Гастроэнтерология 2курс 200вопрос

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

1.дисфагия; 2.боль при глотании; 3.икота; 4.изжога;

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

1.атропин; 2.метацин; 3.нитроглицерин; 4.координакс;

3. При лечении ахалазии пищевода противопоказано применять:

1.нитроглицерин; 2..мотилиум;

3.но-шпу; 4.седативные средства;

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

1.ахалазии пищевода; 2.склеродермии;

3.диффузного спазма пищевода; 4.эзофагита;

5. Наличие желудочной метаплазии нижнего пищеводного сфинктера характерно для:

1.эзофагита; 2.склеродермии; 3.ахалазии пищевода;

4.скользящей грыжи пищеводного отдела диафрагмы;

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

1.анализ желудочного сока; 2.рентгенография желудка;

3.гастроскопия; 4.дуоденальное зондирование.

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

1.синдром Золлингера-Эллисона;

2.язвенную болезнь с локализацией в желудке; 3.язвенный колит;

4.язвенную болезнь с локализацией в постбульбарном отделе;

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

1.лимфоцитами; 2.плазматическими клетками;

3.лейкоцитами; 4.эозинофилами;

10. Для клиники хронического гастрита характерно:

1.субфебрильная температура; 2.умеренный лейкоцитоз; 3..диспепсический синдром; 4.диарея;

11. Наличие эрозий в антральном отделе желудка характерно для:

1.острого гастрита; 2.аутоиммунного гастрита;

3.гранулематозного гастрита; 4.хеликобактерной инфекции.

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

1.0,5-1,0 л; 2.1,0-1,5 л; 3.1,5-2,0 л; 4.2,0-2,5 л;

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

1.индометацин; 2.вольтарен; 3.реопирин; 4.мелоксикам;

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

1.базальная кислотопродукция; 2.максимальная кислотопродукция;

3.уровень гастрина в крови; 4.данные ЭГДС;

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

1.усиление болевого синдрома;

2.изменение характерного ритма возникновения болей;

3.уменьшение ответной реакции на антациды; 4.мелена;

16. Для болезни Уиппла не характерно:

1.диарея; 2.лихорадка; 3.полифекалия; 4.нефропатия.

17. Для целиакии спру характерно все перечисленное, кроме:

1.метеоризма; 2.лихорадки; 3.поносов; 4.полифекалии;

18. Усиливают диарею при целиакии спру:

1.мясо; 2.сырые овощи и фрукты;

3.белые сухари; 4.рис;

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

1.пшеница; 2.рожь; 3.кукуруза; 4.овес;

20. Для какого заболевания характерна гипертония нижнего пищеводного сфинктера?

1.склеродермия; 2.ахалазия; 3.хронический рефлюкс-эзофагит;

4.грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;

21. Гастрин секретируется:

1. антральным отделом желудка; 2.фундальным отделом желудка;

3.слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки;

4.поджелудочной железой;

22. Желудочную секрецию стимулирует:

1.гастрин; 2. секретин; 3.холецистокинин; 4.соматостатин;

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

1.гиперсекреция соляной кислоты; 2.дуоденит;

3.заболевания желчного пузыря; 4.хеликобактериоз;

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

1.копрологическое исследование; 2.ректороманоскопия;

3.биохимическое исследование крови;

4.рентгенологические данные;

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

1.лимфатические сосуды; 2.кровеносные сосуды;

3.аргентофильные клетки; 4. эпителиоциты.

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

1.регионарный илеит; 2.хронический панкреатит;

3.лимфосаркома; 4.амилоидоз;

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

1.рентгенологическое исследование; 2.гематологическая картина;

3.абсорбционный тест; 4.гистологические изменения в кишке;

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

1.рентгенологическое исследование;

2.абсорбционные тесты; 3.биопсия тонкого кишечника;

4.ответная реакция на аглютеновую диету;

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

1.функции поджелудочной железы; 2.функции печени;

3.всасывающей функции тонкой кишки; 4.функции почек;

30. После удаления дистального отдела подвздошной кишки не наблюдается:

1.недостаточность поджелудочной железы;

2.образование конкрементов в желчном пузыре;

3.потеря желчных кислот со стулом; 4.диарея;

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

1. в двенадцатиперстной кишке;

2.в проксимальном отделе тощей кишки;

3.в тощей кишке (в терминальном отделе);

4.в подвздошной кишке (в дистальном отделе);

32. При лечении диареи можно применять отвар:

1.ольховых шишек; 2.ромашки;

3.мяты; 4.цветов бессмертника;

33. Основным местом всасывания витамина В12 является:

1.желудок; 2.двенадцатиперстная кишка;

3.проксимальный отдел тощей кишки;

4.подвздошная кишка, дистальный отдел.

