставлен клинический диагноз Хронический бескаменный холецистит с функциональным расстройством желчного пузыря по гипомоторному типу, обострение.

Какие из перечисленных препаратов не следует назначать в первые дни лечения этой пациентке?

1. антибиотики
2. транквилизаторы

3. прокинети́ческие средства
  4. желчегонные средства из класса холекинетиков
26. 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
27. 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. Каков Ваш предварительный диагноз?
1. хронический рецидивирующий панкреатит, обострение
  2. острый панкреатит
  3. язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная пенетрацией в поджелудочную железу.
  4. желчнокаменная болезнь (желчная колика).
28. 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. Был поставлен предварительный диагноз Желчнокаменная болезнь (желчная колика). Для купирования болевого синдрома можно использовать все перечисленное, кроме:
1. постельный режим
  2. спазмолитические средства
  3. анальгетики
  4. морфин
29. Найдите семейную очаговость, который наблюдается при:
1. ВГА
  2. ВГВ
  3. ВГС
  4. ВГД
30. Выберите лабораторный показатель характеризующее нарушение пигментного обмена при ВГ.
1. повышение уровня билирубина в сыворотке крови за счет прямой фракции
  2. повышение уровня диастазы
  3. снижение сулемовой пробы
  4. повышение активности трансфераз
31. Укажите не характерный клинический симптом острого гепатита С
1. интоксикация в желтушном периоде
  2. желтуха
  3. катаральные явления
  4. гепатолиенальный синдром
32. Выберите особенность вирусного гепатита С, определяющая его социально-экономическое значение
1. развитие фульминантных форм инфекций
  2. преобладание торпидного, латентного течения
  3. высокая вероятность хронизации процесса
  4. высокая летальность в остром периоде заболевания
33. Укажите не характерный признак для поражений печени при острых вирусных гепатитах
1. цитолитический синдром
  2. фиброз паренхимы

3. холестатический синдром  
мезенхимально-воспалительный синдром

34. Укажите наиболее информативные биохимические показатели в преджелтушном периоде ВГА:

1. сулемовая проба
2. тимоловая проба
3. уробилин в моче
4. повышение активности трансфераз

35. 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 H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина
- 3) Хирургическое лечение
- 4) Терапия сукральфатом

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

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

37. 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

38. Наиболее распространенная причина рака печени –

- 1) Длительное употребление оральных противозачаточных средств
- 2) Длительная терапия туберкулеза
- 3) Получение значительных доз рентгеновского излучения
- 4) Хронический гепатит В, С,

39. Ложные симптомы заболеваний печени и желчного пузыря, а также проникновение язвы в поджелудочную железу наблюдаются, если поражена:

- 1) Задняя стенка антрального отдела желудка
- 2) Передняя стенка луковицы
- 3) Задняя стенка луковицы
- 4) Передняя стенка антрального отдела желудка

40. Основной метод изучения секреторной, кислотообразующей и ферментообразующей функций желудка –

- 1) Анализ крови (общий и биохимия)
- 2) Исследование кала (копрограмма)
- 3) Рентгенологическое обследование
- 4) Желудочное зондирование

41. Поджелудочная железа обязательно поражается при

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

42. В фазе затухающего обострения хронического бескаменного холецистита показано назначение

- 1) желчегонных и спазмолитиков
- 2) антибиотиков
- 3) панкреатических ферментов
- 4) анальгетиков

43. Какой из показателей не является критерием оценки тяжести цирроза печени?

- 1) Уровень билирубина
- 2) Концентрация альбумина
- 3) Протромбиновый индекс
- 4) Пространственные параметры печени

44. Органическими компонентами желчи являются все перечисленные, кроме

- 1) фосфолипиды
- 2) холестерин
- 3) магний
- 4) билирубин

45. К характерным клиническим симптомам холангита относят

- 1) фебрильную температуру с ознобом, увеличение печени, желтуху, лейкоцитоз, боль в правом подреберье
- 2) боль в правом подреберье после приема жирной пищи, тошноту, рвоту
- 3) приступы боли в правом подреберье с развитием желтухи, появлением обесцвеченного кала, темной мочи
- 4) кратковременную боль в эпигастрии, рвоту, диарею

46. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз «хронический гастрит», не относится

- 1) дуоденальное зондирование
- 2) анализ желудочного сока
- 3) биопсия слизистой желудка
- 4) гастроскопия

47. Через неповрежденный почечный барьер не проникает

- 1) непрямой билирубин
- 2) прямой билирубин
- 3) стеркобилиноген
- 4) мезобилирубин

48. Наименьшее количество крови, вызывающее мелену, составляет (мл)

- 1) 60
- 2) 25
- 3) 100
- 4) 250

49. При лечении пептической язвы пищевода не используют

- 1) эрадикационную терапию *Helicobacter pylori*
- 2) ингибиторы протонной помпы
- 3) прокинетики
- 4) цитопротекторы

50. 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) прогрессивная потеря веса

51. Синдром Жильбера проявляется повышением уровня

- 1) непрямого билирубина
- 2) прямого билирубина
- 3) щелочной фосфатазы
- 4) гаммаглутамилтранспептидазы

52. 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

53 Стандартную тройную схему, включающую ингибиторы протонной помпы, амоксициллин и кларитромицин, назначают в качестве эрадикационной терапии первой линии, если резистентность *h.pylori* к кларитромицину в данном регионе не превышает (в процентах)

- 1) 15
- 2) 10
- 3) 20
- 4) 30

54. В оценку степени тяжести цирроза по meld включены

- 1) билирубин, МНО, креатинин
- 2) альбумин, билирубин, МНО
- 3) АЧТВ, ХЭ, общий белок
- 4) АЛТ, АСТ, ГГТП

55. При лечении пэгинтерфероном альфа-2а реже, чем при использовании интерферона альфа-2b, возникает

- 1) гриппоподобный синдром
- 2) нарушение функции щитовидной железы
- 3) нейтропения
- 4) тромбоцитопения

56. Реже других вызывает язвенные изменения ЖКТ нестероидный противовоспалительный препарат

- 1) Мелоксикам
- 2) Вольтарен
- 3) Диклофенак
- 4) Индометацин

57. При угрозе печеночной комы у больного циррозом печени диетические ограничения касаются

- 1) белков
- 2) жиров
- 3) углеводов
- 4) поваренной соли

58. Пункционная биопсия печени пациентам с неалкогольной жировой болезнью печени показана при показателе эластичности печени \_ кПа при использовании \_

- 1) выше 9,6; обычного датчика
- 2) ниже 7,6; обычного датчика
- 3) ниже 9,6; XL-датчика
- 4) выше 7,6; XL-датчика

59. При хроническом панкреатите высок риск развития

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

60. Метод стетакустической пальпации используется для определения

- 1) нижней границы желудка
- 2) длины селезенки
- 3) размеров печеночной тупости
- 4) нижней границы лёгких

61. 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

62. Структурной единицей тонкой кишки, которая раньше всего поражается при хроническом энтерите, является

- 1) энтероцит
- 2) ворсинка
- 3) железа Люберкюна
- 4) кровеносный сосуд

63. Глубина поражения при раннем раке желудка включает

- 1) слизистый и подслизистый слои
- 2) слизистый, подслизистый и мышечные слои
- 3) всю слизистую
- 4) собственную пластинку слизистой оболочки желудка

