

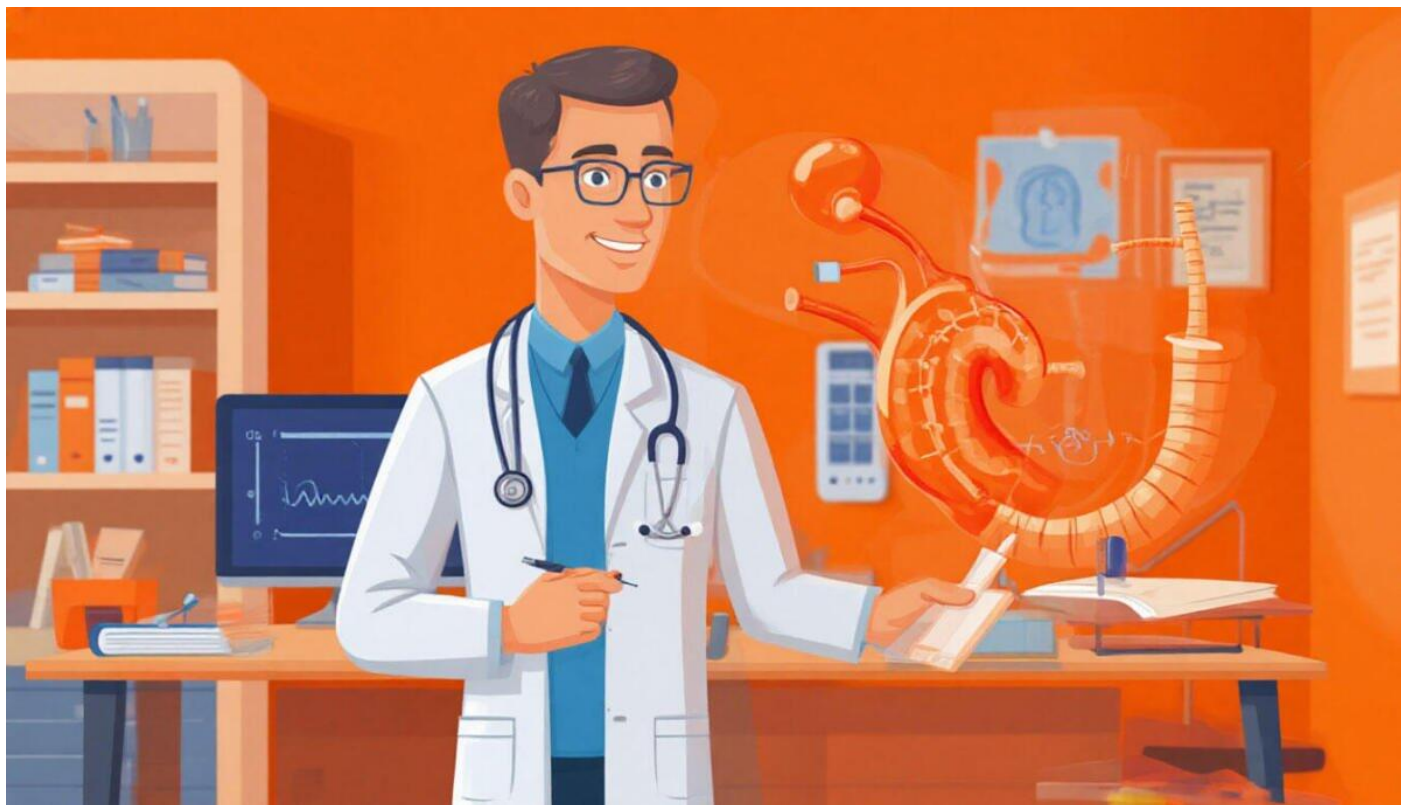
Green Test



Тест по
гастроэнтерологии

Тест по гастроэнтерологии (аккредитационный, ординатура)

Аккредитационный тест по гастроэнтерологии - это удобный инструмент для подготовки врачей и ординаторов к профессиональной оценке знаний.



Гастроэнтерология

Тест включает вопросы по патогенезу, диагностике и лечению заболеваний ЖКТ, а также проверяет навыки клинического мышления, интерпретацию анализов и тактику ведения пациентов. Материал ориентирован на актуальные клинические рекомендации и современные подходы гастроэнтерологии.

Прохождение теста помогает быстро выявить пробелы в подготовке, закрепить ключевые темы и повысить уверенность перед экзаменом. Удобный формат, чёткая структура и практическая направленность делают тест полезным инструментом как для самостоятельной подготовки, так и для учебных программ медицинских учреждений.

Тема 1. Анатомия и физиология желудочно-кишечного тракта. Методы обследования пациентов гастроэнтерологического профиля. Основные синдромы при заболеваниях системы пищеварения.

1. ЖЕЛТУХА ОБУСЛОВЛЕНА ГЕНЕТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ КОНЪЮГАЦИИ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА ПРИ

- 1)+ синдроме Жильбера
- 2) врожденном микросфероцитозе
- 3) талассемии
- 4) синдроме Ротора

2. ПРЯМЫМ ПРИЗНАКОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ симптом «ниши»
- 2) симптом «песочных часов»
- 3) гастроэзофагеальный рефлюкс
- 4) деформация стенки желудка

3. ДЛЯ СИНДРОМА МАЛЪАБСОРБЦИИ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ диарея
- 2) тошнота
- 3) запор
- 4) желтуха

4. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНУЮ РЕФЛЮКСНУЮ БОЛЕЗНЬ В ФОРМЕ

- 1)+ рефлюкс-эзофагита
- 2) кандидозного эзофагита
- 3) синдрома Мэллори - Вейса
- 4) диффузного эзофагоспазма

5. СЕКРЕТИН

- 1)+ стимулирует секрецию бикарбонатов
- 2) стимулирует секрецию панкреатических ферментов
- 3) ингибирует сокращение желчного пузыря
- 4) усиливает сокращение желчного пузыря

6. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кожный зуд
- 2) спленомегалия
- 3) асцит
- 4) гепатомегалия

7. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ PH-ЖЕЛУДКА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- 1)+ определения оптимальной дозы и времени назначения антисекреторного препарата
- 2) уточнения локализации язвенного и воспалительного процесса в желудке
- 3) диагностики рака желудка
- 4) исключения полипоза желудка

8. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фиброколоноскопия с биопсией
- 2) ирригоскопия с двойным контрастированием
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) исследование кала на скрытую кровь

9. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНЫМ ДАТЧИКОМ СТЕНКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В НОРМЕ ВЫГЛЯДИТ В ВИДЕ СТРУКТУРЫ

- 1)+ однослойной изоэхогенной, формирующей контур желчного пузыря
- 2) однослойной криволинейной, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев
- 3) двуслойной линейной, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев
- 4) двуслойной гипоэхогенной, формирующей контур желчного пузыря

10. БЕТА-КЛЕТКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОДУЦИРУЮТ

- 1)+ инсулин
- 2) серотонин
- 3) гистамин
- 4) полипептид

11. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ H. PYLORI ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дыхательный уреазный тест
- 2) определение антигена H. pylori в биоптате (ПЦР диагностика)
- 3) микробиологический тест
- 4) цитологический тест в мазке-отпечатке

12. ОБЩАЯ ДЛИНА ТОЛСТОЙ КИШКИ СОСТАВЛЯЕТ _____ М

- 1)+ 1,5-2
- 2) 0,5-1,5
- 3) 2-2,5
- 4) 2,5-3

13. ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ГЛЮТЕНОВУЮ ЭНТЕРОПАТИЮ (ЦЕЛИАКИЮ) ПОКАЗАНО БОЛЬНЫМ

- 1)+ железодефицитной анемией, рефрактерной к лечению пероральными препаратами
- 2) артериальной гипотензией, рефрактерной к лечению пероральными вазопрессорами
- 3) с чередованием поносов и запоров в течение более 12 месяцев без потери массы тела
- 4) со снижением активности эластазы кала и наличием кист в головке поджелудочной железы по данным УЗИ

14. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ НА УРОВНЕ ОБЩЕЙ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ ДОСТАТОЧНЫМ СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ ультразвуковое исследование
- 2) компьютерная томография
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) чрезкожная пункционная биопсия печени

15. СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПАТОГНОМОНИЧЕН ДЛЯ

- 1)+ цирроза печени
- 2) хронического гепатита
- 3) метастатического рака печени
- 4) хронического панкреатита

16. ДЛИНА ТОНКОЙ КИШКИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ ____ М

- 1)+ 4-8
- 2) 5-6
- 3) 2-4
- 4) 1-3

17. В ТОЛСТОЙ КИШКЕ ПРОИСХОДИТ ВСАСЫВАНИЕ

- 1)+ воды
- 2) белков
- 3) жиров
- 4) углеводов

18. МАРКЕРОМ НАРУШЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ

- 1)+ альбумина
- 2) щелочной фосфотазы
- 3) лактатдегидрогеназы
- 4) непрямого билирубина

19. ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА, ОТДЕЛЯЮЩЕЕСЯ У ЧЕЛОВЕКА ПРИ ОБЫЧНОМ ПИЩЕВОМ РЕЖИМЕ, СОСТАВЛЯЕТ (В Л)

- 1)+ 1,5-2
- 2) 1-1,5
- 3) 0,5-1
- 4) 2-2,5

20. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ биохимическое исследование желчи
- 2) ультразвуковая диагностика
- 3) внутривенная холецистография
- 4) лапароскопия

21. ИМПЕДАНСОМЕТРИЯ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ

- 1)+ регистрации жидких и газовых рефлюксов, основанным на измерении сопротивления, которое оказывает переменному электрическому току содержимое, попадающее в просвет пищевода
- 2) рентгенологического исследования пищевода с барием
- 3) измерения давления покоя и оценки расслабления нижнего пищеводного сфинктера в процессе глотания небольшого количества воды
- 4) спектрофотометрии рефлюксата

22. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗОВ "ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ" И "ХРОНИЧЕСКИЙ ДУОДЕНИТ" РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ эндоскопии с биопсией
- 2) рентгеноскопии с досмотром кишечника
- 3) pH- и импедансометрии
- 4) УЗИ брюшной полости

23. ЧАСТЫЙ ЖИДКИЙ СТУЛ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПОСЛЕ КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1)+ лактазной недостаточности
- 2) целиакии
- 3) экссудативной энтеропатии
- 4) муковисцидозе

24. ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАНОВОЙ ФИБРОГАСТРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ обострение хронического гастрита
- 2) острый холецистит
- 3) дёгтеобразный стул
- 4) желудочное кровотечение

25. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ астматическое состояние
- 2) варикозное расширение вен пищевода
- 3) дивертикул пищевода
- 4) рак кардии

26. НА НАЛИЧИЕ ХОЛЕСТАЗА УКАЗЫВАЕТ

- 1)+ повышение щелочной фосфатазы, билирубина, холестерина
- 2) повышение аспарагиновой и аланиновой трансаминаз, глюкозы
- 3) снижение протромбина, гемоглобина, фибриногена
- 4) повышение амилазы, общего белка, креатинина

27. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА ВАЖНО ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ уровня сывороточного гастрина
- 2) антител к *H. pylori*
- 3) калия и натрия крови
- 4) уровня инсулина и С-пептида

28. У ЛИЦ С ВРОЖДЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЛАКТАЗЫ ОТМЕЧАЕТСЯ СКОПЛЕНИЕ ГАЗОВ И ДИАРЕЯ ПРИ ПЕРЕВАРИВАНИИ

- 1)+ молока
- 2) яиц
- 3) черного хлеба
- 4) капусты

29. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопия с прицельной биопсией
- 2) рентгенологическое исследование желудка
- 3) исследование секреторной функции желудка
- 4) поэтажная манометрия

30. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО, ОБРАТИВШЕГОСЯ С ЖАЛОБАМИ НА НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- 1)+ ректального пальцевого исследования
- 2) фиброколоноскопии
- 3) ирригографии
- 4) ректороманоскопии

31. ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина
- 2) увеличение активности трансаминаз
- 3) ретикулоцитоз
- 4) гипоальбуминемия

32. В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И РАКОМ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопическое исследование с биопсией
- 2) рентгенологическое исследование
- 3) исследование желудочной секреции с гистамином
- 4) УЗИ органов брюшной полости

33. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕВОЗМОЖНО ОХАРАКТЕРИЗОВАТЬ _____ ИЗУЧАЕМЫХ ОРГАНОВ И СТРУКТУР

- 1)+ микроструктуру
- 2) макроструктуру
- 3) топографо-анатомические взаимоотношения
- 4) и макроструктуру, и топографо-анатомические взаимоотношения

34. СТАДИЯ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В БЕЗ БИОПСИИ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕНА ПРИ ПОМОЩИ

- 1)+ эластометрии
- 2) компьютерной томографии с контрастированием
- 3) магнитно-резонансной томографии
- 4) дуплексного ультразвукового сканирования

35. К ДОСТОВЕРНЫМ КРИТЕРИЯМ РЕПЛИКАЦИИ ВИРУСА ГЕПАТИТА В В ОРГАНИЗМЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ HbeAg и антитела anti-HbcAg класса IgM
- 2) носительство HbsAg
- 3) HbeAg и антитела anti-HbcAg класса IgG
- 4) anti-Hbe антитела

36. ОБЩИЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПРОТОК И ПРОТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТКРЫВАЮТСЯ В

- 1)+ нисходящей части двенадцатиперстной кишки
- 2) горизонтальных отделах двенадцатиперстной кишки
- 3) антральном отделе желудка
- 4) просвет поперечно-ободочной кишки

37. КОЛОНОСКОПИЯ ПРИ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОМ КОЛИТЕ, ВЫЗВАННОМ CL.DIFICILLE, ВЫЯВЛЯЕТ

- 1)+ воспаление слизистой с пленчатыми наложениями
- 2) отсутствие макроскопических признаков воспаления слизистой
- 3) афты и псевдополипы слизистой
- 4) язвенное поражение слизистой

38. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопический
- 2) клинико-anamnestический
- 3) рентгенологический
- 4) ультразвуковой

39. ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К ЛАПАРОЦЕНТЕЗУ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ опорожнении мочевого пузыря
- 2) промывании желудка
- 3) выполнении очистительной клизмы
- 4) выполнении сифонной клизмы

40. PH КАЛА В НОРМЕ НАХОДИТСЯ В ПРЕДЕЛАХ

- 1)+ 6,8-7,3
- 2) 2,2-3,5
- 3) 3,8-4,5
- 4) 7,5-8,2

41. ПОЯВЛЕНИЕ ПЕЧЕНОЧНОГО ЗАПАХА ОБУСЛОВЛЕНО НАРУШЕНИЕМ ОБМЕНА

- 1)+ метионина
- 2) холина
- 3) билирубина
- 4) глутамина

42. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЖЕЛУДКА ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ фиброгастроскопию с биопсией
- 2) компьютерную томографию
- 3) позитронно-эмиссионную томографию
- 4) ультразвуковое исследование

43. ЭВАКУАТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕЛУДКА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1)+ рентгенография желудка
- 2) фиброгастроскопия
- 3) желудочное зондирование
- 4) ультразвуковое исследование

44. ДЛЯ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ повышение щелочной фосфатазы и ГГТП
- 2) снижение щелочной фосфатазы и ГГТП
- 3) повышение лактатдегидрогеназы и непрямого билирубина
- 4) снижение лактатдегидрогеназы и непрямого билирубина

45. МЕТОДОМ СКРИНИНГА РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ кала на скрытую кровь
- 2) кала на стеркобилин
- 3) крови на карциноэмбриональный антиген
- 4) крови на углеводный антиген 19-9

46. ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА УЗИ РАСШИРЕНИЕМ

- 1)+ воротной вены
- 2) печеночных вен
- 3) вен пищевода
- 4) нижней полой вены

47. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопическое исследование с биопсией
- 2) рентгенологический
- 3) ультразвуковой
- 4) исследование кала на скрытую кровь

48. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЭЗОФАГОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ острое воспалительное заболевание миндалин, глотки
- 2) варикозное расширение вен пищевода
- 3) эпилепсия
- 4) рак пищевода

49. МЕТОДОМ, ВЕРИФИЦИРУЮЩИМ СВЯЗЬ СИМПТОМОВ: ПЕРШЕНИЕ В ГОРЛЕ, ОСИПЛОСТЬ ГОЛОСА, СУХОЙ КАШЕЛЬ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ 24-часовая внутрипищеводная рН-импедансометрия
- 2) пищеводная манометрия высокого разрешения
- 3) эзофагогастродуоденоскопия
- 4) рентгеноскопия пищевода и желудка

50. НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ МЕТОДОМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕЧЕНОЧНОЙ И ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ СЛУЖИТ

- 1)+ ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- 2) эндоскопическое исследование пищевода и желудка
- 3) биохимическое исследование крови на активность гамма-глутамилтранспептидазы и щелочной фосфатазы
- 4) биохимическое исследование крови на содержание аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы

51. ОСНОВНЫМ МЕСТОМ ВСАСЫВАНИЯ ВИТАМИНА В12 ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ подвздошная кишка
- 2) толстая кишка
- 3) желудок
- 4) двенадцатиперстная кишка

52. ТЕРМИН «ДОЛИХОКОЛОН» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ОПИСАНИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, КОТОРАЯ

- 1)+ удлинена
- 2) удвоена
- 3) не прикреплена к брыжейке
- 4) петлистая

53. НАЛИЧИЕ В КАЛЕ НЕРАСЩЕПЛЕННОГО КРАХМАЛА НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ амилореей
- 2) диареей
- 3) креатореей
- 4) стеатореей

54. КИСЛОТОПРОДУЦЕНТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ _____ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

- 1)+ обкладочные клетки слизистой
- 2) главные клетки слизистой
- 3) поверхностный эпителий
- 4) добавочные клетки слизистой

55. СПЕЦИАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА К ГАСТРОСКОПИИ ТРЕБУЕТСЯ У БОЛЬНЫХ

- 1)+ со стенозом привратника
- 2) с язвой желудка
- 3) с хроническим гастритом
- 4) с эрозивным гастритом

56. СИМПТОМОМ, ЧАСТО НАБЛЮДАЮЩИМСЯ ПРИ ПСИХОГЕННОМ МЕГАКОЛОНЕ И РЕДКО - ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ недержание кала
- 2) вздутие живота
- 3) начало заболевания в детстве
- 4) запор

57. АНАТОМИЧЕСКИМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ, ПРИЛЕЖАЮЩИМИ К ПИЩЕВОДУ СПЕРЕДИ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОД БИФУРКАЦИЕЙ ТРАХЕИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ перикард и левое предсердие
- 2) лёгочные артерии
- 3) перикард и правый желудочек
- 4) перикард и правое предсердие

58. МЕКОНИЕВАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ муковисцидозе
- 2) дисахаридазной недостаточности
- 3) целиакии
- 4) экссудативной энтеропатии

59. РОЛЬ ЖЕЛУДКА В КРОВЕТВОРЕНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ активностью внутреннего фактора Касла
- 2) выработкой соматостатина
- 3) секрецией секретина
- 4) образованием фолиевой кислоты

60. В ФЕКАЛИЯХ ЧЕЛОВЕКА НЕЛЬЗЯ ОБНАРУЖИТЬ ЯЙЦА

- 1)+ токсокар
- 2) широкого лентеца
- 3) описторхис
- 4) карликового цепня

61. ДЛЯ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ снижение уровня холестерина
- 2) увеличение концентрации билирубина
- 3) увеличение уровня холестерина
- 4) повышение активности щелочной фосфатазы

62. СИНДРОМ ХОЛЕСТАЗА СОПРОВОЖДАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ

- 1)+ активности щелочной фосфатазы
- 2) активности кислой фосфатазы, сорбитдегидрогеназы
- 3) острофазовых белков
- 4) уровня аспаратаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы

63. ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ЖЕЛУДКА ОБЫЧНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В

- 1)+ кардиальном отделе на малой кривизне
- 2) области угла желудка
- 3) антральном отделе
- 4) области привратника

64. ПРИ ДОЛИХОКОЛОН БОЛЬНЫЕ ЖАЛУЮТСЯ НА

- 1)+ запоры, начиная с рождения
- 2) быстрое насыщение
- 3) вздутие живота
- 4) частый стул

65. ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ХАРАКТЕР БОЛИ В ЖИВОТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ панкреатите
- 2) гастрите
- 3) гепатите
- 4) язвенной болезни

66. PH КАЛА В НОРМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 6,8-7,3
- 2) 2,2-3,5
- 3) 5,0-6,2
- 4) 7,5-8,2

67. ИРРИГОСКОПИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕМ

- 1)+ рентгенологическим контрастным
- 2) ультразвуковым
- 3) рентгенологическим бесконтрастным
- 4) лапароскопическим

68. МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

- 1)+ секреторным иммуноглобулином А
- 2) иммуноглобулином G
- 3) иммуноглобулином М
- 4) сывороточным иммуноглобулином А

69. ПРИ КИШЕЧНОЙ ФОРМЕ ТУБЕРКУЛЁЗА ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1)+ тонкая кишка
- 2) желудок
- 3) пищевод
- 4) прямая кишка

70. ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ увеличение в крови неконъюгированного билирубина
- 2) наличие билирубина в моче
- 3) увеличенное содержание в крови трансаминаз
- 4) повышение уровня ретикулоцитов более 15 промилле

71. ТЕРМИН «АХИЛИЯ» ОЗНАЧАЕТ ОТСУТСТВИЕ

- 1)+ свободной соляной кислоты
- 2) свободной и связанной соляной кислоты
- 3) свободной, связанной соляной кислоты и пепсина
- 4) пепсина

72. ОБЩАЯ КИСЛОТНОСТЬ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ

- 1)+ свободной и связанной, кислотного остатка
- 2) свободной и связанной
- 3) свободной и кислотного остатка
- 4) свободной

73. ПЕЧЕНЬ НЕ ДОЛЖНА ВЫСТУПАТЬ ИЗ ПОДРЕБЕРЬЯ У РЕБЁНКА, НАЧИНАЯ С ВОЗРАСТА _____ ЛЕТ

- 1)+ 3
- 2) 5
- 3) 7
- 4) 10

74. УРОБИЛИНОГЕН ОБРАЗУЕТСЯ В

- 1)+ кишечнике
- 2) почках
- 3) печени
- 4) моче

75. НАЛИЧИЕ В КАЛЕ КАПЕЛЬ НЕЙТРАЛЬНОГО ЖИРА НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ стеатореей
- 2) меленой
- 3) креатореей
- 4) детритом

76. МАЛЬАБСОРБЦИЯ, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ЗЛАКОВЫХ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ целиакии
- 2) муковисцидоза
- 3) желудочно-пищеводного рефлюкса
- 4) дисахаридазной недостаточности

77. ФЕРМЕНТООБРАЗУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КОЛИЧЕСТВОМ И ФУНКЦИЕЙ КЛЕТОК

- 1)+ главных
- 2) обкладочных
- 3) поверхностного эпителия
- 4) бокаловидных

78. ГИНЕКОМАСТИЯ И ЖЕНСКИЙ ТИП ОВОЛОСЕНИЯ У МУЖЧИН ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ ОБУСЛОВЛЕННЫ

- 1)+ гиперэстрогемией
- 2) пролактинемией
- 3) гиперхолестеринемией
- 4) гиперпрогестеронемией

79. НОРМАЛЬНОЙ СЧИТАЕТСЯ РЕАКЦИЯ КАЛА

- 1)+ нейтральная или слабощелочная
- 2) щелочная
- 3) резкощелочная
- 4) кислая

80. В НОРМЕ БАРИЙ ПОСТУПАЕТ В СЛЕПУЮ КИШКУ ЧЕРЕЗ (ЧАС)

- 1)+ 4
- 2) 2
- 3) 1
- 4) 8

81. У БОЛЬНОГО С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПОЛИПОЗОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, НАЛИЧИЕМ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РТА И КОЖНЫХ ПОКРОВАХ ПЯТЕН ДЫМЧАТОГО ЦВЕТА МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ

- 1)+ синдром Пейтца – Егерса
- 2) цирроз печени
- 3) болезнь Уиппла
- 4) болезнь Ослера

82. БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ГИПОТРОФИЯ) ЯВЛЯЕТСЯ ХРОНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ПИТАНИЯ С

- 1)+ дефицитом массы тела
- 2) пропорциональным отставанием массы тела и роста
- 3) избыточной массой тела
- 4) нормальной массой и длиной тела

83. К ДАННЫМ СИГМОСКОПИИ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЁННОЙ КИШКИ ОТНОСИТСЯ

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

84. КИСЛУЮ РЕАКЦИЮ КАЛА ОПРЕДЕЛЯЕТ

- 1)+ нарушение расщепления углеводов
- 2) колит
- 3) быстрая эвакуация пищи по кишечнику
- 4) преобладание белковой пищи

85. ИРРИГОСКОПИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕМ

- 1)+ толстой кишки
- 2) желудка
- 3) пищевода
- 4) тонкой кишки

86. НАЛИЧИЕ В КАЛЕ НЕПЕРЕВАРЕННЫХ МЫШЕЧНЫХ ВОЛОКОН НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ креаторея
- 2) меленой
- 3) стеаторея
- 4) детритом

87. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВЫРАЖЕННЫХ ПРИСТУПООБРАЗНЫХ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дискинезия желчевыводящих путей
- 2) острая очаговая пневмония
- 3) проктосигмоидит
- 4) дисбактериоз кишечника

88. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 3 СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дефицит массы тела более 30%
- 2) нормальный характер стула
- 3) рвота
- 4) тахикардия

89. СТЕАТОРЕЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ хронического панкреатита
- 2) болезни Крона
- 3) ишемического колита
- 4) синдрома раздраженной кишки

90. НЕ ОТРАЖАЕТ ПОРТАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ

- 1)+ желтуха
- 2) асцит
- 3) геморрой
- 4) спленомегалия

91. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ боль в животе
- 2) понос в ночное время
- 3) ректальное кровотечение
- 4) вздутие живота

92. СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ЖЕЛУДКА ВЫСТИЛАЕТ _____ ЭПИТЕЛИЙ

- 1)+ однослойный цилиндрический железистый
- 2) однослойный плоский неороговевающий
- 3) многослойный плоский
- 4) многослойный цилиндрический

93. ПОЯВЛЕНИЮ ИЗЖОГИ У ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЕТ ФАКТОР

- 1)+ повышения кислотности желудочного сока
- 2) механического растяжения пищевода
- 3) повышения тонуса блуждающего нерва
- 4) питания «в сухоматку»

94. НАИЛУЧШИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЫ АНАСТОМОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопия
- 2) ангиография
- 3) рентгенография
- 4) исследование кислотности

95. КРОВЬ, ОТТЕКАЮЩАЯ ИЗ ЖЕЛУДКА, ИДЕТ К ВЕНЕ

- 1)+ портальной
- 2) нижней полой
- 3) селезеночной
- 4) пищевода

96. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРИ КОТОРОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ПЛОСКАЯ САХАРНАЯ КРИВАЯ ПОСЛЕ НАГРУЗКИ ЛАКТОЗОЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лактазная недостаточность
- 2) муковисцидоз
- 3) хронический холецистит
- 4) непереносимость белка коровьего молока

97. У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ В ПИЩУ СЕЛЬДИ СТАЛИ ПОЯВЛЯТЬСЯ ЖАЛОБЫ НА ДИАРЕЮ, СХВАТКООБРАЗНЫЕ БОЛИ ПО ВСЕМУ ЖИВОТУ, ЧУВСТВО ЖАРА, ГИПЕРЕМИЮ ЛИЦА, ПРИСТУПЫ СЕРДЦЕБИЕНИЯ И УДУШЬЯ ЧТО ДАЕТ ОСНОВАНИЯ ЗАПОДОЗРИТЬ

- 1)+ карциноид
- 2) болезнь Уиппла
- 3) лимфосаркому
- 4) лимфогранулематоз

98. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ СИНДРОМОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ, ДЛЯ КОТОРОГО СВОЙСТВЕННЫ ОТЁКИ ПСЕВДОНЕФРОТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА, ЯВЛЯЕТСЯ

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

99. ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ _____ АНЕМИИ

- 1)+ гемолитической
- 2) постгеморрагической
- 3) апластической
- 4) железодефицитной

100. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, КОТОРОЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СИНДРОМОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ И ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СТЕАТОРЕЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ муковисцидоз
- 2) непереносимость лактозы
- 3) экссудативная энтеропатия
- 4) целиакия

101. ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ АЛАНИНОВОЙ ТРАНСАМИНАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ИСКЛЮЧЕНО ПРИ

- 1)+ заболеваниях почек
- 2) травмах скелетных мышц
- 3) инфаркте миокарда
- 4) некрозе гепатоцитов любой этиологии

102. К ПРИЧИНАМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ хронические кровопотери
- 2) авитаминоз
- 3) нарушение синтеза порфиринов
- 4) дефицит фолиевой кислоты

103. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ГИПЕРСПЛЕНИЗМА НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ

- 1)+ количества тромбоцитов
- 2) щелочной фосфатазы
- 3) аспарагиновой трансаминазы
- 4) билирубина

104. СКАНИРОВАНИЕ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ РЕЗУЛЬТАТИВНО В ДИАГНОСТИКЕ

- 1)+ очагового поражения
- 2) макронодулярного цирроза
- 3) микронодулярного цирроза
- 4) гепатита

105. СТИМУЛЯТОРОМ ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вазоактивный интестинальный пептид
- 2) допамин
- 3) серотонин
- 4) субстанция Р

106. К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ОЖГОВОЙ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА ОТНОСЯТ

- 1)+ гладкие, блестящие рубцы
- 2) неровные, тусклые рубцы
- 3) инфильтрацию слизистой оболочки
- 4) эластичность при инструментальной пальпации

107. ПАРИЕТАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА СЕКРЕТИРУЮТ

- 1)+ соляную кислоту
- 2) пепсиноген
- 3) гастромукопротеид
- 4) муцин

108. СОЧЕТАНИЕ УРОБИЛИНОГЕНУРИИ С БИЛИРУБИНУРИЕЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ печёночной желтухи
- 2) надпечёночной (гемолитической) желтухи
- 3) подпечёночной желтухи
- 4) инфаркта почки

109. ПОВЫШЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ОБЩИХ ЛИПИДОВ В КРОВИ ИСКЛЮЧЕНО ПРИ

- 1)+ гипертиреозе
- 2) сахарном диабете
- 3) алкоголизме
- 4) холестатическом гепатите

110. ПРИ ПОДГОТОВКЕ К КОЛОНОСКОПИИ ЗА 2-3 ДНЯ ДО ИССЛЕДОВАНИЯ ИЗ ПИЩЕВОГО РАЦИОНА СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ

- 1)+ крупы и орехи
- 2) кисломолочные продукты
- 3) мясо и птицу
- 4) мед

111. ГРАДИЕНТ ДАВЛЕНИЯ МЕЖДУ ВОРОТНОЙ И НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНОЙ У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ (В ММ РТ. СТ.)