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

1.синдроме раздраженной кишки; 2.ахлоргидрии;

3.истерии; 4.гранулематозном колите;

35. Креаторея характерна для:

1.хронического панкреатита; 2.болезни Крона;

3.ишемического колита; 4.синдрома раздраженной кишки;

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

1.в двенадцатиперстной кишке; 2.в тощей кишке;

3.в проксимальном отделе подвздошной кишки;

4.в дистальном отделе подвздошной кишки;

37. Гастрин крови снижается при пероральном приеме:

1.пищи; 2.соляной кислоты;

3.антигистаминных препаратов; 4.нтихолинергических средств;

38. Лучший метод дифференциальной диагностики склеродермии и ахалазии:

1.биопсия пищевода; 2.эзофагоскопия;

3.рентгеноскопия; 4.атропиновый тест;

39. Заболевания, сопровождающиеся изжогой, не включают:

1.язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки;

2.высокую язву малой кривизны желудка;

3.скользящую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит;

4.дискинезию желчного пузыря.

40. Признаком перфорации язвы является:

1.лихорадка; 2.рвота; 3.изжога;

4.ригидность передней брюшной стенки;

41. У взрослых самой частой причиной стеноза привратника является:

1.рак желудка; 2.язвенная болезнь;

3.гипертрофия мышц привратника;

4.пролапс слизистой оболочки через пилорический канал;

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

1.к снижению агрессивности желудочного содержимого;

2.к повышению агрессивности желудочного содержимого;

3.агрессивность не изменится;

4.к понижению слизисто-бикарбонатного барьера;

43. Желудочную секрецию снижает:

1.фамотидин; 2.солкосерил; 3.сайтотек; 4.вентер;

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

1.кислотно-пептического фактора;

2.спазмов в пилородуоденальной зоне;

3.повышения давления в желудке и двенадцатиперстной кишке;

4.наличия хеликобактерной инфекции.

45. . Для клинической картины хронического дуоденита не характерны:

1.боли в эпигастральной области, возникающие через 2-3 часа после еды;

2.диспепсические расстройства;

3.астено-вегетативные нарушения;

4.иррадиация боли в правое и/или левое подреберье;

47. Зантак относится к группе препаратов:

1.адреноблокаторы; 2.М-холиноблокаторы;

3.симпатомиметики; 4.блокаторы гистаминовых Н2-рецепторов.

48. Омепразол относится к группе препаратов:

1.адреноблокаторы; 2.М-холиноблокаторы;

3.блокаторы гистаминовых Н1-рецепторов;

4.блокаторы протонового насоса.

49. К эндоскопическим признакам хеликобактериоза желудка не относят:

1.отек, гиперемию, экссудацию; 2.внутрислизистые кровоизлияния;

3.плоские и/или приподнятые эрозии в зоне наиболее выраженного воспаления;

4.полипозный гастрит.

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

1.снижение всасывания витамина В12; 2.дефицит железа;

3.гемолиз; 4.нарушение функции костного мозга;

51. Стимулирует активность ферментов поджелудочной железы:

1.соматостатин; 2.глюкагон;

3.гистамин; 4.мотилин;

52. У человека в сутки вырабатывается панкреатического сока:

1.до 0,5 л; 2.0,5-1,0 л; 3.1,0-1,5 л; 4.1,5-2,0 л;

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

1.2-4 часа; 2.10-12 часов; 3.18-24 часа; 4.48-72 часа;

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

1.абдоминальные боли; 2.стеаторея;

3.креаторея; 4.водная диарея;

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

1.локализация; 2.определенность этиологии;

3.отсутствие рецидивирующего течения; 4.часто пенетрируют.

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

1.тест с D-ксилозой; 2.тест на толерантность к лактозе;

3.рентгенологическое исследование ЖКТ;

4.клинический анализ крови;

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

1.атропин; 2.новокаин; 3.баралгин; 4.морфин.

58. Для обострения неосложненной язвенной болезни не характерно:

1.«голодные» боли в эпигастрии; 2.«ночные» боли;

3.терапевтический эффект от приема антацидов;

4.рвота съеденной накануне пищей.

59. Для постбульбарной язвы не характерно:

1.боли через 3-4 часа после еды;

2.боли с иррадиацией в левое или правое подреберье;

3.«пульсирующие» боли;

4.положительный эффект от приема антацидов.