64. Противопоказанием к назначению урсодезоксихолевой кислоты является

- 1) полная обструкция желчных путей
- 2) первичный склерозирующий холангит
- 3) холестериновые камни желчного пузыря
- 4) холестаз при парентеральном питании

65. При тотальном язвенном колите воспаление распространяется проксимальнее

- 1) селезеночного изгиба
- 2) восходящей кишки
- 3) сигмовидной кишки
- 4) слепой кишки

66. Операцию дюамеля в модификации гнцк проводят в

- 1) 2 этапа
- 2) 3 этапа
- 3) 4 этапа
- 4) 1 этап

67. Ценкеровский дивертикул пищевода локализуется

- 1) в глоточно-пищеводном переходе
- 2) в верхней трети пищевода
- 3) над диафрагмой
- 4) в области бифуркации трахеи

68. При отсутствии специфических аутоантител золотым стандартом диагностики первичного билиарного холангита является

- 1) пункционная биопсия печени
- 2) магнитно-резонансная томография
- 3) мультиспиральная компьютерная томография
- 4) эндосонография

69. Наиболее часто желчнокаменная болезнь развивается у \_ в возрасте старше \_ лет

- 1) женщин; 40
- 2) мужчин; 40
- 3) женщин; 20
- 4) мужчин; 20

70. Достоверным рентгенологическим признаком перфорации гастродуоденальной язвы является

- 1) свободный газ в брюшной полости
- 2) высокое стояние диафрагмы
- 3) пневматизация кишечника
- 4) «чаши» Клойбера

71. Противозудным препаратом первой линии при первичном билиарном циррозе является

- 1) холестирамин
- 2) рифампицин
- 3) налоксон
- 4) сертралин

72. К факторам риска желчнокаменной болезни относят

- 1) наследственность
- 2) злоупотребление алкоголем
- 3) малоподвижный образ жизни
- 4) курение

73. Билирубинурия может отмечаться при

- 1) сахарном диабете
- 2) хронической почечной недостаточности
- 3) инфекциях мочевого пузыря

74. 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 «булыжной мостовой»
- 4) мешковидных выпячиваний по контуру кишки

75. Нормальной считается реакция кала

- 1) нейтральная или слабощелочная
- 2) резко кислая
- 3) кислая
- 4) щелочная

76. Массивные желудочно-кишечные кровотечения редко являются следствием

- 1) рефлюкс-эзофагита
- 2) варикозного расширения вен пищевода
- 3) эрозивного гастрита
- 4) язвы двенадцатиперстной кишки

77. Мужчина 58 лет поступил в стационар с жалобами на выраженную слабость, снижение аппетита, увеличение живота, отёки нижних конечностей, кровоточивость дёсен. В анамнезе — хронический вирусный гепатит С более 15 лет, злоупотребление алкоголем. При осмотре: иктеричность склер, асцит, «сосудистые звёздочки», гепатоспленомегалия.

Биохимический анализ крови: Альбумины — 24 г/л. Общий белок — 52 г/л. Протромбиновый индекс — 48 % . Фибриноген — 1,1 г/л (норма 2,0–4,0 г/л). Холестерол общий — 2,4 ммоль/л. Активность диастазы ( $\alpha$ -амилазы) — 18 Ед/л.

Какой из перечисленных лабораторных показателей не относится к биохимическим признакам печёночно-клеточной недостаточности?

- A. Снижение содержания альбуминов в крови
- B. Снижение протромбинового индекса
- C. Снижение содержания холестерина в крови
- D. Снижение активности диастазы в крови

78. Какой из перечисленных серологических маркеров является показателем активной репликации вируса В?

1. анти-НВs.
2. НВеAg.
3. анти-НВсIgG
4. анти-НВе.

79. Специфический тест при I типе аутоиммунного гепатита антитела к растворимому печеночному антигену (SLA).

1. антитела к печеночно-панкреатическому антигену (LP).
  2. антитела к печеночно-почечным микросомам (ALKM-I).
  3. антимитохондриальные антитела (M2).
  4. антитела к гладкой мускулатуре.
80. Специфический тест при II типе аутоиммунного гепатита
1. антитела к растворимому печеночному антигену (SLA).
  2. антитела к печеночно-панкреатическому антигену (LP).
  3. антитела к печеночно-почечным микросомам (ALKM-I).
  4. антимитохондриальные антитела (M2).
  5. антинуклеарные антитела
83. Пациент 56 лет госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом: Цирроз печени алкогольной этиологии, класс Child–Pugh C. Отёчно-асцитический синдром. Жалобы на увеличение объёма живота, отёки нижних конечностей, слабость, уменьшение диуреза. Объективно: асцит II–III степени, пастозность голеней, АД 105/65 мм рт. ст. Назначена терапия: бессолевая диета, спиронолактон, фуросемид, контроль водного баланса. За последние сутки: Объём выпитой жидкости — 1400 мл. Суточный диурез — 1850 мл. Какое соотношение объёма выделенной и выпитой жидкости является допустимым и безопасным при лечении отёчно-асцитического синдрома у больных циррозом печени?
- A. Превышение диуреза над объёмом выпитой жидкости на 200–300 мл
  - B. Превышение диуреза над объёмом выпитой жидкости на 400–500 мл
  - C. Превышение диуреза над объёмом выпитой жидкости на 1000–1500 мл
  - D. Превышение диуреза над объёмом выпитой жидкости на 1500–1800 мл
84. Какой из перечисленных препаратов обезвреживает аммиак на уровне кишечника при печеночной энцефалопатии у больных циррозом печени?
1. флумазенил
  2. лактулоза
  3. орнитетил
  4. глютаминовая кислота
85. Какой из перечисленных препаратов обезвреживает аммиак на уровне печеночных клеток при печеночной энцефалопатии у больных циррозом печени?
1. флумазенил
  2. лактулоза
  3. орнитетил
  4. метранидазол
86. Какой из перечисленных препаратов снижает процессы торможения коры головного мозга при печеночной энцефалопатии у больных циррозом печени?
1. флумазенил
  2. лактулоза
  3. орнитетил
  4. глютаминовая кислота
  5. оротат калия
87. Какая диета назначается при I стадии печеночной энцефалопатии у больных циррозом печени?
1. № 5а
  2. № 5.
  3. № 7б (белка 50 г, из них 50% - животных белков).
  4. № 7в (белка 50 г с исключением животных белков).
88. Наиболее частой причиной развития первичного рака печени является:
1. длительный прием оральных контрацептивов
  2. длительный прием противотуберкулезных препаратов
  3. длительное применение рентген-контрастных средств.
  4. хроническое заболевание, связанное с вирусами В, С, D.

89. Какой из перечисленных показателей является специфическим при гепатоцеллюлярной карциноме?

1. гипергаммаглобулинемия
2. гиперхолестеринемия
3. гипербилирубинемия
4. значительное повышение уровня альфа-фетопротеина

90. 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.

Какой предварительный диагноз можно поставить ?

1. гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
2. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
3. язвенная болезнь
4. хронический панкреатит

91. При первичном обращении пациента в поликлинику выставлен предварительный диагноз: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь 2 степени. Необходимо исключить грыжу пищеводного отверстия диафрагмы. Какой из перечисленных методов не играет решающей роли в проведении дифференциальной диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в данной ситуации?