- 1)+ 1-5
- 2) 5-7
- 3) 7-9
- 4) 9-10

112. ИЗ ПРОГЛОЧЕННЫХ ВОЛОС ОБРАЗУЮТСЯ

- 1)+ трихобезоары
- 2) фитобезоары
- 3) себобезоары
- 4) шеллакобезоары

113. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ ПРОБОЙ НА КРОВЬ В КАЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ иммунохроматографический тест
- 2) проба с гваяковой смолой
- 3) бензидиновая проба
- 4) пирамидиновая проба

114. К КОСВЕННЫМ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЭНДОФИТНЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ инфильтрация и утолщение циркулярных складок перед опухолью
- 2) прожилки или сгустки крови в просвете кишки
- 3) гной и фибрин в просвете кишки
- 4) спазмы толстой кишки дистальнее опухоли

115. К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ПОВЕРХНОСТНОГО ГАСТРИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ гиперемизированную слизистую оболочку, наличие большого количества слизи
- 2) розовую слизистую оболочку, утолщение складок
- 3) истончённые складки слизистой, наличие небольшого количества слизи
- 4) бархатистую, шероховатую слизистую оболочку, утолщение складок

116. НОРМАЛЬНОЙ СЧИТАЕТСЯ РЕАКЦИЯ КАЛА

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

117. ДЛЯ ПОЛИПА ПЕЙТЦ-ЕГЕРСА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ наличие ветвящихся гладкомышечных прослоек в их строме
- 2) резкое преобладание стромы над железистым компонентом
- 3) большое количество мелких и крупных кист, заполненных слизью
- 4) наличие большого количества ворсинчатых выростов над поверхностью полипа

118. КОЛЕБАНИЯ НОРМАЛЬНОГО РАЗМЕРА СТВОЛА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СОСТАВЛЯЮТ (В ММ)

- 1)+ 9-13
- 2) 5-8
- 3) 15-20
- 4) 17-21

119. В СУТКИ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА ВЫРАБАТЫВАЕТ _____ ЛИТРОВ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА

- 1)+ 2
- 2) 0,5
- 3) 1
- 4) 3

120. МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА В ТОНКОЙ КИШКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ водородный дыхательный тест с лактулозой
- 2) ультразвуковое исследование
- 3) колоноскопия
- 4) эзофагогастродуоденоскопия

121. К ПРЕДРАКАМ ОТНОСЯТ ПОЛИПЫ

- 1)+ аденоматозные
- 2) гиперпластические
- 3) реактивные
- 4) смешанные

122. ПРИЧИНОЙ ИЗМЕНЕНИЯ ФОРМЫ ЖЕЛУДКА В ВИДЕ ПЕСОЧНЫХ ЧАСОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рак желудка
- 2) язва двенадцатиперстной кишки
- 3) язва желудка
- 4) сифилис

123. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ БОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ биохимическое исследование крови
- 2) копрологическое исследование
- 3) ректороманоскопия
- 4) рентгенологическое исследование

124. АЛЬТЕРНАТИВОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ ПЕЧЕНИ С ОЦЕНКОЙ ЕЕ ПЛОТНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эластометрия
- 2) ультразвуковое исследование
- 3) компьютерная томография
- 4) магнитно-резонансная томография

125. В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЯЗВЫ ОТ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ морфологические изменения
- 2) локализацию язвы
- 3) размеры
- 4) кровоточивость

126. КОЛОНОСКОПИЯ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ однократно
- 2) каждые 6 месяцев
- 3) 1 раз в 2-3 года
- 4) каждые 3 месяца

127. К ФОРМЕ ДИФFUЗНОГО ПОЛИПОЗА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЙСЯ ПРЕОБЛАДАНИЕМ ПРОЦЕССОВ СЕКРЕЦИИ, ОТНОСЯТ _____ ПОЛИПОЗ

- 1)+ ювенильный
- 2) милиарный
- 3) гамартомный
- 4) аденоматозный

128. К ФОРМЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, НЕ СКЛОННОЙ К ЦИРКУЛЯРНОМУ ПОРАЖЕНИЮ, ОТНОСЯТ

- 1)+ нодозную
- 2) ворсиноподобную
- 3) инфильтративную
- 4) скirrosную

129. ИЗ ПЕРЕВАРЕННОГО ЖИРА ОБРАЗУЮТСЯ

- 1)+ себобезоары
- 2) фитобезоары
- 3) пиксобезоары
- 4) шеллакобезоары

130. ДИФФУЗНЫЙ ПОЛИПОЗ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО НАРАСТАНИЕ КОЛИЧЕСТВА И ВЕЛИЧИНЫ ПОЛИПОВ ПО НАПРАВЛЕНИЮ К АНУСУ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ аденопапилломатозным
- 2) гамартомным
- 3) ювенильным
- 4) аденоматозным

131. ФИБРИНОГЕН СИНТЕЗИРУЕТСЯ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО В

- 1)+ гепатоцитах
- 2) ретикулярных клетках селезёнки
- 3) купферовских клетках
- 4) плазматических клетках

132. ПОВЫШЕНИЕ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ (ЛДГ), РЕТИКУЛОЦИТОВ И НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АНЕМИИ

- 1)+ гемолитической
- 2) апластической
- 3) железодефицитной
- 4) хронического заболевания

133. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ КРОНА В ФАЗЕ ИНФИЛЬТРАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ отёком подслизистого слоя и поверхностными изъязвлениями
- 2) отёком слизистой оболочки
- 3) повышенной контактной кровоточивостью
- 4) усиленным сосудистым рисунком

134. ПРИ ОЧАГОВЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ В ПЕЧЕНИ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ ПРИ УЗИ, ЧАЩЕ ВСЕГО ДИАГНОСТИРУЮТ

- 1)+ метастатические опухоли
- 2) абсцессы
- 3) эхинококкоз
- 4) гепатоцеллюлярную карциному

135. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЕТСЯ

- 1)+ слизистая оболочка
- 2) подслизистая оболочки
- 3) серозная оболочка
- 4) мышечный слой кишки

136. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФИБРОЭНДОСКОПИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ астматическое состояние
- 2) дивертикул пищевода
- 3) кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта
- 4) варикозное расширение вен пищевода

137. ДЛЯ АДЕНОМАТОЗНОГО ПОЛИПА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ резкое преобладание железистой ткани над стромой
- 2) наличие ветвящихся гладкомышечных прослоек в их строме
- 3) большое количество мелких и крупных кист, заполненных слизью
- 4) наличие большого количества ворсинчатых выростов над поверхностью полипа

138. В ДИАГНОСТИКЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1)+ ректороманоскопия (колоноскопия)
- 2) микробиологическое исследование кала
- 3) анализ кала на скрытую кровь
- 4) физикальное исследование

139. ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ КОЛОНОСКОПИИ ЗА 2-3 ДНЯ ДО ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ

- 1)+ препараты железа
- 2) гормональные препараты
- 3) антибиотики
- 4) прокинетики

140. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НЕ ПРЕДНАЗНАЧЕНО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- 1)+ рака фатерова соска
- 2) кист и абсцессов поджелудочной железы
- 3) гемангиом печени
- 4) холелитиаза

141. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА «АНЕМИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ» ДОПОЛНИТЕЛЬНО НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ НА

- 1)+ оценку метаболизма железа
- 2) определение гаптоглобина
- 3) определение содержания витамина B₁₂ и фолатов в сыворотке
- 4) реакцию Кумбса

142. К ЭНДОФИТНОЙ ФОРМЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ инфильтративную
- 2) ворсиноподобную
- 3) полиповидную
- 4) нодозную

143. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАНОВОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ НЕОБХОДИМО

- 1)+ исключение приема пищи в течение 8-12 часов перед обследованием
- 2) назначение очистительных клизм вечером накануне обследования и утром перед обследованием
- 3) назначение очистительных клизм вечером накануне обследования и промывания желудка через зонд перед обследованием
- 4) употребление 1,5-2 литра жидкости за два часа до исследования

144. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ПОДСЛИЗИСТЫЕ ОПУХОЛИ ОБЫЧНО ОСЛОЖНЯЮТСЯ

- 1)+ кровотечением
- 2) перфорацией
- 3) образованием свища
- 4) озлокачествлением

145. К ДИФФУЗНОМУ ПОЛИПОЗУ, ДЛЯ КОТОРОГО НЕ ХАРАКТЕРНО ПРЕОБЛАДАНИЕ ПРОЦЕССОВ ПРОЛИФЕРАЦИИ, ОТНОСЯТ _____ ПОЛИПОЗ

- 1)+ гамартомный
- 2) милиарный
- 3) аденоматозный
- 4) аденопапилломатозный

146. СТЕАТОРЕЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ТАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, КАК

- 1)+ хронический панкреатит
- 2) острый панкреатит
- 3) постхолецистэктомический синдром
- 4) печёночная недостаточность

147. МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОБНАРУЖИТЬ РЕФЛЮКСЫ ВОЗДУХА В ПИЩЕВОД, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рН-импедансометрия пищевода
- 2) рН-метрия пищевода
- 3) манометрия пищевода
- 4) дыхательный тест

148. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ КРОНА В ФАЗЕ ДЕСТРУКЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ глубокими продольными трещинами, проникающими через все слои кишечной стенки, симптомом «бульжной мостовой»
- 2) поверхностными плоскими язвами
- 3) глубокими кратерообразными язвами
- 4) эластичностью кишечной стенки

149. ДИАМЕТР СОСУДОВ ВОРОТНОЙ СИСТЕМЫ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- 1)+ 10-12
- 2) 5-6
- 3) 7-8
- 4) 13-14

150. СНИЖЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА, ЖЕЛЕЗОСВЯЗЫВАЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ СЫВОРОТКИ (ОЖСС), ТРАНСФЕРРИНА И ПОВЫШЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО ФЕРРИТИНА ЯВЛЯЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ АНЕМИИ

- 1)+ хронического заболевания
- 2) мегалобластной
- 3) железодефицитной
- 4) гемолитической

151. К СЕРОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРАМ РАКА ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТ

- 1)+ СА-19-9, РЭА
- 2) СА 125, PSA
- 3) СА 15-3, СА 242
- 4) S-100, SCC

152. ДЛЯ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ наличие лейкопении
- 2) наличие полицитемии
- 3) повышение уровня С-реактивного белка (СРБ)
- 4) снижение уровня общего белка

153. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ХАРАКТЕРА ЗАПОРА ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ аноректальной манометрии
- 2) сигмоскопии
- 3) эзофагогастродуоденоскопии
- 4) рН-метрии

154. В КОПРОГРАММЕ У БОЛЬНОГО СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА ОЖИДАЕТСЯ

- 1)+ отсутствие изменений
- 2) примесь лейкоцитов
- 3) наличие скрытой крови
- 4) примесь эритроцитов

155. ЗАПАСЫ АККУМУЛИРУЕМОГО В ПЕЧЕНИ ХОЛЕСТЕРИНА ПОПОЛНЯЮТСЯ ЗА СЧЕТ ПОВТОРНОГО ВСАСЫВАНИЯ ИЗ КИШЕЧНИКА

- 1)+ желчных кислот
- 2) жирных кислот
- 3) витаминов
- 4) химуса

156. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ АСЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ УЗИ органов брюшной полости
- 2) обзорная рентгенография органов брюшной полости
- 3) позитронно-эмиссионная томография
- 4) сцинтиграфия

157. ПРИ НАЛИЧИИ ХОЛЕСТАЗА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ АМИЛОИДОЗА ПЕЧЕНИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С

- 1)+ первичным склерозирующим холангитом
- 2) неалкогольной жировой болезнью печени
- 3) гепатитом В
- 4) хроническим панкреатитом

158. НАИБОЛЬШЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИМЕЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОЙ АКТИВНОСТИ

- 1)+ альфа-амилазы
- 2) ЛДГ
- 3) ГГТП
- 4) щелочной фосфатазы

159. СНИЖЕНИЕ ФЕРРИТИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ железодефицитной анемии
- 2) талассемии
- 3) гемохроматозе
- 4) В₁₂ дефицитной анемии

160. ОТСУТСТВИЕ УРОБИЛИНА В МОЧЕ УКАЗЫВАЕТ НА

- 1)+ механическую желтуху
- 2) гемолитическую желтуху
- 3) паренхиматозную желтуху
- 4) синдром Жильбера

161. ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ 1 ГРАММА ЖИРОВ РАВНА (В ККАЛ)

- 1)+ 9
- 2) 4
- 3) 3,4
- 4) 1,1

162. ПОД ГИПОНАТРИЕМИЕЙ РАЗВЕДЕНИЯ ПОНИМАЮТ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ НА НИЖЕ (В ММОЛЬ/Л)

- 1)+ 130
- 2) 140
- 3) 145
- 4) 150

163. ГАСТРИН-17 СИНТЕЗИРУЕТСЯ В

- 1)+ антральном отделе желудка
- 2) поджелудочной железе
- 3) слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки
- 4) бруннеровых железах

164. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ возникновение приступов слабости после еды
- 2) возникновение приступов головокружения при изменении положения головы
- 3) возникновение приступов сердцебиения после быстрой ходьбы
- 4) отсутствие облегчения клинических проявлений приступа в положении лёжа

165. ЖЁЛТАЯ ОКРАСКА КАЛА ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1)+ энтерите с ускоренной перистальтикой
- 2) панкреатите с ферментной недостаточностью
- 3) прекращении поступления желчи в кишечник
- 4) сальмонеллезной инфекции

166. ГИСТАМИН ЯВЛЯЕТСЯ БИОГЕННЫМ АМИНОМ, КОТОРЫЙ

- 1)+ усиливает секрецию HCL и пепсиногена
- 2) угнетает секрецию HCL и пепсиногена
- 3) обладает вазопрессорным действием
- 4) характеризуется противоаллергическим действием

167. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИНДРОМА ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ ОТНОСЯТ

- 1)+ схваткообразные боли в эпигастрии, купирующиеся после рвоты с примесью желчи
- 2) голодные, ночные боли в эпигастрии, купирующиеся приемом пищи
- 3) боли в эпигастрии после еды, уменьшающиеся через 2-3 часа после еды
- 4) приступообразные боли в правом подреберье после еды, сопровождающиеся тошнотой, горечью во рту

168. ПОЯВЛЕНИЕ ЖАЛОБ НА СЛАБОСТЬ, ТОШНОТУ, ПОТЕРЮ АППЕТИТА, ПОСТОЯННЫЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ПОХУДАНИЕ У БОЛЬНОГО С ДЛИТЕЛЬНЫМ АНАМНЕЗОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ПОЗВОЛЯЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ РАЗВИТИЕ

- 1)+ рака желудка
- 2) микрокровоотечений из язвы
- 3) пенетрации язвы
- 4) перфорации язвы

169. ТРАНСПОРТ МЕДИ В ОРГАНИЗМЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

- 1)+ церулоплазмин
- 2) альбумин
- 3) трансферин
- 4) иммуноглобулин G

170. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ИСКЛЮЧЕНИЯ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ колонофиброскопия
- 2) ректороманоскопия
- 3) ирригоскопия
- 4) энтерография

171. ОСНОВНЫМ МЕДИАТОРОМ ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ Ig E
- 2) Ig A
- 3) Ig M
- 4) Ig G

172. ПОВЫШЕНИЕ КАКОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА ПРОИСХОДИТ ПРИ ВТОРИЧНОМ ИММУННОМ ОТВЕТЕ?

- 1)+ IgG
- 2) IgA
- 3) IgM
- 4) IgE

173. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЕ ПОВЫШЕНИЕ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ бактериальных инфекциях
- 2) вирусных гепатитах
- 3) хроническом панкреатите
- 4) синдроме раздраженного кишечника

174. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, КОТОРОЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ анализ на гормоны щитовидной железы
- 2) фракционное дуоденальное зондирование
- 3) эхокардиоскопия с доплерографией
- 4) суточная интрагастральная pH-метрия

175. ПОВЫШЕННАЯ АКТИВНОСТЬ ГГТП В СЫВОРОТКЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ холестаза
- 2) панкреатите
- 3) пиелонефрите
- 4) язвенной болезни желудка

176. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СКРЫТОЙ КРОВИ В КАЛЕ У БОЛЬНОГО С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

- 1)+ язвенный колит
- 2) спаечную болезнь
- 3) хронический гастрит
- 4) долихосигму

177. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ РАННЕГО ДЕМПИНГ-СИНДРОМА ВОЗНИКАЮТ

- 1)+ в течение 30 минут после еды
- 2) ранним утром
- 3) в первые часы после резекции желудка
- 4) в первые годы после селективной проксимальной ваготомии

178. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЦЕЛИАКИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ЭГДС с биопсией из залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки
- 2) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- 3) дыхательный водородный тест с лактулозой
- 4) тотальная колоноскопия с ретроградной илеоскопией

179. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ критерии Чайлд-Пью
- 2) индекс Альговера
- 3) шкалу Апгар
- 4) шкалу Рамсон

180. В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА НАБЛЮДАЮТ

- 1)+ отсутствие изменений
- 2) гипопротеинемию
- 3) электролитные нарушения
- 4) не прямые гипербилирубинемия

181. ВЫДЕЛЕНИЕ АМИЛАЗЫ С МОЧОЙ СНИЖАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ гломерулонефрите
- 2) раке поджелудочной железы
- 3) желчнокаменной болезни
- 4) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

182. ДЛЯ МОНИТОРИНГА АКТИВНОСТИ БОЛЕЗНИ КРОНА КАЖДЫЕ 3 МЕСЯЦА РЕКОМЕНДОВАНО ОПРЕДЕЛЯТЬ УРОВЕНЬ

- 1)+ С-реактивного белка
- 2) ферритина
- 3) иммуноглобулинов
- 4) рНСА

183. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЛЫПРОТЕКТИНА В КАЛЕ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

- 1)+ воспалительных и невоспалительных заболеваний кишечника
- 2) доброкачественных и злокачественных образований кишечника
- 3) воспалительных заболеваний кишечника и доброкачественных образований кишечника
- 4) желудочно-кишечного кровотечения

184. РЕАКЦИЯ НА СТЕРКОБИЛИН В КАЛЕ ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ПРИ

- 1)+ механической желтухе
- 2) остром панкреатите
- 3) неалкогольной жировой болезни печени
- 4) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

185. НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ УЗИ кишечника
- 2) ректосигмоскопия
- 3) колоноскопия
- 4) энтерография

186. НОРМАЛЬНАЯ (КОРИЧНЕВАЯ) ОКРАСКА КАЛОВЫХ МАСС ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ стеркобилином
- 2) белковой пищей
- 3) углеводной пищей
- 4) жирами

187. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ЦЕЛИАКИИ ИМЕЮТ АНТИТЕЛА

- 1)+ к тканевой трансглутаминазе
- 2) антинуклеарные
- 3) антимитохондриальные
- 4) к псевдотуберкулезу

188. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПОРАЖАЕТСЯ

- 1)+ илеоцекальная область
- 2) желудок
- 3) двенадцатиперстная кишка
- 4) участок от селезеночного изгиба до прямой кишки

189. В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА НАБЛЮДАЮТ

- 1)+ отсутствие изменений
- 2) лейкоцитоз
- 3) гипохромную анемию
- 4) лимфоцитоз

190. ОПУХОЛЬЮ, ПРИ КОТОРОЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО УВЕЛИЧЕНИЕ МАРКЕРА СА 19-9, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рак поджелудочной железы
- 2) рак яичников
- 3) лимфома
- 4) рак легких

191. СТРУКТУРНОЙ ЕДИНИЦЕЙ СЛИЗИСТОЙ ТОНКОЙ КИШКИ, УЧАСТВУЮЩЕЙ В МЕМБРАННОМ ПИЩЕВАРЕНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ микроворсинка
- 2) бокаловидная клетка
- 3) цилиндрическая клетка
- 4) ворсинка

192. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПОЗДНЕГО ДЕМПИНГ-СИНДРОМА ВОЗНИКАЮТ

- 1)+ через 2 часа после еды
- 2) поздним вечером, ночью
- 3) в течение 30 минут после еды
- 4) спустя 5-7 лет после резекции желудка

193. К ЗОЛОТОМУ СТАНДАРТУ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ МРТ-холангиопанкреатографию
- 2) пункционную биопсию печени
- 3) положительные антинейтрофильные (p-ANCA) аутоантитела
- 4) повышенный уровень IgG

194. ПАТОГЕНЕЗ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ ускоренной эвакуацией пищи из желудка в тонкую кишку
- 2) снижением осмотического давления в просвете тонкой кишки
- 3) депрессией симпатико-адреналовой системы
- 4) замедленной эвакуацией пищи из желудка в тонкую кишку

195. НАИБОЛЬШЕЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В ПЕРВЫЙ ДЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ АЛЬФА-АМИЛАЗЫ В

- 1)+ крови
- 2) моче
- 3) слюне
- 4) кале

196. СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ уровня аланинаминотрансфераза и аспартатаминотрансфераза
- 2) гамма-глутамилтранспептидаза и щелочной фосфотазы
- 3) повышением уровня амилазы
- 4) повышением уровня ФНО-α

197. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ДЕБЮТА АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА?

- 1)+ цитолитический синдром высокой степени активности (повышение АЛТ, АСТ > 5-10 норм), гипергаммаглобулинемия, повышение Ig G
- 2) холестатический синдром (повышение ЩФ > в 2 раза или ГГТП в 4 раза)
- 3) минимальный цитолит (повышение АЛТ, АСТ до 3-норм), Ig G и гамма-глобулины в норме
- 4) повышение АЛТ, АСТ до 3-норм

198. ИНАКТИВАЦИЯ ПЕПСИНА ПРОИСХОДИТ ПРИ PH В ЖЕЛУДКЕ РАВНОМ

- 1)+ 4,0-4,5
- 2) 0,9-1,5
- 3) 1,6-2,0
- 4) 2,0-3,0

199. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГИПОМОТОРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вытянутый желудок
- 2) отсутствие газового пузыря в желудке
- 3) желудок в форме «песочных часов»
- 4) ускоренная эвакуация контраста

200. РАССЛАБЛЕНИЕ НИЖНЕГО СФИНКТЕРА ПИЩЕВОДА ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ вазоинтестинальным пептидом и оксидом азота
- 2) ацетилхолином и гастрином
- 3) секретинном и холецистокинином
- 4) мотилином и грелином

201. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рентгенологическое исследование желудка
- 2) ультразвуковое исследование
- 3) ректоскопия
- 4) флюорография

202. КОНЪЮГИРОВАННЫЙ БИЛИРУБИН ОБРАЗУЕТСЯ В КЛЕТКАХ ПЕЧЕНИ ПРИ ПОМОЩИ

- 1)+ глюкуронилтрансферазы
- 2) лейцинаминопептидазы
- 3) кислой фосфатазы
- 4) нуклеотидазы

203. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПЛОХО ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ

- 1)+ опухоли Фатерова соска
- 2) очаговые процессы в печени (рак, киста, абсцесс)
- 3) гемангиомы печени
- 4) кисты и абсцессы поджелудочной железы

204. МЕТОД ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1)+ выявлять и удалять камни в желчевыводящих путях
- 2) удалять полипы желчного пузыря
- 3) выявлять эхинококковые кисты в печени
- 4) выявлять опухоли печени

205. ХАРАКТЕРНЫМ УЗИ-ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ утолщение стенки желчного пузыря более 3 мм
- 2) перегиб шейки желчного пузыря
- 3) гиперэхогенное образование в полости желчного пузыря с четкой акустической тенью
- 4) гиперэхогенное образование, прилежащее к стенке желчного пузыря и не смещаемое при изменении положения тела

206. ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ (НАДПЕЧЕНОЧНАЯ) ЖЕЛТУХА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ повышением неконъюгированного билирубина
- 2) кожным зудом
- 3) увеличением размеров печени
- 4) светлой окраской кала

207. ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЦИТОЛИЗА ГЕПАТОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ "ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В" ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышение активности трансаминаз
- 2) удлинение протромбинового времени
- 3) гипербилирубинемия
- 4) гипоальбуминемия

208. ПОВЫШЕНИЕ АЛАНИНОВОЙ ТРАНСАМИНАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНО

- 1)+ некрозом гепатоцитов любой этиологии
- 2) заболеванием почек
- 3) травмой
- 4) заболеванием поджелудочной железы

209. СКРИНИНГОВЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- 2) компьютерная томография органов брюшной полости
- 3) магнитно-резонансная холангиопанкреатография
- 4) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

210. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИЗМЕНЕНИЙ ПРОТОКОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ БУДЕТ ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ эндоскопической ультрасонографии
- 2) трансабдоминальной ультрасонографии
- 3) обзорной рентгенографии брюшной полости
- 4) исследования уровня амилазы и липазы крови

211. УРОБИЛИНОГЕН ОБРАЗУЕТСЯ В

- 1)+ кишечнике
- 2) почках
- 3) печени
- 4) моче

212. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ МЕРФИ ТИПИЧЕН ДЛЯ

- 1)+ холецистита
- 2) панкреатита
- 3) гастрита
- 4) дуоденита

213. ГЕМОЛИЗ ЭРИТРОЦИТОВ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ

- 1)+ уробилинурией
- 2) кожным зудом
- 3) гипертрансаминаземией
- 4) увеличением щелочной фосфатазы

214. НА МОТОРИКУ ТОЛСТОЙ И ТОНКОЙ КИШКИ ДЕЙСТВУЕТ

- 1)+ сернокислая магнезия
- 2) лактулоза
- 3) изафенин
- 4) бисакодил

215. О НАЛИЧИИ ХОЛЕСТАЗА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ КОНЦЕНТРАЦИИ

- 1)+ щелочной фосфатазы
- 2) амилазы
- 3) непрямого билирубина
- 4) лактатдегидрогеназы

216. ВАЖНЕЙШИМ ЛАБОРАТОРНЫМ ТЕСТОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ В ДИАГНОСТИКЕ МУКОВИСЦИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1)+ содержания хлоридов в поту
- 2) уровня амилазы крови
- 3) содержания панкреатической эластазы-1 в кале
- 4) содержания нейтрального жира в кале

217. ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ увеличения в крови неконъюгированного билирубина
- 2) повышенного уровня сывороточной щелочной фосфатазы
- 3) повышенного уровня гемоглобина в крови
- 4) билирубинурии

218. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эзофагоскопия
- 2) интрапищеводная рН-метрия
- 3) манометрия пищевода
- 4) рентгеноконтрастная эзофагография

219. ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ТИПОМ МЕТАПЛАЗИРОВАННОГО ЭПИТЕЛИЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ПИЩЕВОДА БАРРЕТА ЯВЛЯЕТСЯ _____ ЭПИТЕЛИЙ

- 1)+ специализированный цилиндрический
- 2) желудочный фундальный
- 3) желудочный кардиальный
- 4) многослойный плоский

220. К ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЯМ ХОЛЕСТАЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ повышение уровня щелочной фосфатазы, гаммаглутамилтранспептидазы
- 2) нормальный уровень гаммаглутамилтранспептидазы
- 3) повышение содержания неконъюгированного билирубина
- 4) повышение активности аминотрансфераз

221. К ПОВЫШЕНИЮ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИВОДИТ

- 1)+ метеоризм
- 2) катаральный проктит
- 3) дивертикул Меккеля
- 4) долихосигма

222. НАИБОЛЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ПРИ СИНДРОМЕ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1)+ количества гранулоцитов и тромбоцитов в крови
- 2) билирубина в сыворотке крови
- 3) трансаминаз в сыворотке крови
- 4) щелочной фосфатазы в сыворотке крови

223. АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ относительным противопоказанием к колоноскопии
- 2) абсолютным противопоказанием к колоноскопии
- 3) ограничением к колоноскопии
- 4) абсолютным показанием к колоноскопии

224. ПОВЫШЕНИЕ ГАММАГЛЮТАМИЛТРАНСПЕПТИДАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1)+ употреблением алкоголя
- 2) гемолизом
- 3) портальной гипертензией
- 4) назначением стероидов

225. РАЗВИВАЮЩАЯСЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ОБУСЛОВЛЕНА СИНДРОМОМ

- 1)+ портокавального шунтирования
- 2) цитолитическим
- 3) холестатическим
- 4) мезенхимально-воспалительным

226. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ПЕРФОРАЦИИ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инструментальное исследование пищевода
- 2) лейомиома пищевода
- 3) неэрозивная рефлюксная болезнь
- 4) пищевод Барретта

227. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЖЕЛЧНОКАМЕННУЮ БОЛЕЗНЬ С ЦЕЛЬЮ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1)+ ультразвуковое исследование билиарной системы
- 2) дуоденальное зондирование
- 3) эзофагогастродуоденоскопию с осмотром Фатерова соска
- 4) обзорную рентгенографию органов брюшной полости

228. МЕСТО ПРОЕКЦИИ ДНА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НА ПЕРЕДНЮЮ БРЮШНУЮ СТЕНКУ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ в точке пересечения наружного края правой прямой мышцы живота и реберной дуги
- 2) справа от пупка
- 3) в точке пересечения передне-аксилярной линии справа и реберной дуги
- 4) на 5 см ниже точки пересечения наружного края правой прямой мышцы живота и реберной дуги

229. РВОТА ВИСЦЕРАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ желчнокаменной болезни
- 2) менингита
- 3) опухоли головного мозга
- 4) лучевой болезни

230. ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ ЗНАЧИТЕЛЬНО ВЫШЕ, ЧЕМ МРТ-ХОЛАНГИОГРАФИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ

- 1)+ большого дуоденального сосочка
- 2) внутripеченочных желчных протоков
- 3) общего печеночного протока
- 4) желчного пузыря

231. ДЛЯ СИНДРОМА ГИПЕРГЛИКЕМИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ сухости во рту, жажды, полиурии
- 2) сонливости через 2-3 часа после еды
- 3) чувства голода, слабости
- 4) сердцебиения, головокружения

232. СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ограничением колоноскопии
- 2) противопоказанием к ургентной колоноскопии
- 3) показанием к ургентной колоноскопии
- 4) противопоказанием к плановой колоноскопии

233. ПРИ ПАТОЛОГИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ВЫЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ

- 1)+ Мюсси-Георгиевского
- 2) Пастернацкого
- 3) Менделя
- 4) Поргеса

234. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ФАТЕРОВА СОСОЧКА МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эзофагогастродуоденоскопия
- 2) колоноскопия
- 3) рентгеноскопия желудка с контрастированием барием
- 4) дуоденаальное зондирование

235. ОБЛЕГЧЕНИЕ ГЛОТАНИЯ НА ФОНЕ ПОСТОЯННОЙ ДИСФАГИИ У БОЛЬНОГО РАКОМ ПИЩЕВОДА УКАЗЫВАЕТ НА

- 1)+ распад опухоли
- 2) кровотечение
- 3) образование свища
- 4) выздоровление

236. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ФАТЕРОВА СОСКА МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография
- 2) обзорная рентгенография брюшной полости
- 3) транспариетальная холангиография
- 4) ультразвуковое исследование поджелудочной железы

237. 4 СТАДИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ПО Б.В. ПЕТРОВСКОМУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ резким расширением и атонией пищевода
- 2) усиленной первичной и вторичной перистальтикой пищевода
- 3) ослабленной первичной и вторичной перистальтикой пищевода
- 4) непостоянной регургитацией

238. В СЛУЧАЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ С НЕОБХОДИМОСТЬЮ СТЕНТИРОВАНИЯ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1)+ ретроградная холангиопанкреатография
- 2) пероральная холецистография
- 3) внутривенная холангиография
- 4) сцинтиграфия печени

239. СПИРАЛЬНАЯ ЗАСЛОНКА ХАЙСТЕРА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ПРОТОКЕ

- 1)+ пузырном
- 2) правом печеночном
- 3) левом печеночном
- 4) общем желчном

240. КОНЪЮГИРОВАННЫЙ БИЛИРУБИН ОБРАЗУЕТСЯ В КЛЕТКАХ ПЕЧЕНИ С ПОМОЩЬЮ ФЕРМЕНТА

- 1)+ глюкуронилтрансферазы
- 2) лейцинаминопептидазы
- 3) кислой фосфатазы
- 4) нуклеотидазы

241. УРОВЕНЬ КОНЪЮГИРОВАННОГО БИЛИРУБИНА В КРОВИ ВОЗРАСТАЕТ ПРИ

- 1)+ синдроме Дабина-Джонсона
- 2) гемолитической желтухе
- 3) синдроме Жильбера
- 4) синдроме Криглера-Найара

242. ДЛЯ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА ЗА ПРЕДЕЛЫ ОРГАНА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ компьютерная томография
- 2) рентгеноконтрастная эзофагография
- 3) обзорная рентгенография грудной клетки
- 4) эзофагоскопия

243. СЕКРЕЦИЮ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ АКТИВНО СТИМУЛИРУЕТ

- 1)+ холецистокинин
- 2) соматостатин
- 3) гастрин
- 4) инсулин

244. ДЛЯ СИНДРОМА ПЕЙТЦА-ЕГЕРСА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ аутосомно-доминантного наследования
- 2) аутосомно-рецессивного наследования
- 3) Х-сцепленного наследования
- 4) случайных мутаций

245. ДИАРЕЯ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С КОЖНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПРИ

- 1)+ пищевой аллергии
- 2) лактазной недостаточности
- 3) муковисцидозе
- 4) дивертикулезе ободочной кишки

246. СПЛЕНОМЕГАЛИЯ И ГИПЕРСПЛЕНИЗМ МОГУТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ СИНДРОМА

- 1)+ портальной гипертензии
- 2) цитолиза
- 3) печеночно-клеточной недостаточности
- 4) мезенхимального воспаления

247. ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В РАЗВИТИИ КАРЦИНОИДНОГО СИНДРОМА ОТВОДИТСЯ

- 1)+ серотонину
- 2) кининам
- 3) простагландинам
- 4) гистамину

248. ДЛЯ 1 СТАДИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ПО Б.В. ПЕТРОВСКОМУ ХАРАКТЕРНА

- 1)+ замедленная эвакуация содержимого пищевода
- 2) ускоренная эвакуация содержимого пищевода
- 3) постоянная регургитация
- 4) гипотония пищевода

249. КОНЦЕНТРАЦИЯ ГАСТРИНА В КРОВИ РЕЗКО ПОВЫШЕНА ПРИ

- 1)+ гастриноме
- 2) хроническом неатрофическом пангастрите
- 3) язвенной болезни желудка
- 4) полипозе желудка

250. ОБИЛИЕ СТЕКЛОВИДНОЙ СЛИЗИ В КАЛЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ синдрома раздражённого кишечника
- 2) некротически-язвенного процесса в ректосигмоидальной отделе
- 3) энтерита с ускоренной перистальтикой
- 4) некроза правого отдела толстой кишки

251. ПРИЧИНОЙ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ опухоль фатерова сосочка
- 2) гемолитическая анемия
- 3) цирроз печени
- 4) неалкогольный стеатогепатит

252. ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ повышение уровней АЛТ, АСТ
- 2) повышение уровней гаммаглутамилтранспептидазы, щелочной фосфатазы
- 3) повышение уровня гамма-глобулинов
- 4) снижение уровней холинэстеразы

253. МЕСТОМ ОБРАЗОВАНИЯ ИЗ БИЛИРУБИНА УРОБИЛИНОГЕНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кишечник
- 2) печень
- 3) кровь
- 4) почки

254. АКТИВНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ ОТРАЖАЕТ _____ СИНДРОМ

- 1)+ цитолитический
- 2) иммуновоспалительный
- 3) холестатический
- 4) геморрагический

255. КОСВЕННАЯ ДИАГНОСТИКА АТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ФУНДАЛЬНОГО И АНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДКА ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1)+ определение сывороточных маркеров: пепсиногена и гастрина-17
- 2) определение секрета в сыворотке крови
- 3) рентгенологическое исследование желудка с барием
- 4) определение СА 19-9 в сыворотке крови

256. В12-ДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- 1)+ дна и тела желудка
- 2) кардиального отдела желудка
- 3) привратника
- 4) угла желудка

257. СОСТОЯНИЕМ, ПРИВОДЯЩИМ К ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сепсис
- 2) лекарственный гепатит
- 3) опухоль печени
- 4) алкогольный гепатит

258. ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ПОГЛОТИТЕЛЬНО-ВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ОПТИМАЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1)+ гепатобилисцинтиграфии
- 2) спленопортографии
- 3) холангиографии
- 4) биохимического метода

259. ЖЕЛЧНЫЕ КИСЛОТЫ ПОДВЕРГАЮТСЯ РЕАБСОРБЦИИ В _____ КИШКЕ

- 1)+ подвздошной
- 2) тощей
- 3) двенадцатиперстной
- 4) толстой

260. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФИБРОЭНДОСКОПИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ астматическое состояние
- 2) варикозное расширение вен
- 3) рак кардиального отдела
- 4) дивертикул пищевода

261. МАЛИГНИЗАЦИЮ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ДОСТОВЕРНО ПОДТВЕРЖДАЕТ

- 1)+ морфологическое исследование биоптата
- 2) рентгенологическое исследование желудка
- 3) ультразвуковое исследование
- 4) лапароскопия

262. HELICOBACTER PYLORI УЧАСТВУЕТ В РАЗВИТИИ

- 1)+ рака желудка
- 2) рака печени
- 3) гастроинтестинальной стромальной опухоли
- 4) опухоли Клацкина

263. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ РАЗВИТИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИОНОСИТЕЛЬСТВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ брюшной тиф
- 2) холера
- 3) дизентерия
- 4) кампилобактериоз

264. ПОВЫШЕНИЕ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ синдрома Жильбера
- 2) холедохолитиаза
- 3) рака головки поджелудочной железы
- 4) цирроза печени

265. ПОД АМИЛОРЕЕЙ ПОНИМАЮТ НАЛИЧИЕ В КАЛЕ

- 1)+ крахмала
- 2) нейтрального жира
- 3) непереваренных фрагментов пищи
- 4) билирубина и биливердина

266. РАЗВИТИИ КАРЦИНОИДНОГО СИНДРОМА ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА

- 1)+ серотонины
- 2) простагландины
- 3) кинины
- 4) инсулин и С-пептид

267. ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ HELICOBACTER PYLORI ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ быстрый уреазный тест
- 2) ДНК-диагностику
- 3) иммуноферментный анализ
- 4) бактериологический метод

268. КРИТЕРИЕМ НАЛИЧИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ увеличение диаметра воротной вены
- 2) анемия
- 3) частота стула
- 4) изолированная гепатомегалия

269. СУЩЕСТВЕННОЕ МЕСТО В ПАТОГЕНЕЗЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ЗАНИМАЕТ

- 1)+ висцеральная гиперчувствительность
- 2) недостаточное пережевывание пищи
- 3) спазм сфинктера Одди
- 4) дефицит инкретинов

270. ЭОЗИНОФИЛИЯ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ эозинофильного эзофагита
- 2) аденомы толстой кишки
- 3) рака желудка
- 4) манифестации воспалительных заболеваний кишечника

271. ТРИАДА СЕЙНТА ВКЛЮЧАЕТ СОЧЕТАНИЕ ДИВЕРТИКУЛЕЗА С

- 1)+ желчнокаменной болезнью и диафрагмальной грыжей
- 2) язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и хроническим панкреатитом
- 3) полипозом желчного пузыря и язвенной болезнью желудка
- 4) полипозом желчного пузыря и хроническим панкреатитом

272. НАЛИЧИЕ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ развитию портальной гипертензии
- 2) развитию гиперспленизма
- 3) наличию гепатолиенального синдрома
- 4) наличию печеночной энцефалопатии

273. К ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ СИНДРОМ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ снижение уровня холинэстеразы, сывороточного альбумина
- 2) снижение уровня лейкоцитов, тромбоцитов, эритроцитов
- 3) повышение уровня гаммаглутамилтранспептидазы, щелочной фосфатазы
- 4) снижение уровня трансаминаз