60. При пенетрации язвы в поджелудочную железу повышается уровень:

1.амилазы; 2.липазы; 3.глюкозы; 4.щелочной фосфатазы;

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

1.стенозе выходного отдела желудка;

2.первично язвенной форме рака;

3.пенетрации язвы; 4.перфорации язвы;

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

1.органический стеноз пилородуоденальной зоны;

2.функциональный стеноз; 3.рак желудка; 4.пенетрацию язвы;

63. Мужчина 50 лет 3 года страдает язвенной болезнью луковицы двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами язвы. На терапию Н2-блокаторами гистамина отвечал положительно. Очередное обострение началось с болей и осложнилось кровотечением. За 4 недели лечения зантаком язва зарубцевалась, но остался эрозивный антральный гастрит. Какова дальнейшая лечебная тактика?

1.прерывистая курсовая терапия гастроцепином;

2.поддерживающая терапия зантаком в течение длительного .времени; 3.хирургическое лечение;

4.определение HP и при положительном результате - антибактериальная терапия на фоне приема де-нола.

64. Во время акта рвоты наблюдается:

1.опущение диафрагмы;

2.повышение внутрибрюшного давления;

3.сокращение дна желудка; 4.сокращение антрального отдела;

65. Какое из перечисленных медикаментозных средств не является стимулятором желудочной секреции?

1.эуфиллин; 2.атропин; 3.кофеин; 4.гистамин;

66. Вес суточного кала здорового человека:

1.100-200 граммов; 2.300-400 граммов;

3.500-700 граммов; 4.800-1000 граммов;

67. К слабительным средствам, обладающим раздражающим действием на нервно-мышечный аппарат толстой кишки и усиливающим ее перистальтику, не относится:

1.александрийский лист; 2.корень ревеня;

3.бисакодил; 4.пурген;

68. Больная 30 лет обратилась с жалобами на диарею, вздутие, урчание, переливание в животе. Больна с детского возраста, росла слабым ребенком. Часто возникала диарея, которая расценивалась как «отравление». Объективно: питание пониженное, кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, ногти ломкие, волосы длинные, густые, блестящие. Голени пастозны. Живот атоничный, распластанный, положительный симптом Образцова. Печень не увеличена. Стул кашицеобразный, полифекалия, лиентерия. О каком заболевании можно думать?

1.болезнь Уиппла; 2.болезнь Гордона;

3.болезнь Крона; 4.целиакия спру;

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

1.болезнь Гордона; 2.болезнь Уиппла;

3.болезнь Крона; 4.лимфосаркома;

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

1.болезнь Уиппла; 2.хронический панкреатит;

3.цирроз печени; 4.синдром Пейтца-Эйгерса;

71. 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. О каком заболевании можно думать?

1.хронический гастрит; 2.хронический панкреатит;

3.дискинезия желчного пузыря;

4.артерио-мезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки;

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

1.болезнь Уиппла; 2.лимфосаркома;

3.лимфогранулематоз; 4.карциноид;

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

1.желчный пузырь; 2.печень;

3.малый сальник; 4.поджелудочная железа.

74. Последствие хронического панкреатита, возникшего вследствие злоупотребления алкоголем:

1.экзокринная недостаточность поджелудочной железы;

2.эндокринная недостаточность поджелудочной железы;

3.перитонит; 4.кисты в поджелудочной железе;

75. В консервативную терапию хронического панкреатита не включаются:

1.диета; 2.кортикостероиды;

3.ферментные препараты; 4.анальгетики;

76. Основными клиническими симптомами неспецифического язвенного колита являются:

1.боли в животе; 2.наличие крови в кале;

3.нарушение функции кишечника;

4.все перечисленные выше симптомы.

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

1.узловатая эритема, олигомоноартрит, конъюнктивит;

2.гангренозная пиодермия, сакроилеит, иридоциклит.

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

1.узловатая эритема, олигомоноартрит, конъюнктивит;

2.гангренозная пиодермия, сакроилеит, иридоциклит.

79. Укажите возможные осложнения болезни Крона:

1.формирование фистул и свищей; 2.кишечное кровотечение;

3.токсический мегаколон; 4.все вышеперечисленное.

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

1.болезнь Крона; 2.неспецифический язвенный колит;

3.ишемический колит; 4.псевдомембранозный колит.

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

1.наличие язвенного дефекта;

2.наличие нейтрофильных лейкоцитов в собственной пластин¬ке 3.слизистой оболочки кишечной стенки;

4.наличие пролиферативной активности фибробластов.

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

1.неспецифический язвенный колит; 2.псевдомембранозный колит;

3.ишемический колит; 4.болезнь Крона.

