

ГАСТРИТИ

1. Кои са най-честите причини за хроничен гастрит:
 1. Токсични субстанции.
 2. Хроничен стрес .
 3. Алиментарни фактори.
 4. Ендогенни нокси.
 5. Генетични фактори.

2. Хроничният атрофичен гастрит е предпоставка за:
 1. Язвена болест и стомашен карцином.
 2. Пилорна стеноза.
 3. В₁₂/фолиево/- и желязонедеимъчни анемии.
 4. Перфорация на стомаха.
 5. 1, 3.
 6. 1, 2, 4.

3. Патогенетични фактори за хроничния атрофичен гастрит са:
 1. Генетичната непълноценност на стомашната мукоза.
 2. Автоимунната деструкция на епитела.
 3. Инфекциозно-токсична и хипоксична лезия на мукозата.
 4. Нервно-рефлексни стресови въздействия.
 5. 1, 2, 3.
 6. 1, 2, 3, 4.

4. Дуоденалният рефлукс довежда предимно до:
 1. Тотални гастритни промени.
 2. Фундусен гастрит.
 3. Препилоричен и пилоричен гастрит.
 4. Дифузна мукозна хиперплазия.
 5. Стомашен карцином.

5. Коя съставка, от попадналото в стомаха дуоденално съдържимо, най-силно уврежда стомашната лигавица:
 1. Панкреатичните ензими.
 2. Бикарбонатите от панкреаса.
 3. Жлъчните соли и киселини.
 4. Лизолецитинът.
 5. 3, 4.
 6. 1, 2, 4.

6. Късното развитие на вит. В₁₂ /фолиево/ дефицитна анемия при хроничен атрофичен гастрит се свързва с:
 1. Ахлорхидрията.
 2. Запазен синтез на вит.В₁₂ от главните клетки.
 3. Персистиращата протекция на вит.В₁₂.
 4. Значителен чернодробен резерв на вит. В₁₂.
 5. Забавен метаболизъм на вит.В₁₂ в организма.

7. Основното патогенетично звено за формиране на язвен дефект е:
 1. Нарушената стомашна моторика.
 2. Рецидивиращият дуоденален рефлекс.
 3. Задължително бактериално наличие в стомашния сок.
 4. Доминиращата пептична активност на стомашния сок.
 5. Наличният дисбаланс гастрин/солна киселина.

8. При дуоденална язва най-значимо патогенетично звено е:
 1. Повишената киселинно-пептична активност на стомашния сок.
 2. Нарушената секреторно-евакуационна кинетика на стомаха.
 3. Намалената резистентност на дуоденалната лигавица.
 4. Забавената чревна перисталтика.
 5. Дефицитът на гастро-дуоденални хормони.

9. Кое доказано бактериално колонизиране има важно значение за възникване на гастрити и язвената болест:
 1. *Staphylococcus aureus*.
 2. *Esch. Coli*.
 3. *Streptococcus pyogenes*
 4. *Helicobacter pylori*.
 5. *Rickettsia sonori*

10. Кое е основното звено в патогенезата на язва на тялото на стомаха:
 1. Хиперфункцията на париеталните клетки на стомаха.
 2. Дуоденалният рефлукс.
 3. Намалената резистентност на стомашната мукоза.
 4. Наличието в мукозата на *Staph. aureus*.
 5. Отпаднала нервно-хуморална секреторна регулация.

11. В патогенезата на дуоденалната язва участвуват:
 1. Повишената киселинно-пептична активност на стомашния сок.
 2. Нарушена секреторно-евакуационна кинетика на стомаха.
 3. *Helicobacter pylori*.
 4. Намалената резистентност на дуоденалната лигавица.
 5. 1, 2, 3.
 6. 1, 2, 3, 4.

12. Главни стимули за повишена киселинно-пептична активност на стомашния сок са:
 1. Хиперваготония.
 2. Хипергастринемия.
 3. Повишена секреция на хистамин.
 4. Хиперпепсиногенемия.
 5. 1, 2, 3.
 6. 2, 3, 4.

13. Кой фактор не участва в алкализирането на стомашното съдържимо:
1. Бикарбонатите в панкреатичния сок.
 2. Погълнатата слюнка.
 3. Ацидитетно стимулираната дуоденална перисталтика.
 4. Дуоденалната и жлъчна секреция.
 5. Дифузията на H^+ йони през чревната стена.
14. Мукусът протектира дуоденалната лигавица чрез:
1. Гел-форма, създаваща механична бариера.
 2. Алкализиращия му ефект.
 3. Съдържанието на гликопротеини А и В.
 4. Наличните пепсиногени.
 5. 1, 2, 3.
 6. 1, 2, 3, 4.
15. Резистентността на дуоденалната лигавица е свързана главно с наличието на:
1. Мукус.
 2. Гликопротеини А и В.
 3. Ензимни инхибитори.
 4. Простагландини от групата Е.
 5. *Helicobacter pylori*.
16. Язвата на тялото на стомаха протича с:
1. Хиперхлорхидрия.
 2. Хипо- или нормохлорхидрия.
 3. Ниска базална секреция.
 4. Ниска максимална секреция.
 5. 2, 3, 4.
 6. 1, 2, 4.
17. Дуоденалната язва протича с:
1. Хиперхлорхидрия.
 2. Повишена базална и максимална секреция.
 3. Хипохлорхидрия.
 4. 1, 2.
 5. 2, 3.
18. Развитието на остър панкреатит е резултат на:
1. Спонтанна апоптоза на ацинозните клетки.
 2. Хроничен дистрофичен процес.
 3. Процес на самосмилане на жлезата.
 4. Задължително бактериално инфектиране.
 5. Усложнение от засягане на ендокринната ф-я на панкреаса.

19. Важно значение за развитието на панкреатита имат:

1. Злоупотреба с алкохол.
2. Дефицит на антипротеази.
3. Жлъчно-каменна болест.
4. Въглехидратно обременяване.
5. 1, 2, 3.
6. 1, 2, 3, 4.

20. През оточната фаза на острия панкреатит се повишава в кръвта нивото на:

1. Панкреатичната амилаза.
2. Слюнчената амилаза.
3. Липазата.
4. Карбоксипептидазата.
5. Еластазата.

21. Алкохолът включва патогенетичната верига на острия панкреатит чрез:

1. Стимулиране на екзогенната секреция на панкреаса.
2. Спазъм на сфинктера на Oddi.
3. Директно активиране активността на панкреатична липаза.
4. Блокиране активността на α_1 -антитрипсин и α_2 -макроглобулини.
5. 1, 2.
6. 1, 2, 3, 4.

22. Обтурационният илеус се дължи най-често на:

1. Усложнение след коремна хирургична интервенция.
2. Тежка контузия на коремната стена.
3. Спазъм на чревната мускулатура.
4. Тумори на дебелото черво.
5. Мезентериална тромбоза.

23. При висока чревна непроходимост доминират:

1. Водно-електролитни нарушения.
2. Интоксикация на организма.
3. Метаболитни нарушения в мастната обмяна.
4. Склонност към артериална хипертензия.
5. Хронична обстипация.

24. В класификацията на чревната непроходимост не се включва:

1. Механичен илеус.
2. Динамичен илеус.
3. Рестриктивен илеус.
4. Паралитичен илеус.
5. Странгуляционен илеус.