274. ПРИ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЕ ОСТРОГО ЖИВОТА ИСЧЕЗНОВЕНИЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ ТУПОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ перфорации язвы желудка
- 2) функциональной кишечной непроходимости
- 3) остром панкреатите или панкреонекрозе
- 4) правостороннем пневмотораксе

275. МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ В ТОНКОЙ КИШКЕ ОПРЕДЕЛЯЕТ СОДЕРЖАНИЕ

- 1)+ секреторного иммуноглобулина А
- 2) сывороточного иммуноглобулина А
- 3) сывороточного иммуноглобулина G
- 4) сывороточного иммуноглобулина Е

276. АХОЛИЧНЫЙ СТУЛ СЛУЖИТ ПРИЗНАКОМ:

- 1)+ подпеченочной желтухи
- 2) гемолитической желтухи
- 3) синдрома мальабсорбции
- 4) нарушения переваривания в желудке

277. ПРИ НАДПЕЧЕНОЧНОЙ (ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ) ЖЕЛТУХЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ увеличение в моче уробилина
- 2) ахоличный кал
- 3) высокий уровень фракции конъюгированного билирубина
- 4) повышение трансаминаз

278. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гистологическое исследование биопсийного материала
- 2) УЗИ органов брюшной полости
- 3) рентгенологическое исследование
- 4) иммунологическое исследование

279. О НАЛИЧИИ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1)+ панцитопения
- 2) анемия с лейкоцитозом и тромбоцитозом
- 3) абсолютный и относительный лимфоцитоз
- 4) тромбоцитопения с лейкоцитозом

280. К ПРОЯВЛЕНИЯМ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ наличие варикозно-расширенных вен пищевода
- 2) повышение в крови щелочной фосфатазы и холестерина
- 3) снижение в крови альбумина и холестерина
- 4) повышение в крови трансаминаз

281. «ПОЗДНИЙ ШУМ ПЛЕСКА» (СИМПТОМ ВАСИЛЕНКО) ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1)+ стенозе привратника
- 2) хроническом панкреатите
- 3) перфорации язвы желудка
- 4) жёлчнокаменной болезни

282. АМИЛАЗА СЕКРЕТИРУЕТСЯ НЕ ТОЛЬКО ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗОЙ, НО И

- 1)+ слюнными железами
- 2) мышцами
- 3) остеокластами
- 4) гепатоцитами

283. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЖЕЛЕЗИСТЫЙ РАК ПИЩЕВОДА РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ

- 1)+ пищевода Барретта
- 2) рубцовой стриктуры
- 3) инфекции *Helicobacter pylori*
- 4) тяжелой дисплазии многослойного плоского эпителия

284. К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩЕМУ О НАЛИЧИИ ХОЛЕСТАЗА, ОТНОСЯТ

- 1)+ ксантомы и ксантелазмы
- 2) пальмарная эритема
- 3) асцит
- 4) телеангиоэктазии

285. ПОЛОСТНОЕ ПИЩЕВАРЕНИЕ В ТОНКОЙ КИШКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ

- 1)+ пищеварительных ферментов
- 2) метаболитов кишечных микроорганизмов
- 3) выработки стимуляторов секреции инсулина
- 4) постпрандиальной гиперинсулинемии

286. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДИВЕРТИКУЛОВ ТОНКОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рентгеноскопия
- 2) магнитно-резонансная томография
- 3) видеоколоноскопия
- 4) ректороманоскопия

287. ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ЖЕЛТУХЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ потемнение мочи
- 2) потемнение кала
- 3) изолированное повышение неконъюгированного билирубина
- 4) нормальный уровень АСТ, АЛТ

288. В ТОНКОЙ КИШКЕ БЕЛКИ РАСЩЕПЛЯЮТСЯ ДО

- 1)+ аминокислот
- 2) липопротеидов
- 3) полипептидов
- 4) гликопротеидов

289. НАРУШЕНИЕ ВСАСЫВАНИЯ ЖИРОВ И ЖИРОРАСТВОРИМЫХ ВИТАМИНОВ ВСЛЕДСТВИЕ НАРУШЕННОЙ ЭКСКРЕЦИИ ЖЕЛЧНЫХ СОЛЕЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНДРОМА

- 1)+ холестатического
- 2) портальной гипертензии
- 3) иммуновоспалительного
- 4) цитолитического

290. ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА, ОТДЕЛЯЮЩЕГОСЯ У ЧЕЛОВЕКА ПРИ ОБЫЧНОМ ПИЩЕВОМ РЕЖИМЕ, СОСТАВЛЯЕТ (В ЛИТРАХ)

- 1)+ 2,0-2,5
- 2) 0,5-1,0
- 3) 3,0-4,0
- 4) 0,2-0,5

291. ПРИ ПЕРКУССИИ ЖИВОТА НАД ЗОНОЙ СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ БУДЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ ____ ЗВУК

- 1)+ тупой
- 2) тимпанический
- 3) коробочный
- 4) притупленно-тимпанический

292. НАБУХАНИЕ ШЕЙНЫХ ВЕН ПРИ ТОЛЧКООБРАЗНОМ НАДАВЛИВАНИИ НА ОБЛАСТЬ ПРАВОГО ПОДРЕБЕРЬЯ (СИМПТОМ ПЛЕША) НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ сердечной недостаточности
- 2) желчекаменной болезни
- 3) циррозе печени
- 4) хроническом гепатите

293. ТОЛЩИНА СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПО ДАННЫМ УЗИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ ММ

- 1)+ 1-2
- 2) 3-4
- 3) 5-6
- 4) 7-8

294. РЕЗУЛЬТАТ ТЕСТА С D-КСИЛОЗОЙ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИВАТЬ ФУНКЦИЮ

- 1)+ тонкой кишки
- 2) печени
- 3) поджелудочной железы
- 4) толстой кишки

295. ВИТАМИН В12 ВСАСЫВАЕТСЯ В

- 1)+ дистальном отделе подвздошной кишки
- 2) двенадцатиперстной кишке
- 3) проксимальном отделе подвздошной кишки
- 4) желудке

296. ГИПЕРСПЛЕНИЗМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА

- 1)+ портальной гипертензии
- 2) печеночно-клеточной недостаточности
- 3) цитолиза
- 4) холестаза

297. РЕЗКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ ВОЗМОЖНО ПРИ

- 1)+ метастазах рака в кости
- 2) анемии
- 3) надпеченочной желтухе
- 4) гипотиреозе

298. К ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ дуоденальную эозинофилию
- 2) артериомезентериальную компрессию
- 3) дефицит холестерина в желчи
- 4) гиперинсулинемию

299. ХАРАКТЕРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ДЛЯ КОНЪЮГИРОВАННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ билирубинурия
- 2) уробилинурия
- 3) гиперальбуминемия
- 4) гиперретикулоцитоз

300. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ И БЕЗОПАСНЫМ СОВРЕМЕННЫМ МЕТОДОМ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ магнитно-резонансная холангиопанкреатография
- 2) гепатобилисцинтиграфия
- 3) ретроградная холангиопанкреатография
- 4) ультразвуковое исследование

301. СЕРОТОНИН ОБРАЗУЕТСЯ В КЛЕТКАХ APUD-СИСТЕМЫ, РАСПОЛОЖЕННЫХ

- 1)+ во всех отделах желудочно-кишечного тракта
- 2) только в тонком кишечнике
- 3) только в поджелудочной железе
- 4) только в желудке

302. В КОПРОГРАММЕ ПРИ КИШЕЧНОЙ ФОРМЕ МУКОВИСЦИДОЗА ДОМИНИРУЮТ

- 1)+ нейтральные жиры
- 2) жирные кислоты
- 3) переваримая клетчатка, крахмал
- 4) мышечные волокна

303. ГЛЮКАГОН ОБРАЗУЕТСЯ В

- 1)+ поджелудочной железе
- 2) тонком кишечнике
- 3) прямой кишке
- 4) желудке

304. ДИАРЕЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ СИМПТОМОВ ПОРАЖЕНИЯ

- 1)+ фтором
- 2) аммиаком
- 3) хлором
- 4) этиленамином

305. В ПОЛОСТИ ЖЕЛУДКА ПРОИСХОДИТ РАСЩЕПЛЕНИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- 1)+ белков
- 2) жиров
- 3) углеводов
- 4) витаминов

306. В12-ДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ РАКЕ _____ ЖЕЛУДКА

- 1)+ дна и тела
- 2) кардиального отдела
- 3) выходного отдела
- 4) малой кривизны

307. ЛИШНИМ ЗВЕНОМ В ТРЕХФАЗНОЙ СИСТЕМЕ АССИМИЛЯЦИИ ПИЩИ В ТОНКОЙ КИШКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выделение
- 2) полостное пищеварение
- 3) мембранное пищеварение
- 4) всасывание

308. ПРИ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНОГО К УЛЬТРАЗВУКОВОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НЕОБХОДИМО

- 1)+ разъяснить больному сущность исследования, устранить метеоризм, исследовать натощак
- 2) выполнить очистительную клизму вечером и утром перед исследованием
- 3) проводить независимо от последнего приема пищи, желательно в первой половине дня
- 4) разъяснить больному сущность исследования без специальной подготовки

309. ФОРМИРОВАНИЕ ПИЩЕВОГО КОМКА ПРОИСХОДИТ В

- 1)+ ротовой полости
- 2) желудке
- 3) прямой кишке
- 4) двенадцатиперстной кишке

310. ЗАЩИТУ ОРГАНИЗМА ОТ ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ РОТОВАЯ ПОЛОСТЬ ВЫПОЛНЯЕТ БЛАГОДАРЯ

- 1)+ лизоциму
- 2) секретину
- 3) гастрину
- 4) глюкагону

311. УСИЛЕНИЕ ГНИЛОСТНЫХ ПРОЦЕССОВ В КИШЕЧНИКЕ ВЫЗВАНО ИЗБЫТОЧНЫМ ПОТРЕБЛЕНИЕМ

- 1)+ белковых продуктов
- 2) жидкости
- 3) пищевых волокон
- 4) зерновых продуктов

312. ПАНКРЕАТИЧЕСКАЯ АЛЬФА-АМИЛАЗА РАСЩЕПЛЯЕТ КРАХМАЛ И ГЛИКОГЕН ДО

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

313. ОБЩЕЕ СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ПРИ ОБЫЧНОМ ПИЩЕВОМ РЕЖИМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ЛИТРАХ)

- 1)+ 2,0-2,5
- 2) 0,5-1,0
- 3) 3,0-3,5
- 4) 4,5-5,0

314. ГОРМОН ХОЛЕЦИСТОКИНИН-ПАНКРЕОЗИМИН ОБРАЗУЕТСЯ В

- 1)+ тонком кишечнике
- 2) поджелудочной железе
- 3) антральной части желудка
- 4) дистальном отделе прямой кишки

315. ПРИ НАРУШЕНИИ ВСАСЫВАНИЯ ЖИРОВ РАЗВИВАЕТСЯ ДЕФИЦИТ

- 1)+ витамина Е
- 2) витамина РР
- 3) витамина В12
- 4) биотина

316. ПРИ ЦЕЛИАКИИ НАБЛЮДАЮТ

- 1)+ укорочение ворсин и углубление крипт
- 2) укорочение ворсин без углубления крипт
- 3) смешанную инфильтрацию стромы с присутствием нейтрофилов
- 4) уменьшение количества бокаловидных клеток

317. В ДИАГНОСТИКЕ МОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ КАРДИО-ЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ НАИБОЛЬШЕЙ ИНФОРМАТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ

- 1)+ рентгеноконтрастное исследование пищевода с барием
- 2) обзорная рентгенограмма брюшной полости
- 3) фиброэзофагогастродуоденоскопия
- 4) суточный рН-мониторинг

318. РЕЗУЛЬТАТОМ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ БОЛЕЗНЬ КРОНА И ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ, ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ саркоидных гранул в подслизистом слое
- 2) псевдополипов
- 3) диффузного воспаления слизистой
- 4) атрофии слизистой

319. ВОДОРОДНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ (РН) ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА

- 1)+ 0,8-1,5
- 2) 0,1-0,5
- 3) 5,5-6,6
- 4) 8,5-9,0

320. ВОДОРОДНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ (РН) ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА В НОРМЕ

- 1)+ 7,5-8,8
- 2) 0,8-1,5
- 3) 0,1-0,5
- 4) 5,5-6,6

321. НАЧАЛЬНЫЙ ГИДРОЛИЗ УГЛЕВОДОВ ПРОИСХОДИТ В

- 1)+ ротовой полости
- 2) желудке
- 3) прямой кишке
- 4) двенадцатиперстной кишке

322. ПРЕДОПУХОЛЕВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ синдром Пламмера – Винсона
- 2) кардиоспазм
- 3) ахалазия кардии
- 4) эзофагит

323. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОБСТРУКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие газов в толстой кишке
- 2) наличие множественных уровней жидкости
- 3) наличие газов под правым куполом диафрагмы
- 4) отсутствие газов в желудке

324. ГОРМОН СЕКРЕТИН ОБРАЗУЕТСЯ В

- 1)+ тонком кишечнике
- 2) антральной часть желудка
- 3) поджелудочной железе
- 4) дистальном отделе прямой кишки

325. В ДИАГНОСТИКЕ СТЕПЕНИ ЭЗОФАГИТА НАИБОЛЬШЕЙ ИНФОРМАТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ

- 1)+ фиброэзофагогастродуоденоскопия
- 2) обзорная рентгенограмма брюшной полости
- 3) рентгеноконтрастное исследование пищевода с барием
- 4) суточный рН-мониторинг

326. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дефицит железа
- 2) снижение всасывания витамина В12
- 3) нарушение функции костного мозга
- 4) дефицит фолиевой кислоты

327. ДЕГТЕОБРАЗНЫЙ СТУЛ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ

- 1)+ верхних отделов пищеварительного тракта
- 2) прямой кишки
- 3) сигмовидной кишки
- 4) слепой кишки

328. ПРИ НАРУШЕНИИ ВСАСЫВАНИЯ ЖИРОВ РАЗВИВАЕТСЯ ДЕФИЦИТ

- 1)+ витамина А
- 2) витамина РР
- 3) витамина В12
- 4) биотина

329. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижение эластазы в кале
- 2) снижение амилазы в крови
- 3) гипергликемия
- 4) стеаторея

330. К РЕЗКОМУ СНИЖЕНИЮ АКТИВНОСТИ ЭНТЕРОКИНАЗЫ В КИШЕЧНОМ СОКЕ ПРИВОДИТ ДИЕТА

- 1)+ со сниженным содержанием белка
- 2) со сниженным содержанием жира
- 3) с повышенным содержанием углеводов
- 4) с повышенным содержанием белка

331. ПОТРЕБЛЕНИЕ ПИЩИ ВЫЗЫВАЕТ РЕЗКОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ СЕКРЕЦИИ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА _____ ПОСЛЕ ПРИЕМА

- 1)+ в первые два часа
- 2) через 3 часа
- 3) через 4-6 часов
- 4) через 6-8 часов

332. ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышение трансаминаз
- 2) повышение билирубина
- 3) повышение тимоловой пробы
- 4) снижение протромбинового индекса

333. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОЛОНОСКОПИИ СЛУЖИТ

- 1)+ гематохезия
- 2) тошнота
- 3) метеоризм
- 4) изжога

334. ДЛЯ МАЛЬАБСОРБЦИИ ГЛЮКОЗЫ-ГАЛАКТОЗЫ ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ плоские сахарные кривые с нагрузкой глюкозой и лактозой
- 2) плоская сахарная кривая с лактозой и нормальная с глюкозой
- 3) плоская сахарная кривая с глюкозой и нормальная с лактозой
- 4) плоская сахарная кривая с фруктозой и нормальная с глюкозой

335. КОМПОНЕНТОМ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышение щелочной фосфатазы
- 2) повышение трансаминаз
- 3) повышение тимоловой пробы
- 4) снижение протромбинового индекса

336. ПОТРЕБЛЕНИЕ БЕЛКОВОЙ ПИЩИ ВЫЗЫВАЕТ РЕЗКОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ СЕКРЕЦИИ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА _____ ПОСЛЕ ПРИЕМА

- 1)+ в первые два часа
- 2) через 3 часа
- 3) через 4-6 часов
- 4) через 6-8 часов

337. ОСЛОЖНЕНИЕМ КОЛОНОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ перфорация кишки
- 2) возникновение дивертикула
- 3) развитие полипа
- 4) кишечная непроходимость

338. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ЛОКАЛЬНОГО РАСШИРЕНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ ТРУБКИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ дивертикула Меккеля
- 2) ахалазии кардии
- 3) гастрэзофагиальной рефлюксной болезни
- 4) гипертрофического эзофагита

339. ЭКЗОКРИННАЯ (ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНАЯ) ФУНКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОКОНЧАТЕЛЬНО ФОРМИРУЕТСЯ

- 1)+ в возрасте 5 лет
- 2) в возрасте 1 года
- 3) при переходе на твердую пищу
- 4) с переходом на лактотрофное питание

340. СИНДРОМ НАРУШЕНИЯ ВСАСЫВАНИЯ ЧЕРЕЗ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ТОНКОЙ КИШКИ ПИЩЕВЫХ ВЕЩЕСТВ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ мальабсорбция
- 2) диспепсия
- 3) диарея
- 4) мальнутриция

341. КРЕАТОРЕЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ хронического панкреатита
- 2) дискинезии желчного пузыря
- 3) синдрома раздраженного кишечника
- 4) хронического гастродуоденита

342. ДЛЯ КОПРОЛОГИЧЕСКОГО АХИЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ креатореи, представленной сохранившимися исчерченность мышечными волокнами
- 2) креатореи, представленной потерявшими исчерченность мышечными волокнами
- 3) стеатореи, представленной жирными кислотами
- 4) стеатореи, представленной мылами

343. КАК ВОЗМОЖНЫЙ ПРИЗНАК СИСТЕМАТИЧЕСКОГО ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ РАССМАТРИВАЮТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ саркопении
- 2) гиперкератоза
- 3) микседемы
- 4) офтальмопатии

344. К ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ, ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА, ОТНОСЯТ

- 1)+ уменьшение гаустрации, вплоть до ее исчезновения
- 2) наличие мешковидных выпячиваний по контуру кишки
- 3) наличие параректальных свищей
- 4) поражение правой половины толстой кишки

345. ДИАГНОЗ «АУТОИММУННАЯ ЭНТЕРОПАТИЯ» УСТАНОВЛИВАЮТ НА ОСНОВАНИИ

- 1)+ выявления антител к антигенам энтероцитов при иммуногистохимическом исследовании
- 2) клинико-анамнестических данных
- 3) обнаружения скоплений PAS-положительного материала на апикальном полюсе энтероцитов при гистологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки
- 4) данных ангиографии сосудов кишечника

346. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1)+ колоноскопию с илеоскопией
- 2) биохимический анализ крови
- 3) общий анализ крови
- 4) обзорную рентгенографию

347. БОЛЕЗНЕННОСТЬ В ЗОНЕ ШОФФАРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО

- 1)+ панкреатита
- 2) холецистита
- 3) гастрита
- 4) дуоденита

348. КИСЛАЯ РЕАКЦИЯ КАЛА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ перегрузке углеводами
- 2) быстрой эвакуация пищи из желудка
- 3) преобладании в рационе белковой пищи
- 4) преобладании в рационе жиров

349. ДЕФИЦИТ ТИАМИНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К РАЗВИТИЮ

- 1)+ энцефалопатии Вернике
- 2) мегалобластной анемии
- 3) микроцитарной анемии
- 4) пеллагры

350. ПЕРЕД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ РЕКОМЕНДОВАНА ЛЕГКАЯ ДИЕТА, ИСКЛЮЧАЮЩАЯ ПРОДУКТЫ, УСИЛИВАЮЩИЕ ПЕРИСТАЛЬТИКУ КИШЕЧНИКА И ГАЗООБРАЗОВАНИЕ ЗА _____ ДО ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ (Пороговое значение)

- 1)+ 3 дня
- 2) 1 день
- 3) 2-3 часа
- 4) 6 часов

351. К ИЗМЕНЕНИЯМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ, КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ФОНОМ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА, ОТНОСЯТ

- 1)+ метаплазию слизистой оболочки по кишечному типу
- 2) пролиферацию покровно-ямочного эпителия
- 3) гиперплазию лимфоидной ткани, ассоциированной со слизистой оболочкой
- 4) плоскоклеточную метаплазию

352. ОТСУТСТВИЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ ТУПОСТИ ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ повреждения желудка или двенадцатиперстной кишки
- 2) разрыва печени
- 3) травмы поджелудочной железы
- 4) гемоперитонеума

353. В ОСНОВЕ ГАЛАКТОЗЕМИИ ЛЕЖИТ БЛОК ПРЕВРАЩЕНИЯ

- 1)+ галактозы в глюкозу
- 2) галактозы в лактозу
- 3) лактозы в глюкозу
- 4) лактозы в галактозу

354. УНИВЕРСАЛЬНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ТОЩЕЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ ТЕСТ

- 1)+ с D-ксилозой
- 2) толерантности к глюкозе
- 3) Шиллинга
- 4) толерантности к лактозе

355. ЛАКТАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ ПЕРЕВАРИВАНИЯ

- 1)+ углеводов молока
- 2) казеина
- 3) крахмала
- 4) сывороточного белка

356. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХЕЛИКОБАКТЕР ПИЛОРИ (НР) ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ХЕЛИК-ТЕСТ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНЯТЬ

- 1)+ натошак, почистить зубы
- 2) натошак, не чистить зубы
- 3) после приема стакана воды
- 4) после приема пищи

357. У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ЁМКОСТЬ ЖЕЛУДКА, В СРЕДНЕМ, СОСТАВЛЯЕТ (В ЛИТРАХ)

- 1)+ 3
- 2) 2
- 3) 4
- 4) 5

358. ПОЯВЛЕНИЕ БОЛИ ПРИ ЛЕГКОМ ПОКОЛАЧИВАНИИ РЕБРОМ ЛАДОНИ ПО ПРАВОЙ РЕБЕРНОЙ ДУГЕ ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК СИМПТОМ

- 1)+ Ортнера
- 2) Мерфи
- 3) Василенко
- 4) Захарьина

359. ДИЗЕНТЕРИЙНАЯ АМЁБА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1)+ толстом кишечнике
- 2) печени
- 3) лёгких
- 4) тонком кишечнике

360. ЧАЩЕ ОСТАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗИРУЕТ В ПУПОК ОПУХОЛЬ

- 1)+ желудка
- 2) молочной железы
- 3) толстой кишки
- 4) поджелудочной железы

361. АМИЛОРЕЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕМ В КАЛЕ

- 1)+ крахмала
- 2) кусочков непереваренной пищи
- 3) жирных кислот
- 4) нейтрального жира

362. КАЛЬПРОТЕКТИН ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кальций-связывающим белком
- 2) липидной субстанцией
- 3) белком, содержащим магний
- 4) железосодержащим белком

363. У ЛИЦ С ВРОЖДЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЛАКТАЗЫ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА, СКОПЛЕНИЕ ГАЗОВ И ДИАРЕЯ ОТМЕЧАЮТСЯ ПРИ ПЕРЕВАРИВАНИИ

- 1)+ молока
- 2) черного хлеба
- 3) капусты
- 4) яиц

364. ЛЯМБЛИИ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В

- 1)+ двенадцатиперстной кишке
- 2) клетках кожи
- 3) селезенке
- 4) лёгких

365. СХВАТКООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ, ЗАДЕРЖКА ОТХОЖДЕНИЯ ГАЗОВ И СТУЛА, ТОКСИКОЗ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ НАЧАЛА РАЗВИТИЯ

- 1)+ острой кишечной непроходимости
- 2) внематочной беременности
- 3) острого панкреатита
- 4) острого холецистита

366. К СТИГМАМ ДЛИТЕЛЬНОГО ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ увеличение околоушных слюнных желез
- 2) утолщение концевых фаланг пальцев
- 3) образование ксантом и ксантелазм
- 4) расширение кава-кавальных анастомозов

367. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, УТОЧНЯЮЩИМ ИСТОЧНИК КРОВОПОТЕРИ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, СЛУЖИТ

- 1)+ ЭГДС
- 2) УЗИ
- 3) КТ
- 4) МРТ

368. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ФАКТА СИСТЕМАТИЧЕСКОГО ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИМЕНЯЮТ ТАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ КАК

- 1)+ углеводно-дефицитный трансферрин
- 2) альфа-фетопротеин
- 3) активность аспарагиновой трансаминазы
- 4) активность щелочной фосфатазы

369. ПРОТОЗООЗОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ПАРАЗИТИРОВАНИЕМ В ТОНКОМ КИШЕЧНИКЕ ЧЕЛОВЕКА ПРОСТЕЙШИХ ОТРЯДА КОКЦИДИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ криптоспоридиоз
- 2) лямблиоз
- 3) токсоплазмоз
- 4) описторхоз

370. ГЕПАТИТ С ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕМ В КРОВИ АНТИ-___

- 1)+ HCV
- 2) HBc IgG
- 3) CMV
- 4) HBV

371. КАК ВОЗМОЖНЫЙ ПРИЗНАК СИСТЕМАТИЧЕСКОГО ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ РАССМАТРИВАЮТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ симметричной периферической нейропатии
- 2) поражения плечевого сплетения
- 3) нейропатии лицевого нерва
- 4) нейропатии тройничного нерва

372. ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА ВЫЯВИТЬ ФАКТ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ ПОМОГАЕТ

- 1)+ вопросник AUDIT
- 2) вопросник GERDQ
- 3) шкала Child-Pugh
- 4) шкала MELD

373. ПАНКРЕАТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ кистозного фиброза
- 2) лактазной недостаточности
- 3) эксудативной энтеропатии
- 4) болезни Вильсона

374. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЯМБЛИОЗА ВКЛЮЧАЕТ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ фекалий и содержимого двенадцатиперстной кишки
- 2) отделяемого мочеполовых путей
- 3) содержимого кожных язв
- 4) толстой капли крови

375. ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ конъюгированной гипербилирубинемии, повышения уровня щелочной фосфатазы
- 2) гипербилирубинемии за счет обеих фракций, значительного повышения уровня АЛТ, АСТ
- 3) неконъюгированной гипербилирубинемии, анемии
- 4) изолированного повышения АЛТ, АСТ

376. ОДНА СТАНДАРТНАЯ ЕДИНИЦА АЛКОГОЛЯ РАВНА _____ ГРАММАМ ЭТАНОЛА

- 1)+ 10
- 2) 5
- 3) 20
- 4) 30

377. «ПОЗДНИМИ» НАЗЫВАЮТ БОЛИ, ЕСЛИ ОНИ ВОЗНИКАЮТ

- 1)+ через 2-3 часа после еды
- 2) через 40 минут после еды
- 3) в вечернее время
- 4) на следующий день

378. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СВОБОДНОЙ ЖИДКОСТИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ИССЛЕДОВАНИИ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ СЛУЖИТ

- 1)+ перкуссия
- 2) аускультация
- 3) расспрос
- 4) осмотр

379. ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ абдоминальная боль на фоне скудных данных физикального обследования
- 2) постепенное развитие симптоматики
- 3) дебют заболевания с пареза кишечника
- 4) неуклонное ухудшение состояния при отсутствии субъективной симптоматики

380. ЦВЕТ РВОТЫ ПО ТИПУ «КОФЕЙНОЙ ГУЩИ» ОБУСЛОВЛЕН НАЛИЧИЕМ

- 1)+ солянокислого гематина
- 2) конъюгированного билирубина
- 3) неконъюгированного билирубина
- 4) формалинового пигмента

381. ПЕЧЁНОЧНЫЙ СОСАЛЬЩИК В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1)+ жёлчных ходах печени
- 2) крупных сосудах
- 3) головном мозге
- 4) лёгких

382. СИМПТОМ БОТКИНА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ИРРАДИАЦИЕЙ БОЛИ В

- 1)+ область сердца
- 2) правую подвздошную область
- 3) правую поясничную область
- 4) левую подвздошную область

383. НЕИНВАЗИВНЫМ СКРИНИНГ-МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СТЕНОЗА БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ультразвуковая доплерография
- 2) селективная ангиография
- 3) лапароскопия
- 4) ирригоскопия

384. ПОД ГЕМАТЕМЕЗИСОМ ПОНИМАЮТ

- 1)+ рвоту кровью
- 2) дегтеобразный стул
- 3) затруднение глотания
- 4) повреждение слизистой оболочки желудка

385. ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ КОЛОНОСКОПИИ ПРИЕМ ВСЕХ ЖИДКОСТЕЙ СЛЕДУЕТ ПРЕКРАТИТЬ ЗА (Пороговое значение) ____ ДО ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1)+ 2 часа
- 2) 30 минут
- 3) 4 часа
- 4) 6 часов

386. К НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ компьютерную томографию
- 2) УЗИ органов брюшной полости
- 3) эзофагогастродуоденоскопию
- 4) биохимический анализ крови

387. К БИОЛОГИЧЕСКОМУ МАТЕРИАЛУ, КОТОРЫЙ ПОДЛЕЖИТ ИССЛЕДОВАНИЮ ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ БАЛАНТИДИАЗА, ОТНОСЯТ

- 1)+ фекалии
- 2) дуоденальное содержимое
- 3) мочу
- 4) соскоб с зева

388. МЕЛЕНА ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ

- 1)+ желудочно-кишечного кровотечения
- 2) злокачественной опухоли прямой кишки
- 3) хронического атрофического гастрита
- 4) железодефицитной анемии у женщин

389. СИМПТОМ МЕЙО-РОБСОНА СООТВЕТСТВУЕТ ВЫЯВЛЕНИЮ БОЛЕЗНЕННОСТИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ В

- 1)+ левом реберно-позвоночном углу
- 2) правом реберно-позвоночном углу
- 3) эпигастрии
- 4) околопупочной области

390. МЕЛЕНА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ жидкий чёрный кал с характерным запахом
- 2) кал, содержащий кусочки непереваренной пищи
- 3) обесцвеченные (серого цвета) каловые массы
- 4) «жирный», достаточно плохо смывающийся кал

391. ОРФАННЫМИ НАЗЫВАЮТ ОПУХОЛИ

- 1)+ редкие
- 2) без выявленного первичного очага
- 3) недифференцированные
- 4) молочной железы

392. ДЛЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ длительное течение без заметного прогрессирования
- 2) наличие болей и кишечных расстройств в ночное время
- 3) отсутствие связи ухудшения самочувствия с психоэмоциональными факторами
- 4) наличие «симптомов тревоги»

393. МЕЛЕНА ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ

- 1)+ кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- 2) ускоренного транзита пищевого химуса
- 3) кровотечения из прямой кишки
- 4) кровотечения из терминальных отделов подвздошной кишки

394. УСИЛЕНИЕ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ НА ФОНЕ ЭМОЦИЙ, ПОД ДЕЙСТВИЕМ ПСИХИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ синдрома раздражённой толстой кишки
- 2) рака толстой кишки
- 3) болезни Крона
- 4) дивертикулеза толстой кишки

395. МАЛЬАБСОРБЦИЯ, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПРИ ВВЕДЕНИИ ЗЛАКОВЫХ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ целиакии
- 2) муковисцидоза
- 3) дисахаридазной недостаточности
- 4) желудочно-кишечного рефлюкса

396. ТОЛЩИНА СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ОБЛАСТИ ДНА И ТЕЛА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- 1)+ 1-2
- 2) 3-4
- 3) 5-6
- 4) 7-8

397. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИАРЕЕ БОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ биохимических изменений крови
- 2) мочи
- 3) желудочной секреции
- 4) рентгенологических снимков

398. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ФГДС с биопсией
- 2) рН-метрия
- 3) КТ брюшной полости
- 4) МРТ брюшной полости

399. ВАЗОАКТИВНЫЙ ИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ ПОЛИПЕПТИД ОБРАЗУЕТСЯ

- 1)+ во всех отделах желудочно-кишечного тракта
- 2) только в желудке
- 3) исключительно в тонком кишечнике
- 4) лишь в поджелудочной железе

400. МЕТОДОМ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ колоноскопия
- 2) ирригография
- 3) копрограмма
- 4) бактериологическое исследование фекалий

Тема 2. Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей.