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

1.ирригоскопия; 2.колоноскопия;

3.колоноскопия с прицельным биопсийным исследованием.

84. Какой из диагностических инструментальных методов наиболее предпочтителен для диагностики ишемического колита?

1.ирригоскопия; 2.колоноскопия;

3.колоноскопия с прицельным биопсийным исследованием.

85. Стадия «отпечатков» большого пальца при ишемическом колите является:

1.наиболее ранним признаком при ирригоскопическом исследовании;

2.наиболее поздним признаком при ирригоскопическом 3.исследовании;

4.промежуточным признаком при ирригоскопическом исследовании.

86. Стадия «мешочков» при ишемическом колите является:

1.наиболее ранним признаком при ирригоскопическом исследовании;

2.наиболее поздним признаком при ирригоскопическом исследовании;

3.промежуточным признаком при ирригоскопическом исследовании.

87. Имеются ли патогномоничные морфологические признаки псевдомембранозного колита в поздней стадии естественного течения?

1.не имеются; 2.имеются.

88. Имеются ли патогномоничные морфологические признаки псевдомембранозного колита в ранней стадии естественного течения?

1.не имеются; 2.имеются.

89. Укажите «эталонную» комбинацию лекарственных средств для лечения псевдомембранозного колита:

1.линкомицин + цефалоспорин; 2.ванкомицин + тетрациклин;

3.метронидазол + клиндамицин + кишечные адсорбенты;

4.ванкомицин + метронидазол + кишечные адсорбенты;

90. Укажите наиболее оправданную лечебную тактику при развитии токсической дилатации толстой кишки, осложнившей непецифический язвенный колит:

1.немедленное оперативное вмешательство;

2.налаживание парентерального питания, увеличение дозы кортикостероидов, выжидательная тактика в течение 12 часов;

3.налаживание парентерального питания, увеличение дозы кор-тикостероидов, выжидательная тактика в течение 48 часов;

4.выжидательная тактика в течение 48 часов без изменения проводимой базисной терапии.

91. Укажите наиболее информативные морфологические признаки ишемического колита:

1.косое расположение волокон в мышечном слое между очагами атрофии;

2.наличие грануляционной ткани в дне язвенного дефекта в сочетании с обнаружением в подслизистой основе макрофагов, нагруженных гемосидерином;

3.наличие в подслизистой основе нейтрофильных лейкоцитов в сочетании с косым расположением волокон в мышечном слое между очагами атрофии.

92. Базисная терапия неспецифического язвенного колита:

1.антибиотики; 2.производные 5'-аминосалициловой кислоты;

3.кортикостероиды;

4.5. сочетание кортикостероидов с цитостатиками.

93. Какова лечебная тактика у больных с диагностированным ишемическим колитом?

1.оперативное лечение;

2.выжидательная тактика для оценки исхода развития естественного течения;

3.только медикаментозное лечение.

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

1.болезни Уиппла; 2.болезни Крона;

3.хронического дизентерийного колита; 4.целиакии;

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

1.раком толстой кишки; 2.неспецифическим язвенным колитом;

3.псевдомембранозным колитом; 4.ишемическим колитом;

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

1.раком толстой кишки; 2.неспецифическим язвенным колитом;

3.псевдомембранозным колитом; 4.ишемическим колитом;

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

1.неизвестна;

2.применение антибиотиков или суперинфекция при выполнении медицинских манипуляций;

3.пищевая токсикоинфекция.

98. Этиологическим фактором псевдомембранозного колита является:

1.clostridium dificille; 2.неспецифическая кокковая флора;

3.гемолитический стрептококк; 4.кишечная палочка;

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

1.ректороманоскопия; 2.ирригоскопия; 3.колоноскопия.

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

1.соединительной тканью;

2.клетками собственной пластинки слизистой оболочки кишечной стенки;

3.тканевым детритом и фибрином.

101. Наиболее частая причина развития хронических диффузных заболеваний печени:

1.гепатотропные вирусы; 2.алкоголь;

3.наследственные заболевания - болезни накопления;

4.токсические гепатотропные агенты.

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

1.HBV-инфекция; 2.HCV-инфекция;

3.HAV-инфекция; 4.HBV/HDV-инфекция, HDV-инфекция

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

1.вирусные гепатиты; 2.токсические гепатиты;

3.алкогольный гепатит; 4.криптогенный гепатит.

104. Какие из перечисленных клинических синдромов свойственны неалкогольному стеатогепатиту?

1.отсутствие маркеров вирусной инфекции;

2.избыточная масса тела;

3.гиперлипидемия, преимущественно за счет триглицеридов;

4.все вышеперечисленное.