1. эзофагогастроуденоскопия
2. рентгеноскопия пищевода с контрастированием в положении Тренделенбурга
3. внутрипищеводная рН-метрия
4. липидограмма сыворотки крови

92. 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 H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов
3. селективным холинолитическим средствам
4. ингибиторам протонной помпы

93. 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. Какому препарату в данном случае Вы отдадите предпочтение из перечисленных?

1. лансопризолу
2. пантопризолу
3. омепразолу
4. рабепразолу

94. 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. Какой из нижеперечисленных препаратов на Ваш взгляд следует назначить в данном случае?

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

95. 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. Каков Ваш 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

96. 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. Установлен предварительный диагноз: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Какой из этих методов исследования поможет уточнить поставленный предварительный диагноз?

1. эзофагогастродуоденофиброскопия
2. рентгенологическое исследование пищевода и желудка с контрастированием
3. внутриводная рН-метрия
4. правильные ответы а) и б).

98. 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. Установлен предварительный диагноз: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. При эндоскопическом исследовании слизистая оболочка пищевода в нижней его трети резко гиперемирована, отечна, разрыхлена, имеются множественные эрозии и язва размером 0,5 x 0,6 см. Кардия полностью не смыкается, находится на расстоянии 37 см от верхних резцов. При контрастировании пищевода рентгенологически складки пищевода утолщены, перистальтика вялая, в положении Тренделенбурга наблюдается заброс желудочного содержимого в нижний отрезок пищевода. Желудок подтянут вверх, абдоминальный отдел пищевода находится выше пищеводного отверстия диафрагмы. ЭКГ - без патологии. Каков Ваш заключительный диагноз?

1. гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь III степени.
2. аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы I степени
3. аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы II степени
4. ишемическая болезнь сердца

99. Больная 29 лет в течение последних 5-6 месяцев ощущает чувство переполнения за грудиной и боли в этой же области после приема пищи, отдающие в межлопаточную область. Довольно часто наблюдается затруднение глотания, обратное поступление накануне съеденной пищи в ротовую полость, особенно при наклоне туловища вперед и в горизонтальном положении. Появился неприятный запах изо рта, в связи с чем чувствует себя неуютно в общении с людьми. В последние 2 месяца начала терять в весе.

При объективном осмотре: питание несколько снижено. Никаких признаков патологии со стороны органов пищеварения не обнаруживается, кроме обложенности языка толстым беложелтым налетом. О какой патологии в данной ситуации можно подумать?

1. диафрагмальной грыже
2. об ахалазии кардии
3. гастростазе
4. всех перечисленных патологических состояниях

100. Больная 29 лет в течение последних 5-6 месяцев ощущает чувство переполнения за грудиной и боли в этой же области после приема пищи, отдающие в межлопаточную область. Довольно часто наблюдается

затруднение глотания, обратное поступление накануне съеденной пищи в ротовую полость, особенно при наклоне туловища вперед и в горизонтальном положении. Появился неприятный запах изо рта, в связи с чем чувствует себя неуютно в общении с людьми. В последние 2 месяца начала терять в весе.

При объективном осмотре: питание несколько снижено. Никаких признаков патологии со стороны органов пищеварения не обнаруживается, кроме обложенности языка толстым беложелтым налетом. На основании вышеизложенного заподозрено заболевание, возможно обусловленное нарушением проходимости пищевода и гастродуоденальной зоны, сопровождаемое желудочно-пищеводной регургитацией. Для уточнения диагноза в данном случае необходимо провести обследование пациентки с помощью следующих методов (укажите из числа перечисленных):

1. рентгенологическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с контрастированием.
2. эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с биопсией с измененных участков слизистой оболочки
3. кислотный перфузионный тест Бернштейна и Бейкера
4. правильные ответы а) и б).

101. Больная 29 лет в течение последних 5-6 месяцев ощущает чувство переполнения за грудиной и боли в этой же области после приема пищи, отдающие в межлопаточную область. Довольно часто наблюдается затруднение глотания, обратное поступление накануне съеденной пищи в ротовую полость, особенно при наклоне туловища вперед и в горизонтальном положении. Появился неприятный запах изо рта, в связи с чем чувствует себя неуютно в общении с людьми. В последние 2 месяца начала терять в весе.

При объективном осмотре: питание несколько снижено. Никаких признаков патологии со стороны органов пищеварения не обнаруживается, кроме обложенности языка толстым беложелтым налетом. На основании вышеизложенного заподозрено заболевание, возможно обусловленное нарушением проходимости пищевода и гастродуоденальной зоны, сопровождаемое желудочно-пищеводной регургитацией. Для уточнения диагноза проведено рентгенологическое и эндоскопическое обследование пациентки.

При рентгенологическом обследовании с контрастированием выявлено сужение терминального отдела пищевода с расширением его вышележащих отделов, задержка эвакуации контраста в желудок и отсутствие газового пузыря желудка. При эндоскопическом исследовании на следующее утро в расширенном пищеводе обнаружены остатки пищи, съеденной накануне вечером, и сужение терминального отдела пищевода, через которое провести конец эндоскопа в желудок не удается.

Какой заключительный диагноз можно поставить в данной ситуации?

1. ахалазия кардии III стадии
2. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
3. рубцовая стриктура пищевода, обусловленная ГЭРБ III-IV стадии
4. рак пищевода

102. Больная 29 лет в течение последних 5-6 месяцев ощущает чувство переполнения за грудиной и боли в этой же области после приема пищи, отдающие в межлопаточную область. Довольно часто наблюдается затруднение глотания, обратное поступление накануне съеденной пищи в ротовую полость, особенно при наклоне туловища вперед и в горизонтальном положении. Появился неприятный запах изо рта, в связи с чем чувствует себя неуютно в общении с людьми. В последние 2 месяца начала терять в весе.

При объективном осмотре: питание несколько снижено. Никаких признаков патологии со стороны органов пищеварения не обнаруживается, кроме обложенности языка толстым беложелтым налетом. На основании вышеизложенного заподозрено заболевание, возможно обусловленное нарушением проходимости пищевода и гастродуоденальной зоны, сопровождаемое желудочно-пищеводной регургитацией. Для уточнения диагноза проведено рентгенологическое и эндоскопическое обследование пациентки.

На основании жалоб, анамнеза, результатов объективного осмотра, а также данных рентгенологического и эндоскопического исследований поставлен заключительный диагноз: Ахалазия кардии III стадии.

Который из перечисленных методов консервативной терапии может дать наиболее стойкий клинический эффект в данной ситуации?

1. диетотерапия
2. фармакотерапия спазмолитическими средствами
3. физиотерапия на область мечевидного отростка
4. инструментальная кардиодилатация

105. Больная 35 лет предъявляет жалобы на голодные и ночные боли в подложечной области, утихающие после приема пищи, а иногда тупые боли и тяжесть в эпигастриальной области после приема пищи. Изредка

беспокоит изжога, отрыжка кислым, а также чувство быстрого насыщения пищей. Такие жалобы наблюдаются уже в течение 2 лет. Лечилась амбулаторно у терапевта по поводу хронического гастрита без особого успеха.

Объективно: питание сохранено. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при поверхностной пальпации локального напряжения мышц передней брюшной стенки нет. При глубокой пальпации определяется легкая диффузная болезненность в эпигастральной области без четкой локализации. Пальпация печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки и петель кишечника не выявила какого-либо существенного симптома. Стул и мочеиспускание в норме. Общие анализы крови и мочи, а также копрограмма без патологических изменений. Печеночные пробы также в пределах нормы.