1. ПРИСТУП ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ острый болью в правом подреберье, тошнотой и рвотой
- 2) постоянной болью в правом подреберье и лихорадкой
- 3) тупой болью в правой половине живота, метеоризмом, запором
- 4) болью в правой половине живота, иррадиирующей в паховую область, дизурию

2. К ПУЗЫРНЫМ СИМПТОМАМ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ ОТНОСИТСЯ СИМПТОМ

- 1)+ Ортнера
- 2) Поргеса
- 3) Мейо-Робсона
- 4) Образцова

3. МЕСТОМ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ БИЛИРУБИНА В УРОБИЛИНОГЕН ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кишечник
- 2) кровь
- 3) печень
- 4) почки

4. ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ПОДПЕЧЁНОЧНОЙ (МЕХАНИЧЕСКОЙ) ЖЕЛТУХИ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1)+ ретроградная панкреатохолангиография
- 2) внутривенная холеграфия
- 3) прямая спленопортография
- 4) пероральная холецистография

5. СИМПТОМ МЕРФИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ резким усилением болезненности при пальпации желчного пузыря
- 2) болезненностью при поколачивании по реберной дуге справа
- 3) болезненностью при пальпации в проекции желчного пузыря
- 4) болезненностью при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа

6. У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЮТСЯ КАМНИ

- 1)+ холестериновые и смешанные
- 2) оксалатные
- 3) коричневые пигментные
- 4) черные пигментные

7. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ печеночно-почечная недостаточность
- 2) водянка желчного пузыря
- 3) отключенный желчный пузырь
- 4) снижение белковосинтезирующей функции печени

8. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ДЛЯ КОТОРОГО НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ синдром Жильбера
- 2) первичный билиарный холангит
- 3) холедохолитиаз
- 4) рак головки поджелудочной железы

9. ПРИ СНИЖЕНИИ ХОЛАТОХОЛЕСТЕРИНОВОГО КОЭФФИЦИЕНТА ВОЗНИКАЕТ СКЛОННОСТЬ К ЗАБОЛЕВАНИЮ

- 1)+ калькулезным холециститом
- 2) бактериальным холециститом
- 3) хроническим гепатитом
- 4) хроническим холангитом

10. ЛАБИЛЬНЫЕ ПЕРЕГИБЫ И ПЕРЕГОРОДКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ вариантами нормы
- 2) признаками дискинезии желчного пузыря
- 3) признаками холецистита
- 4) признаками дисхолии

11. ДЛЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие структурных заболеваний, которые могли бы объяснить имеющуюся симптоматику
- 2) кратковременный характер болей в эпигастрии и правом подреберье (менее 30 минут)
- 3) непостоянный уровень болей в эпигастрии и правом подреберье во время приступа
- 4) уменьшение болей в эпигастрии и правом подреберье после стула, при перемене положения тела, после приема антацидов

12. ЖЕЛЧНЫЕ КАМНИ ЧАЩЕ ВСЕГО СОСТОЯТ ИЗ

- 1)+ холестерина
- 2) солей желчных кислот
- 3) оксалатов
- 4) мочевой кислоты

13. ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ КОРИЧНЕВЫХ ПИГМЕНТНЫХ КАМНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ бактериальный холангит
- 2) терминальный илеит
- 3) резекция подвздошной кишки
- 4) внутрисосудистый гемолиз

14. СИМПТОМ КЕРА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ болезненностью при пальпации в проекции желчного пузыря
- 2) болезненностью при поколачивании по реберной дуге справа
- 3) болезненностью при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа
- 4) прерыванием вдоха больным при прикосновении в проекции желчного пузыря

15. ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ ЧЕРНЫХ ПИГМЕНТНЫХ КАМНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гемолитическая анемия
- 2) стеатоз печени
- 3) бактериальный холангит
- 4) гемангиома печени

16. РЕАБСОРБЦИЯ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ ПРОИСХОДИТ В КИШКЕ

- 1)+ подвздошной
- 2) двенадцатиперстной
- 3) тощей
- 4) толстой

17. К ОСНОВНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ В СОСТАВЕ ЖЕЛЧИ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ОБРАЗОВАНИЮ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ снижение концентрации желчных кислот
- 2) снижение содержания холестерина
- 3) повышение концентрации желчных кислот
- 4) повышение содержания лецитина

18. СИМПТОМ ГРЕКОВА – ОРТНЕРА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ болезненностью при поколачивании по реберной дуге справа
- 2) болезненностью при пальпации в проекции желчного пузыря
- 3) болезненностью при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа
- 4) прерыванием вдоха больным при прикосновении в проекции желчного пузыря

19. ЛИТОЛИТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЕТ

- 1)+ урсодезоксихолевая кислота
- 2) холестирамин
- 3) адеметионин
- 4) расторопша

20. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ С ЦЕЛЬЮ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1)+ УЗИ органов брюшной полости
- 2) дуоденальное зондирование
- 3) обзорную рентгенографию органов брюшной полости
- 4) ЭГДС

21. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО

- 1)+ ультразвуковое исследование
- 2) термографическое исследование
- 3) дуоденальное зондирование
- 4) определение активности щелочной фосфатазы

22. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И СФИНКТЕРА ОДДИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ продолжительностью приступа 30 минут и более
- 2) купированием приступа после приема пищи
- 3) непостоянным уровнем интенсивности во время приступа
- 4) частым сочетанием со стенозом большого дуоденального сосочка

23. ХОЛЕСТЕРОЗ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С

- 1)+ желчнокаменной болезнью
- 2) злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта
- 3) раком желчного пузыря
- 4) острым холециститом

24. ПРИЧИНОЙ БИЛИРУБИНУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ обтурационная желтуха
- 2) гемолитическая желтуха
- 3) повышенное всасывание стеркобилина в кишечнике
- 4) инкубационный период вирусного гепатита

25. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕ ПОКАЗАНО ПРИ _____ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

- 1)+ перегибе
- 2) водянке
- 3) эмпиеме
- 4) перфорации

26. К УЗИ-ПРИЗНАКАМ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА ОТНОСЯТ

- 1)+ взвесь гиперэхогенных частиц
- 2) эхооднородную желчь
- 3) наличие конкрементов малых размеров без тени
- 4) несмещаемую гиперэхогенную структуру

27. ПО ХОДУ ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ РАСПОЛОЖЕНЫ

- 1)+ 5 сфинктеров
- 2) 4 сфинктера
- 3) 3 сфинктера
- 4) 2 сфинктера

28. ВТОРИЧНЫЕ ЖЕЛЧНЫЕ КИСЛОТЫ ОБРАЗУЮТСЯ В

- 1)+ кишке
- 2) печени
- 3) желчном пузыре
- 4) желудке

29. ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ (МЕХАНИЧЕСКОЙ) ЖЕЛТУХИ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1)+ ретроградная панкреатохолангиография
- 2) пероральная холецистография
- 3) внутривенная холеграфия
- 4) сцинтиграфия печени

30. К ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЕ ОТНОСИТСЯ ПРОТОК

- 1)+ междольковый печеночный
- 2) общий печеночный
- 3) общий желчный
- 4) пузырьный

31. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ПРОВОДИТСЯ С

- 1)+ правосторонним нефроптозом
- 2) хроническим бескаменным холециститом
- 3) гастродуоденальной язвой
- 4) хроническим гепатитом с холестатическим компонентом

32. БОЛЬ БУДЕТ ИРРАДИИРОВАТЬ В ЛОПАТКУ ПРИ

- 1)+ печёночной колике
- 2) почечной колике
- 3) остром аднексите
- 4) внематочной беременности

33. ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЖЕЛЧИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ снижением соотношения желчных кислот к холестерину
- 2) снижением уровня билирубина в моче
- 3) повышением уровня желчных кислот и снижением концентрации холестерина
- 4) повышение уровня лецитина

34. СИМПТОМ МЮССИ – ГЕОРГИЕВСКОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ болезненностью при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа
- 2) прерыванием вдоха больным при прикосновении в проекции желчного пузыря
- 3) болезненностью при поколачивании по реберной дуге справа
- 4) болезненностью при пальпации в проекции желчного пузыря

35. ДЛЯ КОНЪЮГИРОВАННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ

- 1)+ билирубинурия
- 2) уробилинурия
- 3) повышение содержания стеркобилина в кале
- 4) гиперальбуминемия

36. ПРИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА У ЛИЦ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ незначительная болезненность в правом подреберье
- 2) положительный симптом Ортнера
- 3) мышечная защита правого подреберья
- 4) френикус-симптом

37. ПРИ СНИЖЕНИИ ХОЛАТО-ХОЛЕСТЕРИНОВОГО КОЭФФИЦИЕНТА ВОЗНИКАЕТ СКЛОННОСТЬ К ЗАБОЛЕВАНИЮ

- 1)+ калькулезным холециститом
- 2) бактериальным холециститом
- 3) хроническим гепатитом
- 4) хроническим холангитом

38. УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ МАЛОИНФОРМАТИВНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- 1)+ рака большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатерова соска)
- 2) наличия очаговых поражений печени
- 3) камней в желчном пузыре
- 4) асцита

39. ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ЖИРНОЙ ПИЩИ, КЛЮЧЕВАЯ РОЛЬ В ИНИЦИАЦИИ СОКРАЩЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИНАДЛЕЖИТ

- 1)+ холецистокинину
- 2) гастрину
- 3) секретину
- 4) соматостатину

40. ХОЛЕЦИСТОГРАФИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА БОЛЬНЫМ

- 1)+ с идиосинক্রазией к йоду
- 2) с непереносимостью жиров
- 3) после вирусного гепатита
- 4) с желчнокаменной болезнью

41. К НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ БИОХИМИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ КРОВИ, ОТРАЖАЮЩИМ НАЛИЧИЕ ХОЛЕСТАЗА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ, ОТНОСЯТ

- 1)+ ГГТП и щелочную фосфатазу
- 2) АЛТ и АСТ
- 3) общий билирубин
- 4) панкреатическую амилазу

42. О НАЛИЧИИ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1)+ повышение уровня щелочной фосфатазы
- 2) повышение уровней аминотрансфераз
- 3) повышение уровня гамма-глобулинов
- 4) снижение уровня липопротеидов

43. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ РЕГУЛИРУЕТ

- 1)+ холецистокинин
- 2) глюкагон
- 3) мотилин
- 4) нейротензин

44. 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

45. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОБРАЗОВАНИЯМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ лейомиому
- 2) аденокарциному
- 3) скирр
- 4) слизистый рак

46. ПЕРЕМЕЖАЮЩУЮСЯ ЖЕЛТУХУ МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ

- 1)+ вентиляльным камнем холедоха
- 2) множественными камнями желчного пузыря
- 3) камнем пузырного протока
- 4) опухолью холедоха

47. ПЕРЕМЕЖАЮЩАЯСЯ ЖЕЛТУХА ОБУСЛОВЛЕНА

- 1)+ «вентильным» камнем холедоха
- 2) опухолью холедоха
- 3) камнем пузырного протока
- 4) множественными камнями желчного пузыря

48. К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОБРАЗОВАНИЯМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ скирр
- 2) холестероз
- 3) истинные полипы
- 4) холестериновые полипы

49. ПЕРВОЙ СТАДИЕЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ билиарный сладж
- 2) холецистолитиаз
- 3) холедохолитиаз
- 4) однородная желчь

50. ОБРАЗОВАНИЕ «БИЛИАРНОГО СЛАДЖА» В ПОЛОСТИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ __ СТАДИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ (ЖКБ)

- 1)+ 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

51. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ печеночно-почечная недостаточность
- 2) водянка желчного пузыря
- 3) отключенный желчный пузырь
- 4) нарушение всасывательной функции кишечника

52. БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ИЛИ ПЕРКУССИИ ПО БРЮШНОЙ СТЕНКЕ В ТОЧКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК СИМПТОМ

- 1)+ Захарьина
- 2) Василенко
- 3) Мерфи
- 4) Ортнера

53. РЕШАЮЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ультразвуковое исследование
- 2) дуоденальное зондирование
- 3) рентгеноскопия желудка
- 4) ретроградная панкреато-холангиография

54. АКТИВАЦИИ ИНФЕКЦИИ В ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ СПОСОБСТВУЕТ

- 1)+ нарушение оттока желчи
- 2) сдвиг pH желчи в кислую сторону
- 3) повышение уровня билирубина в желчи
- 4) повышение уровня холестерина в желчи

55. ШИРИНА ХОЛЕДОХА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

- 1)+ 0,5-0,7
- 2) 0,8-1,3
- 3) 1,4-2,0
- 4) 0,1-0,4

56. К ЛАБОРАТОРНОМУ МАРКЕРУ, ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ СИНДРОМА АЛАЖИЛЛЬ, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ выраженная гиперлипидемия
- 2) увеличение концентрации общего билирубина за счет непрямой фракции
- 3) снижение активности щелочной фосфатазы
- 4) тромбоцитопения

57. ВЫРАЖЕННАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПЕРКУССИИ В ТОЧКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НА ВЫСОТЕ ВДОХА ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК СИМПТОМ

- 1)+ Василенко
- 2) Ортнера
- 3) Мерфи
- 4) Захарьина

58. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ МЕРФИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОСТРОГО

- 1)+ холецистита
- 2) панкреатита
- 3) дуоденита
- 4) эзофагита

59. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ приступы жёлчной колики и острого холецистита
- 2) холангит
- 3) эмпиему желчного пузыря
- 4) билиарный панкреатит

60. ХОЛЕЦИСТОГРАФИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА БОЛЬНЫМ

- 1)+ с идиосинক্রазией к йоду
- 2) после вирусного гепатита
- 3) с непереносимостью жиров
- 4) с идиосинক্রазией к пищевому белку

61. РАЗВИТИЮ ЖЁЛЧНЫХ КАМНЕЙ СПОСОБСТВУЕТ

- 1)+ наследственная предрасположенность
- 2) синдром раздражённой толстой кишки
- 3) избыточное использование молочных продуктов
- 4) наличие аллергических факторов

62. К НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ПРИЧИНАМ УВЕЛИЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ «эпидемию избыточной массы тела»
- 2) малоподвижный образ жизни
- 3) частое использование антибиотиков
- 4) заболевания печени

63. НАИЛУЧШИМ МЕТОДОМ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ОПУХОЛИ КЛАЦКИНА ВЫСТУПАЕТ

- 1)+ чрескожная-чреспеченочная холангиография
- 2) селективная мезентериальная артериография
- 3) чрескожная биопсия печени
- 4) лапароскопия с прицельной биопсией

64. КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ ОСЛОЖНЯЕТСЯ

- 1)+ гнойным холангитом
- 2) гастродуоденальным кровотечением
- 3) варикозным расширением вен пищевода
- 4) тромбозом воротной вены

65. ОСНОВА ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ПРЕДСТАВЛЕНА

- 1)+ холестерином
- 2) билирубинатом кальция
- 3) фосфолипидами
- 4) бактериями и кальцием

66. КОРИЧНЕВЫЕ ПИГМЕНТНЫЕ КАМНИ ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1)+ при инфекционных поражениях желчных путей
- 2) при циррозе печени
- 3) при заболеваниях, сопровождающихся гемолизом
- 4) у пожилых больных

67. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- 2) компьютерная томография органов брюшной полости
- 3) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- 4) определение сывороточных аутоантител

68. ПРЕПАРАТОМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ОБРАЗОВАНИЕ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цефтриаксон
- 2) бускопан
- 3) платифиллин
- 4) амоксициллин

69. НАИБОЛЕЕ ВЫСОК РИСК РАЗВИТИЯ РАКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У

- 1)+ больных с «фарфоровым» желчным пузырем
- 2) мужчин при бессимптомном течении желчнокаменной болезни
- 3) страдающих сахарным диабетом с «молчащими» камнями
- 4) пациентов с флотирующими рентгенонегативными камнями

70. К «КЛАССИЧЕСКОМУ ТИПУ» ПАЦИЕНТА С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОЖНО ОТНЕСТИ

- 1)+ женщину старше 40 лет, гиперстенического телосложения, с увеличенной массой тела, рожавшую
- 2) молодого мужчину, занимающегося в спортзале и принимающего БАДы
- 3) женщину-вегетарианку
- 4) мужчину средних лет, ведущего малоподвижный образ жизни

71. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ МОЧИ НА ЖЕЛЧНЫЕ ПИГМЕНТЫ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1)+ обтурационной желтухе
- 2) ядерной желтухе новорожденных
- 3) аутоиммунной гемолитической желтухе
- 4) синдроме Жильбера

72. РИСК РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1)+ повышается
- 2) понижается
- 3) не меняется
- 4) зависит от пищевых привычек

73. МЕТОДОМ ВЫБОРА В ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ УЗИ печени и желчных путей
- 2) обзорная рентгенография органов брюшной полости
- 3) холецистография с пероральным контрастированием
- 4) холангиография с внутривенным контрастированием

74. К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОТНОСЯТ

- 1)+ холедохолитиаз
- 2) деформацию желчного пузыря
- 3) токсический гепатит
- 4) синдром Жильбера

75. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ хроническое воспаление желчного пузыря
- 2) частое сочетание с язвенным колитом
- 3) образование конкрементов в просвете желчного пузыря
- 4) преобладание заболевания среди мужчин

76. РЕЗКАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ В ТОЧКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ГЛУБОКОЙ ПАЛЬПАЦИИ НА ВЫСОТЕ ВДОХА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИМПТОМА

- 1)+ Кера
- 2) Захарьина
- 3) Образцова – Мерфи
- 4) Василенко

77. ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НА ПОЧВЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА И РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОЛЬЗУ РАКА ГОВОРIT

- 1)+ симптом Курвуазье
- 2) повышение температуры
- 3) отсутствие зуда
- 4) спленомегалия

78. СИМПТОМ КУРВУАЗЬЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ОБТУРАЦИИ _____ ПРОТОКА

- 1)+ общего желчного
- 2) пузырного
- 3) левого печёночного
- 4) общего печёночного

79. ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ДИАГНОЗ «ОСТРЫЙ ХОЛАНГИТ», ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нейтрофильный лейкоцитоз
- 2) повышение аланинаминотрансферазы
- 3) повышение активности щелочной фосфатазы
- 4) гипергликемия

80. ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ боль в правом подреберье
- 2) выявление симптомов раздражения брюшины
- 3) локальное напряжение мышц брюшной стенки в правом подреберье
- 4) лейкопения

81. МЕТОДОМ ВЫБОРА В ДИАГНОСТИКЕ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ СЛУЖИТ

- 1)+ магнитно-резонансная холангиопанкреатография
- 2) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- 3) компьютерная томография
- 4) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

82. ПОЯВЛЕНИЕ БОЛИ НА ВЫСОТЕ ВДОХА ПРИ ПОКОЛАЧИВАНИИ ПО ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКЕ В ОБЛАСТИ ПРОЕКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НАЗЫВАЮТ СИМПТОМОМ

- 1)+ Василенко
- 2) Ортнера
- 3) Захарьина
- 4) Мерфи

83. НА ДОЛЮ ХОЛЕСТЕРИНОВЫХ КОНКРЕМЕНТОВ ПРИХОДИТСЯ ____ ПРОЦЕНТОВ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ

- 1)+ 80-90
- 2) 50-60
- 3) 60-70
- 4) 70-80

84. ЗАСТОЮ ЖЕЛЧИ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ СПОСОБСТВУЕТ

- 1)+ беременность
- 2) повышенная физическая активность
- 3) прием жирной пищи
- 4) соблюдение режима питания по часам

85. ПОВЫШЕНИЕ КОНЪЮГИРОВАННОГО БИЛИРУБИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ синдрома Дабина-Джонсона
- 2) гемолитической анемии
- 3) синдрома Жильбера
- 4) синдрома Мейленграхта

86. РЕЗКАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ В ТОЧКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НА ВЫСОТЕ ВДОХА ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК СИМПТОМ

- 1)+ Мерфи
- 2) Василенко
- 3) Ортнера
- 4) Захарьина

87. ЖЕЛТУШНЫЕ КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ, ЗУД КОЖИ, ТЕМНЫЙ ЦВЕТ МОЧИ, СВЕТЛЫЙ ЦВЕТ КАЛА В СОЧЕТАНИИ С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ЩФ, ГГТП ПОЗВОЛЯЮТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ СИНДРОМ

- 1)+ холестаза
- 2) цитолиза
- 3) гемолиза
- 4) рабдомиолиза

88. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «ХОЛАНГИТ» ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ фебрильная температура с ознобом, увеличение печени, желтуха, лейкоцитоз
- 2) приступ болей в правом подреберье с развитием желтухи, появление обесцвеченного кала, темной мочи
- 3) кратковременная боль в эпигастрии, рвота, понос
- 4) боли в правом подреберье после приема жирной пищи, тошнота, рвота

89. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ ПАТОГЕНЕЗА ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дисфункция желчного пузыря
- 2) нарушение моторики пищевода
- 3) преобладание в рационе питания белковой пищи
- 4) замедление опорожнения желудка

90. СУММАРНЫЙ ОБЪЕМ СУТОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ ЖЕЛЧИ СОСТАВЛЯЕТ (В ЛИТРАХ)

- 1)+ 0,7-1,0
- 2) 1,7-2,0
- 3) 2,7-3,0
- 4) 3,0-3,7

91. БЕССИМПТОМНОЕ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ У ____ ПРОЦЕНТОВ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

- 1)+ 60-80
- 2) 20-30
- 3) 40-50
- 4) 50-60

92. МЕТОДОМ ВЫБОРА В ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ УЗИ печени и жёлчных путей
- 2) холецистография с пероральным контрастированием
- 3) холангиография с внутривенным контрастированием
- 4) магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МР-ХПГ)

93. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ И БЕЗОПАСНЫМ МЕТОДОМ ДООПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ИНТЕНСИВНОЙ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЖЕЛТУХЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- 2) компьютерная томография
- 3) внутривенная инфузионная холангиография
- 4) ультразвуковое исследование

94. К ЛАБОРАТОРНОМУ МАРКЕРУ, ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ СИНДРОМА АЛАЖИЛЛЬ, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ повышение концентрации желчных кислот
- 2) увеличение концентрации общего билирубина за счет непрямой фракции
- 3) снижение активности щелочной фосфатазы
- 4) тромбоцитопения

95. НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ СЛУЖИТ

- 1)+ вклинение камня в шейку желчного пузыря
- 2) употребление жирной, жареной пищи
- 3) езда на мотоцикле
- 4) прием пищи после длительного ограничения

96. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ОРТНЕРА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ холецистита
- 2) панкреатита
- 3) дуоденита
- 4) эзофагита

97. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ МЕРФИ ПАТОГНОМОНИЧЕН ДЛЯ

- 1)+ холецистита
- 2) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
- 3) панкреатита
- 4) гастродуоденита

98. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ СОСТАВЛЯЕТ ОБЫЧНО НЕ БОЛЕЕ (В ЧАСАХ)

- 1)+ 6
- 2) 3
- 3) 12
- 4) 24

99. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ КАМНЕЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ УЗИ желчного пузыря
- 2) обзорная рентгенография органов брюшной полости
- 3) радиоизотопное сканирование
- 4) магнитно-резонансная холангиопанкреатография

100. ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАНОВОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ «отключенный» желчный пузырь
- 2) выраженный диспепсический синдром
- 3) наличие бессимптомных камней в желчном пузыре
- 4) холестероз желчного пузыря

101. К ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТАМ КОРИЧНЕВЫХ ПИГМЕНТНЫХ КАМНЕЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ кальциевые соли деконъюгированного билирубина
- 2) кальциевые соли холестерина
- 3) кальциевые соли конъюгированного билирубина
- 4) билирубинат магния

102. СИМПТОМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА (ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ МЕРФИ) ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК ВЫРАЖЕННАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ

- 1)+ (пациент вскрикивает от боли) при введении пальцев под реберную дугу на вдохе или при кашле
- 2) (больной вскрикивает от боли) при поверхностной пальпации живота
- 3) при постукивании ребром ладони по правой реберной дуге
- 4) при нажатии пальцами с последующим высвобождением брюшной стенки в любой точке живота

103. ДЛЯ ДИСФУНКЦИИ СФИНКТЕРА ОДДИ ПО ПАНКРЕАТИЧЕСКОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ БОЛИ В

- 1)+ эпигастрии и левом подреберье с иррадиацией в межлопаточную зону, холецистэктомия в анамнезе
- 2) правой подвздошной области, диареи, повышения температуры тела
- 3) левом подреберье и левой боковой области живота, запора, ожирения
- 4) околопупочной области, рвоты, резкой потери массы тела

104. МЕХАНИЗМОМ ОБРАЗОВАНИЯ ХОЛЕСТЕРИНОВЫХ КАМНЕЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ СЧИТАЮТ

- 1)+ нарушение энтерогепатической циркуляции желчных кислот
- 2) аутоиммунное воспаление слизистой желчного пузыря и желчных протоков
- 3) развитие вторичного склерозирующего холангита
- 4) развитие первичного склерозирующего холангита

105. БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ МЕЖДУ НОЖКАМИ ПРАВОЙ ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНО-СОСЦЕВИДНОЙ МЫШЦЫ ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК СИМПТОМ

- 1)+ Георгиевского – Мюсси
- 2) Курвуазье – Террье
- 3) Василенко
- 4) Захарьина

106. К ФАКТОРАМ РИСКА ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

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

107. К ПОЛИПАМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ С ВЫСОКИМ РИСКОМ МАЛИГНИЗАЦИИ ОТНОСЯТ _____ ПОЛИПЫ

- 1)+ аденоматозные
- 2) гиперпластические
- 3) холестериновые
- 4) аденомиоматозные

108. ПОВЫШЕНИЕ РИСКА ОБРАЗОВАНИЯ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ В 10 РАЗ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ циррозе печени
- 2) аутоиммунном гепатите
- 3) первичном склерозирующем холангите
- 4) вирусном гепатите

109. ДЛЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В 70 % СЛУЧАЕВ ХАРАКТЕРНО _____ ТЕЧЕНИЕ

- 1)+ бессимптомное
- 2) прогрессирующее
- 3) рецидивирующее
- 4) фульминантное

110. К ПРИЧИНАМ РАННИХ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ оставленный камень желчных протоков
- 2) нарушение диеты
- 3) раннюю двигательную активность после операции
- 4) длительный постельный режим после операции

111. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ РАЗВИВАЕТСЯ У _____ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ ____ ЛЕТ

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

112. ПРИ ПРИСТУПЕ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ БОЛЬ ИРРАДИИРУЕТ В

- 1)+ правую руку, правую лопатку
- 2) правую половину поясничной области
- 3) правую подвздошную область
- 4) мезогастральную область

113. ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ РИСКА ОБРАЗОВАНИЯ КАМНЕЙ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфекционный холангит
- 2) желчнокаменная болезнь
- 3) дисфункция желчного пузыря
- 4) стеноз сфинктера Одди

114. КРУПНЫМИ КАМНЯМИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ СЧИТАЮТ КАМНИ РАЗМЕРОМ БОЛЕЕ _____ ММ

- 1)+ 10
- 2) 30
- 3) 40
- 4) 20

115. ДЛЯ СТЕНОЗА СФИНКТЕРА ОДДИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ выраженная постоянная боль в правой половине эпигастриальной области, холецистэктомия в анамнезе, повторные сфинктеротомии
- 2) рецидивирующая умеренно выраженная боль в правом подреберье, злоупотребление алкоголем, курение
- 3) приступы боли в эпигастриальной области в ночные часы с иррадиацией в спину, горечь во рту, диарея
- 4) боль в правой половине эпигастриальной области, которая проходит самостоятельно или купируется приемом спазмолитических препаратов

116. ПО СОСТАВУ КАМНИ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ ЧАЩЕ

- 1)+ холестериновые
- 2) черные пигментные
- 3) коричневые пигментные
- 4) содержащие билирубинат кальция

117. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ острая боль в эпигастрии и правом подреберье, рвота
- 2) острая боль в левом подреберье и эпигастрии
- 3) постоянная боль в правом подреберье и запоры
- 4) боль в эпигастрии с иррадиацией в спину, чувство переполнения в эпигастрии

118. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ голодание и значительную потерю массы тела
- 2) хроническую недостаточность кровообращения и постельный режим
- 3) недостаточное содержание растительных волокон в рационе и запоры
- 4) малоподвижный образ жизни и запоры

119. К ПРИЧИНАМ ОБРАЗОВАНИЯ ЧЕРНЫХ ПИГМЕНТНЫХ КАМНЕЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА ОТНОСЯТ

- 1)+ хронический гемолиз и гипербилирубинемия
- 2) послеоперационное снижения фракции выброса желчного пузыря
- 3) малоподвижный образ жизни и запоры
- 4) нарушение кровоснабжения желчного пузыря и протоков

120. К ПРИЧИНАМ ОБРАЗОВАНИЯ «ЛИТОГЕННОЙ ЖЕЛЧИ» ОТНОСЯТ

- 1)+ усиленный синтез холестерина у генетически предрасположенных лиц
- 2) аутоиммунное поражение желчных протоков
- 3) нарушение водно-электролитного баланса
- 4) первичный билиарный холангит

121. ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА В РАСПОЗНАВАНИИ ТАКОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ, КАК

- 1)+ «фарфоровый» желчный пузырь
- 2) холестериновый полипоз желчного пузыря
- 3) «клубничный» желчный пузырь
- 4) холестероз желчного пузыря

122. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кожный зуд
- 2) отрыжка «тухлым яйцом»
- 3) гипотермия
- 4) рвота по типу «кофейной гущи»

123. ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ

- 1)+ билиарная диарея
- 2) рефрактерный запор
- 3) профузная диарея
- 4) гематохезия

124. К ХАРАКТЕРНЫМ ЗОНАМ ИРРАДИАЦИИ БОЛИ ПРИ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКЕ (ЗОНЫ ЗАХАРЬИНА-ГЕДА) ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ правая рука, правая половина шеи, правая лопатка
- 2) поясничная и паховая области справа
- 3) подвздошная область и нижние отделы живота
- 4) мезогастральная область и левое подреберье

125. ДЛЯ ДИСФУНКЦИИ СФИНКТЕРА ОДДИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ интенсивные боли в эпигастрии справа, холецистэктомия в анамнезе
- 2) умеренные боли в правом подреберье, злоупотребление алкоголем
- 3) ночные "голодные" боли в эпигастрии, запоры
- 4) боли в правой подвздошной области, диарея

126. ПРИЧИНОЙ «ОТКЛЮЧЕННОГО» ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ СЛУЖИТ

- 1)+ тотальное заполнение желчного пузыря камнями
- 2) наличие нескольких конкрементов до 1 см
- 3) наличие нескольких конкрементов более 1 см
- 4) неомогенность желчи

127. ПРИ ПРИСТУПЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ БОЛЬ ЧАЩЕ ВСЕГО ЗАХВАТЫВАЕТ

- 1)+ эпигастральную область, правое подреберье
- 2) околопупочную область
- 3) левое подреберье, селезеночный угол
- 4) пилорoduodenальную зону

128. С НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОЙ ДОСТОВЕРНОСТЬЮ ВЫЯВЛЯЕТ КАМНИ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА

- 1)+ эндоскопическое ультразвуковое исследование
- 2) трансабдоминальное ультразвуковое исследование
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) компьютерная томография

129. В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ ЧАЩЕ ОБРАЗУЮТСЯ _____ КАМНИ

- 1)+ холестериновые
- 2) пигментные
- 3) кальциевые
- 4) фосфатные

130. К ПРЕДРАКОВЫМ СОСТОЯНИЯМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ крупный камень (более 30,0 мм) и длительный анамнез (более 20 лет) холецистолитиаза
- 2) холестероз желчного пузыря
- 3) нефункционирующий желчный пузырь
- 4) рецидивирующие желчные колики

131. ДЛЯ ПРИСТУПА БИЛИАРНОЙ КОЛИКИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ боль в правой половине эпигастральной области, рвота, не приносящая облегчения, невозможность найти положение, облегчающее боль
- 2) четко локализованная боль в правом подреберье, лихорадка до 38°C; ускорение СОЭ
- 3) боль в эпигастральной области, вынужденное положение в постели на правом боку с прижатыми к животу ногами
- 4) боль в правой подвздошной области в ночные часы, диарея до 10 раз в сутки с примесью крови

132. ДЛЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА

- 1)+ желчная колика
- 2) сильная головная боль
- 3) гиперсекреторная диарея
- 4) артериальная гипотензия

133. ПРИ РАЗВИТИИ ПРИСТУПА БИЛИАРНОЙ БОЛИ НЕОБХОДИМО БЕЗОТЛАГАТЕЛЬНО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ трансабдоминальное ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- 2) эндоскопическое ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- 3) магнитно-резонансное исследование органов брюшной полости с контрастированием
- 4) ретроградную холангиопанкреатографию

134. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ _____ ПОЛИПЫ

- 1)+ холестериновые
- 2) аденоматозные
- 3) аденомиоматозные
- 4) гиперпластические

135. СИМПТОМ ГЕОРГИЕВСКОГО – МЮССИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ БОЛЕЗНЕННОСТИ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ

- 1)+ между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- 2) между ножками левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- 3) на область желчного пузыря
- 4) на эпигастральную область

136. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ МЕХАНИЗМОМ ПАТОГЕНЕЗА ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ избыточная концентрация в желчи холестерина
- 2) инфекция желчевыводящих путей
- 3) гемолиз
- 4) нарушение энтерогепатической циркуляции желчных кислот

137. СЛАДЖ (ОСАДОК ХОЛЕСТЕРИНА) ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ВЫСТУПАЕТ КАК

- 1)+ первая ступень образования холестериновых камней
- 2) самостоятельное заболевание желчного пузыря
- 3) предраковое заболевание желчного пузыря
- 4) показание к холецистэктомии

138. ЧЕРНЫЕ ПИГМЕНТНЫЕ КАМНИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ _____ АНЕМИИ

- 1)+ гемолитической
- 2) пернициозной
- 3) постгеморрагической
- 4) апластической

139. ДЛЯ ЖЁЛЧНОЙ КОЛИКИ ХАРАКТЕРЕН _____ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ БОЛИ

- 1)+ висцеральный
- 2) париетальный
- 3) соматический
- 4) воспалительный

140. ДИСФУНКЦИЯ СФИНКТЕРА ОДДИ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ

- 1)+ холецистэктомии
- 2) тотальной гастрэктомии
- 3) ретроградной холангиопанкреатографии
- 4) магнитно-резонансной холангиопанкреатографии

141. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ боли в эпигастрии справа, купирующиеся спазмолитиками
- 2) ночные приступы боли в эпигастрии, жидкий стул без примеси крови
- 3) опоясывающие боли после еды, иррадиирующие в спину слева
- 4) ночные боли в эпигастрии, сопровождающиеся рвотой на высоте болей

142. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ первичный склерозирующий холангит
- 2) аутоиммунный холангит
- 3) вколоченный камень общего желчного протока
- 4) синдром Мирицци

143. ДИСФУНКЦИЮ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ МОЖНО ОХАРАКТЕРИЗОВАТЬ КАК

- 1)+ диагноз исключения органических заболеваний желчевыводящих путей (прежде всего, желчнокаменной болезни) у лиц до 40 лет
- 2) осложнение желчнокаменной болезни
- 3) частое заболевание у женщин старше 60 лет
- 4) частую причину запоров у пожилых людей

144. ДЛЯ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ снижение фракции выброса желчи <35% после пробного завтрака
- 2) расширение общего желчного протока
- 3) повышение активности печеночных трансаминаз в сыворотке крови
- 4) повышение активности амилазы сыворотки крови

145. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ПРИСТУПА ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ острый калькулезный холецистит
- 2) эмпиема желчного пузыря
- 3) пузырно-кишечная фистула
- 4) обтурационная желтуха

146. ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ «фарфоровый» желчный пузырь
- 2) «клубничный» желчный пузырь
- 3) полип желчного пузыря размерами менее 3,0 мм
- 4) нефункционирующий желчный пузырь

147. МЕЛКИМИ КАМНЯМИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ СЧИТАЮТ КАМНИ РАЗМЕРОМ МЕНЕЕ _____ ММ

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

148. К ОСТРОМУ ПРИСТУПУ ЖЁЛЧНОЙ КОЛИКИ НЕИЗБЕЖНО ПРИВОДИТ ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗ

- 1)+ шейки желчного пузыря
- 2) тела жёлчного пузыря
- 3) дна жёлчного пузыря
- 4) при флотирующем камне

149. ДИСФУНКЦИЯ СФИНКТЕРА ОДДИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

- 1)+ функциональное нарушение мышечного аппарата сфинктера Одди, которое чаще развивается после холецистэктомии
- 2) эссенциальное доброкачественное, некалькулезное, обструктивное поражение желчных протоков у пожилых лиц
- 3) механическое повреждение мышечного аппарата сфинктера Одди во время холецистэктомии
- 4) функциональное нарушение желчевыводящих путей у больных с циррозом печени

150. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СТЕНОЗ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ ЭРХПГ
- 2) компьютерной томографии
- 3) эндо-УЗИ
- 4) МРТ

151. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ МЕРФИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ РЕЗКОЙ БОЛЕЗНЕННОСТИ ПРИ

- 1)+ введении пальцев под реберную дугу и последующем глубоком вдохе
- 2) пальпации между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- 3) поколачивании ребром ладони по реберной дуге слева и справа
- 4) перкуссии в проекции желчного пузыря на высоте вдоха

152. К СКРИНИНГОВОМУ МЕТОДУ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ В БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ ультразвуковое исследования органов брюшной полости
- 2) определение уровня липопротеинов в сыворотке крови
- 3) положительные симптомы Кера и Мюсси
- 4) фиброгастродуоденоскопию

153. РИСК ОБРАЗОВАНИЯ БИЛИРУБИНОВЫХ КАМНЕЙ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ заболеваниях печени
- 2) метаболическом синдроме
- 3) нарушениях пуринового обмена
- 4) нефротическом синдроме

154. ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ слоистость и диффузное утолщение стенки желчного пузыря более 3 мм
- 2) очаговое утолщение стенки желчного пузыря более 5 мм
- 3) наличие «перетяжек» в теле желчного пузыря и пристеночного сладжа
- 4) изменение стенки по типу фарфорового желчного пузыря

155. ДЛЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ лейкоцитоза
- 2) глюкозурии
- 3) гемолиза
- 4) гипогликемии

156. ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ ЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ

- 1)+ желчнокаменной болезни
- 2) хронического панкреатита
- 3) первичного билиарного цирроза
- 4) неалкогольной жировой болезни печени