105. Морфологическими критериями неалкогольного стеатогепатита являются:

1.наличие изолированной жировой дистрофии гепатоцитов;

2.наличие жировой дистрофии гепатоцитов в сочетании с некрозами и лимфогистиоцитарной инфильтрацией;

3.все перечисленное.

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

1.повышение трансаминаз; 2.повышение γ-глутаминтранспептидазы;

3.сочетанное повышение трансаминаз и γ-глутаминтранспептидазы;

4.десахарированный трансферрин;

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

1.мужским полом пациентов;

2.мутантным (НВе-негативным) штаммом HBV;

3.злоупотреблением алкоголем;

4.со всеми перечисленными факторами.

108. Наиболее частая мутация HBV ассоциирована с:

1.мутацией в рге-сог-зоне;

2.мутацией в зоне ДНК-полимеразы; 3.мутацией в s-зоне.

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

1.лимфогистиоцитарная инфильтрация паренхимы;

2.наличие некрозов;

3.активация сателлитных клеток печени; 4.все вышеперечисленное;

110. Индекс фиброза 2 по Desmeth соответствует морфологическим критериям:

1.минимальному фиброзу; 2.отсутствию фиброза;

3.выраженному фиброзу; 4.умеренному фиброзу.

111. Наиболее типичными морфологическими признаками хронического гепатита В являются:

1.наличие фоновой жировой дистрофии в сочетании с форми¬рованием лимфоидных фолликулов, скоплением цепочек лимфоцитов в перисинусоидальных пространствах;

2.наличие фоновой гиалиновой и/или белковой дистрофии в сочетании с наличием матово-стекловидных гепатоцитов и ядер гепатоцитов в виде «песочных часов».

112. Наиболее типичными морфологическими признаками хронического гепатита С являются:

1.наличие фоновой жировой дистрофии в сочетании с форми¬рованием лимфоидных фолликулов, скоплением цепочек лимфоцитов в перисинусоидальных пространствах;

2.наличие фоновой гиалиновой и/или белковой дистрофии в сочетании с наличием матово-стекловидных гепатоцитов и ядер гепатоцитов в виде «песочных часов».

113. Укажите основные ферменты репликации HCV:

1.НК-полимераза, протеаза;

2.геликаза, РНК-зависимая РНК-полимераза;

3.сериновая протеаза, ДНК-полимераза;

4.геликаза, металлопротеаза, РНК-зависимая РНК-полимераза, сериновая протеаза.

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

1.да; 2.нет.

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

1.да; 2.нет.

116. Какой из перечисленных интерферонов обладает преимущественно иммуномодулирующей активностью?

1.γ-IFN; 2.а-IFN; 3.в-IFN.

117. Какой из перечисленных интерферонов обладает преимущественно противовирусной активностью?

1.γ-IFN 2.α-IFN 3.β-IFN

118. Укажите коммерческие аналоги γ-IFN:

1.роферон-А, интрон-А, реаферон, риальдирон, эгиферон;

2.ребиф, бетаферон; 3.имукин.

119. Укажите коммерческие аналоги α-IFN:

1.роферон-А, интрон-А, реаферон, риальдирон, эгиферон;

2.ребиф, бетаферон; 3.имукин.

120. Укажите коммерческие аналоги β-IFN:

1.роферон-А, интрон-А, реаферон, риальдирон, эгиферон;

2.ребиф, бетаферон; 3.имукин.

121. Фармакологическое действие α-IFN ассоциировано:

1.с активацией 2'-5'-олигоаденилатциклазы;

2.со специфической возможностью терминации внутриклеточных и вирусных ДНК и РНК;

3.с активацией сателлитных клеток;

4.со всеми перечисленными механизмами.

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

1.монотерапия нуклеозидными аналогами (зеффикс, эпивир, ламивудин, адефовир - депивоксил);

2.монотерапия α-IFN;

3.комбинированное лечение нуклеозидными аналогами в сочетании с α-IFN.

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

1.монотерапия рибавирином (ребетолом); 2.монотерапия α-IFN;

3.комбинированное лечение ребетолом в сочетании с α-IFN.

125. Укажите наиболее часто встречающиеся побочные эффекты интерферонотерапии:

1.кардиопатия, депрессивный синдром, гиперурикемия, гипергликемия, фотосенсибилизация;

2.гриппоподобный синдром, депрессивный синдром, цитопенический синдром (гранулоцито- и тромбоцитопения), алопеция;

3.ожирение, дисменорея, артериальная гипертензия, диарея.