О каких заболеваниях у данной пациентки можно сделать предположение?

1. об обострении хронического гастродуоденита
2. об обострении язвенной болезни
3. об обострении хронического панкреатита
4. о всех перечисленных патологических состояниях

106. На основании жалоб, анамнеза и объективных данных больному был определен предварительный диагноз: Функциональная диспепсия, неспецифический вариант течения.

Для уточнения диагноза у данного пациента какие исследования из перечисленных ниже Вы выбираете?

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

107. Больная 35 лет предъявляет жалобы на голодные и ночные боли в подложечной области, изжогу, утихающие после приема пищи, а иногда тупые боли и тяжесть в эпигастральной области после приема пищи. Изредка появляется чувство быстрого насыщения пищей. Болен уже в течение 2 лет. Лечилась амбулаторно у терапевта по поводу хронического гастрита без особого успеха. Объективно: питание сохранено. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при поверхностной пальпации локального напряжения мышц передней брюшной стенки нет. При глубокой пальпации определяется легкая диффузная болезненность в эпигастральной области без четкой локализации. Пальпация печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки и петель кишечника не выявила какого-либо существенного симптома. Стул и мочеиспускание в норме. Общие анализы крови и мочи, а также копрограмма без патологических изменений. Печеночные пробы также в пределах нормы. В результате проведенных исследований патологических изменений со стороны структуры и морфологии пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, гепатобилиарной системы, а также биохимических анализов не выявлено. При исследовании биоптата слизистой оболочки желудка гистологическим методом пилорический геликобактер не обнаружен. Каков Ваш заключительный клинический диагноз?

1. обострение хронического гастродуоденита
2. обострение язвенной болезни
3. обострение хронического панкреатита
4. синдром эпигастральной боли при функциональной диспепсии

108. Больная 35 лет предъявляет жалобы на голодные и ночные боли в подложечной области, изжогу, утихающие после приема пищи, а иногда тупые боли и тяжесть в эпигастральной области после приема пищи. Изредка появляется чувство быстрого насыщения пищей. Болен уже в течение 2 лет. Лечилась амбулаторно у терапевта по поводу хронического гастрита без особого успеха.

Объективно: питание сохранено. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при поверхностной пальпации локального напряжения мышц передней брюшной стенки нет. При глубокой пальпации определяется легкая диффузная болезненность в эпигастральной области без четкой локализации. Пальпация печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки и петель кишечника не выявила какого-либо существенного симптома. Стул и мочеиспускание в норме. Общие анализы крови и мочи, а также копрограмма без патологических изменений. Печеночные пробы также в пределах нормы. В результате проведенных исследований патологических изменений со стороны структуры и морфологии пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, гепатобилиарной системы, а также биохимических анализов не выявлено. При исследовании биоптата слизистой оболочки желудка гистологическим методом пилорический геликобактер не обнаружен.

Поставлен заключительный клинический диагноз: Функциональная диспепсия, синдром эпигастральной боли. Какие из перечисленных ниже лекарственных средств следует назначить в данном случае?

1. ингибитор протонной помпы, антацидное средство
2. эрадикационная тройная терапия
3. препарат прокинетического действия
4. транквилизатор

110. При лечении отечно-асцитического синдрома при циррозе печени необходимо соблюдать правило: объем выделенной жидкости не должен превышать объема выпитой:

1. на 200-300 мл
2. на 400-500 мл
3. на 1000-1500 мл
4. на 1500-1800 мл

111. Спустя 1 месяц после резекции желудка по поводу осложненной язвенной болезни у больного 60 лет с увеличением объема однократно принимаемой пищи начали беспокоить тяжесть и распирающие боли в эпигастральной области после еды, появилось чувство быстрого насыщения даже после небольшого объема принятой пищи, отрыжка. Через полчаса-час после еды вновь возникает чувство голода. Так продолжается уже 3 недели.

При объективном осмотре больной беспокоен, раздражителен. Питание пониженное. Язык чистый. Живот - послеоперационный рубец по срединной линии эпигастрия, здесь же определяется умеренная выраженная пальпаторная болезненность.

О каком заболевании можно подумать в данной ситуации?

1. гастрит культи желудка
2. постгастрорезекционное расстройство по типу синдрома малого желудка
3. пептическая язва анастомоза
4. рак культи желудка

113. Больной 65 лет, в течение многих лет (более 10 лет) страдавший хроническим гастритом с повышенной секреторной функцией желудка, оперирован по поводу язвенной болезни, осложненной стенозом привратника, 5 лет назад. Была произведена резекция желудка по Бильрот-2. Все эти 5 лет чувствовал себя хорошо, никаких жалоб не было. Месяц назад начали беспокоить интенсивные боли в эпигастральной области вне связи с приемом пищи с иррадиацией в спину и изжога, причем изжога и боли не купировались, как прежде, приемом пищи или антацидов. Изредка наблюдались рвоты с примесью желчи.

При осмотре: больной пониженного питания. Язык чистый. Живот обычной формы, определяется умеренно выраженная болезненность в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Стул обычной окраски, оформленный.

О какой патологии можно сделать предположение в данном случае?

1. о хроническом рефлюкс-гастрите культи желудка
2. о пептической язве анастомоза
3. о раке культи желудка
4. о синдроме приводящей петли

114. 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. возможно все перечисленное

115. 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. Каковы Ваши первоочередные действия в плане обследования?

1. безотлагательное рентгенологическое исследование
2. неотложное эндоскопическое исследование, срочный анализ крови на гемоглобин и эритроциты
3. исследование желудочной секреции
4. срочный развернутый анализ крови

116. У больного с язвенной болезнью в анамнезе с 2-х часов ночи до утра была неоднократная рвота остатками пищи и однократно с примесью алой крови. При доставке его в приемное отделение в 8 часов утра он бледен, пульс частый, а/д = 90/60 мм рт.ст. В срочно проведенном анализе крови Нв = 98 г/л, эритроцитов  $3,5 \cdot 10^9$ /л. При эндоскопическом исследовании на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки имеется язвенный дефект размером 0,5x0,7 см, покрытый тромбом. Признаков продолжающегося кровотечения нет. Установлен диагноз: Язвенная болезнь с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением.

Какова Ваша тактика в дальнейшем ведении этого пациента?

1. назначить больному гемостатическую терапию и передать пациента на оперативное лечение
2. назначить больному комплексную противоязвенную терапию
3. назначить больному комплексную противоязвенную и гемостатическую терапию
4. правильные ответы 3) и 4).

117. 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. О каком заболевании из перечисленных Вы подумали?

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

118. 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. Больному был поставлен предварительный диагноз: Язвенная болезнь, осложненная пенетрацией в поджелудочную железу и обострение хронического панкреатита. Что из перечисленного следует включить в план первоочередных исследований?

1. обзорная рентгенография брюшной полости
2. УЗИ органов брюшной полости
3. рентгенологическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с контрастированием, дуоденография в условиях гипотонии.
4. все перечисленное

119. 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. Больному был поставлен предварительный диагноз: Язвенная болезнь, осложненная пенетрацией в поджелудочную железу и обострение хронического панкреатита. В результате проведенных рентгенологических исследований выявлена глубокая язвенная ниша на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, что также было подтверждено при эндоскопическом исследовании, обнаружившем язвенный дефект на задней стенке луковицы.