157. БОЛЬ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ С ИРРАДИАЦИЕЙ В ПРАВОЕ ПЛЕЧО, ПРАВУЮ ПОЛОВИНУ ШЕИ, ТОШНОТА, РВОТА, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ, ПАЛЬПАТОРНО ОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ УВЕЛИЧЕННЫЙ БОЛЕЗНЕННЫЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ острого холецистита
- 2) острого панкреатита
- 3) обострения язвенной болезни желудка
- 4) перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки

158. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРЕН ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ

- 1)+ Грекова – Ортнера
- 2) Воскресенского
- 3) Пастернацкого
- 4) Образцова

159. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ РИСК РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ И ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ПОВЫШАЕТСЯ В СВЯЗИ С

- 1)+ развитием стаза желчи в желчном пузыре и повышением её литогенности
- 2) уменьшением бактерицидных свойств желчи и повышением интенсивности роста бактерий в ней
- 3) частым развитием рвоты беременных и нарушением при этом моторики желчевыводящих путей
- 4) развитием перетяжек в желчном пузыре и повышением давления в пузырном протоке

160. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ БОТКИНА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- 1)+ остром холецистите
- 2) острой кишечной непроходимости
- 3) остром панкреатите
- 4) мезентериальном тромбозе

161. БИОГЕЛЬМИНТОЗОМ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фасциолез
- 2) аскаридоз
- 3) токсокароз
- 4) энтеробиоз

162. ДЛЯ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ боли в правом подреберье
- 2) увеличения селезенки
- 3) отрыжки кислым
- 4) телеангиоэктазий на коже

163. ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1)+ снижение соотношения желчных кислот к холестерину
- 2) повышение уровня общего белка и глобулинов
- 3) повышение соотношения желчных кислот к холестерину
- 4) изменение отношения альбуминов к глобулинам

164. НОРМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ХОЛАТО-ХОЛЕСТЕРИНОВОГО КОЭФФИЦИЕНТА ОКОЛО

- 1)+ 25
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 30

165. БОЛЬ ПРИ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКЕ

- 1)+ уменьшается после приема спазмолитиков
- 2) исчезает после дефекации
- 3) усиливается натошак
- 4) никогда не сопровождается тошнотой и рвотой

166. ПРИ ГИПОКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ОТМЕЧАЮТСЯ

- 1)+ тупые боли в правом подреберье
- 2) коликообразные боли в правом подреберье
- 3) боли опоясывающего характера в животе
- 4) острые боли в эпигастрии

167. СКРИНИНГОВЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ультразвуковое исследование
- 2) фиброгастродуоденоскопия
- 3) желудочно-дуоденальное зондирование
- 4) копрограмма

168. СНИЖЕНИЕ ХОЛАТО-ХОЛЕСТЕРИНОВОГО КОЭФФИЦИЕНТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ предрасположенности к желчекаменной болезни
- 2) ремиссии хронического гепатита
- 3) панкреатите
- 4) дуодените

169. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ОТМЕЧАЮТ

- 1)+ боль в правом подреберье, горечь во рту
- 2) отрыжку тухлым, рвоту
- 3) рвоту «кофейной гущей», мелену
- 4) асцит, «сосудистые звездочки»

170. ДЛЯ БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ иррадиация боли под правую лопатку
- 2) стул с примесью крови
- 3) иррадиация боли в левый реберно-позвоночный угол
- 4) снижение массы тела

171. КАМНИ В ОБЩЕМ ЖЕЛЧНОМ ПРОТОКЕ ОБОЗНАЧАЮТСЯ КАК

- 1)+ холедохолитиаз
- 2) холецистолитиаз
- 3) внутripеченочный холелитиаз
- 4) холецистит

172. КАМНИ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ ОБОЗНАЧАЮТСЯ КАК

- 1)+ холецистолитиаз
- 2) внутripеченочный холелитиаз
- 3) холецистит
- 4) холедохолитиаз

173. ДЛЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ ТАКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ КАК

- 1)+ холангит
- 2) портальная гипертензия
- 3) дивертикулез двенадцатиперстной кишки
- 4) толстокишечная непроходимость

174. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ МЮССИ-ГЕОРГИЕВСКОГО (ФРЕНИКУС-СИМПТОМ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ БОЛЕЗНЕННОСТИ ПРИ

- 1)+ пальпации между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- 2) перкуссии в проекции желчного пузыря на высоте вдоха
- 3) введении пальцев под реберную дугу на высоте вдоха или при кашле
- 4) поколачивании ребром ладони по реберной дуге слева и справа

175. ОБРАЗОВАНИЮ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ СПОСОБСТВУЕТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ сахарного диабета 2 типа
- 2) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
- 3) гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- 4) аутоиммунного тиреоидита

176. ОСТРАЯ БОЛЬ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, ИРРАДИИРУЮЩАЯ В ПРАВОЕ ПЛЕЧО И ЛОПАТКУ, ВОЗНИКАЮЩАЯ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ПРИЕМА ЖИРНОЙ ПИЩИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ желчной колики
- 2) язвенной болезни желудка
- 3) гепатита
- 4) хронического панкреатита

177. ХОЛАТО-ХОЛЕСТЕРИНОВЫЙ КОЭФФИЦИЕНТ ЯВЛЯЕТСЯ ОТНОШЕНИЕМ

- 1)+ желчных кислот к концентрации холестерина в желчи
- 2) желчных кислот к холестерину в кале
- 3) холестерина к желчным кислотам в желчи
- 4) холестерина к желчным кислотам в кале

178. СКРИНИНГОВЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ультразвуковое исследование
- 2) колоноскопия
- 3) дуоденальное зондирование
- 4) эзофагогастродуоденоскопия

179. МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ

- 1)+ желчнокаменной болезни
- 2) гастрите
- 3) колите
- 4) энтерите

180. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ВАСИЛЕНКО ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ БОЛЕЗНЕННОСТИ ПРИ

- 1)+ перкуссии в проекции желчного пузыря на высоте вдоха
- 2) пальпации в точке желчного пузыря
- 3) поколачивании ребром ладони по реберной дуге справа
- 4) введении пальцев под реберную дугу на высоте вдоха или при кашле

181. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ клинического анализа крови
- 2) исследования свертывающей системы крови
- 3) анализа на антитела к *Helicobacter pylori*
- 4) теста на наличие билирубина в моче

182. ПРИ НАЛИЧИИ ПОВТОРЯЮЩИХСЯ БОЛЕЙ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, НЕ СВЯЗАННЫХ С ПОЛОЖЕНИЕМ ТЕЛА, В КРУГ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ дискинезию желчевыводящих путей
- 2) функциональный запор
- 3) интерстициальный цистит
- 4) язвенный проктит

183. ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ КЛОНОРХОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ копроскопию
- 2) микроскопию мокроты
- 3) молекулярную диагностику
- 4) микроскопию крови

184. ВЫРАЖЕННЫМ ЖЕЛЧЕГОННЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ

- 1)+ растительные жиры
- 2) животные жиры
- 3) углеводы
- 4) белки

185. В ФАЗЕ ЗАТУХАЮЩЕГО ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

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

186. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ СОКРАЩАЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ

- 1)+ холецистокинина
- 2) соматостатина
- 3) вазоактивного пептида
- 4) антихолецистокинина

187. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТАХ ОКАЗЫВАЮТ _____ ДЕЙСТВИЕ

- 1)+ спазмолитическое
- 2) литолитическое
- 3) возбуждающее
- 4) холекинетическое

188. ДЕТАМ С ДИСФУНКЦИЕЙ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ НАЗНАЧАЕТСЯ ДИЕТА №

- 1)+ 5
- 2) 1
- 3) 16
- 4) 3

189. БОЛЬНОМУ С ПРИСТУПОМ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ, ВЫЗВАННОЙ КАМНЯМИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ТРЕБУЕТСЯ ПРОВЕСТИ

- 1)+ консервативное лечение
- 2) экстренную операцию
- 3) антиферментную терапию
- 4) литотрипсию

190. БОЛЬНОМУ С ПРИСТУПОМ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ, ВЫЗВАННОЙ КАМНЯМИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ПОКАЗАНА

- 1)+ консервативная терапия
- 2) экстренная операция
- 3) срочная операция после купирования приступа
- 4) лапароскопическая холецистостомия

191. ЖЕЛЧЕГОННЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ

- 1)+ бессмертник
- 2) календула
- 3) крапива
- 4) подорожник

192. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ фуразолидон
- 2) налидиксовая кислота
- 3) хлорамфеникол
- 4) энтеросептол

193. НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ С ЛИТОЛИТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ рентгенонегативных (холестериновых) камнях
- 2) камнях диаметром более 20 мм
- 3) мелких конкрементах, занимающих более 1/2 объема желчного пузыря
- 4) отключенном желчном пузыре

194. В ЛЕЧЕНИИ ГИПОКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ холекинетики
- 2) альгинаты
- 3) алюминий содержащие антациды
- 4) панкреатические ферменты

195. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ метронидазол
- 2) энтеросептол
- 3) хлорамфеникол
- 4) канамицин

196. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БЕСКАМЕННОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН

- 1)+ гимекромон (одестон)
- 2) пинаверия бромид (дицетел)
- 3) отилония бромид (спазмомен)
- 4) альверин (метеоспазмил)

197. В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТАХ ЧАЩЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ антибактериальные препараты широкого спектра действия
- 2) препараты фурадоинового ряда
- 3) препараты налидиксовой кислоты
- 4) нестероидные противовоспалительные препараты

198. БОЛЬНОЙ С ЖЕЛТУХОЙ НА ФОНЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА НУЖДАЕТСЯ В

- 1)+ срочной операции
- 2) экстренной операции
- 3) интенсивном медикаментозном лечении
- 4) плазмаферезе

199. ВСЕМ БОЛЬНЫМ С ХОЛЕСТАЗОМ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

- 1)+ кальций и витамин Д
- 2) антигистаминные препараты
- 3) рифампицин
- 4) фенобарбитал

200. К ЛИТОЛИТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ урсофальк
- 2) папаверин
- 3) платифиллин
- 4) промедол

201. ТЮБАЖ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ

- 1)+ увеличения оттока желчи
- 2) обезболивания
- 3) уменьшения оттока желчи
- 4) уменьшения воспаления

202. ПРЕПАРАТОМ С ЖЕЛЧЕГОННЫМИ СВОЙСТВАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аллохол
- 2) омепразол
- 3) фамотидин
- 4) альгинат натрия

203. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЖЕЛЧЕГОННЫХ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ КОМПОНЕНТЫ БЫЧЬЕЙ ЖЕЛЧИ, ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ хроническом бескаменном холецистите
- 2) секреторной диарее
- 3) язвенной болезни в фазе обострения
- 4) обострении хронического панкреатита

204. КОНСЕРВАТИВНОЕ ВЕДЕНИЕ ХОЛЕСТЕРОЗА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ выявлении полипов размером более 1 см
- 2) полипозных формах заболевания
- 3) полипозно-сетчатых формах заболевания
- 4) индексе сокращения желчного пузыря более 30%

205. ПОМИМО СПАЗМОЛИТИЧЕСКОГО, УМЕРЕННЫМ ХОЛЕРЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ

- 1)+ гимекромон
- 2) дротаверин
- 3) мебеверин
- 4) гиосцин

206. В ЛЕЧЕНИИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ спазмолитические средства
- 2) H₂-блокаторы гистамина
- 3) сукралфат и его аналоги
- 4) ингибиторы протонной помпы

207. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ _____ УМЕНЬШАЕТСЯ ЛИТОГЕННОСТЬ ЖЕЛЧИ

- 1)+ урсодезоксихолевой кислоты
- 2) папаверина
- 3) атропина
- 4) рабепразола

208. ПРИ ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗЕ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

- 1)+ оперативное
- 2) стационарное в терапевтическом стационаре
- 3) амбулаторное с временным освобождением от работы на 3 недели
- 4) санаторно-курортное

209. ПРИМЕНЕНИЕ ДРОТАВЕРИНА ОГРАНИЧИВАЕТ

- 1)+ выраженный коронароангиосклероз
- 2) постхолецистэктомический синдром
- 3) язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
- 4) гипермоторная дискинезия желчных путей

210. ПРИ ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗЕ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ ПОКАЗАНО

- 1)+ оперативное лечение
- 2) направление во врачебно-трудовую экспертную комиссию для определения группы инвалидности
- 3) санаторно-курортное лечение
- 4) амбулаторное лечение с временным освобождением от работы на три недели

211. ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИ-ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОМ ТИПЕ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛИ ЭФФЕКТИВНЫ

- 1)+ спазмолитики
- 2) антибиотики
- 3) нитрофураны
- 4) сульфаниламиды

212. СПАЗМОЛИТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОБЛАДАЕТ

- 1)+ дротаверин
- 2) урсофальк
- 3) гастал
- 4) омепразол

213. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА (ПЕРВОЙ СТАДИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ урсодезоксихолевая кислота
- 2) аминотетрациклин
- 3) аминодигидротетрациклин
- 4) протеинсукцинат железа

214. ДЛЯ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ВЕСОМ 80 КГ СРЕДНЕСУТОЧНАЯ ДОЗА ХЕНОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ЛИТОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ

- 1)+ 15
- 2) 5
- 3) 20
- 4) 25

215. ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ПРИСТУПАМИ БИЛИАРНОЙ КОЛИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ холецистэктомия
- 2) растворение конкрементов литолитическими препаратами
- 3) дистанционная волновая литотрипсия
- 4) комплексная консервативная терапия

216. ОБРАЗОВАНИЕ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНОЙ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ПОБОЧНОЙ РЕАКЦИЕЙ

- 1)+ фибратов
- 2) статинов
- 3) эзетимиба
- 4) никотиновой кислоты

217. ПРИ НАЛИЧИИ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ ЛИТОГЕННОСТИ ЖЕЛЧИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧИТЬ

- 1)+ урсодезоксихолевую кислоту
- 2) омепразол
- 3) S-адеметионин
- 4) эссенциальные фосфолипиды

218. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ В СФИНКТЕРАХ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН

- 1)+ нитроглицерин
- 2) капотен
- 3) аспирин
- 4) анаприлин

219. БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НЕОБХОДИМО ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ В _____ ОТДЕЛЕНИЕ

- 1)+ хирургическое
- 2) терапевтическое
- 3) инфекционное
- 4) гастроэнтерологическое

220. УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ЛИТОТРИПСИЯ У БОЛЬНОГО ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ПРИ

- 1)+ одиночном конкременте диаметром менее 30 мм
- 2) множественных конкрементах диаметром более 10 мм
- 3) объеме конкрементов более 25% объема желчного пузыря
- 4) нефункционирующем желчном пузыре

221. ФИТОПРЕПАРАТОМ С ЖЕЛЧЕГОННЫМ ЭФФЕКТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хофитол
- 2) адеметионин
- 3) омепразол
- 4) лактулоза

222. ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ АДЕНОМИОМатОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наблюдение
- 2) литолитическая терапия
- 3) хирургическое лечение при всех типах аденомиоматоза
- 4) медикаментозная терапия

223. ПРЕПАРАТОМ ХОЛЕЛИТОЛИТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ урсодезоксихолевая кислота (УДХК)
- 2) сироп шиповника (Холосас)
- 3) экстракт желчи (Холензим)
- 4) S-аденозил-метионин (Гептрал)

224. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ _____ СОХРАНЯЕТСЯ БАЗОВЫЙ ТОНУС ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

- 1)+ орнитина
- 2) мебеверина
- 3) платифиллина
- 4) дротаверина

225. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гиперчувствительность
- 2) хронический описторхоз
- 3) неалкогольный стеатогепатит
- 4) дискинезия желчевыводящих путей

226. БОЛЬНОМУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ПРИСТУПОМ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ ПОКАЗАНА

- 1)+ консервативная терапия
- 2) экстренная холецистэктомия
- 3) папиллосфинктеротомия
- 4) экстренная лапароскопия

227. В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

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

228. В ЛЕЧЕНИИ ГИПОКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ холекинетики
- 2) спазмолитики
- 3) хирургическое лечение
- 4) антациды

229. У ПАЦИЕНТА С КАМНЕМ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ бессимптомном камненосительстве
- 2) острым панкреатите
- 3) желчной колике при нефункционирующем желчном пузыре
- 4) желчной колике при нефункционирующем желчном пузыре и расширенном холедохе

230. ПОСЛЕ РАСТВОРЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ ЛЕЧЕНИЕ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТОЙ СЛЕДУЕТ ПРОДОЛЖИТЬ В ТЕЧЕНИЕ

- 1)+ 3 месяцев
- 2) 2 недель
- 3) 1 месяца
- 4) 6 месяцев

231. В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С «БИЛИАРНЫМ СЛАДЖЕМ» ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ препараты урсодезоксихолевой кислоты
- 2) холинолитики
- 3) панкреатические ферменты
- 4) альгинаты

232. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ метронидазол
- 2) фталазол
- 3) энтерол
- 4) рифаксимин

233. ОТ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО РАСТВОРЕНИЯ КАМНЕЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ РЕКОМЕНДОВАНО ОТКАЗАТЬСЯ ПРИ

- 1)+ наличии признаков воспаления желчного пузыря
- 2) наличии холестериновых камней без признаков кальцификации
- 3) одиночном конкременте диаметром менее 30 мм
- 4) объеме конкрементов менее 25% объема желчного пузыря

234. УВЕЛИЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА РАСТИТЕЛЬНЫХ ЖИРОВ И ОБОГАЩЕНИЕ РАЦИОНА ПИЩЕВЫМИ ВОЛОКНАМИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ

- 1)+ гипомоторной дисфункции желчного пузыря
- 2) гипермоторной дисфункции желчного пузыря
- 3) хроническом гепатите
- 4) хроническом панкреатите

235. ПРИ БЕССИМПТОМНОМ ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗЕ, ВЫЯВЛЕННОМ СЛУЧАЙНО ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ выжидательная тактика ведения больного
- 2) плановая холецистэктомия
- 3) ретроградная холангиопанкреатография
- 4) профилактическое лечение желчегонными препаратами

236. ПРИ БЕССИМПТОМНОМ ТЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ПОКАЗАНО

- 1)+ наблюдение пациента без активного лечения
- 2) проведение холецистэктомии в течение 6 месяцев
- 3) проведение срочной холецистэктомии
- 4) проведение холецистолитотомии

237. ХОЛЕКИНЕТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ холецистокинин
- 2) холензим
- 3) осалмид
- 4) аллохол

238. ПРИ ПРАВИЛЬНОМ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К ПЕРОРАЛЬНОЙ ЛИТОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РАСТВОРЕНИЕ КАМНЕЙ В ТЕЧЕНИЕ 1 ГОДА ЛЕЧЕНИЯ ДОСТИГАЕТСЯ У ____ ПРОЦЕНТОВ БОЛЬНЫХ

- 1)+ 60
- 2) 40
- 3) 50
- 4) 20

239. СУТОЧНАЯ ДОЗА УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ, ПРИМЕНЯЕМАЯ ДЛЯ РАСТВОРЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ, СОСТАВЛЯЕТ ____ МГ/КГ

- 1)+ 10-15
- 2) 7-8
- 3) 20-25
- 4) 29-30

240. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЖЁЛЧНОЙ КОЛИКЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ

- 1)+ мебеверина гидрохлорид
- 2) итоприда гидрохлорид
- 3) дибазол
- 4) морфин

241. ПРИ «ФАРФОРОВОМ» ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ ПОКАЗАНА

- 1)+ плановая холецистэктомия
- 2) срочная холецистэктомия
- 3) выжидательная тактика
- 4) открытая холецистэктомия

242. С ЦЕЛЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ ЛИТОЛИЗА КОНКРЕМЕНТОВ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ урсодезоксихолевую кислоту
- 2) аллохол
- 3) гепатофальк
- 4) расторопши пятнистой плоды

243. ПРИ ГИПЕРМОТОРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОКАЗАНО ОГРАНИЧЕНИЕ В РАЦИОНЕ

- 1)+ жиров
- 2) белков
- 3) углеводов
- 4) витаминов

244. ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАНОВОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ СЛУЖИТ

- 1)+ холецистолитиаз с рецидивами желчной колики
- 2) бессимптомный холецистолитиаз
- 3) холестероз желчного пузыря
- 4) бессимптомный сладж пузырной желчи

245. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО - КИШЕЧНОГО ТРАКТА К ОПТИМАЛЬНЫМ ДЫХАТЕЛЬНЫМ УПРАЖНЕНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1)+ диафрагмальные
- 2) динамические
- 3) дренажные
- 4) с предметами

246. ДЕЙСТВИЕ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ СОВМЕСТНОМ ПРИМЕНЕНИИ С АЛЮМИНИЙСОДЕРЖАЩИМИ АНТАЦИДАМИ

- 1)+ уменьшается
- 2) увеличивается
- 3) не изменяется
- 4) полностью нейтрализуется

247. В ЛПУ ПРИ ВЫРАЖЕННОМ ОБОСТРЕНИИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА НАЗНАЧАЕТСЯ _____ ВАРИАНТ СТАНДАРТНОЙ ДИЕТЫ

- 1)+ щадящий
- 2) основной
- 3) низкокалорийный
- 4) низкобелковый

248. ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРЕПАРАТЫ

- 1)+ урсодезоксихоловой кислоты
- 2) ингибиторов протонной помпы
- 3) холецистокинетиков
- 4) 5-аминосалициловой кислоты

249. ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОЙ ЛИТОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ИСПОЛЬЗУЮТ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВУЮ КИСЛОТУ В ДОЗЕ (В МГ/КГ)

- 1)+ 10-15
- 2) 20-25
- 3) 5-7,5
- 4) 30

250. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ повреждение общего желчного протока
- 2) аэробилию
- 3) гемобилию
- 4) оставленный шовный материал

251. ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАНОВОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рецидивирующая желчная колика (два и более приступа)
- 2) бессимптомное носительство камней желчного пузыря
- 3) выявление множественных (более 3), мелких (менее 3,0 мм) камней желчного пузыря
- 4) сладж желчного пузыря

252. ДОЗА УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ, ПРИМЕНЯЮЩАЯСЯ ДЛЯ ЛИТОЛИЗА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ массы тела пациента
- 2) возраста и пола пациента
- 3) количества камней в просвете желчного пузыря
- 4) состава камней в просвете желчного пузыря

253. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БИЛИАРНОЙ КОЛИКИ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ спазмолитики
- 2) антидепрессанты
- 3) ферментные препараты
- 4) антисекреторные препараты

254. ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАНОВОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ СЛУЖИТ

- 1)+ нефункционирующий желчный пузырь
- 2) бессимптомный камень желчного пузыря
- 3) желчный осадок (сладж желчного пузыря)
- 4) перегиб шейки желчного пузыря

255. ДЛЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛИ, СПАЗМОВ В ОБЛАСТИ КИШЕЧНИКА, СВЯЗАННЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА, ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ мебеверин
- 2) эзомепразол
- 3) натрия пикосульфат
- 4) урсодезоксихолевую кислоту

256. ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ЭМПИЕМОЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ПОКАЗАНА ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ

- 1)+ срочная
- 2) плановая
- 3) открытая
- 4) из минидоступа

257. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗА ПРИМЕНЯЮТ ПРЕПАРАТЫ _____ КИСЛОТЫ

- 1)+ урсодезоксихолевой
- 2) литохолевой
- 3) кетолитохолевой
- 4) таурохолевой

258. В ЛПУ БОЛЬНЫМ С ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НАЗНАЧАЮТ _____ ВАРИАНТ СТАНДАРТНОЙ ДИЕТЫ

- 1)+ основной
- 2) щадящий
- 3) высокобелковый
- 4) низкокалорийный

259. ХОЛЕКИНЕТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ берберина бисульфат
- 2) осалмид
- 3) аллохол
- 4) холензим

260. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ОНДАНСЕТРОНА ВНУТРЬ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ I триместр беременности
- 2) послеоперационная тошнота
- 3) хроническое абстинентное состояние
- 4) длительный прием омепразола

261. ДЕЙСТВИЕ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1)+ уменьшением синтеза холестерина в печени
- 2) повышением всасывания холестерина в кишечнике
- 3) повышением концентрации холестерина в желчи
- 4) подавлением образования и выведения желчи

262. ПИЩЕВЫЕ ВОЛОКНА СПОСОБСТВУЮТ

- 1)+ снижению насыщенности желчи холестерином
- 2) гипермоторной дисфункции желчного пузыря
- 3) гипомоторной дисфункции желчного пузыря
- 4) снижению реологических свойств желчи

263. ПРИ НАРУШЕНИИ СИНТЕЗА И ТОКА ЖЕЛЧИ ЭФФЕКТИВЕН

- 1)+ адеметионин
- 2) платифиллин
- 3) метоклопрамид
- 4) пинаверия бромид

264. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ спазмолитики
- 2) антибактериальные препараты
- 3) антисекреторные препараты
- 4) пищеварительные ферменты

265. ПРИ ГИПЕРТОНУСЕ И СПАЗМЕ СФИНКТЕРА ОДДИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ мебеверина
- 2) итоприда
- 3) домперидона
- 4) октреотида

266. В РАМКАХ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ И ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ БОЛИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ спазмолитиков
- 2) панкреатических ферментов
- 3) антисекреторных препаратов
- 4) холецистокинетиков

267. НАПИТКОМ, РАЗРЕШЕННОМ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отвар шиповника
- 2) крепкий чай
- 3) кофе
- 4) свежавыжатый сок

268. ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАНОВОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ камней в желчном пузыре
- 2) аномалии желчного пузыря
- 3) камней в печеночных протоках
- 4) хронического холецистита

269. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЛИТОЛИЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ локализация камней в общем желчном протоке
- 2) пузырная локализация камней
- 3) размер камней до 2 см
- 4) одиночный преимущественно холестериновый конкремент

270. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЕ И БЕЗОПАСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ СФИНКТЕРА ОДДИ ПО БИЛИАРНОМУ ТИПУ ВКЛЮЧАЕТ ПРИЕМ СПАЗМОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В СОЧЕТАНИИ С

- 1)+ препаратами урсодезоксихолевой кислоты
- 2) антибиотиками
- 3) нестероидными противовоспалительными препаратами
- 4) местнодействующими глюкокортикостероидами

271. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ полная обструкция желчных путей
- 2) первичный склерозирующий холангит
- 3) наличие холестериновых камней в желчном пузыре
- 4) холестаз при парентеральном питании

272. ДЛЯ РАСТВОРЕНИЯ ХОЛЕСТЕРИНОВЫХ КАМНЕЙ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ урсодезоксихолевую кислоту
- 2) ингибиторы протонной помпы
- 3) H₂-блокаторы
- 4) прокинетики

273. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ МЕТОКЛОПРАМИДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ болезнь Паркинсона
- 2) дискинезия желчевыводящих путей
- 3) гастроэзофагеальный рефлюкс
- 4) обострение язвенной болезни желудка

274. НАИБОЛЕЕ БЛИЗКИМ ПО МЕХАНИЗМУ ДЕЙСТВИЯ К ХОЛЕЦИСТОКИНИНУ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гимекромон
- 2) аллохол
- 3) холестирамин
- 4) препарат урсодезоксихолевой кислоты

275. ПРИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В РАЦИОНЕ ПАЦИЕНТА ОГРАНИЧИВАЮТ

- 1)+ жиры животного происхождения
- 2) белки
- 3) жиры растительные
- 4) углеводы

276. МЕБЕВЕРИН ОТНОСИТСЯ К

- 1)+ блокаторам натриевых каналов
- 2) донаторам оксида азота
- 3) блокаторам кальциевых каналов
- 4) ингибиторам фосфодиэстеразы

277. ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ЛИТОЛИЗА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ урсодезоксихолевую кислоту
- 2) адеметионин
- 3) ондансетрон
- 4) гимекромон

278. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ВНУТРИВЕННОМУ ВВЕДЕНИЮ ОНДАНСЕТРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ удлинение QT
- 2) рвота на фоне цитостатической терапии
- 3) послеоперационная рвота
- 4) печеночная недостаточность

279. ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ ТЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

- 1)+ хирургическое лечение
- 2) проведение ударной литотрипсии
- 3) назначение препаратов хенодезоксихолевой кислоты
- 4) назначение гепатопротекторов

280. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ морфина
- 2) дротаверина
- 3) атропина
- 4) мебеверина

281. ПРОВЕДЕНИЕ ЛИТОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТОЙ ПОКАЗАНО

- 1)+ женщине 45 лет с одним конкрементом менее 1 см
- 2) мужчине 60 лет с множественными камнями и «отключенным» желчным пузырем
- 3) женщине 49 лет с двумя конкрементами более 2 см в диаметре
- 4) женщине 57 лет с часто рецидивирующими приступами билиарной колики и острым калькулезным холециститом в анамнезе

282. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ХОЛЕКИНЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ калькулезный холецистит
- 2) некалькулезный холецистит
- 3) гипомоторная дискинезия желчного пузыря
- 4) постхолецистэктомический синдром

Тема 3. Заболевания печени.

1. ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ЛЮБОЙ ЭТИОЛОГИИ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

- 1)+ трансаминаз
- 2) щелочной фосфатазы
- 3) холестерина
- 4) прямого билирубина

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1)+ артериальная гипертензия
- 2) синдром раздраженного кишечника
- 3) гастрит, ассоциированный с *H. Pylori*
- 4) гипертиреоз

3. ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ СНИЖАЕТСЯ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, ВСЛЕДСТВИЕ

- 1)+ нарушения синтетической функции гепатоцитов
- 2) нарушения всасывания белков из кишечника
- 3) портальной гипертензии
- 4) диспротеинемии

4. ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ снижение протромбинового индекса, повышение билирубина, снижение альбумина
- 2) снижение протромбинового индекса, снижение билирубина, повышение трансаминаз
- 3) повышение билирубина, повышение трансаминаз, повышение холестерина
- 4) повышение протромбинового индекса, повышение билирубина, повышение трансаминаз

5. ПРИ ГЕПАТОКАРЦИНОМЕ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ

- 1)+ альфафетопротейна
- 2) прокальцитонина
- 3) гамма-глобулина
- 4) бетафитостерина

6. ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ В КРОВИ ПОВЫШЕНО СОДЕРЖАНИЕ

- 1)+ гамма-глобулина и IgG
- 2) бета-глобулина и IgA
- 3) альфа2-глобулина и IgM
- 4) альфа1-глобулина и IgE

7. ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ СНИЖЕНИЯ

- 1)+ альбумина
- 2) гамма-глобулина
- 3) альфа1-глобулина
- 4) бета-глобулина

8. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КУРСА ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ anti-HBs
- 2) anti-HBcore IgM
- 3) anti-HBcore IgG
- 4) anti-HBe

9. МОСТОВИДНЫЕ НЕКРОЗЫ ПЕЧЕНИ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

- 1)+ хроническом гепатите высокой активности
- 2) наследственном гемохроматозе
- 3) желчнокаменной болезни
- 4) жировой дистрофии печени

10. О РАЗВИТИИ РАКА ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ЦИРРОЗА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ

- 1)+ альфа-фетопротеина
- 2) аспаратаминотрансферазы
- 3) иммуноглобулина А
- 4) холинэстеразы

11. СИНДРОМОМ, ОТЛИЧАЮЩИМ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ портальная гипертензия
- 2) гепатомегалия
- 3) печеночно-клеточная недостаточность
- 4) цитолитический синдром

12. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТАДИИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ эластометрию
- 2) ультразвуковое исследование
- 3) рентгенографию
- 4) ирригоскопию

13. ДИАГНОЗ «ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ» СТАВИТСЯ ПРИ СОХРАНЕНИИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ НЕ МЕНЕЕ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 6
- 2) 5
- 3) 4
- 4) 3

14. ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ПИЩЕВОДА И КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ циррозе печени
- 2) вирусном гепатите
- 3) метастатическом поражении печени
- 4) болезни Кароли

15. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ У БОЛЬНОГО С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, РАЗВИВШИМСЯ НА ФОНЕ НАРАСТАЮЩЕЙ ЖЕЛТУХИ, КОЖНОГО ЗУДА, ОБЕСЦВЕЧЕННОГО СТУЛА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ удлинение протромбинового времени (снижение протромбинового индекса)
- 2) снижение концентрации фибриногена в крови
- 3) снижение концентрации VIII фактора
- 4) снижение количества тромбоцитов в крови

16. НАИБОЛЕЕ БЫСТРЫЙ ТЕМП РАЗВИТИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ аутоиммунном (люпоидном) гепатите
- 2) хроническом вирусном гепатите В
- 3) хроническом вирусном гепатите С
- 4) алкогольной интоксикации

17. ДИАГНОЗ «ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ» ПОДТВЕРЖДЕН ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ В БИОПСИЙНОМ МАТЕРИАЛЕ

- 1)+ нарушенного долькового строения
- 2) ступенчатых некрозов гепатоцитов
- 3) стеатоза гепатоцитов
- 4) расширенных портальных трактов

18. ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ СИНДРОМ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижением содержания тромбоцитов
- 2) наличием асцита
- 3) снижением количества ретикулоцитов
- 4) повышением уровня билирубина

19. ИММУНООПОСРЕДОВАННЫМ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ криоглобулинемия
- 2) стригущий лишай
- 3) остеопороз
- 4) акне

20. ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НАСЛЕДСТВЕННОГО МИКРОСФЕРОЦИТОЗА (БОЛЕЗНИ МИНКОВСКОГО – ШОФФАРА) И ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ (СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА) ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ морфология эритроцитов
- 2) уровень билирубина
- 3) общее состояние больных
- 4) возраст больных

21. К ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮЩИМ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С, ОТНОСЯТ

- 1)+ гепатоцеллюлярную карциному
- 2) рак желудка
- 3) рак легких
- 4) лимфому

22. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВКЛЮЧАЮТ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

- 1)+ гамма-ГТ и щелочной фосфатазы
- 2) АЛТ
- 3) АСТ
- 4) АЛТ и АСТ

23. К ПРОЯВЛЕНИЯМ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ ОТНОСЯТ

- 1)+ артралгию
- 2) кольцевидную эритему
- 3) реактивный гастрит
- 4) асцит

24. КЛЮЧЕВУЮ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ АСЦИТА У ПАЦИЕНТА С ДИАГНОЗОМ «ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ» ИГРАЕТ

- 1)+ портальная гипертензия
- 2) снижение коллоидно-осмотического давления плазмы
- 3) вторичный гиперальдостеронизм
- 4) гиперэстрогения

25. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ 60-ЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ГИПЕРСПЛЕНИЗМОМ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ

- 1)+** асцит
- 2) диаметр v. portae при доплерографии 10 мм
- 3) рубиновые пятна
- 4) тромбоцитоз

26. СТЕАТОЗ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ, ЗАРАЖЕННЫХ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С, ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЕ НА

- 1)+** индекс фиброза
- 2) уровень триглицеридов в крови
- 3) уровень вирусной нагрузки
- 4) уровень активности АЛТ и АСТ в сыворотке

27. К НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ЦИТОЛИЗА ГЕПАТОЦИТОВ ОТНОСЯТ

- 1)+** повышение активности АЛТ и АСТ
- 2) повышение уровня билирубина и желчных пигментов
- 3) снижение сулемового титра и тимоловой пробы
- 4) гиперальбуминемию, гипопротромбинемию