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

1.гриппоподобный синдром; 2.афтозный стоматит;

3.тромбоцитопения; 4.тяжелые депрессии;

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

1.гранулоцитопенией; 2.тромбоцитопенией; 3.гемолизом.

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

1.категорический отказ от алкоголя; 2.строгое соблюдение диеты;

3.резкое ограничение физических нагрузок;

4.двойная контрацепция.

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

1.только генотип вируса; 2.генотип вируса, возраст и пол пациента;

3.только возраст и пол пациента.

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

1.хронический гепатит В; 2.хронический гепатит С;

3.хронический гепатит С + В; 4.хронический гепатит D.

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

1.болезни Коновалова-Вильсона;

2.первичного гемохроматоза;

3.хронического вирусного гепатита с внепеченочными проявлениями;

4.ни для одного из перечисленных заболеваний;

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

1.повышение уровня гемоглобина и сывороточного железа;

2.повышение уровня экскреции железа с мочой;

3.насыщение трансферрина железом более 70%;

4.насыщение трансферрина железом более 45%.

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

1.ограничение физической нагрузки, снижение потребления поваренной соли, назначение салуретиков;

2.назначение салуретиков в сочетании с β-блокаторами;

3.назначение комбинированной салуретической терапии с обязательным включением верошпирона, ограничение потребления поваренной соли, β-блокаторов.

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

1.спонтанный бактериальный перитонит, гиперспленизм, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, печеночноклеточная недостаточность;

2.печеночноклеточная недостаточность, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, гиперспленизм, спонтанный бактериальный перитонит;

3.гиперспленизм, печеночноклеточная недостаточность, спонтанный бактериальный перитонит, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.

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

1.массивная кортикостероидная терапия;

2.временная заместительная терапия (искусственная печень) с проведением трансплантации печени;

3.массивная кортикостероидная терапия в сочетании с цитостатиками;

4.массивная интерферонотерапия.

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

1.да; 2.нет.

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

1.кортикостериоды + интерферон;

2.цитостатики + интерферон; 3.кортикостериды + цитостатики;

4.урсодезоксихолевая кислота + кортикостероиды.

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

1.кортикостериоды + интерферон; 2.цитостатики + интерферон;

3.кортикостериды + цитостатики;

4.урсодезоксихолевая кислота + кортикостероиды;

урсодезоксихолевая кислота + метатрексат.

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

1.да, возможна; 2.нет.

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

1.да, возможна; 2.нет.

146. Укажите возможные причины развития вторичного склерозирующего холангита:

1.цитомегаловирусная инфекция;

2.желчекаменная болезнь с признаками рецидивирующей обструкции;

3.ВИЧ-инфекция; 4.все вышеперечисленное;

147. Укажите наиболее оптимальный режим лечения первичного гемохроматоза:

1.ограничение потребления железа с пищей;

2.ограничение потребления железа с пищей в сочетании с десфералом;

3.ограничение потребления железа с пищей в сочетании с кровопусканиями и последующим назначением десферала.

148. Препараты выбора для лечения болезни Коновалова-Вильсона:

1.кортикостериды; 2.цитостатики;

3.интерфероны; 4.ничего из перечисленного.

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

1.надпочечниковая недостаточность; 2.цирроз печени;

3.недостаточность кровообращения, связанная с развитием кардиопатии и перикардитом.

151. Что, кроме цирроза печени, наиболее часто присутствует в клинической картине у больных с врожденным дефицитом α1-антитрипсина?

1.остеомаляция, патологические переломы;

2.нарушение фертильности;

3.хроническое рецидивирующее поражение легких с развитием дыхательной недостаточности;

4.прогрессирующая энцефалопатия.

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

1.ультрасонография; 2.компьютерная томография;

3.лапароскопия; 4.селективная ангиография.

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

1.ультрасонография; 2.компьютерная томография;

3.лапароскопия; 4.селективная ангиография.

154. Укажите возможные причины развития хронического панкреатита:

1.злоупотребление алкоголем; 2.хронические вирусные инфекции;

3.желчекаменная болезнь; 4.все вышеперечисленное.

155. Укажите наиболее частую причину развития хронического панкреатита:

1.злоупотребление алкоголем;

2.хронические вирусные инфекции;

3.желчекаменная болезнь;

4.избыточная масса тела, гиперлипидемия.

156. Укажите возможные исходы острого панкреатита:

1.образование кисты;

2.исход в панкреонекроз; 3.все перечисленное.