Каков Ваш клинический диагноз?

1. язвенная болезнь с локализацией язвы на задней стенке луковицы, осложненная пенетрацией язвы в поджелудочную железу.
2. язвенная болезнь с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки в стадии обострения. Обострение хронического болевого панкреатита
3. рак поджелудочной железы с прорастанием в стенку двенадцатиперстной кишки
4. язвенная карцинома луковицы

120. У больного 55 лет, страдающего язвенной болезнью, полгода назад начали беспокоить чувство переполнения в эпигастрии после еды, частая упорная изжога, кислая отрыжка и рвота накануне съеденной пищи. В последний месяц боли и чувство распирания в эпигастрии усилились, появилась отрыжка тухлым,

рвота накануне съеденной пищей стала обильной и приносила облегчение, в связи с чем он стал сам вызывать рвоту, чтобы облегчить свои страдания. Начал быстро терять в весе.

При объективном осмотре: питание снижено, живот несколько втянут. Натощак определяется шум плеска в области желудка, а также визуально определяются перистальтические волны желудка через переднюю брюшную стенку эпигастральной области. Поставлен предварительный диагноз: Язвенная болезнь желудка, осложненная субкомпенсированным стенозом привратника. Какой из перечисленных методов исследования с наибольшей достоверностью поможет определить клинический заключительный диагноз?

1. эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки
2. рентгенологическое исследование с контрастированием с изучением скорости и объема эвакуации из желудка и двенадцатиперстной кишки
3. электрогастрография
4. электрокимография

126. У больного 55 лет, страдающего язвенной болезнью, полгода назад начали беспокоить чувство переполнения в эпигастрии после еды, частая упорная изжога, кислая отрыжка и рвота накануне съеденной пищей. В последний месяц боли и чувство распирания в эпигастрии усилились, появилась отрыжка тухлым, рвота накануне съеденной пищей стала обильной и приносила облегчение, в связи с чем он стал сам вызывать рвоту, чтобы облегчить свои страдания. Начал быстро терять в весе.

При объективном осмотре: питание снижено, живот несколько втянут. Натощак определяется шум плеска в области желудка, а также визуально определяются перистальтические волны желудка через переднюю брюшную стенку эпигастральной области. Поставлен предварительный диагноз: Язвенная болезнь желудка, осложненная субкомпенсированным стенозом привратника.

При рентгенологическом исследовании с контрастированием обнаружено, что в желудке натощак много желудочного содержимого, перистальтика желудка усилена в верхних отделах с постепенным угасанием ее к выходному отделу желудка и при осмотре через 6 часов контрастное вещество все еще остается в желудке.

Какой из перечисленных рентгенологических признаков с наибольшей вероятностью может свидетельствовать о пилоростенозе в стадии субкомпенсации?

1. усиленная сегментирующая перистальтика желудка
2. усиленная перистальтика желудка с ее постепенным затуханием, много желудочного содержимого натощак, отсутствие замедления эвакуации
3. задержка желудочной эвакуации на 6 и более часов
4. правильные ответы а) и г).

127. У больного 55 лет, страдающего язвенной болезнью, полгода назад начали беспокоить чувство переполнения в эпигастрии после еды, частая упорная изжога, кислая отрыжка и рвота накануне съеденной пищей. В последний месяц боли и чувство распирания в эпигастрии усилились, появилась отрыжка тухлым, рвота накануне съеденной пищей стала обильной и приносила облегчение, в связи с чем он стал сам вызывать рвоту, чтобы облегчить свои страдания. Начал быстро терять в весе. При объективном осмотре: питание снижено, живот несколько втянут. Натощак определяется шум плеска в области желудка, а также визуально определяются перистальтические волны желудка через переднюю брюшную стенку эпигастральной области. Поставлен предварительный диагноз: Язвенная болезнь желудка, осложненная субкомпенсированным стенозом привратника.

При рентгенологическом исследовании с контрастированием обнаружено, что в желудке натощак много желудочного содержимого, перистальтика желудка усилена в верхних отделах с постепенным угасанием ее к выходному отделу желудка и при осмотре через 6 часов контрастное вещество все еще остается в желудке.

Установлен заключительный клинический диагноз: Язвенная болезнь желудка, осложненная стенозом привратника в стадии субкомпенсации. Выберите дальнейшую тактику ведения этого пациента:

1. повторные промывания желудка
2. вставление на длительное время желудочного зонда для постоянного отсасывания желудочного содержимого
3. промывания желудка, кормление жидкой протертой пищей и проведение комплексной противоязвенной терапии.
4. рекомендовать хирургическое лечение

129. Молодой человек 28 лет, никогда ранее не страдавший заболеваниями желудка, среди полного здоровья после обильного застолья почувствовал внезапную сильную боль в подложечной области "словно ударили в живот ножом". Вскоре почувствовал нарастающую слабость, однако боли в подложечной области уменьшились, но стали беспокоить сухость во рту, жажда, повысилась температура тела до 38°C. Вызвал

карету скорой помощи через 2 часа от начала заболевания и был доставлен в приемное отделение больницы. Объективно: кожные покровы бледные, покрыты испариной. Язык и губы сухие. Тахикардия, тоны сердца приглушены. Дыхание поверхностное, шадящее. Живот вяло участвует в акте дыхания, определяются доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Жобера. Аускультативно - кишечные перистальтические шумы ослаблены, газы не отходят. Поставлен предварительный диагноз: Язвенная болезнь, осложненная перфорацией язвы.

Какие первоочередные мероприятия в плане обследования Вы предпримете?

1. обзорная рентгенография органов брюшной полости
2. эндоскопическое исследование
3. кровь на лейкоцитоз
4. все перечисленное

130. Молодой человек 28 лет, никогда ранее не страдавший заболеваниями желудка, среди полного здоровья после обильного застолья почувствовал внезапную сильную боль в подложечной области "словно ударили в живот ножом". Вскоре почувствовал нарастающую слабость, однако боли в подложечной области уменьшились, но стали беспокоить сухость во рту, жажда, повысилась температура тела до 38°C. Вызвал карету скорой помощи через 2 часа от начала заболевания и был доставлен в приемное отделение больницы. Объективно: кожные покровы бледные, покрыты испариной. Язык и губы сухие. Тахикардия, тоны сердца приглушены. Дыхание поверхностное, шадящее. Живот вяло участвует в акте дыхания, определяются доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Жобера. Аускультативно - кишечные перистальтические шумы ослаблены, газы не отходят. Поставлен предварительный диагноз: Язвенная болезнь, осложненная перфорацией язвы.

Произведена обзорная рентгенография органов брюшной полости, при которой под правым куполом диафрагмы обнаружена прослойка воздуха. При эндоскопическом исследовании на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки обнаружена глубокая язва размерами 1,0x1,4 см без признаков кровотечения. Эти данные позволили подтвердить предварительный диагноз и поставить заключительный диагноз: Язвенная болезнь с локализацией язвы на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, осложненная перфорацией язвы, период разлитого перитонита. Какую тактику следует выбрать в плане его дальнейшего ведения?