28. ЖИРОВАЯ ДИСТРОФИЯ ПЕЧЕНИ И СТЕАТОГЕПАТИТ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+** сахарного диабета 2 типа
- 2) хронической сердечной недостаточности
- 3) системной красной волчанки
- 4) саркоидоза с поражением печени

29. ЦИТОЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ

- 1)+** активности патологического процесса
- 2) мезенхимального воспаления
- 3) печеночно-клеточной недостаточности
- 4) портальной гипертензии

30. ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ

- 1)+** углеводдефицитного (десилизированного) трансферрина
- 2) альбумина
- 3) неконъюгированного билирубина
- 4) щелочной фосфатазы

31. ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ СНИЖЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** гипопротромбинемия
- 2) гипертриглицеридемия
- 3) гаптоглобулинемия
- 4) гипоферментемия

32. ПРИЧИНОЙ ПИЩЕВОДНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** повышение давления в портальной вене
- 2) снижение гемоглобина крови
- 3) высокая вирусная нагрузка
- 4) желтуха

33. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА – КОНОВАЛОВА ПРИМЕНЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1)+ церулоплазмина сыворотки
- 2) креатинфосфокиназы в крови
- 3) уровня белка Бенс-Джонса в моче
- 4) уровня цианкоболамина в крови

34. КЛИНИЧЕСКИ ЗАПОДОЗРИТЬ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОЗВОЛЯЮТ

- 1)+ нарастание желтухи, геморрагический синдром
- 2) желтуха, слабость
- 3) геморрагический синдром, похудание
- 4) нарастание слабости, желтуха

35. ПОКАЗАТЕЛЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ АКТИВНОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ АЛТ
- 2) щелочная фосфатаза
- 3) альбумин
- 4) холестерин

36. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЖЕЛТУХИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОТ ЖЕЛТУХИ ПРИ АКТИВНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ ретикулоцитоза
- 2) гипербилирубинемии
- 3) спленомегалии
- 4) субфебрилитета

37. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА – КОНОВАЛОВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышение уровня экскреции меди с мочой, снижение уровня церулоплазмина, полиморфизм гена АТФазы Р, наличие кольца Кайзера-Флейшера на роговице при исследовании щелевой лампой
- 2) наличие синдрома холестаза, повышение уровня ферритина и сывороточного железа
- 3) повышение уровня щелочной фосфатазы, трансаминаз, церулоплазмина, наличие неврологической симптоматики
- 4) наличие синдрома цитолиза, гиперспленизма, панцитопении

38. ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ФУЛЬМИНАТНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ

- 1)+ Е
- 2) В
- 3) С
- 4) А

39. РАННИМ БИОХИМИЧЕСКИМ МАРКЁРОМ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ падение протромбинового индекса крови
- 2) высокая активность АЛТ
- 3) низкий уровень общего белка сыворотки крови
- 4) высокий уровень прямого билирубина в крови

40. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ геморрагический синдром
- 2) увеличение размеров печени
- 3) брадикардия
- 4) диспепсия

41. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА, ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС CHILD-PUGH НЕ ВКЛЮЧАЕТ КЛИНИКО- ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ

- 1)+ количества тромбоцитов
- 2) наличия асцита
- 3) стадии печеночной энцефалопатии
- 4) протромбинового времени/индекс

42. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ СПЕЦИФИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышение уровня антимитохондриальных антител
- 2) наличие антител к цитоплазме нейтрофилов
- 3) повышение титра антител к цитруллину
- 4) увеличение уровня антител к кардиолипину

43. ПРИ ПОВЫШЕНИИ БИЛИРУБИНА, ТИПИЧНОМ ДЛЯ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА, НАДО ИСКЛЮЧИТЬ

- 1)+ гемолитическую анемию
- 2) инфекционный мононуклеоз
- 3) острый вирусный гепатит А
- 4) хроническую алкогольную интоксикацию

44. ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН ПИЩЕВОДА

- 1)+ с увеличением селезенки
- 2) с уменьшением селезенки
- 3) с эхонеоднородностью селезенки
- 4) со снижением эхоплотности селезенки

45. ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА – КОНОВАЛОВА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЮТСЯ ОРГАНЫ-МИШЕНИ: ПЕЧЕНЬ И

- 1)+ головной мозг
- 2) почки
- 3) лёгкие
- 4) сердце

46. ДИАГНОЗ «ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ С» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- 1)+ выявления РНК HCV
- 2) выявления ДНК HCV
- 3) повышения уровня ЩФ
- 4) повышения уровня АСТ

47. ПОСЛЕ ПОЛНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В В КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ анти- HBs и отсутствие анти-HBcor
- 2) анти- HBs и наличие анти-HBcor
- 3) анти-HBcor и отсутствие анти- HBs
- 4) HBs антигена и отсутствие анти-HBe

48. К НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ У ПАЦИЕНТА С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И АСЦИТОМ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ

- 1)+ спонтанный бактериальный перитонит
- 2) увеличение размеров селезенки
- 3) одышку при физической нагрузке
- 4) венозные коллатерали на брюшной стенке

49. ЗАПОДОЗРИТЬ ПЕЧЕНОЧНУЮ ЭНЦЕФАЛОПАТИЮ СЛЕДУЕТ ПРИ

- 1)+ «печеночном» запахе
- 2) запахе ацетона при дыхании
- 3) лихорадке
- 4) геморрагическом диатезе

50. С ПОЗИЦИИ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ УВЕЛИЧЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИНА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПРИ

- 1)+ гепатоцеллюлярном раке
- 2) карциноме толстой кишки
- 3) раке поджелудочной железы
- 4) карциноме желчного пузыря

51. ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ОТЛИЧАЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

- 1)+ портокавальных и кава-кавальных анастомозов
- 2) цитолитического синдрома
- 3) холестатического синдрома
- 4) паренхиматозной желтухи

52. РАННИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кожный зуд
- 2) асцит
- 3) желтуха
- 4) спленомегалия

53. ДЛЯ ОЦЕНКИ КЛАССА ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПО ШКАЛЕ ЧАЙЛДА-ПЬЮ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ степень энцефалопатии
- 2) степень варикоза вен пищевода
- 3) концентрацию альбумина в асцитической жидкости
- 4) степень расширения воротной вены по данным УЗИ

54. ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СОЛИДНОГО МЕТАСТАТИЧЕСКОГО УЗЛА В ПЕЧЕНИ?

- 1)+ эффект дистального псевдоусиления
- 2) эффект дистального ослабления
- 3) деформация сосудистого рисунка печени
- 4) нарушение контура печени

55. КРОМЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ, В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ А1-АНТИТРИПСИНА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИСУТСТВУЕТ

- 1)+ дыхательная недостаточность
- 2) остеомалация (патологические переломы)
- 3) нарушение фертильности
- 4) прогрессирующая энцефалопатия

56. ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ D МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ СУПЕРИНФЕКЦИИ ПРИ

- 1)+ любой форме хронического гепатита В
- 2) только при HBeAg+ варианте хронического гепатита В
- 3) только при HBeAg отрицательном варианте хронического гепатита В
- 4) только при активном носительстве HBs антигена

57. МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ фиброз, узловая регенерация
- 2) атрофия, воспалительная инфильтрация
- 3) жировая дистрофия, инфильтрация лимфоцитами
- 4) воспалительно-инфильтративная реакция, атрофия

58. СЕКРЕТИРУЕМЫМ В КРОВЬ ФЕРМЕНТОМ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ холинэстераза
- 2) аланинаминотрансфераза
- 3) лактатдегидрогеназа
- 4) щелочная фосфатаза

59. УРОВЕНЬ СВЯЗАННОГО (КОНЪЮГИРОВАННОГО) БИЛИРУБИНА В КРОВИ НЕ ВОЗРАСТАЕТ ПРИ

- 1)+ гемолитической желтухе
- 2) синдроме Ротора
- 3) синдроме Дабина-Джонсона
- 4) хроническом активном гепатите

60. ДЛЯ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ХАРАКТЕРНО ПРЕОБЛАДАЮЩЕЕ ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ В КРОВИ

- 1)+ гамма-глутамилтранспептидазы
- 2) аланинаминотрансферазы
- 3) лактатдегидрогеназы
- 4) алкогольдегидрогеназы

61. СРОК ИСЧЕЗНОВЕНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ СОСТАВЛЯЕТ ДО ____ СУТОК ЖИЗНИ

- 1)+ 10
- 2) 4
- 3) 14
- 4) 28

62. К НАРУШЕНИЮ АРХИТЕКТониКИ ПЕЧЕНИ, ВЫЯВЛЯЕМОМУ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ, ОБЫЧНО НЕ ПРИВОДИТ

- 1)+ жировой гепатоз
- 2) первичный рак печени
- 3) метастатическое поражение печени
- 4) цирроз печени

63. УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ расширение внепеченочной части воротной вены более 14 мм в диаметре
- 2) расширение селезеночной вены менее 6 мм в диаметре
- 3) увеличение желчного пузыря
- 4) уменьшение селезенки

64. ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ повышение активности АЛТ, АСТ
- 2) повышение активности ЩФ, ГГТП
- 3) снижение уровня общего белка, альбуминов, холестерина, протромбина
- 4) повышение уровня иммуноглобулинов, γ-глобулинов

65. ДЛЯ ПЕЧЁНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ СНИЖЕНИЕ АЛЬБУМИНА, ПОВЫШЕНИЕ БИЛИРУБИНА, А ТАКЖЕ

- 1)+ снижение протромбинового индекса
- 2) повышение протромбинового индекса
- 3) повышение холестерина
- 4) повышение мочевины

66. ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, ГИПЕРГЛИКЕМИЯ, ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ, ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЖЕЛЕЗА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ гемохроматоза
- 2) хронического гепатита вирусной этиологии
- 3) гиперфункции надпочечников
- 4) болезни Вильсона – Коновалова

67. НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ С ВЫРАЖЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ГЛЮКУРОНИЛТРАНСФЕРАЗЫ И ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

- 1)+ Криглера – Найяра
- 2) Жильбера
- 3) Ротора
- 4) Дабина-Джонсона

68. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ БЛЕДНОЙ ПОГАНКОЙ ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ острая печеночная недостаточность
- 2) острая почечная недостаточность
- 3) острая дыхательная недостаточность
- 4) судорожный синдром

69. ПРОВЕДЕНИЕ РЕКТОСКОПИИ И ФИБРОГАСТРОСКОПИИ У РЕБЕНКА С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПЕЧЕНИ ТРЕБУЕТСЯ ПРИ

- 1)+ портальной гипертензии
- 2) холецистохолангите
- 3) гепатите
- 4) желчекаменной болезни

70. АНАТОМИЧЕСКИ В ПЕЧЕНИ ВЫДЕЛЯЮТ ____ СЕГМЕНТОВ

- 1)+ 8
- 2) 6
- 3) 7
- 4) 5

71. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ГЕМОХРОМАТОЗА НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРОЦЕДУРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ биопсия печени
- 2) биопсия кожи
- 3) биопсия тонкой кишки
- 4) ректальная биопсия

72. РАННИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ОБЫЧНО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кожный зуд
- 2) асцит
- 3) спленомегалия
- 4) желтуха

73. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В В КРОВИ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ HBS АНТИГЕН И

- 1)+ повышенный или нормальный уровень АЛТ и ДНК HBV
- 2) повышенный или нормальный уровень АЛТ, антитела к HBe антигену при отсутствии ДНК HBV
- 3) повышенный уровень АЛТ и наличие высокого титра антител к HBs антигену
- 4) антитела класса IgM к HBs антигену при отсутствии ДНК HBV

74. ДЛЯ ВЫРАЖЕННОГО НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ХАРАКТЕРНА

- 1)+ гипопроотеинемия
- 2) гиперхолестеринемия
- 3) гипокалиемия
- 4) гиперфибриногенемия

75. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ РАЗМЕРЫ ПЕЧЕНИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ЦИРРОЗА ЧАЩЕ

- 1)+ увеличены
- 2) находятся в пределах нормы
- 3) уменьшены
- 4) значительно уменьшены

76. ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ОБЫЧНО БОЛЕЮТ

- 1)+ женщины
- 2) мужчины
- 3) девочки
- 4) мальчики

77. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЗРОСЛЫХ ДОПУСТИМЫМИ РАЗМЕРАМИ ДОЛЕЙ ПЕЧЕНИ ОБЫЧНО ЯВЛЯЮТСЯ ТОЛЩИНЫ ПРАВОЙ ДО _____ ММ И ЛЕВОЙ ДО _____ ММ

- 1)+ 120-140; 60
- 2) 152-165; 60
- 3) 172-185; 50
- 4) 142-155; 75

78. ПРИ КРУПНОУЗЛОВОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ НА ПЕРВЫЙ ПЛАН ВЫСТУПАЕТ

- 1)+ печеночно-клеточная недостаточность
- 2) портальная гипертензия
- 3) холестаз
- 4) астения

79. К МЕЛКОУЗЛОВОМУ ЦИРРОЗУ ПЕЧЕНИ ОБЫЧНО ПРИВОДИТ

- 1)+ злоупотребление алкоголем
- 2) перенесенный вирусный гепатит
- 3) заболевания желчевыводящих путей
- 4) жировой гепатоз

80. ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ТРАНСАМИНАЗ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ УКАЗЫВАЕТ НА

- 1)+ острый вирусный гепатит
- 2) микронодулярный цирроз печени
- 3) первичный билиарный цирроз
- 4) аминазиновую желтуху

81. НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРОТЕКАЮЩИМ С НАРУШЕНИЕМ КОНЪЮГАЦИИ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА И ИМЕЮЩИМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

- 1)+ Жильбера
- 2) Вильсона – Коновалова
- 3) Найяра – Криглера
- 4) Ротора

82. УВЕЛИЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ IGM И ПОЯВЛЕНИЕ АУТОАНТИТЕЛ К КОМПОНЕНТАМ МИТОХОНДРИЙ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛТУХОЙ И ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ ЧАЩЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ первичном билиарном циррозе печени
- 2) портальной гипертензии
- 3) вирусном генезе заболевания
- 4) алкогольном генезе заболевания

83. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кожный зуд
- 2) желтуха
- 3) кровоточивость
- 4) боль в пояснице

84. ТЕЛЬЦА МАЛЛОРИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ В БИОПТАТЕ ПРИ ЦИРРОЗЕ

- 1)+ алкогольном
- 2) инфекционном
- 3) билиарном
- 4) идиопатическом

85. ХРОНИЧЕСКАЯ НЕГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ НЕКОНЪЮГИРОВАННАЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ (КРИГЛЕР – НАЙЯРА) ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1)+ уменьшения или отсутствия глюкуронилтрансферазы
- 2) нарушенной билирубин-альбуминовой диссоциации
- 3) уменьшения внутриклеточного транспорта билирубина
- 4) уменьшения захвата билирубина гепатоцитами

86. ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА АЛКОГОЛЬНУЮ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА НУЖНО ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

- 1)+ гамма-глутамилтранспептидазы
- 2) аланинаминотрансферазы
- 3) аспартатаминотрансферазы
- 4) холинэстеразы

87. К ПРИЧИНАМ ИЗБЫТОЧНОГО СОДЕРЖАНИЯ ЖЕЛЕЗА В КРОВИ ПРИ ГЕМОХРОМАТОЗЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ увеличение всасывания железа из кишечника
- 2) расстройство экскреции железа из организма
- 3) неспособность печени метаболизировать железо
- 4) множественные гемотрансфузии

88. В ЛЕВОЙ ПРОДОЛЬНОЙ БОРОЗДЕ НА ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПЕЧЕНИ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ круглая связка печени и венозная связка
- 2) воротная вена
- 3) нижняя полая вена
- 4) печёночная артерия

89. ПРИ ОБЩЕКЛИНИЧЕСКОМ ФИЗИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНЬ

- 1)+ плотная, край ее заострен
- 2) бугристая, каменной плотности
- 3) уплотнена, край закруглен
- 4) обычной консистенции, увеличена

90. ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С ХАРАКТЕРНО

- 1)+ наличие безжелтушных форм в 95% случаев в острой фазе инфекции
- 2) развитие хронизации заболевания не более чем в 5 % случаев
- 3) частое развитие фульминантных форм течения острой инфекции
- 4) отсутствие формирования цирроза

91. ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ПРИВОДИТ К ВАРИКОЗНОМУ РАСШИРЕНИЮ ВЕН

- 1)+ нижней трети пищевода
- 2) ротоглотки
- 3) верхней трети пищевода
- 4) корня языка

92. СИНДРОМ БАДДА-КИАРИ ОСЛОЖНЯЕТ ТЕЧЕНИЕ

- 1)+ миелопролиферативных заболеваний
- 2) миелодиспластического синдрома
- 3) болезни Верльгофа
- 4) аутоиммунных гемолитических анемий

93. КОНЦЕНТРАЦИЯ ПРЯМОГО (СВЯЗАННОГО, КОНЪЮГИРОВАННОГО) БИЛИРУБИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ ЖЕЛТУХЕ

- 1)+ и паренхиматозной, и обтурационной
- 2) только обтурационной
- 3) только паренхиматозной
- 4) гемолитической

94. К РЕШАЮЩИМ ФАКТОРАМ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ данные гистологического исследования печени
- 2) данные анамнеза о перенесенном вирусном гепатите
- 3) выявление в сыворотке крови австралийского антигена
- 4) гипербилирубинемия

95. ЖИРОВАЯ ДИСТРОФИЯ ПЕЧЕНИ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА

- 1)+ гепатитом А
- 2) беременностью
- 3) сахарным диабетом
- 4) голоданием

96. СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ

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

97. ДЛЯ ОЦЕНКИ КЛАССА ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПО ШКАЛЕ ЧАЙЛДА-ПЬЮ ИСПОЛЬЗУЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ

- 1)+ альбумина
- 2) холестерина
- 3) тромбоцитов
- 4) креатинина

98. ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ «Д» ВСТРЕЧАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ТОЛЬКО ГЕПАТИТОМ

- 1)+ В
- 2) А
- 3) С
- 4) Е

99. СИМПТОМОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЦИРРОЗА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ острая боль в животе
- 2) диспепсический
- 3) астено-вегетативный
- 4) геморрагический

100. ДЛЯ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ХАРАКТЕРЕН

- 1)+ нейтрофилез
- 2) тромбоцитоз
- 3) агранулоцитоз
- 4) лимфоцитоз

101. АЛКОГОЛЬНЫЙ СТЕАТОГЕПАТИТ У ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ В БОЛЬШИХ КОЛИЧЕСТВАХ, МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАН С ПОМОЩЬЮ

- 1)+ АшТеста
- 2) НешТеста
- 3) СтеатоТеста
- 4) Уреазного теста

102. ДЛЯ СИНДРОМА ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ МАЛОВЕРОЯТНА

- 1)+ редукция мегакариоцитарного ростка костного мозга
- 2) гранулоцитопения
- 3) анемия
- 4) тромбоцитопения

103. СПЛЕНОМЕГАЛИЯ, ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛА ЭРИТРОЦИТОВ, ВЫСОКОЕ СОДЕРЖАНИЕ УРОБИЛИНОГЕНА В КАЛЕ У БОЛЬНОГО С ЖЕЛТУХОЙ ЗАСТАВЛЯЕТ ДУМАТЬ О

- 1)+ гемолитической желтухе
- 2) внепеченочном холестазах
- 3) внутрипеченочном холестазах
- 4) сепсисе

104. ДЛЯ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА С ПЕРЕХОДОМ В ЦИРРОЗ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМОКОМПЛЕКС, ВКЛЮЧАЮЩИЙ

- 1)+ желтуху, гепатоспленомегалию, умеренно увеличенные трансаминазы, гипер-γ-глобулинемию, антинуклеарные и антигладкомышечные аутоантитела
- 2) желтуху, боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз
- 3) гепатомегалию, гиперхолестеринемию, нормальный уровень трансаминаз
- 4) желтуху, анорексию, тошноту, мягкую печень, высокую активность трансаминаз и нормальную активность щелочной фосфатазы

105. ДЛЯ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ НАЛИЧИЕ

- 1)+ желтухи
- 2) гиперпротеинемии
- 3) внепечёночных «знаков» (сосудистые «звездочки», печёночные ладони, контрактура Дюпоитрена)
- 4) слабо выраженного синдрома цитолиза

106. ЖИРОВОЙ ГЕПАТОЗ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ сахарного диабета
- 2) хронической недостаточности кровообращения
- 3) красной волчанки
- 4) саркоидоза

107. «ЭТАЛОННЫМ» ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ АЛКАГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ десахарированный трансферрин
- 2) сочетанное повышение трансаминаз и гамма-глутамилтранспептидазы
- 3) повышение гамма-глутамилтранспептидазы
- 4) повышение трансаминаз

108. ПРИ РАЗВИТИИ ПЕЧЁНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НАИБОЛЬШУЮ НЕЙРОТОКСИЧНОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТ

- 1)+ аммиак
- 2) ацетон
- 3) креатинин
- 4) мочева кислота

109. ДЛЯ ВНУТРИПЕЧЁНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ повышение уровня щелочной фосфатазы и γ -глутамилтранспептидазы
- 2) значительно увеличение в сыворотке крови неконъюгированного билирубина
- 3) расширение общего желчного протока
- 4) значительное повышение печеночных трансаминаз

110. ОСНОВНЫМИ ФЕРМЕНТАМИ РЕПЛИКАЦИИ HCV ЯВЛЯЮТСЯ

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

111. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ ХРОНИЧЕСКОГО АКТИВНОГО ГЕПАТИТА В ОТЛИЧИЕ ОТ ПЕРСИСТИРУЮЩЕГО И ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА СОСТАВЛЯЮТ

- 1)+ ступенчатые некрозы
- 2) отложения железа
- 3) отложения меди
- 4) нарушения архитектоники печеночных долек

112. СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ астению
- 2) геморрагии
- 3) лихорадку
- 4) поносы

113. СПЛЕНОМЕГАЛИЯ С ГЕПАТОМЕГАЛИЕЙ НЕ ДАЕТ ОСНОВАНИЯ ЗАПОДОЗРИТЬ

- 1)+ застойную сердечную недостаточность
- 2) идеопатический гемохроматоз
- 3) болезнь и синдром Бадда – Киари
- 4) болезнь Вильсона – Коновалова

114. ДЛЯ РЕПЛИКАЦИИ ВИРУСА ГЕПАТИТА «В» ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ СЫВОРОТОЧНЫХ МАРКЕРОВ

- 1)+ HBe Ag
- 2) анти HBs
- 3) анти HBc Ig G
- 4) анти HBe

115. СПОСОБНОСТЬЮ КОНЪЮГИРОВАТЬ БИЛИРУБИН ОБЛАДАЕТ

- 1)+ печень
- 2) почка
- 3) поджелудочная железа
- 4) мышца

116. ЦЕНТРАЛЬНЫМ ОРГАНОМ, РЕАЛИЗУЮЩИМ МЕТАБОЛИЗМ АЛКОГОЛЯ В ОРГАНИЗМЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ печень
- 2) головной мозг
- 3) желудок
- 4) жировая ткань

117. НАИБОЛЬШУЮ ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ НАГРУЗКУ В ПЕЧЕНИ НЕСУТ

- 1)+ гепатоциты
- 2) купферовские клетки
- 3) pit-клетки
- 4) эндотелиальные клетки

118. ПАТОГЕНЕЗ РАЗВИТИЯ АСЦИТА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ИСКЛЮЧАЕТ

- 1)+ воспаление брюшины
- 2) портальную гипертензию
- 3) увеличение продукции печёночной лимфы
- 4) гипоальбуминемию

119. В ПРАВОЙ ПРОДОЛЬНОЙ БОРОЗДЕ НА ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПЕЧЕНИ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ желчный пузырь
- 2) печёночная артерия
- 3) печёночный проток
- 4) венозная связка

120. ТИМОЛОВАЯ ПРОБА НАХОДИТСЯ В БОЛЬШОЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ В СЫВОРОТКЕ

- 1)+ γ -глобулина
- 2) α -глобулина
- 3) фибриногена
- 4) билирубина

121. К СИМПТОМАМ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ желтуху, анорексию, тошноту, мягкую печень, высокую активность трансаминаз и нормальную активность щелочной фосфатазы
- 2) желтуху (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз
- 3) желтуху, лихорадку, гепатомегалию, почечную недостаточность, кому, изменение ЭЭГ и умеренно повышенную активность трансаминаз
- 4) желтуху, гепатоспленомегалию, умеренно повышенную активность трансаминаз, гипер-γ-глобулинемию, положительную реакцию на антитела к гладкой мускулатуре

122. ДЛЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ (СТЕАТОЗ) ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМОКОМПЛЕКС, ВКЛЮЧАЮЩИЙ

- 1)+ гепатомегалию, гиперхолестеринемию, нормальный уровень трансаминаз
- 2) желтуху, гепатоспленомегалию, умеренно увеличенные трансаминазы, гипер-γ-глобулинемию, положительную реакцию на антитела к гладкой мускулатуре
- 3) желтуху, боль в правом верхнем квадранте живота, мягкий живот, лейкоцитоз
- 4) желтуху, анорексию, тошноту, мягкую печень, высокую активность трансаминаз и нормальную активность щелочной фосфатазы

123. В УСТАНОВЛЕНИИ ПРИРОДЫ ГЕПАТОМЕГАЛИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН МЕТОД

- 1)+ биопсии печени
- 2) биохимического исследования функций печени
- 3) ультразвукового исследования
- 4) селективной ангиографии

124. ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ гипертрофированными складками слизистой оболочки
- 2) синдромом Мэллори – Вейса
- 3) подслизистой опухолью пищевода
- 4) кардиоспазмом

125. ГЕМОГЛОБИНУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ гемолитической желтухи
- 2) цистита
- 3) острого нефрита
- 4) мочекаменной болезни

126. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕМОХРОМАТОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ микронодулярный и макронодулярный цирроз
- 2) билиарный цирроз
- 3) жировая дистрофия
- 4) гемосидероз

127. СИНДРОМ МЕЗЕНХИМАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕМ В КРОВИ

- 1)+ γ-глобулинов
- 2) холестерина
- 3) активности щелочной фосфатазы
- 4) билирубина

128. ПРИ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПЕЧЕНИ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТ

- 1)+ центролобулярные некрозы
- 2) ступенчатые некрозы
- 3) перипортальное воспаление
- 4) фокальные некрозы

129. ПРИ КАРДИАЛЬНОМ ФИБРОЗЕ ПЕЧЕНИ РЕДКО ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1)+ кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
- 2) увеличенная печень
- 3) желтуха
- 4) асцит

130. НАИБОЛЕЕ РАННИМ ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ АЛКОГОЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ НА СТАДИИ СТЕАТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышение гамма-глутамилтранспептидазы
- 2) повышение трансаминаз
- 3) сочетанное повышение трансаминаз и гамма-глутамилтранспептидазы
- 4) десахарированный трансферрин

131. К НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ НЕВЫЯСНЕННОЙ ГЕПАТОМЕГАЛИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ биопсию печени
- 2) ферментные тесты
- 3) ангиографию
- 4) лапароскопию

132. ПЕЧЕНОЧНЫЙ ЗАПАХ СВЯЗАН С ОБМЕНОМ

- 1)+ метионина
- 2) глутамина
- 3) α -кетоглутаровой кислоты
- 4) билирубина

133. НАЛИЧИЕ СИМПТОМОВ «СОСУДИСТЫЕ ЗВЕЗДОЧКИ» И «ПЕЧЕНОЧНЫЕ ЛАДОНИ», ВЫЯВЛЯЕМЫХ ПРИ ОБЩЕМ ОСМОТРЕ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1)+ о гиперэстрогемии
- 2) о сидеропеническом синдроме
- 3) о геморрагическом синдроме
- 4) об обезвоживании организма

134. СИНТЕЗ АЛЬБУМИНА ПЛАЗМЫ КРОВИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В

- 1)+ печени
- 2) селезёнке
- 3) почках
- 4) кишечнике

135. ЖЕЛЧНЫЕ КИСЛОТЫ ОБРАЗУЮТСЯ В ПЕЧЕНОЧНОЙ КЛЕТКЕ С ПОМОЩЬЮ КОФЕРМЕНТА

- 1)+ 7- α -гидроксилазы
- 2) гидроксиметилглутарил-Ко-А редуктазы
- 3) ацил-Ко-А-холестеринацилтрансферазы
- 4) аминопептидазы

136. НАИБОЛЕЕ РАННИМ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПЕЧЁНОЧНОГО ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышение активности аланиновой аминотрансферазы
- 2) повышение активности альдолазы
- 3) повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы
- 4) гипоальбуминемия

137. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ асцит
- 2) периферические отёки
- 3) желтуху
- 4) пальпируемую печень

138. ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ТРАНСАМИНАЗ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ УКАЗЫВАЕТ НА

- 1)+ острый гепатит
- 2) первичный билиарный цирроз
- 3) аминазиновую желтуху
- 4) микронодулярный цирроз

139. К ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКАМ, ОТЛИЧАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ ОТ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ синдром портальной гипертензии
- 2) геморрагический синдром
- 3) энцефалопатию
- 4) высокие показатели АСТ и АЛТ

140. НАИБОЛЕЕ РАННИМ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПЕЧЕНОЧНОГО ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышение активности аланиновой аминотрансферазы
- 2) повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы
- 3) повышение альдолазы
- 4) гипоальбуминемия

141. ЗУД ПРИ ЖЕЛТУХЕ СВЯЗАН С

- 1)+ солями желчных кислот
- 2) билирубином
- 3) фосфолипидами
- 4) щелочной фосфатазой

142. ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНО С

- 1)+ нарастанием внутрипеченочного холестаза
- 2) активным некрозом гепатоцитов
- 3) наслоением вирусного гепатита
- 4) усилением портальной гипертензии

143. КОНЬЮГИРОВАННЫЙ БИЛИРУБИН ОБРАЗУЕТСЯ В КЛЕТКАХ ПЕЧЕНИ С ПОМОЩЬЮ ФЕРМЕНТА

- 1)+ глюкуронилтрансферазы
- 2) лейцинаминопептидазы
- 3) кислой фосфатазы
- 4) нуклеотидазы

144. ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ АЛЬФАФЕТОПРОТЕИНА ОБНАРУЖИВАЕТСЯ В КРОВИ БОЛЬНЫХ

- 1)+ первичным гепатоцеллюлярным раком печени
- 2) опухолевой формой хронического панкреатита
- 3) полипозным гастритом
- 4) лейомиомой желудка

145. А-ФЕТОПРОТЕИН ОБНАРУЖИВАЕТСЯ В КРОВИ БОЛЬНЫХ

- 1)+ первичным гепатоцеллюлярным раком печени
- 2) полипозным гастритом
- 3) лейомиомой желудка
- 4) полипом прямой кишки

146. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ТЕСТОМ ПРИ СИНДРОМЕ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ определение количества гранулоцитов и тромбоцитов в крови
- 2) определение щелочной фосфатазы в сыворотке крови
- 3) динамическая сцинтиграфия с радиофармпрепаратом
- 4) определение билирубина в сыворотке крови

147. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ЖЕЛТУХА БЕРЕМЕННЫХ ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ высоким уровнем эстрогенов
- 2) аутоиммунным процессом
- 3) высоким уровнем прогестерона
- 4) ингибированием глюкоронил трансферазы

148. КОНЪЮГИРОВАННЫЙ БИЛИРУБИН ОБРАЗУЕТСЯ В КЛЕТКАХ ПЕЧЕНИ С ПОМОЩЬЮ ФЕРМЕНТА

- 1)+ глюкуронилтрансферазы
- 2) лейцинаминопептидазы
- 3) кислой фосфатазы
- 4) нуклеотидазы

149. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ПЕЧЕНОЧНЫЙ ЗАПАХ ИЗО РТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О (ОБ)

- 1)+ снижении дезинтоксикационной функции печени по отношению к продуктам распада белков
- 2) сердечной недостаточности на фоне выраженной сопутствующей миокардиодистрофии
- 3) нарушении синтетической (белковообразовательной) функции печени
- 4) увеличении желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза

150. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМОКОМПЛЕКС, ВКЛЮЧАЮЩИЙ

- 1)+ желтуху, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалию, высокие уровни щелочной фосфатазы и холестерина
- 2) желтуху, боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз
- 3) гепатомегалию, гиперхолестеринемию, нормальный уровень трансаминаз
- 4) желтуху, гепатоспленомегалию, умеренно повышенную активность трансаминаз, гипер-γ-глобулинемию, положительную реакцию на антитела к гладкой мускулатуре

151. ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ГАММА-ГЛУТАМИЛТРАНСПЕПТИДАЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ

- 1)+ алкогольного гепатита
- 2) вирусного гепатита
- 3) гемохроматоза
- 4) сахарного диабета

152. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА ХАРАКТЕРНА НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВИТАМИНОВ

- 1)+ A, D, E, K
- 2) C, PP, B₉
- 3) B₁, B₆, B₁₂
- 4) P, U, B₁₅

153. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА «НЕАЛКОГОЛЬНЫЙ СТЕАТОГЕПАТИТ» ПО ДАННЫМ МОРФОЛОГИИ НЕОБХОДИМО НАЛИЧИЕ

- 1)+ стеатоза, баллонной дистрофии и лобулярного воспаления в биоптате печени
- 2) лобулярного воспаления в биоптате печени
- 3) фиброза и лобулярного воспаления в биоптате печени
- 4) стеатоза и баллонной дистрофии гепатоцитов в биоптате печени

154. ДИАГНОЗ ЖЕЛТУШНОЙ ФОРМЫ ГЕПАТИТА А ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕМ В КРОВИ

- 1)+ Ig M -анти HAV
- 2) HBs-антигена
- 3) Ig G -анти HAV
- 4) РНК HCV

155. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМИ АУТОАНТИТЕЛАМИ ДЛЯ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ ANA, SMA, LKM-1
- 2) AMA-M2
- 3) p-ANCA
- 4) Ig G4

156. СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ повторяющейся желтухой
- 2) рвотой
- 3) желудочно-кишечными кровотечениями
- 4) болями в животе

157. К ОСНОВНЫМ ОРГАНАМ-МИШЕНЯМ, КОТОРЫЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА, ОТНОСЯТ

- 1)+ печень, головной мозг
- 2) толстую кишку
- 3) почки, поджелудочную железу
- 4) селезенку

158. ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ЧАЙЛЬД-ПЬЮ ВКЛЮЧАЕТ УРОВЕНЬ

- 1)+ общего билирубина, альбумина, протромбинового индекса или международного нормализованного отношения
- 2) общего билирубина, протромбинового индекса, альфа-2 макроглобулина
- 3) общего белка, альбумина, гамма-глобулина
- 4) общего билирубина, АЛТ, АСТ, альбумина

159. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА ОПРЕДЕЛЯЮТ

- 1)+ содержание меди и церулоплазмينا в сыворотке крови и суточное выделение меди с мочой
- 2) уровень цианкоболамина в крови
- 3) уровень креатинфосфокиназы крови
- 4) уровень белка Бенс-Джонса в моче

160. К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ нарушения утилизации аммиака и других продуктов азотистого метаболизма
- 2) тромбоцитопению
- 3) гиперспленизм
- 4) гипербилирубинемия

161. КАКИЕ АУТОАНТИТЕЛА МОГУТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕМ ХОЛАНГИТЕ ЧАЩЕ ОСТАЛЬНЫХ?