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

1.синдрома Дауна; 2.синдрома Марфана;

3.первичного амилоидоза; 4.муковисцидоза;

158.Укажите основную причину развития ЯБЖ;

А)прием НПВП Б)инфекция н.pylori

В)нарушение режим питание Г)курение и алкоголь

159.Ранняя боль характерно для язвы;

А) желудка Б)12пк

160.При эндоскопическим исследовании для обострения язвы характерны.

А) открытая язва Б) Язва покрыта фибринозным налетом

В) края возвышенны в виде «валика».

Г) все выше перечисленное

161 . Факторы риска развития НР –инфекции;

А) низкий социально экономический статус

Б) скученность населения

В) неочищенная вода Г) все верны

163.Препарат НПВС низкого риска:

А) пироксикам Б) индометацин

В) ибупрофен Г) диклофенак

165.Лечение в первые обратившегося больного по поводу ЯБ начинать с;

А)Б+В Б) тройной терапии

В) квадротерапии Г) альтернативных тройных систем

167.Согласно рекомендациям Маастрихт-3основной схеме терапии 2-го шага относятся:

А) ИПП+ препараты висмута+ метронидазол+ тетрациклин

Б) ИПП+ препараты висмута+ метронидазол+ амоксициллин

В) ИПП+ препараты висмута+фуразалидон +тетрациклин

Г) ИПП+ препараты висмута+кларитромицин+амоксициллин

168.Из каких групп препаратов состоит тройная терапия первой линии?

А) ИПП ,антибиотики макролиды ,антибиотики пенициллины

Б) блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов

в) антибиотики макролиды г) антибиотики пенициллины

169,Инфекционный контроль – это:

а) комплекс мероприятий по надзору за инфекциями среди медицинских работников

б) система мероприятий по надзору за инфекциями среди пациентов

в) меропритяия по мониторингу за госпитальными штаммами в ОЗ

г) комплекс мероприятий, основанных на данных эпидемиологической диагностики и направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний организациях здравоохранения

170.Свойства препарата висмута для лечения ЯБ

А) антихеликобактерная активность

Б) синергизм к антибиотикам

В) преодоление резистентности НР к антибиотикам

Г) все перечисленное

171.Квадратотерапия или альтернативная тройная терапия предпочтительна для больных ЯБ у которых:

А) аллергия на пенициллин и кларитромицин

Б) недавно проводилось лечение кларитромицином от другой инфекции

В) резистентность к метронидазолу у более ;)%

Г) все перечисленное

172.Предпочтительный выбор ИПП;

А) омепразол Б) лансопразол ,омепразол

В) эзомепразол Г) пантопразол

173. У женщины 50 лет, страдающей ожирением, внезапно возник приступ интенсивных болей в правом подреберье с иррадиацией в правую подключичную 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. Ваш предварительный диагноз?

А. Острый холецисто- холангит

Б. Обострение хронического холецистита

В. Желчно- каменная болезнь, желчно- каменная колика

Г. Обострение хронического калькулезного холецистита

174,Какая диета предупреждает образование камней в желчных путях?

А. С ограничением углеводов Б. С богатой клетчаткой.

В. С ограничением жиров Г. С ограничением соли

175,Цирроз печени является наиболее часто следствием:

А. Гемохроматоза Б. Вирусных гепатитов

В. Болезни Коновалова – Вильсона

Г. Недостаточности кровообращения

176, И**ндикаторами эффективности лечения при хронических гепатитах являются:**

А. Снижение активности процесса по данным биохимических и морфологических исследований,

Б. Регрессия субъективных симптомов,

В. Уменьшение гепатомегалии Г. А+Б+В

177,Укажите, какой из перечисленных симптомов подтверждает развитие портальной гипертензии?

А. Кровоточивость десен Б. Асцит

В. Кожный зуд Г. Гепатомегалия

178. Основным условием интервью с жертвами пыток/ насилия является?

А. обеспечение права на компенсацию

Б. обеспечение доступа к медико-санитарной помощи

В. обеспечение безопасности и комфортности

Г. обеспечение доступа к информации

179. Назовите наиболее частые расстройства, связанные со стрессом

А. психозы Б. тревожные расстройства

В. органические расстройства Г. деменция

180.Согласно Конституции Кыргызской Республики, высшей ценностью в Кыргызстане является:

1.закон 2.конституционный строй:

3.земля, ее недра, воздушное пространство, воды, леса, растительный и животный мир, другие природные ресурсы:

4.человек, его права и свободы:

182. Врачебный долг сохранения конфиденциальности без ущерба для этики:

А. не может нарушаться ни при каких обстоятельствах

Б. может нарушаться в исключительных случаях, когда велика вероятность причинения серьезного вреда другим лицам лил допущения грубого нарушения правосудия