1. срочное оперативное вмешательство
2. наблюдение с проведением антибактериального лечения + противоязвенной терапии
3. эрадикационная терапия
4. массажная инфузионная терапия

131. 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

133. При проведении пробы Бернштейна и Бейкера для диагностики Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни используется раствор

1. серной кислоты
2. уксусной кислоты
3. соляной кислоты
4. яблочной кислоты

134. При Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни I степени проводится лечение в течение 4 недель с использованием следующих препаратов:

1. ингибитор протонной помпы (ИПП).
2. ИПП + прокинетическое средство + антацидный препарат
3. ИПП + антацидный препарат
4. ИПП + прокинетическое средство

135. При Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни II и III степени проводится фармакотерапия с использованием следующих препаратов:

1. ИППП + прокинетическое средство + антацидный препарат
2. ИППП + прокинетическое средство + мукоцитопротектор
3. ИППП + антацидный препарат
4. ИППП + прокинетическое средство.

136. Курсы лечения, проводимые при Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни называются:

1. основной курс
2. поддерживающий курс
3. прерывистый курс
4. правильные ответы а) и б)

137. Из числа нижеперечисленных укажите осложнения, не характерные для Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни:

1. язвы пищевода
2. стриктуры пищевода
3. пищевод Баррета
4. полипоз пищевода

138. При ГЭРБ 4 степени производится операция

1. резекция желудка и нижней трети пищевода
2. иссечение пораженного участка пищевода
3. фундопластика
4. экстрамукозная миотомия

139. Основной причиной развития ахалазии кардии является

1. рефлюкс соляной кислоты
2. рефлюкс желчи
3. геликобактер пилори
4. этиология неизвестна

140. При неэффективности медикаментозной терапии Ахалазии кардии используют все перечисленные методы, кроме

1. методов инструментальной кардиодилатации
2. экстрамукозной миотомии
3. фундопластики по Ниссену
4. эндоскопической кардиомиотомии

141. Укажите основное клиническое проявление ахалазии кардии

1. задержка пищи в желудке
2. задержка пищи в пищеводе
3. изжога
4. диарея

142. Основными патогенетическими механизмами развития функциональной диспепсии являются:

1. повышение секреторной функции желудка
2. заражение НР-инфекцией
3. нарушение аккомодации желудка, желудочная дисритмия, нарушения антродуоденальной координации
4. правильные ответы 1) и 2).

143. Из числа нижеприведенных укажите неправильные обозначения вариантов клинического течения функциональной диспепсии:

1. язвенноподобный вариант, дискинетический вариант, неспецифический вариант
2. постпрандиальный дистресс-синдром
3. синдром эпигастральной боли

4. правильные ответы б) и в)
144. Укажите основной критерий диагностики функциональной диспепсии:
1. отсутствие клинических признаков органического заболевания
  2. отсутствие биохимических отклонений
  3. отсутствие морфологических изменений СОЖ
  4. наличие жалоб и отсутствие клинических, биохимических, эндоскопических, ультразвуковых и морфологических признаков органических заболеваний
145. В случае обнаружения НР-инфекции в слизистой оболочке желудка у больного Функциональной диспепсией какому из перечисленных ниже лечебных мер Вы отдадите предпочтение?
1. ИПП + антацидные средства
  2. терапия прокинетическими препаратами
  3. лечение прокинетиками + эрадикационная терапия
  4. ИПП + прокинетики + эрадикационная терапия
146. Из числа ферментов, продуцируемых *H.pylori*, укажите те из них, которые имеют непосредственное отношение к патогенезу хронического неатрофического гастрита:
1. кислая фосфатаза
  2. уреазы, муциназы
  3. фосфолипаза
  4. правильные ответы 1) и 3)
147. Благодаря какому продуценту или приспособлению *H.pylori* адгезируется к эпителиальным клеткам слизистой оболочки антрального отдела желудка?
1. с помощью ресничек
  2. с помощью присосок
  3. с помощью белков-адгезинов
  4. с помощью муциназы
148. *H. pylori* первоначально чаще поражает следующие отделы желудка
1. субкардиальный отдел
  2. кардиальный
  3. фундальный
  4. антральный
149. Диагноз "гастрит" является понятием
1. клиническим
  2. морфологическим
  3. клинико-морфологическим
  4. иммунологическим
150. Диагноз "гастрит" считается правомочным при каком из следующих условий:
1. при наличии нарушения инкреторной функции желудка
  2. при наличии нарушения секреторной функции желудка
  3. при наличии лейкоцитарной инфильтрации слизистой оболочки желудка
  4. при наличии нарушения двигательной функции желудка
151. Какие из перечисленных методов рекомендуется использовать Маастрихтским соглашением-2 (2000) и Маастрихтским соглашением-3 (2005) для диагностики НР-инфекции при НР-ассоциированном гастрите?
1. уреазный мочевино-дыхательный тест с меченым углеродом C14 или C13 и метод иммуноферментного определения фекального антигена *H.pylori*
  2. быстрый уреазный тест с биоптатом из желудка
  3. ГЕЛИК-тест
  4. гистологический метод
152. Выберите правильную комбинацию терапии при хроническом неатрофическом гастрите, ассоциированном с *H.pylori*:

1. ингибиторы протонной помпы + прокинетики + витамины
  2. H<sub>2</sub> - блокаторы + антациды + ферменты
  3. витамины + заместительная терапия
  4. ингибитор протонной помпы + 2 антибактериальных препарата
153. Контроль эффективности эрадикационной терапии при НР-ассоциированном гастрите проводится
1. сразу после окончания 7-10-дневного курса антигеликобактерного лечения
  2. спустя 2 недели после окончания эрадикационной терапии
  3. спустя, как минимум, 4 недели после окончания эрадикационной терапии
  4. спустя 8 недель после окончания эрадикационной терапии
154. Какую из перечисленных мер Вы предпримете при неэффективности эрадикационной терапии первой линии по Маастрихту-2 (2000)?
1. использование той же схемы в удвоенной дозе препаратов
  2. назначение терапии второй линии и назначение четырехкомпонентной эрадикационной терапии (квадротерапия)
  3. назначение той же схемы лечения в течение 14 дней
  4. назначение любой другой схемы первой линии в течение 14 дней
155. В случаях неудачной эрадикации при использовании терапии второй линии (квадротерапии) используется:
1. "терапия отчаяния".
  2. "терапия спасения".
  3. "терапия по необходимости".
  4. "терапия по требованию".
156. Из схем, включаемых в "терапию спасения" Маастрихтом-3 (2005), в условиях Кыргызской Республики предпочтительной следует считать:
1. ИПП + амоксициллин 3 г/сутки в течение 10-14 дней
  2. ИПП + амоксициллин + рифабутин (или левофлоксацин) в течение 7-10 дней
  3. ИПП + висмут + тетрациклин + фуразолидон в течение 7 суток и назначение терапии после определения чувствительности НР-инфекции к антибактериальным средствам
  4. правильные ответы а) и б).
157. Для установления диагноза НР-ассоциированного хронического гастрита следует:
1. определить наличие НР-инфекции в желудке
  2. изучить секреторную функцию желудка
  3. провести гистологическое исследование СОЖ
  4. правильно все перечисленное
158. Для установления диагноза хронического аутоиммунного гастрита необходимо изучение всего перечисленного, кроме:
1. гистологическое исследование морфологии слизистой оболочки тела и фундального отделов желудка
  2. изучение секреторной функции желудка
  3. определение уровня аскорбиновой кислоты в крови и изучение морфологии слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки
  4. определение уровня витамина В<sub>12</sub> в крови
159. Что является верным по отношению к этиологии хронического аутоиммунного гастрита ?
1. НР-инфекция
  2. E.coli
  3. алиментарный фактор
  4. этиология неизвестна
160. При обострении хронического аутоиммунного гастрита показана
1. диета № 2
  2. диета № 3.
  3. диета № 1а

4. диета № 1

162. Какой из перечисленных методов является патогенетически обоснованным при лечении хронического аутоиммунного гастрита вне обострения?