В. может нарушаться только по посменному указанию руководителя учреждения здравоохранения

Г. может нарушаться в случае получения писменного запроса любого сотрудника правоохранительного органа

183. Медицинский осмотр по поводу насилия/пыток может проводиться:

А. врачом-судмедэкспертом

Б. врачом скорой медицинской помощи В. семейным врачом

Г. всеми выше перечисленными специалистами

184. В первые часы окраска кровоподтека:

А. зеленовато-желтая Б. багрово-красная, багрово-синяя

В. красная с коричневатым оттенком Г. коричневато-желтоватая

185. Больная К. 30 лет с хроническим пиелонефритом получала амбулаторное лечение ампициллином в течение 10 дней. После снижения уровня СОЭ и лейкоцитов, семейный врач отменил антибиотики. Через неделю состояние больной вновь ухудшилось. Тактика семейного врача.

А. Повторно назначить ампициллин на 10 дней

Б. Сменить ампициллин на другой антибиотик

В. Назначить проведение посева мочи на чувствительность к антибиотикам

Г. Провести лечение антибиотиками в течение 2-х месяцев

186.Факторами риска при хроническом пиелонефрите являются, кроме

А. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс

Б. Хроническая обструктивная нефропатия

В. Камни в почках Г. Опухоли почек

187,Минимальное количество лейкоцитов в осадке мочи, указывающее на наличие лейкоцитурии, составляет:

1.2-5 лейкоцитов в поле зрения

2.больше 6 лейкоцитов в поле зрения

3.больше 10 лейкоцитов в поле зрения

4.больше 20 лейкоцитов в поле зрения

188.Наиболее точный показатель запаса железа в организме

А)гемоглобин Б)трансферитин

В)ферритин Г)железосвязывающая способность сыворотки

189,К дефициту железо приводит следующие причину

А)беременность

Б)желудочно кишечные кровотечение

В)меноррагии Г)все выше перечисленное

190.К основным признакам железодефицитной анемии относятся:

А)микроцитоз

Б)низкий уровень ферритина в сыворотке

В)низкий уровень железа в сыворотке

Г)всевыше перечисленное

191.Лечение ЖДА включает все ,кроме:

А)устранение причины анемии

Б)назначение препаратов железа внутрь

В)назначение препарата железа в течение 3-6 мес

Г)назначение витамина В 12

192.Наиболее часто в Кыргызстане встречается :

А) ЖДА Б)гемолитическая анемия

В)В12-фоливодефицитная анемия

В)гипопластическая анемия

193, Для лечения дефицита железа следует назначать:

А. Препараты железа внутривенно в сочетании в мясной диетой

Б. Препараты железа внутривенно в сочетании с витаминами группы В в/м.

В. Регулярные трансфузии эритроцитарной массы в сочетании с богатой фруктами диетой.

Г. Препараты железа внутрь на длительный срок.

194,Для клинической картины анемии не характерно

А. Слабость, вялость, утомляемость

Б. Систолический шум в сердце

В. Повышение температуры тела выше 380 C.

Г. Одышка, тахикардия

195,Как оценивается ВИЧ-статус при экспресс-тестировании на ВИЧ?

А. Выявляются антигены ВИЧ

Б. Выявляются антитела к ВИЧ

В. Определяется концентрация ВИЧ

Г. Выявляется вирусная ДНК

196,Риск передачи ВИЧ от матери ребенку возрастает при следующих условиях:

А. Длительное грудное вскармливание

Б. Используются более безопасные методы родоразрешению

В. Низкая вирусная нагрузка у матери

Г. Высокие показатели СД 4

197.Что не является причинами развития В12-фолиеводефицитной анемии

А)аутоиммунный гастрит

Б)синдром нарушенного всасывания гастроэктомии

В)вегетарианство Г)меноррагии

198. Инфицирование слизистой оболочки желудка пилорическим хелобактером выявляется исследованием   
а) биоптата слизистой оболочки антрального отдела желудка   
б) желудочного сока  в) кала   
г) правильные ответы а) и г)   
199. Проведение пробы с 0. 5 г гидрокарбоната натрия ("щелочной тест") при рН-метрии позволяет выделить типы секреции   
а) возбудимый   
б) астенический   
в) тормозной   
г) все перечисленные

200. Исследование больных с длительным субфебрилитетом включает   
а) реакцию Манту   
б) реакции Райта, Видаля, Ходельсона, анализ крови на токсоплазмоз   
в) посев крови на стерильность и анаэробы   
г) все перечисленное