1. феррротерапия и аутогемотерапия
2. назначение натурального желудочного сока
3. инъекции раствора витамина В12 до восстановления нормального уровня гемоглобина
4. правильные ответы 2), 3) и 4).

163. Ведущим патогенетическим звеном развития язвенной болезни с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке является

1. резко выраженный кислотно-пептический фактор
2. рефлюкс желчи
3. ослабление защитных факторов слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки
4. иммунологические факторы

164. Ведущим патогенетическим звеном язвенной болезни с локализацией язвы в теле желудка является:

1. кислотно - пептический фактор
2. рефлюкс желчи
3. снижение защитных свойств слизистой оболочки желудка (СОЖ).
4. нарушение моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта

165. К агрессивным факторам, способствующим развитию язвенной болезни, относятся все, кроме

1. повышенная продукция соляной кислоты
2. повышенная продукция пепсиногена
3. повышенное выделение желудочной слизи
4. усиленная обратная диффузия водородных ионов

166. К защитным факторам, противостоящим агрессивным факторам при развитии язвенной болезни, относятся все перечисленное, кроме

1. защитный слизистый барьер
2. активная регенераторная способность поверхностного эпителия слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки
3. хорошо выраженная секреторная функция желудка
4. оптимальное кровоснабжение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки

167. Какой из этих механизмов лежит в основе патогенеза язвенной болезни по Витебскому Я.Д.?

1. нарушение функций нижнего пищеводного сфинктера и привратника
2. хроническое нарушение дуоденальной проходимости и дуоденальная гипертензия
3. острые и хронические стрессовые ситуации
4. нарушения в режиме питания

168. Ранние (через 30-60 минут после приема пищи) боли в эпигастральной области и за грудиной характерны для локализации язвенного дефекта

1. в луковице двенадцатиперстной кишки
2. в забульбарном отделе двенадцатиперстной кишки
3. в пилорическом канале
4. в кардиальном и субкардиальном отделе желудка

169. Поздние, голодные и ночные боли в эпигастрии характерны для всех локализаций язвенного дефекта, кроме

1. луковичной язвы
2. антральной язвы
3. локализации язвы в пилорическом канале
4. локализации язвы в верхних отделах желудка

170. Упорное течение с выраженным, приступообразным болевым синдромом, упорной изжогой, чувством полноты и распирания в эпигастральной области после еды характерны для:

1. кардиальных и субкардиальных язв
2. локализации язв на малой и большой кривизне желудка
3. локализации язвы в пилорическом канале
4. луковичных язв

171. Симуляция симптоматики гепатобилиарной патологии и частое осложнение пенетрацией в поджелудочную железу присущи

1. локализации язвы на задней стенке антрального отдела желудка
2. локализации язвы на передней стенке антрального отдела желудка
3. локализации язвы на задней стенке луковицы
4. локализации язвы на передней стенке луковицы

172. Укажите из числа нижеприведенных нехарактерное для язвенной болезни осложнение:

1. кровотечение
2. перфорация
3. пенетрация
4. кардиоспазм

173. Укажите из числа нижеприведенных симптом, не свидетельствующий об осложнении течения язвенной болезни кровотечением

1. рвота "кофейной гущей".
2. дегтеобразный стул (мелена).
3. симптом Бергмана
4. симптом Жобера

174. Какой из нижеперечисленных симптомов может свидетельствовать о перфорации язвы?

1. симптом Бергмана
2. симптом Жобера
3. симптом Мерфи
4. симптом Айзенберга - I

175. Язва какой локализации наиболее часто дает малигнизацию?

1. язва луковицы
2. внелуковичные язвы
3. язвы кардиального отдела желудка
4. язвы большой кривизны

176. Лечение больных НР-негативной язвенной болезнью должно включать:

1. монотерапию каким-либо одним препаратом
2. только 7-10-дневную эрадикационную терапию
3. одно антисекреторное средство
4. комплексную терапию

177. Какая из приведенных ниже схем первой линии является предпочтительной при проведении эрадикационной терапии НР-позитивной язвенной болезни?

1. ИПП х 2 раза + амоксициллин по 1,0 х 2 раза + кларитромицин по 0,5 х 2 раза в течение 7-10 дней
2. ИПП х 2 раза + трихопол 0,25 х 4 раза + кларитромицин 0,25 х 2 раза в течение 7-10 дней
3. ИПП х 2 раза + амоксициллин 0,5 х 3 раза + трихопол 0,25 х 4 раза в течение 7-10 дней.
4. ни одна из них

178. Какое из перечисленных лечебных мер Вы предпримете при неэффективности эрадикационной терапии первой линии при язвенной болезни?

1. повторное использование той же схемы в удвоенной дозе антибактериальных средств
2. повторное использование той же схемы в течение 14 дней
3. назначение эрадикационной терапии второй линии и назначение четырехкомпонентной эрадикационной терапии (квадротерапия).
4. назначение другой схемы первой линии в течение 14 дней.

179. Какая из этих схем, рекомендуемых Маастрихтом-3 для "терапии спасения" НР-положительной язвенной болезни, предпочтительна в условиях нашей страны?
1. ИПП + амоксициллин 3 грамма в сутки в течение 10-14 дней
  2. ИПП + амоксициллин + рифабутин (или левофлоксацин) в течение 7-10 дней
  3. ИПП + препарат висмута + тетрациклин + фуразолидон в течение 7 суток
  4. назначение терапии после определения чувствительности НР к антибактериальным средствам
180. Механическое сдавление желудочно-кишечного тракта обеспечивается исключением:
1. клеточных мембран
  2. соединительной ткани
  3. неизмельченной пищи
  4. всего перечисленного
181. Химическое сдавление желудочно-кишечного тракта обеспечивается исключением:
1. органических кислот
  2. экстрактивных веществ
  3. эфирных масел
  4. пряностей и специй
182. К числу пищевых антацидов относятся все, кроме
1. молока.
  2. отварного мяса
  3. мясного бульона и свежего творога
  4. маринованных огурцов
183. Какой из нижеприведенных синдромов относится к числу постгастрорезекционных расстройств?
1. синдром Жильбера
  2. синдром Ротора
  3. синдром Баррета
  4. синдром приводящей петли.
184. Какие из нижеперечисленных патогенетических механизмов могут лежать в основе развития демпинг-синдрома?
1. развитие высокого осмотического давления в начальном отрезке тощей кишки и развитие гипогликемии
  2. снижение осмотического давления в начальном отрезке тощей кишки
  3. повышенное всасывание водорастворимых витаминов
  4. повышенное всасывание белков
185. Какой из перечисленных методов исследования имеет ведущее значение в диагностике синдрома приводящей петли ?
1. опрос и осмотр пациента
  2. эндоскопическое исследование
  3. рентгенологическое исследование желудка и тонкой кишки с применением контрастного вещества
  4. электрографическое исследование двигательной функции желудка и кишечника
186. Врач вызван к подростку 15 лет в связи с внезапной обильной рвотой, болями в животе. Неделю назад он заболел ангиной. По настоянию бабушки принимал аспирин в течение нескольких дней. Несколько часов назад выпил 2 чашки крепкого кофе и почувствовал общую слабость, головокружение, «мелькание мушек». Накануне ел студень, жареную курицу, шоколадный торт, апельсины, ананас, пил чай, пепси-колу. Рвотные массы напоминают кофейную гущу, содержат комки съеденной накануне пищи. Пациент бледен, ЧСС 100 в 1 мин, слабого наполнения, АД 100/ 50 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии. В последние сутки стула не было. Наиболее вероятный диагноз
1. пищевая токсикоинфекция
  2. острый панкреатит
  3. синдром Мэллори—Вейсса
  4. аллергический энтероколит

188. Больной 49 лет прооперирован по поводу язвенного кровотечения с перфорацией 5 лет назад. Отмечает боли, похожие на прежние, язвенные, но локализующиеся в эпигастральной области слева. Отмечает рвоты на высоте болей и похудение. Консервативное лечение не эффективно. В кале реакция Грегерсена (-). Какое из нижеприведенных заболеваний следует подозревать в первую очередь

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

189. 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. Какому из нижеприведенных диагнозов соответствуют клинический синдром и лабораторные данные

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

190. Больного 56 лет беспокоит боль в эпигастрии. Через несколько часов после возникновения боль стала сопровождаться чувством сдавления горла, нехваткой воздуха, онемением левой руки, болью в межлопаточном пространстве. В анамнезе язвенная болезнь желудка. При осмотре: живот вздут, от перемены положения в постели боль не изменяется. Напряжение брюшной стенки исчезает, когда больной отвлекается, затем появляется вновь. Какому из перечисленных ниже диагнозов соответствует клиническая манифестация болезни

1. язвенная болезнь, перфорация язвы двенадцатиперстной кишки
2. разрыв аневризмы брюшной аорты
3. острая кишечная непроходимость
4. острый инфаркт миокарда

191. Больная 45 лет с детства страдает запорами, стул один-два раза в неделю. Некоторое улучшение наблюдалось в пубертатном периоде. В настоящее время самостоятельно стул бывает один раз в две недели с выделением твердых каловых масс. Вынуждена пользоваться клизмами. В детстве и юности часто бывал “двухэтапный стул”, когда после одной дефекации через полчаса-час наблюдалась вторая, а затем снова следовал период запора. Подберите диагноз из нижеперечисленных

1. микседема
2. эндометриоз кишечника
3. мегадолихоколон
4. рак толстой кишки

192. Мужчина 55 лет последние три года страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами. На терапию H<sub>2</sub>-гистаминблокаторами реакция положительная. Поступил с кровоточащей язвой. Сделано переливание крови. За четыре недели терапии ранитидином язва зарубцевалась. Какова дальнейшая лечебная тактика

1. прерывистая курсовая терапия H<sub>2</sub>-гистаминблокаторами
2. поддерживающая терапия H<sub>2</sub>-гистаминблокаторами
3. хирургическое лечение
4. терапия сукральфатом

193. 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. Каков предполагаемый диагноз

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

194. Какие средства обладают цитопротективным действием в отношении слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки

1. облепиховое масло
2. викалин
3. гастрोцепин
4. сукральфат

195. У больного 20 лет, астеника, на фоне нейроциркуляторной дистонии появились тупые боли в правом подреберье, провоцирующиеся стрессовыми ситуациями, без повышения температуры тела. При обследовании: конкрементов в желчных путях не выявлено, на холецистограммах желчный пузырь уменьшен в размерах, при дуоденальном зондировании объем порции ТВУ — 15 мл, время — 3 минуты. Наиболее вероятно, что у больного

1. хронический холецистит
2. дискинезия желчных путей по гипомоторному типу
3. дискинезия желчных путей по гипермоторному типу
4. хронический гастрит

196. Женщина 43 лет обратилась к врачу с жалобами на запоры. У нее практически не бывает самостоятельного стула. В беседе выяснилось, что ее беспокоит также зябкость конечностей, утомляемость; стали выпадать волосы. Работает программистом, много времени проводит за компьютером. При осмотре выявлена сухость кожи, слизистых оболочек. Глухие тоны сердца. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации определяется плотная, заполненная каловыми массами сигмовидная кишка. Выберите наиболее информативный диагностический тест для данной больной

1. фиброгастроскопия
2. определение гормонов щитовидной железы и ТТГ, антител к щитовидной железе
3. фиброколоноскопия
4. копрограмма

197. Максимальную продолжительность жизни больных циррозом печени можно обеспечить, если

1. проводить систематическую лекарственную терапию больных, используя глюкокортикоиды
2. обеспечить тщательное соблюдение жесткой ограниченной диеты
3. своевременно провести операцию портокавального анастомоза или спленэктомии
4. осуществлять систему мероприятий, включающих в себя психотерапию, исключение алкоголя и гепатотоксичных веществ, сбалансированное полноценное питание и этиотропные воздействия

198. Гастрит вызывает

1. усиление секреторной функции желудка и поджелудочной железы
2. торможение секреции соляной кислоты в желудке
3. торможение секреции ферментов поджелудочной железы
4. торможение моторики желудка

199. Мужчина 52 лет госпитализирован по экстренным показаниям с жалобами на рвоту, повторный жидкий стул в течение суток. Ранее подобных явлений не было. ЧСС - 96 уд./мин, АД 100/70 мм рт. ст. При пальцевом исследовании прямой кишки обнаружены следы кала черного цвета. Выберите оптимальный метод исследования

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

200. У больного с пульсирующим образованием в эпигастрии, над которым прослушивается систолический шум, внезапно появились резкие боли в животе, развилось коллаптоидное состояние с потерей сознания. Ваш диагноз

1. прободная язва
2. острый аппендицит
3. разрыв аневризмы
4. острый холецистит

201. Пациентка 45 лет, блондинка, индекс массы тела 32, жалуется на периодически возникающие боли в правом подреберье, спровоцированные, как правило, употреблением яиц, селедки, свинины. Болеет несколько лет, отмечает постепенное учащение приступов. Боли проходят после приема спазмолитиков. При пальпации - выраженная болезненность в правом подреберье. Аланинаминотрансфераза - 0,8; билирубин -32 мкмоль/л, прямой -20 мкмоль/л. В моче обнаружены желчные пигменты. В кале понижено содержание стеркобилиногена. Щелочная фосфатаза - 18 ед. Вероятный диагноз

1. дискинезия желчных путей
2. хронический гепатопанкреатит
3. калькулезный холецистит, подпеченочная желтуха
4. гемолитическая желтуха, синдром Жильбера

202. Мужчина 55 лет 3 года страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами. На терапию H<sub>2</sub>-гистаминблокаторами реагировал положительно. Поступил с кровоточащей язвой. Переливалась кровь. За 4 недели терапии ранитидином язва зарубцевалась. Какова дальнейшая лечебная тактика

1. прерывистая курсовая терапия H<sub>2</sub>-гистаминблокаторами
2. поддерживающая терапия H<sub>2</sub>-гистаминблокаторами
3. хирургическое лечение
4. терапия сукральфатом