- 1)+ pANCA
- 2) AMA-M2
- 3) ASMA
- 4) LKM-1

162. ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ АНТИДИУРЕТИЧЕСКОГО ГОРМОНА ПРИ ЦИРРОЗЕ С АСЦИТОМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ

- 1)+ гипонатриемии
- 2) гипермагниемии
- 3) гипотонии
- 4) гиперхлоргидрии

163. ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ уменьшение числа гепатоцитов
- 2) увеличение синтеза холестерина
- 3) увеличение синтеза желчных кислот
- 4) жировую дистрофию гепатоцитов

164. ДИАГНОЗ «ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ» ВЫСТАВЛЯЕТСЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ БОЛЕЕ (В МЕС)

- 1)+ 6
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 12

165. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АУТОИМУННОГО ГЕПАТИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ астеническим синдромом, артралгией, миалгией
- 2) частым жидким стулом
- 3) нарастанием асцита
- 4) приступообразными болями в животе

166. ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА В КРОВИ СНИЖЕНО СОДЕРЖАНИЕ

- 1)+ церулоплазмينا
- 2) альбумина
- 3) гамма-глобулина
- 4) альфа-1антитрипсина

167. СИНДРОМ БАДДА – КИАРИ ВЫЗЫВАЕТ ПОРТАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ _____ ТИПА

- 1)+ надпеченочного
- 2) смешанного
- 3) предпеченочного
- 4) печеночного

168. БОЛЕЗНЬ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА НАСЛЕДУЕТСЯ ПО

- 1)+ аутосомно-рецессивному типу
- 2) Х-сцепленному наследованию
- 3) аутосомно-доминантному типу
- 4) фенотипу

169. СУММА БАЛЛОВ 7 ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ СООТВЕТСТВУЕТ КЛАССУ

- 1)+ В
- 2) А
- 3) С
- 4) D

170. КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ СТАНОВИТСЯ ПРИ ПОВЫШЕНИИ ПОРТАЛЬНОГО ГРАДИЕНТА ДАВЛЕНИЯ БОЛЕЕ (В ММ РТ.СТ.)

- 1)+ 10
- 2) 5
- 3) 15
- 4) 20

171. КВАДРАТНОЙ ДОЛЕЙ ПЕЧЕНИ НАЗЫВАЕТСЯ___ СЕГМЕНТ

- 1)+ 4
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 5

172. ПРИ СТЕАТОЗЕ ПЕЧЕНИ БОЛЕЕ _____% ГЕПАТОЦИТОВ СОДЕРЖАТ ВКЛЮЧЕНИЯ ЖИРА

- 1)+ 5
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 1

173. ПРИ ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩЕМ АСЦИТЕ И ВТОРИЧНОМ ИММУНОДЕФИЦИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ ОСЛОЖНЕНИЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ В ФОРМЕ

- 1)+ спонтанного бактериального перитонита
- 2) усугубления явлений энцефалопатии
- 3) гипоальбуминемии
- 4) варикозного расширения вен пищевода

174. ДЛЯ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА 2 ТИПА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ антител к микросомам печени и почек
- 2) антинуклеарных антител
- 3) антигладкомышечных антител
- 4) антимитохондриальных антител

175. СПЕЦИФИЧНЫМИ АУТОАНТИТЕЛАМИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ХОЛАНГИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ AMA
- 2) ANCA
- 3) LKM
- 4) ANA

176. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышение ЩФ
- 2) повышение уровня холестерина
- 3) повышение АЛТ и АСТ
- 4) непрямая гипербилирубинемия

177. ПРИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА ВЫЯВЛЯЮТ

- 1)+ снижение уровня церулоплазмينا
- 2) повышенный общий белок, гаптоглобин, альфа-2 макроглобулин
- 3) повышенные креатинин, мочеви́на, альбумин
- 4) ANCA, гамма-глобулин, увеличенное протромбиновое время

178. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АКТИВНОМ ГЕПАТИТЕ С СИНДРОМОМ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ПРОГНОСТИЧЕСКИ ОПАСНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижение содержания тромбоцитов до $50-30 \times 10^9/\text{л}$
- 2) отсутствие эффекта при суточной дозе преднизолона 15-20 мг в сутки
- 3) снижение содержания эритроцитов
- 4) лейкопения

179. ОДНОГОДИЧНАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ЦИРРОЗОМ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 93
- 2) 75
- 3) 60
- 4) 20

180. ПРИ ЖЕЛТУХЕ ЗУД КОЖИ ВЫЗЫВАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

- 1)+ солей желчных кислот
- 2) щелочной фосфатазы
- 3) холестерина
- 4) фосфолипидов

181. СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ЕСТЕСТВЕННЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1)+ поражении печени
- 2) апластической анемии
- 3) гиперспленизме
- 4) гемофилии А

182. ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ФОРМЕ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА РАННИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ РЕГИСТРИРУЕТ

- 1)+ магнитно-резонансная томография
- 2) позитронно-эмиссионная томография
- 3) ультразвуковая диагностика
- 4) рентгенография турецкого седла

183. К ОСНОВАМ ПАТОГЕНЕЗА ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ иммунно-воспалительные реакции
- 2) жировую инфильтрацию печени
- 3) алкогольное повреждение печени
- 4) вирусное повреждение

184. УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ В СОЧЕТАНИИ СО СНИЖЕНИЕМ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ болезни Вильсона-Конвалова
- 2) первичного гемохроматоза
- 3) первичного билиарного холангита
- 4) синдрома Бадда-Киари

185. ОЖИДАТЬ РАЗВИТИЕ "БРОНЗОВОГО" ДИАБЕТА МОЖНО У ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+ гемохроматозом
- 2) панкреатитом
- 3) раком поджелудочной железы
- 4) болезнью Вильсона

186. 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

187. У ПАЦИЕНТОВ С ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ СУЩЕСТВЕННО СТРАДАЮТ ФУНКЦИИ

- 1)+ астроцитов
- 2) макрофагов
- 3) глиальных клеток
- 4) олигодендроцитов

188. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цирроз печени
- 2) механическая желтуха
- 3) рак щитовидной железы
- 4) туберкулез

189. У БОЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНЫМ ЦИРРОЗОМ С ВЫРАЖЕННЫМ АСЦИТОМ, ЭКХИМОЗАМИ И СУЩЕСТВЕННО УВЕЛИЧЕННЫМ ПРОТРОМБИНЫМ ВРЕМЕНЕМ, ИМЕЕТ МЕСТО ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА

- 1)+ К
- 2) С
- 3) В2
- 4) В3

190. КОНЪЮГИРОВАННАЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ТЕСТЫ НА БИЛИРУБИН В МОЧЕ И ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ УРОБИЛИНОГЕНА В МОЧЕ И КАЛОВЫХ МАССАХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ рака головки поджелудочной железы
- 2) тромбоза печеночных вен
- 3) абсцесса печени
- 4) вирусного гепатита А

191. ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НЕОБХОДИМО ОБСЛЕДОВАТЬ НА НАЛИЧИЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

- 1)+ вне зависимости от уровня печеночных ферментов
- 2) только при наличии ожирения и дислипидемии
- 3) только при повышении уровня печеночных трансаминаз
- 4) только при тяжелом течении диабета

192. ТРАНСФОРМАЦИИ ОСТРОГО ГЕПАТИТА В ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ СООТВЕТСТВУЕТ ВРЕМЕННЫЙ ИНТЕРВАЛ В (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 6
- 2) 4
- 3) 2
- 4) 12

193. К НАИБОЛЕЕ ТОЧНОМУ МЕТОДУ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ пункционную биопсию печени
- 2) эластометрию печени
- 3) компьютерную томографию брюшной полости
- 4) ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей

194. РЕШАЮЩИМ ФАКТОРОМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ЛЮБОГО ГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гистологическое исследование биоптата печени
- 2) повышение трансфераз в сыворотке крови
- 3) повышение содержания билирубина в сыворотке крови
- 4) диспротеинемия

195. ХВОСТАТОЙ ДОЛЕЙ ПЕЧЕНИ НАЗЫВАЕТСЯ ____ СЕГМЕНТ

- 1)+ 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

196. ПЕРВЫМ ЛАБОРАТОРНО ОБНАРУЖИВАЕМОМ НАРУШЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипертрансаминаземия
- 2) повышение щелочной фосфатазы
- 3) удлинение протромбинового времени
- 4) гипербилирубинемия

197. В ОСНОВЕ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ПАРАЦЕТАМОЛА ЛЕЖИТ

- 1)+ NAPQI
- 2) СУР2Е1
- 3) глюкуронид
- 4) сульфат

198. К НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПОДХОДАМ К НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ сочетание УЗИ, показателей транзитной эластографии печени, данных биохимического анализа крови
- 2) транзитная эластография печени
- 3) УЗИ органов брюшной полости
- 4) выявление факторов риска и биохимический анализ крови

199. ВЫЯВЛЕННАЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ КАВЕРНОЗНАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРАКТИЧЕСКИ ВСЕГДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ врожденным состоянием
- 2) приобретенным состоянием
- 3) признаком цирроза печени
- 4) признаком гепатита

200. БАРСЕЛОНСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА СЛУЖАТ СНИЖЕНИЕ

- 1)+ на 40% от исходного или нормализация уровня ЩФ
- 2) в 2 раза или нормализация уровня билирубина
- 3) в 5 раз или нормализация АЛТ и АСТ спустя год от начала терапии
- 4) на 50% от исходного или нормализация ГГТП

201. К БИОХИМИЧЕСКИМ МАРКЕРАМ АКТИВНОСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ повышение СОЭ и печеночных трансаминаз
- 2) гиперпротеинемия и метаболический ацидоз
- 3) повышенный уровень щелочной фосфатазы
- 4) снижение протромбина и альбумина

202. ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ЖЕЛТУХЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ потемнение мочи
- 2) изолированное повышение неконъюгированного билирубина
- 3) нормальный уровень трансаминаз
- 4) нормальный размер печени

203. ХОЛЕСТАТИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ гипербилирубинемией с преобладанием конъюгированной фракции
- 2) гипохолестеринемией
- 3) повышением активности лактатдегидрогеназы
- 4) гипербилирубинемией с преобладанием неконъюгированной фракции

204. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА ИСПОЛЬЗУЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1)+ суточного содержания меди в моче
- 2) ферритина в сыворотке крови
- 3) меди в сыворотке крови
- 4) трансферрина в сыворотке крови

205. СИНДРОМ КРИГЛЕРА-НАЙЯРА ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1)+ уменьшения или отсутствия глюкуронилтрансферазы
- 2) нарушения билирубин-альбуминовой диссоциации
- 3) снижения содержания белка
- 4) уменьшения внутриклеточного транспорта билирубина

206. К КЛАССИЧЕСКОЙ ТРИАДЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕМОХРОМАТОЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ пигментацию кожи, цирроз печени, сахарный диабет
- 2) цирроз печени, сахарный диабет, койлонихию
- 3) сахарный диабет, неврологическую симптоматику, цирроз печени
- 4) хронический панкреатит, цирроз печени, сахарный диабет

207. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ЖЕЛТУХА БЕРЕМЕННЫХ ВЫЗВАНА

- 1)+ нарушением инактивации эстрогенов
- 2) высоким уровнем прогестерона
- 3) ингибированием глюкуронилтрансферазы
- 4) аутоиммунным процессом

208. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА (ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА) ХАРАКТЕРНО

- 1)+ увеличение содержания иммуноглобулина М
- 2) наличие гипербилирубинемии с преобладанием неконъюгированной фракции
- 3) наличие гиперпротеинемии
- 4) увеличение уровня b-глобулина

209. КОНЪЮГИРОВАННЫЙ БИЛИРУБИН В ОСНОВНОМ ПОСТУПАЕТ В

- 1)+ желчь
- 2) кровь
- 3) лимфу
- 4) слюну

210. ПРИ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПЕЧЕНИ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТ

- 1)+ центролобулярные некрозы
- 2) перипортальное воспаление
- 3) ступенчатые некрозы
- 4) фокальные некрозы

211. ЖИРОВАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ПЕЧЕНИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ сахарном диабете
- 2) интенсивных физических нагрузках
- 3) гиподинамии
- 4) вирусном гепатите В

212. ДЛЯ РЕПЛИКАЦИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «В» ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ МАРКЕРОВ

- 1)+ HBV DNA
- 2) anti-HBs
- 3) anti-HBc IgG
- 4) anti-HBe

213. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПАРАЦЕНТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижение содержания тромбоцитов ниже $50 \times 10^9 / \text{л}$
- 2) лихорадка у больного циррозом печени с асцитом
- 3) цирроз печени класса С по Чайлд-Пью
- 4) печеночная энцефалопатия 1 стадии

214. К ПРИЧИНАМ ИЗБЫТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА ЖЕЛЕЗА В КРОВИ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ ГЕМОХРОМАТОЗЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ увеличение всасывания железа из кишечника
- 2) расстройство экскреции железа из организма
- 3) высокое содержание железа в рационе
- 4) множественные гемотрансфузии

215. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ГЕМОХРОМАТОЗА НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРОЦЕДУРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ БИОПСИЯ

- 1)+ печени
- 2) кожи
- 3) тонкой кишки
- 4) ректальная

216. АКТИВНОСТЬ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ «В» СВЯЗАНЫ С

- 1)+ репликативной фазой вируса
- 2) интегративной фазой вируса
- 3) аутоиммунными нарушениями
- 4) сопутствующими заболеваниями

217. ДЛЯ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ

- 1)+ некроза гепатоцитов
- 2) перичеллюлярного фиброза
- 3) жировой дистрофии печени
- 4) телец Мэллори

218. АКТИВНОСТЬ ФАКТОРОВ ПРОТРОМБИНОВОГО КОМПЛЕКСА УМЕНЬШАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ циррозах печени
- 2) хроническом холецистите
- 3) желчнокаменной болезни
- 4) хроническом панкреатите

219. РЕШАЮЩИМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гистологическое исследование пунктата печени
- 2) повышение трансаминаз
- 3) диспротеинемия
- 4) объективный осмотр

220. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО КАРДИАЛЬНЫЙ ЦИРРОЗ АССОЦИИРОВАН С

- 1)+ констриктивным перикардитом
- 2) митральной недостаточностью
- 3) аортальной недостаточностью
- 4) пролапсом митрального клапана

221. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ НАБЛЮДАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1)+ повышенной секвестрации тромбоцитов в селезенке
- 2) нарушения образования протромбина
- 3) нарушения образования тромбокиназы
- 4) уменьшения образования тромбоцитов в костном мозге

222. ИСХОД ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ варикозным расширением вен пищевода
- 2) желтухой
- 3) гиперальбуминемией
- 4) гипербилирубинемией

223. ВЫЯВЛЕНИЕ ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИИ С ЖЕЛТУШНЫМ СИНДРОМОМ ПОЗВОЛЯЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ

- 1)+ цирроз печени
- 2) хронический вирусный гепатит
- 3) стеатогепатит
- 4) механическую желтуху

224. ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИУРЕТИКАМИ АСЦИТА У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипокалиемия
- 2) гиповолемия
- 3) гиперкалиемия
- 4) азотемия

225. ПРОЦЕНТ ЖИРА (ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ВИДЕ ТРИГЛИЦЕРИДОВ) В ПЕЧЕНИ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ более 5
- 2) более 10
- 3) 4-5
- 4) 1-3

226. ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ БЕЛКОВ ВЫЯВЛЯЕТ

- 1)+ повышение γ -глобулина
- 2) повышение альбумина
- 3) значительное увеличение α -глобулина
- 4) отсутствие b-глобулина

227. ПРИ НАДПЕЧЕНОЧНОЙ (ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ) ЖЕЛТУХЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ увеличение в моче уробилина
- 2) высокий уровень фракции конъюгированного билирубина
- 3) повышение трансаминаз
- 4) ахоличный кал

228. ЧАСТО НА ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ УКАЗЫВАЕТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ асцита
- 2) гепатомегалии
- 3) кожного зуда
- 4) боли в правом подреберье

229. ПРИ ДИФFUЗНЫХ БОЛЕЗНЯХ ПЕЧЕНИ СТОЙКАЯ УТРАТА ТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ ИМЕТЬ МЕСТО ПРИ

- 1)+ циррозе печени в стадии декомпенсации
- 2) хроническом вирусном гепатите В
- 3) аутоиммунном гепатите 1 типа
- 4) циррозе печени в стадии субкомпенсации

230. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА (ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА) ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ

- 1)+ антимитохондриальных аутоантител
- 2) неконъюгированной гипербилирубинемии
- 3) стеатореи
- 4) гиперхолестеринемии

231. ЗУД ПРИ ЖЕЛТУХЕ СВЯЗАН С ПОВЫШЕННЫМ СЫВОРОТОЧНЫМ УРОВНЕМ

- 1)+ желчных кислот
- 2) билирубина
- 3) фосфолипидов
- 4) лецитина

232. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ ПАРЕНТЕРАЛЬНО, ВЕДУЩИХ БЕСПОРЯДОЧНУЮ ПОЛОВУЮ ЖИЗНЬ, ВИРУС ГЕПАТИТА

- 1)+ С
- 2) В
- 3) В+D
- 4) G

233. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ «В» _____ ПРОГНОСТИЧЕСКИ УКАЗЫВАЕТ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

- 1)+ тромбоцитопения
- 2) анемия
- 3) лейкопения
- 4) ускоренное СОЭ

234. К МОРФОЛОГИЧЕСКОМУ СУБСТРАТУ ХРОНИЧЕСКОГО АКТИВНОГО ГЕПАТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ ступенчатые некрозы
- 2) медные отложения
- 3) проявление жировой дистрофии
- 4) нарушение архитектоники печеночных долек

235. ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНОГО МЕЗЕНХИМАЛЬНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипер-γ-глобулинемия
- 2) гипертрансаминаземия
- 3) гиперхолестеринемия
- 4) гипертриглицеридемия

236. В ПАТОГЕНЕЗЕ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ высокий уровень эстрогенов
- 2) высокий уровень прогестерона
- 3) ингибирование глюкоронилтрансферазы
- 4) аутоиммунный механизм

237. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ В КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ первичном билиарном циррозе
- 2) хроническом гепатите С
- 3) хроническом калькулезном холецистите
- 4) неалкогольном стеатогепатите

238. ФЕРМЕНТОМ, МЕТАБОЛИЗИРУЮЩИМ АЛКОГОЛЬ В ОРГАНИЗМЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ алкогольдегидрогеназа
- 2) алкогольредуктаза
- 3) алкогольоксидаза
- 4) алкогольсинтетаза

239. СОЧЕТАНИЕ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО И МЕЗЕНХИМАЛЬНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ цирроза печени
- 2) острого вирусного гепатита С
- 3) острого вирусного гепатита В
- 4) хронического неактивного гепатита

240. ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ГЕМОХРОМАТОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ наследственной предрасположенностью
- 2) большей частотой распространения среди женщин
- 3) поражением центральной нервной системы
- 4) поражением сосудов

241. ГЕПАТИТ «D» РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ обязательном наличии в организме инфекции, вызванной вирусом гепатита В
- 2) иммунодефицитном состоянии
- 3) обязательном наличии в организме инфекции, вызванной вирусом гепатита G
- 4) обязательном наличии в организме инфекции, вызванной вирусом гепатита С

242. А-ФЕТОПРОТЕИН ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ РАЗВИТИИ

- 1)+ гепатоцеллюлярного рака
- 2) полипозного гастрита
- 3) лейомиомы желудка
- 4) полипов прямой кишки

243. ОСТРАЯ ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ желтухой
- 2) длительным анамнезом
- 3) значительной гепатомегалией
- 4) спленомегалией

244. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ наличие аутоантител
- 2) высокую активность щелочной фосфатазы
- 3) гиперпротеинемию
- 4) маркеры вирусов гепатитов А и Е

245. ПРИЧИНОЙ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ опухоль фатерова сосочка
- 2) хронический активный гепатит
- 3) цирроз печени
- 4) неалкогольный стеатогепатит

246. ОКОНЧАТЕЛЬНО ПОДТВЕРЖДАЕТ НАЛИЧИЕ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА

- 1)+ биопсия печени и гистологическое исследование
- 2) ультразвуковое исследование печени
- 3) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- 4) иммунохимическое исследование белков крови

247. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ

- 1)+ аутоантител к цитоплазме нейтрофилов
- 2) неконъюгированной гипербилирубинемии
- 3) стеатореи
- 4) гиперхолестеринемии

248. КАКОЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ?

- 1)+ гепатомегалия, гиперхолестеринемия, нормальные трансаминазы
- 2) желтуха, боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз
- 3) анорексия, тошнота, мягкая печень, высокие трансаминазы и нормальная щелочная фосфатаза
- 4) зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие щелочная фосфатаза и холестерин

249. У БОЛЬНЫХ ГЕМОХРОМАТОЗОМ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ пигментация кожи
- 2) наличие экстрапирамидных синдромов
- 3) кольцо Кайзера-Флейшнера
- 4) лейкоцитоз

250. СНИЖЕНИЕ СИНТЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипоальбуминемией
- 2) гаптоглобулинемией
- 3) гипоферментемией
- 4) гипобилирубинемией

251. ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С ИМЕЕТ ЧАЩЕ ВСЕГО _____ ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ

- 1)+ субклиническое или малосимптомное
- 2) быстро прогрессирующее
- 3) с выраженной клинической симптоматикой
- 4) фульминантное

252. РАДИОИЗОТОПНАЯ ГЕПАТОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ

- 1)+ снижение гемодинамики, поглотительной и выделительной функций печени
- 2) особенности морфологии печени
- 3) варикозно-расширенные вены пищевода
- 4) степень выраженности фиброза

253. К ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА ОТНОСЯТ

- 1)+ кольца Кайзера-Флейшера
- 2) конъюнктивит
- 3) увеит
- 4) кератит

254. ДЛЯ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ МЕДИ В СУХОЙ ТКАНИ ПЕЧЕНИ БОЛЕЕ _____ В МКГ/Г

- 1)+ 250
- 2) 25
- 3) 50
- 4) 100

255. ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, НАЛИЧИЕ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ НАРУШЕНИЙ, КОЛЬЦА КАЙЗЕРА–ФЛЕЙШЕРА НА РОГОВИЦЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ болезни Вильсона-Коновалова
- 2) первичного гемохроматоза
- 3) хронического вирусного гепатита С
- 4) алкогольного гепатита

256. КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕМОХРОМАТОЗА ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В ПОЯВЛЕНИИ

- 1)+ гиперпигментации
- 2) кожных кровоизлияний
- 3) везикулезных высыпаний
- 4) узловатой эритемы

257. «СОСУДИСТЫЕ ЗВЕЗДОЧКИ» И «ПЕЧЕНОЧНЫЕ ЛАДОНИ» МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ

- 1)+ гиперэстрогемией
- 2) сидеропеническим синдромом
- 3) нарушением синтетической функции печени
- 4) геморрагическим синдромом

258. К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ фиброз, узловую регенерацию, перестройку сосудистого русла, воспалительную реакцию
- 2) белковую дистрофию, воспалительную реакцию
- 3) фиброз, воспалительную инфильтрацию
- 4) жировую дистрофию

259. УРОВЕНЬ СЫВОРОТОЧНОГО АЛЬБУМИНА ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ АСЦИТА

- 1)+ снижается
- 2) повышается
- 3) не меняется
- 4) не связан со степенью тяжести асцита

260. ФИБРОЗ (F) ПО ШКАЛЕ METAVIR ОЦЕНИВАЕТСЯ СТЕПЕНЯМИ

- 1)+ F0-F4
- 2) F1-F4
- 3) F0-F3
- 4) F0-F5

261. РЕДКО В ОСТРОЙ ФОРМЕ ПРОТЕКАЕТ ГЕПАТИТ

- 1)+ C
- 2) A
- 3) E
- 4) B

262. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ МНО У ПАЦИЕНТА С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА

- 1)+ печеночно-клеточной недостаточности
- 2) портальной гипертензии
- 3) иммуновоспалительного
- 4) цитолитического

263. ПРИ ГЕМОХРОМАТОЗЕ КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ СТАНОВЯТСЯ

- 1)+ бронзового, дымчато-серого цвета
- 2) лимонно-желтого цвета
- 3) синюшного оттенка
- 4) гиперемизированными

264. ШКАЛА ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ НЕ УЧИТЫВАЕТ

- 1)+ АЛТ
- 2) сывороточный билирубин
- 3) протромбиновый индекс
- 4) асцит

265. ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ увеличением в крови уровня креатинина
- 2) гематурией
- 3) лейкоцитурией
- 4) нейтрофильным лейкоцитозом

266. ОТНОШЕНИЕ АСТ/АЛТ СУЩЕСТВЕННО УМЕНЬШАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ гепатите
- 2) гемолизе
- 3) острой почечной недостаточности
- 4) острой сердечной недостаточности

267. К ЛАБОРАТОРНОМУ МАРКЕРУ, ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ СИНДРОМА АЛАЖИЛЛЬ, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ повышение активности щелочной фосфатазы
- 2) сниженный уровень холестерина
- 3) лейкопения
- 4) низкий уровень гамма-глутамилтрансферазы

268. ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ 2 СТАДИИ СООТВЕТСТВУЕТ ____ БАЛЛАМ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ЧАЙЛДА-ПЬЮ

- 1)+ 2
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 4

269. БОЛЕЗНЬ ВИЛЬСОНА СВЯЗАНА С НАРУШЕНИЕМ ОБМЕНА

- 1)+ меди
- 2) магния
- 3) железа
- 4) калия

270. БИЛИРУБИНУРИЯ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПРИ

- 1)+ вирусном гепатите
- 2) сахарном диабете
- 3) хронической почечной недостаточности
- 4) инфекциях мочевого пузыря

271. РАСШИРЕНИЕ ПОДКОЖНЫХ ВЕН ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ синдрома портальной гипертензии
- 2) синдрома цитолиза
- 3) гиперспленизма
- 4) хронического гепатита С

272. ЖЕЛТУХУ, ОБУСЛОВЛЕННУЮ ВНЕ- ИЛИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ, НАЗЫВАЮТ

- 1)+ обтурационной
- 2) гепатоцеллюлярной
- 3) паренхиматозной
- 4) гемолитической

273. ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА ПЕЧЕНОЧНОКЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ геморрагический синдром
- 2) портальная гипертензия
- 3) гепатолиенальный синдром
- 4) гиперспленизм

274. К ЛАБОРАТОРНОМУ МАРКЕРУ, ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ СИНДРОМА АЛАЖИЛЛЬ, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ повышение концентрации холестерина
- 2) увеличение концентрации общего билирубина за счет непрямой фракции
- 3) снижение активности щелочной фосфатазы
- 4) тромбоцитопения

275. ОТСУТСТВИЕ УРОБИЛИНА В МОЧЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ обтурационной желтухи
- 2) гемолитической желтухи
- 3) дисбактериоза кишечника
- 4) болезни Жильбера

276. В НОРМЕ ДАВЛЕНИЕ В СИСТЕМЕ ПОРТАЛЬНЫХ ВЕН СОСТАВЛЯЕТ (ММ. РТ. СТ.)

- 1)+ 1-5
- 2) выше 12
- 3) 20-25
- 4) менее 5

277. ЖЕЛТУХА ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ДОСТИЖЕНИИ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПОРОГОВОГО ЗНАЧЕНИЯ БИЛИРУБИНА (В МКМОЛЬ/Л)

- 1)+ 34
- 2) 20
- 3) 50
- 4) 70

278. СОЧЕТАНИЕ УРОБИЛИНОГЕНУРИИ С БИЛИРУБИНУРИЕЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ печеночной желтухи
- 2) надпеченочной желтухи
- 3) застойной почки
- 4) инфаркта почки

279. ГЕМОХРОМАТОЗ СВЯЗАН С НАРУШЕНИЕМ ОБМЕНА

- 1)+ железа
- 2) меди
- 3) магния
- 4) калия

280. НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ ВИДОМ БИОПСИИ ПРИ ДИФфуЗНОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пункционная биопсия
- 2) краевая резекция печени
- 3) щипковая биопсия при лапароскопии
- 4) краевая биопсия при лапаротомии

281. ХРОНИЧЕСКАЯ ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ нарушением ритма сна
- 2) отсутствием спленомегалии
- 3) отсутствием сосудистых «звездочек»
- 4) отсутствием асцита

282. К ЛАБОРАТОРНОМУ МАРКЕРУ, ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ СИНДРОМА АЛАЖИЛЛЬ, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ повышение активности гамма-глутамилтрансферазы
- 2) увеличение концентрации общего билирубина за счет непрямой фракции
- 3) снижение активности щелочной фосфатазы
- 4) сниженный уровень холестерина

283. ПО ШКАЛЕ METAVIR ОЦЕНИВАЮТ

- 1)+ стадию фиброза печени
- 2) тяжесть печеночно-клеточной недостаточности
- 3) степень нарушения сознания и комы
- 4) степень печеночной энцефалопатии

284. В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ уменьшение печеночного кровотока
- 2) увеличение массы печени
- 3) увеличение печеночного кровотока
- 4) увеличение скорости и интенсивности метаболизма в печени

285. ПРИЧИНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ синдром Жильбера
- 2) врожденная гемолитическая анемия
- 3) переливание несовместимой крови
- 4) анаэробный сепсис

286. ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ АЛТЕРАЦИИ ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ иммунный цитолиз
- 2) ишемия
- 3) гипоксия
- 4) анафилактическая реакция

287. ПАТОГНОМОНИЧНЫМИ АУТОАНТИТЕЛАМИ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ AMA
- 2) ANA
- 3) ASMA
- 4) ANCA

288. СУБКЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТОЛЬКО

- 1)+ повышением трансаминаз
- 2) повышением связанного билирубина
- 3) гепатомегалией
- 4) повышением обеих фракций билирубина

289. ПРОЦЕСС ПРЕВРАЩЕНИЯ СВОБОДНОГО БИЛИРУБИНА В ПРЯМОЙ ПРОИСХОДИТ В КЛЕТКАХ

- 1)+ печени
- 2) селезенки
- 3) кишечника
- 4) желчного пузыря

290. ЧЕРЕЗ НЕПОВРЕЖДЕННЫЙ ПОЧЕЧНЫЙ БАРЬЕР НЕ ПРОНИКАЕТ

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

291. УВЕЛИЧЕНИЕ ЭКСКРЕЦИИ БИЛИРУБИНА С МОЧОЙ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ в разгар паренхиматозной желтухи
- 2) при гемолитической желтухе
- 3) у здоровых людей
- 4) при полном восстановлении проходимости желчных путей

292. МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЕДИНИЦЕЙ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕЧЕНОЧНАЯ

- 1)+ долька
- 2) доля
- 3) клетка
- 4) балка

293. ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПЕЧЕНИ, ПРИ КОТОРОМ ВОЗМОЖНА ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ ОТ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕН ПИЩЕВОДА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цирроз печени
- 2) жировая дистрофия печени
- 3) острый вирусный гепатит
- 4) рак печени

294. МЕТОД НЕПРЯМОЙ ЭЛАСТОМЕТРИИ ПЕЧЕНИ ОЦЕНИВАЕТ

- 1)+ наличие и выраженность фиброза
- 2) белково-синтетическую функцию печени
- 3) выраженность некроза
- 4) тяжесть асцита

295. ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ И ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ критерии Чайлд-Пью
- 2) шкалу Апгар
- 3) шкалу Рамсон
- 4) индекс Алговера

296. РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ПУПОЧНОЙ ВЕНЫ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ портальной гипертензии
- 2) воспаления кисты урахуса
- 3) легочной гипертензии
- 4) аневризмы брюшного отдела аорты

297. ДЛЯ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ЖЕЛТУХИ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ билирубина и уробилиногена
- 2) только билирубина
- 3) только уробилиногена
- 4) только стеркобилиногена

298. ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСОВ ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гемоконтактный (парентеральный)
- 2) водный
- 3) вертикальный
- 4) контактно-бытовой

299. ВОЗНИКНОВЕНИЕ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА ОБУСЛОВЛЕНО

- 1)+ снижением активности глюкуронилтрансферазы
- 2) отсутствием фермента глюкуронилтрансферазы в гепатоцитах
- 3) дефектом экскреции билирубина из гепатоцитов
- 4) токсическим поражением печени

300. ВИРУСНАЯ НАГРУЗКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ

- 1)+ ПЦР «в реальном времени»
- 2) хемилюминисцентного анализа
- 3) иммуногистохимического исследования
- 4) ИФА с количественным учетом результатов

301. СОЧЕТАНИЕ БРОНЗОВОЙ ОКРАСКИ КОЖИ, ГЕПАТОМЕГАЛИИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ гемохроматоза
- 2) болезни Вильсона-Коновалова
- 3) алкогольного стеатогепатита
- 4) неалкогольной жировой болезни печени

302. ФЕРРИТИН КРОВИ ПРИ ГЕМОХРОМАТОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ/Л)

- 1)+ $\geq 200-300$
- 2) 30-50
- 3) 75-100
- 4) ≤ 25

303. ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ЦИРРОЗОМ (ХОЛАНГИТОМ) ХАРАКТЕРНО НАРУШЕНИЕ ВСАСЫВАНИЯ ВИТАМИНОВ

- 1)+ Е и Д
- 2) С и В1
- 3) В2 и В6
- 4) В12 и В3

304. ПРИ НАПРЯЖЁННОМ АСЦИТЕ ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА

- 1)+ затруднена
- 2) проводится с целью определения гепатомегалии
- 3) необходима для выявления спленомегалии
- 4) не проводится

305. ПРИ НАЛИЧИИ АСЦИТА У ПАЦИЕНТА МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ ДРУГИЕ ПРИЗНАКИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ТАКИЕ КАК

- 1)+ венозные коллатерали на передней брюшной стенке
- 2) желтуха
- 3) пальмарная эритема
- 4) гинекомастия

306. НАЛИЧИЕ АСЦИТА У ПАЦИЕНТА С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ портальной гипертензии
- 2) почечной недостаточности
- 3) недостаточности кровообращения
- 4) печёчно-клеточной недостаточности

307. ПЕРВИЧНЫЙ БИЛИАРНЫЙ ЦИРРОЗ (ХОЛАНГИТ) РАЗВИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 45-50
- 2) 60-70
- 3) 15-20
- 4) 30-40

308. ПЕРЕКРЕСТ С АУТОИММУННЫМ ГЕПАТИТОМ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ХОЛАНГИТОМ (ЦИРРОЗОМ) МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ УРОВНЯ

- 1)+ трансаминаз
- 2) гамма-глутамилтранспептидазы
- 3) щелочной фосфатазы
- 4) билирубина

309. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА Е СЛУЖИТ ОБНАРУЖЕНИЕ В КРОВИ

- 1)+ анти-HEV класса IgM
- 2) HBeAg
- 3) анти-HEV класса IgG
- 4) анти-HAV класса IgM

310. В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ИНФИЦИРОВАНИЕ АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ грамотрицательными бактериями
- 2) представителями анаэробной флоры
- 3) грамположительными кокками
- 4) грибами

311. НАИБОЛЬШЕМУ РИСКУ ИНФИЦИРОВАНИЯ ЭХИНОКОККОМ С ПОСЛЕДУЮЩИМ РАЗВИТИЕМ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ПОДВЕРГАЮТСЯ

- 1)+ фермеры, выращивающие скот
- 2) только мужчины с низким социальным статусом
- 3) путешественники в эндемические области
- 4) лица, не соблюдающие личную гигиену

312. ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОСМОТРЕ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ХОЛАНГИТОМ (ЦИРРОЗОМ) ОБЫЧНО ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ ксантелазмы
- 2) бронзовая окраска кожи
- 3) лакированный язык
- 4) гипертрофия околоушных желез

313. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА (ХОЛАНГИТА) ТИПИЧНО ОБНАРУЖЕНИЕ

- 1)+ антимитохондриальных антител
- 2) антител к гладкой мускулатуре
- 3) антител к почечно-печеночным микросомам 1 типа
- 4) антител к растворимому печеночному антигену

314. В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ ПРОТЕКАЕТ

- 1)+ бессимптомно
- 2) в виде синдрома внутripечёночного холестаза
- 3) с признаками прорыва кисты в билиарное дерево
- 4) с диссеминацией эхинококка в другие органы

315. ПОДТВЕРДИТЬ ПЕРЕГРУЗКУ ЖЕЛЕЗОМ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1)+ десфераловый тест
- 2) бромсульфалеиновая проба
- 3) индоцианиновая проба
- 4) тест с фенобарбиталом

316. ВЫЯВИТЬ ПЕРЕГРУЗКУ ПЕЧЕНИ ЖЕЛЕЗОМ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1)+ МРТ
- 2) УЗИ
- 3) КТ
- 4) ЭРХПГ

317. В ДЕБЮТЕ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА (ЦИРРОЗА) НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ слабость и кожный зуд
- 2) желтуха и кровоточивость десен
- 3) кровотечения из вен пищевода и спленомегалия
- 4) печеночная энцефалопатия и асцит

318. ПРИ ПЕРКУССИИ НАД МЕСТОМ СКОПЛЕНИЯ СВОБОДНОЙ ЖИДКОСТИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (БОЛЕЕ 1,5Л) ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ тупой звук
- 2) громкий тимпанит
- 3) притупление перкуторного звука
- 4) глухой тимпанит

319. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ВНУТРИ- И ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА ВНАЧАЛЕ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ

- 1)+ ультразвуковое исследование
- 2) эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию
- 3) магнитно-резонансную холангиографию
- 4) компьютерную томографию

320. НАИБОЛЬШЕМУ РИСКУ РАЗВИТИЯ ФУЛЬМИНАНТНОГО ГЕПАТИТА Е ПОДВЕРГАЮТСЯ

- 1)+ беременные в III триместре
- 2) пациенты моложе 40 лет
- 3) вакцинированные от гепатита В
- 4) пациенты с синдромом Жильбера

321. ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ЦИРРОЗОМ (ХОЛАНГИТОМ) ХАРАКТЕРНО НАРУШЕНИЕ ВСАСЫВАНИЯ ВИТАМИНА

- 1)+ А
- 2) В1
- 3) С
- 4) В2

322. АНТИМИТОХОНДРИАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ (ХОЛАНГИТЕ)

- 1)+ обнаруживаются у 95% больных
- 2) обладают прогностической ценностью
- 3) исчезают после трансплантации печени
- 4) отражают тяжесть течения заболевания

323. НАЛИЧИЕ АСЦИТА У ПАЦИЕНТА С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ портальной гипертензии
- 2) гиперспленизме
- 3) печёночно-клеточной недостаточности
- 4) портальной гастропатии

324. ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ХОЛАНГИТЕ (ЦИРРОЗЕ) НАБЛЮДАЕТСЯ СИНДРОМ

- 1)+ мальабсорбции
- 2) гипергликемии
- 3) гипогликемии
- 4) дыхательной недостаточности

325. ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ПРИЗНАКОВ АЛКОГОЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ значительное повышение IgA
- 2) наличие антинуклеарного фактора
- 3) что активность трансаминаз значительно превышает активность ГГТ
- 4) значительное повышение IgG

326. АСЦИТ – ЭТО ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ НАКОПЛЕНИЕ ЖИДКОСТИ В

- 1)+ брюшной полости
- 2) плевральной полости
- 3) полости перикарда
- 4) полости сустава

327. ПЕРВАЯ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ СТАДИЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ хроническим негнойным деструктивным холангитом
- 2) пролиферацией холангиол и перидуктальным фиброзом
- 3) фиброзом стромы при наличии воспалительной инфильтрации паренхимы печени
- 4) формированием узлов-регенератов и фиброзных тяжей

328. ЧАЩЕ ВСЕГО АБСЦЕССЫ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ

- 1)+ распространения восходящей инфекции по желчным протокам
- 2) инфицирования непаразитарной кисты печени
- 3) различных операций на органах брюшной полости
- 4) энтерогематогенного распространения инфекции из воспалительного очага в брюшной полости (дивертикулит, аппендицит)

329. СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ МАРКЕР АКТИВНОЙ РЕПЛИКАЦИИ ВИРУСА ГЕПАТИТА В

- 1)+ HBe-Ag
- 2) анти-HBs
- 3) HBs-Ag
- 4) HBc-Ag

330. ПОКАЗАНИЯМИ К ЭСТРЕННОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПАРАЦЕНТЕЗА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ СЛУЖАТ СИМПТОМЫ

- 1)+ инфицирования асцитической жидкости
- 2) холестаза
- 3) печёчно-клеточной недостаточности
- 4) портальной гипертензии

331. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ МЕЖДУНАРОДНОГО КЛУБА ПО ИЗУЧЕНИЮ АСЦИТА 2 СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ АСЦИТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ симметричным увеличением живота
- 2) только при ультразвуковом исследовании
- 3) данными перкуссии
- 4) наличием баллотирующей печени

332. СЫВОРОТОЧНО-АСЦИТИЧЕСКИЙ ГРАДИЕНТ АЛЬБУМИНА РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ

- 1)+ альбумин сыворотки – альбумин асцитической жидкости
- 2) альбумин сыворотки + альбумин асцитической жидкости
- 3) альбумин сыворотки : альбумин асцитической жидкости
- 4) альбумин сыворотки × альбумин асцитической жидкости

333. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ПРИ АБСЦЕССАХ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ ESCHERICHIA COLI, А ТАКЖЕ

- 1)+ Enterobacter, Klebsiella
- 2) Salmonella, Haemophilus
- 3) Yersinia spp., Haemophilus
- 4) Salmonella, Streptococcus milleri

334. ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ МЕХАНИЗМ ПОЯВЛЕНИЯ АСЦИТА СВЯЗАН С

- 1)+ портальной гипертензией
- 2) артериальной гипертензией
- 3) внутричерепной гипертензией
- 4) гипертензией малого круга кровообращения

335. РАННЯЯ СТАДИЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА (ХОЛАНГИТА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ нормальным уровнем билирубина и альбумина
- 2) повышенным уровнем билирубина и нормальным альбумина
- 3) повышенным уровнем билирубина и низким альбумина
- 4) нормальным уровнем билирубина и низким альбумина

336. ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПЕЧЕНИ ОБРАЗОВАНИЯ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ С НАЛИЧИЕМ ВНУТРЕННИХ ПЕРЕГОРОДОК И ДОЧЕРНИХ КИСТ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ эхинококковой кисты
- 2) билиарной цистаденомы
- 3) непаразитарной кисты
- 4) поликистоза печени

337. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ АНТИТЕЛ К

- 1)+ митохондриям
- 2) клеточному ядру
- 3) гладкой мускулатуре
- 4) эндомизию гладкой мускулатуры

338. ХАРАКТЕРНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНОЙ ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ХОЛАНГИТЕ (ЦИРРОЗЕ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие изменений желчных протоков
- 2) расширение внутripеченочных желчных протоков
- 3) расширение внепеченочных желчных протоков
- 4) сужение внутripеченочных желчных протоков

339. ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ЦИРРОЗОМ (ХОЛАНГИТОМ) ТИПИЧНО ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ИММУНОГЛОБУЛИНА

- 1)+ М
- 2) G
- 3) A
- 4) E

340. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ МЕЖДУНАРОДНОГО КЛУБА ПО ИЗУЧЕНИЮ АСЦИТА 1 СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ АСЦИТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ только при ультразвуковом исследовании
- 2) при общем осмотре пациента
- 3) данными перкуссии
- 4) измерением окружности живота на уровне пупка

341. КОЖНЫЙ ЗУД В СОЧЕТАНИИ С ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ И НАЛИЧИЕМ АНТИМИТОХОНДРИАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ первичного билиарного холангита (цирроза)
- 2) аутоиммунного гепатита
- 3) первичного склерозирующего холангита
- 4) вирусного гепатита С

342. СО СТЕПЕНЬЮ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ТЕСНО КОРРЕЛИРУЕТ

- 1)+ сыворотно-асцитический градиент альбумина
- 2) уровень билирубина
- 3) диурез
- 4) спленомегалия

343. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА (ХОЛАНГИТА) СРЕДИ БИОХИМИЧЕСКИХ ТЕСТОВ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

- 1)+ щелочной фосфатазы
- 2) гамма-глутамилтранспептидазы
- 3) аланиновой трансаминазы
- 4) аспарагиновой трансаминазы

344. ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ЦИРРОЗОМ (ХОЛАНГИТОМ) СТРАДАЮТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- 1)+ женщины
- 2) мужчины
- 3) подростки
- 4) дети

345. НАЛИЧИЕ АСЦИТА У ПАЦИЕНТА С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ HCV-ЭТИОЛОГИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ портальной гипертензии
- 2) спонтанном бактериальном перитоните
- 3) цитолизе
- 4) холестаза

346. В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗВАННОЕ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА Е, ИМЕЕТ

- 1)+ самолимитирующееся течение
- 2) фульминантное течение
- 3) затяжное течение с развитием холестатического гепатита
- 4) хроническое течение

347. ПРИ НАЛИЧИИ АСЦИТА У ПАЦИЕНТКИ С ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ЦИРРОЗОМ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ ТАКИЕ ПРИЗНАКИ ХОЛЕСТАЗА, КАК

- 1)+ ксантелазмы
- 2) телеангиоэктазии
- 3) пальмарная эритема
- 4) венозные коллатерали на передней брюшной стенке

348. ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДАННЫЕ (УВЕЛИЧЕННЫЙ ЖИВОТ, ТУПОЙ ПЕРКУТОРНОЙ ЗВУК, ГРАНИЦА КОТОРОГО СМЕЩАЕТСЯ ПРИ ПОВОРОТЕ НА БОК) ГОВОРЯТ О НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА

- 1)+ асцита
- 2) метеоризма
- 3) кисты поджелудочной железы
- 4) ожирения

349. СТУПЕНЧАТЫЕ НЕКРОЗЫ В БИОПТАТЕ ПЕЧЕНИ БОЛЬНОГО ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ХОЛАНГИТОМ (ЦИРРОЗОМ) УКАЗЫВАЮТ НА ПЕРЕКРЕСТ С

- 1)+ аутоиммунным гепатитом
- 2) неалкогольной жировой болезнью печени
- 3) вирусным гепатитом
- 4) алкогольным гепатитом

350. НЕОСЛОЖНЁННАЯ ЭХИНОКОККОВАЯ КИСТА ПЕЧЕНИ ЧАСТО

- 1)+ бывает бессимптомной
- 2) протекает с аллергическими реакциями
- 3) приводит к диссеминации эхинококка
- 4) сопровождается лихорадкой

351. ДЛЯ ОСТРОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, РАЗВИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ СИНДРОМА БАДДА – КИАРИ, ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ боль в животе, асцит и гепатомегалия
- 2) кожный зуд, появление кольцевидной эритемы на коже живота
- 3) наличие кольца Кайзера – Флейшера, развитие тяжелой анемии
- 4) боль в грудной клетке, рвота

352. УЛЬТРАЗВУКОВЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ увеличение селезенки, расширение воротной вены, асцит
- 2) увеличение печени, нормальные размеры селезенки, расширение печеночных вен
- 3) нормальные размеры печени, увеличение селезенки, нормальный диаметр воротной вены
- 4) увеличение печени, увеличение селезенки, сужение воротной вены

353. ОСНОВНЫМ СКРИНИНГОВЫМ МАРКЁРОМ ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ HBsAg
- 2) анти-HBcore класса IgG
- 3) анти-HDV класса IgG
- 4) HCV-RNA

354. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА «ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ» У БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ ПОВЫШЕН УРОВЕНЬ

- 1)+ щелочной фосфатазы
- 2) билирубина
- 3) гамма-глобулинов
- 4) гамма-глутамилтранспептидазы

355. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫ ДАННЫЕ

- 1)+ магнитно-резонансной холангиографии
- 2) ультразвукового исследования
- 3) биопсии печени
- 4) компьютерной томографии

356. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ПЕРВИЧНОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА ПРИ ХОЛАНГИОГРАФИИ ЯВЛЯЮТСЯ _____ ЖЕЛЧНЫЕ ПРОТОКИ

- 1)+ четкообразно измененные
- 2) неизмененные
- 3) суженные
- 4) расширенные

357. ПЕРВИЧНЫМ СКЛЕРОЗИРУЮЩИМ ХОЛАНГИТОМ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ

- 1)+ мужчины
- 2) женщины
- 3) подростки
- 4) дети

358. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНО ПОВЫШЕНИЕ СЫВОРОТОЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

- 1)+ углеводно-дефицитного трансферрина и γ -глутамилтранспептидазы
- 2) аланиновой аминотрансферазы и неконъюгированного билирубина
- 3) протромбинового индекса и щелочной фосфатазы
- 4) холестерина и конъюгированного билирубина

359. НАИБОЛЬШЕЙ ИНФОРМАТИВНОСТЬЮ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА ОБЛАДАЕТ

- 1)+ магнитно-резонансная холангиопанкреатография
- 2) ультразвуковое исследование
- 3) компьютерная томография
- 4) гепатобилиарная сцинтиграфия

360. ПРИ ОСТРОМ ГЕПАТИТЕ В В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

- 1)+ HBsAg и анти-HBcore класса IgM
- 2) анти-HBc IgG и анти-HBcore класса IgG
- 3) анти-HDV классов IgM и HCV-RNA
- 4) anti-HCV и анти-ВГС класса IgM

361. К ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТ

- 1)+ повышение активности сывороточных аминотрансфераз
- 2) гипоальбуминемию, гипофибриногеномию
- 3) повышение активности щелочной фосфатазы и γ -глутамилтранспептидазы
- 4) увеличение международного нормализованного отношения (МНО) и протромбинового времени

362. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ТИТР АНТИМИТОХОНДРИАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ХОЛАНГИТЕ СОСТАВЛЯЕТ $\geq$

- 1)+ 1:40
- 2) 1:30
- 3) 1:25
- 4) 1:20

363. ПЕЧЕНОЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ОПРЕДЕЛЯЮТ КАК СВЕРХОСТРУЮ ПРИ РАЗВИТИИ ПЕЧЁНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ _____ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ЖЕЛТУХИ

- 1)+ в ближайшие 7 дней
- 2) на 2-4 неделях
- 3) на 6-8 неделях
- 4) по истечении 3 месяцев

364. ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВНУТРИБРЮШНОЙ ВЫПОТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ транссудат
- 2) геморрагический экссудат
- 3) хилёзный экссудат
- 4) серозный экссудат

365. ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТАКАЯ ФОРМА НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ, КАК

- 1)+ неалкогольный стеатогепатит
- 2) фиброз печени
- 3) гепатоцеллюлярная карцинома
- 4) гепатопортальный склероз

366. ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ ЧАЩЕ ВСЕГО СОЧЕТАЕТСЯ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА У

- 1)+ мужчин
- 2) женщин
- 3) детей
- 4) подростков

367. К ХАРАКТЕРНЫМ НЕЙРОМЫШЕЧНЫМ НАРУШЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ ПЕЧЁНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ астериксис («хлопающий» тремор)
- 2) слабость в ногах во время ходьбы
- 3) нарушение мочеиспускания
- 4) самопроизвольные мышечные подёргивания

368. НЕКОНЪЮГИРОВАННУЮ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЮ НАБЛЮДАЮТ ПРИ

- 1)+ синдроме Жильбера
- 2) холедохолитиазе
- 3) синдроме Ротора
- 4) опухоли головки поджелудочной железы

369. В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ ПРИ ОСТРОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ ЗАПАХА

- 1)+ меркаптана
- 2) ацетона
- 3) этанола
- 4) кислоты

370. ПЕРЕКРЕСТ ПЕРВИЧНОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА И АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА ТИПИЧЕН ДЛЯ

- 1)+ детей и молодых взрослых
- 2) пожилых
- 3) мужчин
- 4) женщин

371. ОДНИМ ИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ОСТРОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ удлинение протромбинового времени
- 2) тромбоцитоз
- 3) снижение международного нормализованного отношения (МНО)
- 4) эритропения

372. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМОЙ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стеатоз печени
- 2) фиброз печени
- 3) гепатоцеллюлярная карцинома
- 4) гепатопортальный склероз

373. АСЦИТ С НИЗКИМ СЫВОРОТОЧНО-АСЦИТИЧЕСКИМ АЛЬБУМИНОВЫМ ГРАДИЕНТОМ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕН

- 1)+ карциноматозом брюшины
- 2) циррозом печени
- 3) синдромом Бадда – Киари
- 4) тромбозом печеночных вен

374. СРЕДИ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФЕКЦИЯ ВИРУСОМ

- 1)+ гепатита В
- 2) простого герпеса
- 3) эпидемического паротита
- 4) опоясывающего герпеса

375. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИНА ИМЕЕТ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- 1)+ гепатоцеллюлярной карциномы
- 2) гепатита А
- 3) гемохроматоза
- 4) первичного склерозирующего холангита

376. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА МАЛЫХ ПРОТОКОВ НА ХОЛАНГИОГРАММАХ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ отсутствие аномалий
- 2) наличие четкообразных желчных протоков
- 3) наличие расширенных желчных протоков
- 4) наличие суженных желчных протоков

377. ПРИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ НА ФОНЕ ТЯЖЕЛОГО ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО РАССТРОЙСТВА С ОБИЛЬНОЙ РВОТОЙ И ДИАРЕЕЙ, В КАЧЕСТВЕ ПРИЧИНЫ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ

- 1)+ отравление ядовитыми грибами
- 2) малярию
- 3) аутоиммунный гепатит
- 4) ишемическое поражение печени

378. НАЛИЧИЕ АНТИНУКЛЕАРНЫХ, АНТИМИТОХОНДРИАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ, АНТИТЕЛ К ГЛАДКОМЫШЕЧНЫМ КЛЕТКАМ И К РАСТВОРИМОМУ ПЕЧЕНОЧНОМУ АНТИГЕНУ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ аутоиммунных заболеваний печени
- 2) нарушения обмена железа
- 3) алкогольного поражения печени
- 4) лекарственного гепатита

379. ПОВЫШЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО НОРМАЛИЗОВАННОГО ОТНОШЕНИЯ (МНО) >1,5 И СНИЖЕНИЕ ПРОТРОМБИНОВОГО ИНДЕКСА <40% СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ коагулопатии
- 2) холестаза
- 3) цитолизе
- 4) гиперспленизме

380. У ПАЦИЕНТОВ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ОСМОТРЕ ВЫЯВЛЯЮТ

- 1)+ расширение подкожных вен и увеличение размеров живота
- 2) лимонно-желтый цвет кожи, отеки ног
- 3) следы расчесов на коже, вздутие живота
- 4) элементы геморрагической сыпи, бронзовый оттенок кожи

381. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КОНЪЮГИРОВАННОГО БИЛИРУБИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ НАБЛЮДАЮТ ПРИ

- 1)+ склерозирующем холангите
- 2) синдроме Криглера – Найяра
- 3) гемолизе
- 4) синдроме Жильбера

382. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА «ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ» ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кожный зуд
- 2) асцит
- 3) кровотечение из варикозных вен
- 4) лихорадка

383. СРЕДИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА ПРИ ПЕРВИЧНОМ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕМ ХОЛАНГИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1)+ язвенный колит
- 2) болезнь Крона
- 3) коллагеновый колит
- 4) лимфоцитарный колит

384. ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ ЧАЩЕ ВСЕГО АССОЦИИРОВАН С

- 1)+ воспалительными заболеваниями кишечника
- 2) аутоиммунной тромбоцитопенической пурпурой
- 3) аутоиммунной гемолитической анемией
- 4) гистиоцитозом X

385. ОТСУТСТВИЕ СТЕРКОБИЛИНА В КАЛЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- 1)+ опухоли в воротах печени
- 2) хроническом вирусном гепатите
- 3) массивном гемолизе
- 4) синдроме Жильбера

386. ДЛЯ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ПЕРЕДОЗИРОВКИ АЦЕТАМИНОФЕНА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ очень высокой активности сывороточных аминотрансфераз в сочетании с низким уровнем билирубина, ацидозом и поражением почек
- 2) колец Кайзера – Флейшера, Кумбс-негативной гемолитической анемии, высокого соотношения уровней билирубина и щелочной фосфатазы
- 3) незначительного повышения активности сывороточных аминотрансфераз, повышения уровня лактатдегидрогеназы и креатинина, появление бронзовой окраски кожи
- 4) антимитохондриальных и антинуклеарных антител, высокой активности сывороточной щелочной фосфатазы

387. ПРИ НАЛИЧИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ СКЛЕРОЗИРУЮЩИМ ХОЛАНГИТОМ (ПСХ) РИСК КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

- 1)+ увеличивается
- 2) уменьшается
- 3) такой же, как у больных язвенным колитом
- 4) такой же, как в общей популяции больных ПСХ

388. СЛАДКОВАТЫЙ «ПЕЧЁНОЧНЫЙ ЗАПАХ» ОТ БОЛЬНЫХ ПРИ ОСТРОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА

- 1)+ метионина
- 2) фенилаланина
- 3) тирозина
- 4) аргинина

389. К НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКАМ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ ПРИ ПЕЧЁНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ выраженную сонливость днём и бессонницу ночью
- 2) дезориентацию во времени и пространстве
- 3) эпизоды выраженной агрессии
- 4) зрительные и слуховые галлюцинации

390. ПРИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПЕЧЁНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ РАЗВИВАЕТСЯ _____ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ЖЕЛТУХИ

- 1)+ в пределах 8-28 дней
- 2) по истечении 6 месяцев
- 3) на 5-12-й неделях
- 4) по истечении 3 месяцев

391. О СНИЖЕНИИ БЕЛКОВО-СИНТЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ В СЫВОРОТКЕ

- 1)+ альбумина, протромбина, фибриногена
- 2) γ-глобулинов
- 3) аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз
- 4) щелочной фосфатазы и γ-глутамилтранспептидазы

392. ДЛЯ ОСТРОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ печёночной энцефалопатии
- 2) метеоризма
- 3) периферических отёков
- 4) кожного зуда

393. ДЛЯ ПОЛНОЦЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ПИГМЕНТНОГО ОБМЕНА ПОКАЗАНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1)+ конъюгированного и неконъюгированного билирубина в крови, уробилиноидов в моче и стеркобилина в кале
- 2) неконъюгированного билирубина, щелочной фосфатазы и альбумина
- 3) конъюгированного билирубина в крови, стеркобилина в кале
- 4) общего билирубина в крови, уробилиноидов в моче

394. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БИОПСИИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ высокий риск развития кровотечения
- 2) печёночная энцефалопатия
- 3) макроцитарная анемия
- 4) синдром холестаза

395. РАЗВИТИЕМ ОСТРОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ УГРОЖАЕТ ТАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ КАК

- 1)+ острая жировая печень беременных
- 2) эклампсия
- 3) замершая беременность
- 4) внутрипечёночный холестаз беременных

396. СЫВОРОТОЧНО-АСЦИТИЧЕСКИЙ ГРАДИЕНТ КОНЦЕНТРАЦИИ АЛЬБУМИНА ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ давления в воротной вене
- 2) содержания общего белка в крови
- 3) соотношения альбумина и глобулинов в крови
- 4) активности амилазы в асцитической жидкости

397. ОСНОВНЫМ БИОХИМИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СПОНТАННОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ низкое содержание белка в асцитической жидкости
- 2) низкое содержание альбумина в сыворотке
- 3) цирроз класса А по Чайлд-Пью
- 4) высокая активность аминотрансфераз в сыворотке

398. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СПОНТАННЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПЕРИТОНИТ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ В АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ

- 1)+ количество нейтрофилов
- 2) концентрацию глюкозы
- 3) уровень триглицеридов
- 4) активность амилазы

399. ПРИ СИНДРОМЕ ПЕРЕКРЕСТА С АУТОИММУННЫМ ГЕПАТИТОМ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ХОЛАНГИТОМ (ЦИРРОЗОМ) БУДЕТ ПОВЫШЕН УРОВЕНЬ

- 1)+ иммуноглобулина G
- 2) гамма-глутамилтранспептидазы
- 3) билирубина
- 4) щелочной фосфатазы

400. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА «ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ» НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ слабость
- 2) кровотечение из варикозно расширенных вен
- 3) асцит
- 4) желтуха

401. НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ У БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ АССОЦИИРОВАНА С НАЛИЧИЕМ

- 1)+ дислипидемии
- 2) аутоиммунного панкреатита
- 3) опухоли гипофиза
- 4) первичного гипотиреоза

402. ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПЕЧЕНИ ПАЦИЕНТАМ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ ПОКАЗАНА ПРИ

- 1)+ подозрении на смешанную этиологию заболевания
- 2) наличии метаболического синдрома
- 3) наличии артериальной гипертензии 3 степени
- 4) отсутствии сахарного диабета 2 типа

403. 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

404. У ПАЦИЕНТА С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ МАНИФЕСТНАЯ ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА СТАДИИ

- 1)+ цирроза печени
- 2) фиброза печени 2 стадии
- 3) стеатоза
- 4) стеатогепатита

405. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ И СПЕЦИФИЧНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН ПИЩЕВОДА СЛУЖИТ

- 1)+ ЭГДС
- 2) УЗИ
- 3) КТ
- 4) МРТ

406. У ПАЦИЕНТА С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ АСЦИТ ПОЯВЛЯЕТСЯ НА СТАДИИ

- 1)+ цирроза печени
- 2) фиброза печени
- 3) стеатоза
- 4) стеатогепатита

407. НАИБОЛЕЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИ БЛАГОПРИЯТНОЙ ФОРМОЙ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стеатоз
- 2) фиброз
- 3) стеатогепатит
- 4) гепатоцеллюлярная карцинома

408. НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ У БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ АССОЦИИРОВАНА С НАЛИЧИЕМ

- 1)+ метаболического синдрома
- 2) аутоиммунного панкреатита
- 3) опухоли гипофиза
- 4) первичного гипотиреоза

409. К РАЗВИТИЮ ВТОРИЧНОЙ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ ПРИЕМ

- 1)+ тамоксифена
- 2) холекальциферола
- 3) фолиевой кислоты
- 4) рибофлавина

410. НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ У БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ АССОЦИИРОВАНА С НАЛИЧИЕМ

- 1)+ сахарного диабета 2 типа
- 2) аутоиммунного панкреатита
- 3) опухоли гипофиза
- 4) первичного гипотиреоза

411. У ПАЦИЕНТА С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ ГИПЕРСПЛЕНИЗМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА СТАДИИ

- 1)+ цирроза печени
- 2) стеатоза
- 3) фиброза печени 2 стадии
- 4) стеатогепатита

412. У ПАЦИЕНТА С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА СТАДИИ

- 1)+ цирроза печени
- 2) стеатоза
- 3) фиброза печени 2 стадии
- 4) стеатогепатита

413. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПОВЫШЕНА АКТИВНОСТЬ

- 1)+ АЛТ
- 2) АСТ
- 3) ЩФ
- 4) ГГТ

414. СКРИНИНГ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ПОКАЗАН ПАЦИЕНТАМ, У КОТОРЫХ ИМЕЕТСЯ

- 1)+ метаболический синдром
- 2) остеопороз
- 3) гипотиреоз
- 4) гипогонадизм

415. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ И НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА СЛУЖИТ _____ ПЕЧЕНИ

- 1)+ биопсия
- 2) КТ
- 3) УЗИ
- 4) МРТ

416. У ПАЦИЕНТА С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ АСЦИТ И ОТЕКИ ПОЯВЛЯЮТСЯ НА СТАДИИ

- 1)+ цирроза печени
- 2) стеатоза
- 3) фиброза печени
- 4) стеатогепатита

417. У ПАЦИЕНТА С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПОЯВЛЯЕТСЯ НА СТАДИИ

- 1)+ цирроза печени
- 2) стеатогепатита
- 3) стеатоза
- 4) фиброза печени 2 стадии

418. СКРИНИНГ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ПОКАЗАН ПАЦИЕНТАМ, У КОТОРЫХ ИМЕЕТСЯ

- 1)+ сахарный диабет 2 типа
- 2) остеопороз
- 3) гипотиреоз
- 4) гипогонадизм

419. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМЫ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СЛУЖИТ

- 1)+ цирроз печени
- 2) саркоидоз печени
- 3) фокальная нодулярная гиперплазия
- 4) поликистоз печени

420. К РАЗВИТИЮ ВТОРИЧНОЙ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ ПРИЕМ

- 1)+ преднизолона
- 2) фолиевой кислоты
- 3) холекальциферола
- 4) рибофлавина

421. НЕАЛКОГОЛЬНУЮ ЖИРОВУЮ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ ЧАЩЕ ВСЕГО ДИАГНОСТИРУЮТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ _____ ПЕЧЕНИ

- 1)+ ультразвукового исследования
- 2) биопсии
- 3) магнитно-резонансной томографии
- 4) компьютерной томографии

422. СИНДРОМЫ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ ТАКОЙ ФОРМЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ, КАК

- 1)+ цирроз печени
- 2) гепатопортальный склероз
- 3) фиброз печени
- 4) гепатоцеллюлярная карцинома

423. КРИТЕРИЕМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОТЛИЧИТЬ НЕАЛКОГОЛЬНУЮ ЖИРОВУЮ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ ОТ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ, СЛУЖИТ

- 1)+ отсутствие употребления алкоголя
- 2) повышение уровня щелочной фосфатазы
- 3) наличие метаболического синдрома
- 4) отсутствие артериальной гипертензии

424. У ПАЦИЕНТА С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ ОТЕКИ ПОЯВЛЯЮТСЯ НА СТАДИИ

- 1)+ цирроза печени
- 2) стеатоза
- 3) фиброза печени 2 стадии
- 4) стеатогепатита

425. СКРИНИНГ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ПОКАЗАН ПАЦИЕНТАМ, У КОТОРЫХ ИМЕЕТСЯ

- 1)+ дислипидемия
- 2) остеопороз
- 3) гипотиреоз
- 4) гипогонадизм

426. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ НАДПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМЫ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СЛУЖИТ

- 1)+ тромбоз печеночных вен
- 2) болезнь Рандю – Ослера – Вебера
- 3) констриктивный перикардит
- 4) недостаточность трехстворчатого клапана

427. ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИЗНАКОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СЛУЖИТ УВЕЛИЧЕНИЕ ДИАМЕТРА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ БОЛЕЕ (В ММ)

- 1)+ 14
- 2) 18
- 3) 6
- 4) 20

428. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ УЗИ брюшной полости
- 2) общий анализ крови
- 3) биохимический анализ крови
- 4) электрофорез белков

429. У ПАЦИЕНТА С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ ПРИЗНАКИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОЯВЛЯЮТСЯ НА СТАДИИ

- 1)+ цирроза печени
- 2) стеатоза
- 3) фиброза печени
- 4) стеатогепатита

430. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА СЛУЖИТ

- 1)+ цирроз печени
- 2) рак поджелудочной железы
- 3) гепатоцеллюлярная карцинома
- 4) сердечная недостаточность

431. СИНДРОМ БАДДА – КИАРИ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ

- 1)+ надпеченочной портальной гипертензии
- 2) подпеченочной портальной гипертензии
- 3) печеночной портальной гипертензии
- 4) гипертензии в системе верхней поллой вены

432. ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА СО СТЕАТОЗОМ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЮТ

- 1)+ гепатомегалию
- 2) асцит
- 3) желтуху
- 4) спленомегалию

433. ТЯЖЕСТЬ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ МОЖНО ОЦЕНИТЬ ПО ШКАЛЕ

- 1)+ NAS-CRN
- 2) CHILD-PUGH
- 3) MELD
- 4) CIOMS/RUCAM

434. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ОБЩЕДОСТУПНЫМ СКРИНИНГОВЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ СЛУЖИТ

- 1)+ УЗИ печени
- 2) КТ печени
- 3) МРТ печени
- 4) ПЭТ-КТ

435. У ПАЦИЕНТА С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ ТРОМБОЗ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН НА СТАДИИ

- 1)+ цирроза печени
- 2) стеатоза
- 3) фиброза печени 2 стадии
- 4) стеатогепатита

436. ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОРТО-ПОРТАЛЬНЫЕ АНАСТОМОЗЫ – ЭТО АНАСТОМОЗЫ МЕЖДУ ОСНОВНЫМ СТВОЛОМ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ И

- 1)+ ветвями воротной вены
- 2) печеночными венами
- 3) верхней поллой веной
- 4) нижней поллой веной

437. ГИПЕРСПЛЕНИЗМ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, КАК ПРАВИЛО, НАЧИНАЕТСЯ С РАЗВИТИЯ

- 1)+ тромбоцитопении
- 2) лейкопении
- 3) лимфопении
- 4) анемии

438. СТЕПЕНЬ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ МОЖНО ОЦЕНИТЬ ПО ШКАЛЕ

- 1)+ BARD
- 2) Child-Pugh
- 3) MELD
- 4) CIOM-CERUCAM

439. ПРИЗНАКОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА РАЗВИТИЕ ПОРТО-СИСТЕМНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНОГО ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, СЛУЖИТ

- 1)+ нарушение ритма сна
- 2) появление телеангиоэктазий
- 3) развитие асцита
- 4) появление геморрагического синдрома

440. ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА СО СТЕАТОЗОМ ПЕЧЕНИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЮТ

- 1)+ умеренную гепатомегалию
- 2) выраженную гепатомегалию
- 3) выраженную спленомегалию
- 4) гепатолиенальный синдром

441. ПРИЗНАКОМ ВТОРОЙ СТАДИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ СЛУЖИТ

- 1)+ появление астериксиса
- 2) отсутствие сознания
- 3) повышение рефлексов
- 4) снижение аппетита

442. ПРИ РАЗВИТИИ ТРОМБОЗА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

- 1)+ гепатоцеллюлярную карциному
- 2) рак поджелудочной железы
- 3) миелопролиферативное заболевание
- 4) врожденные тромбофилии

443. ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РАСШИРЕНИЕМ СТВОЛА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ СЧИТАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ ЕЕ ДИАМЕТРА БОЛЕЕ (В ММ)

- 1)+ 14
- 2) 7
- 3) 10
- 4) 20

444. У ПАЦИЕНТА С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ПИЩЕВОДА ПОЯВЛЯЕТСЯ НА СТАДИИ

- 1)+ цирроза печени
- 2) стеатоза
- 3) стеатогепатита
- 4) фиброза печени

445. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СЛУЖИТ

- 1)+ тромбоз воротной вены
- 2) тромбоз печёночных вен
- 3) тромбоз ветвей портальной вены
- 4) врождённый фиброз печени

446. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СЛУЖИТ

- 1)+ цирроз печени
- 2) тромбоз воротной вены
- 3) синдром Бадда – Киари
- 4) сердечная недостаточность

447. ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НАЧАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СЛУЖАТ

- 1)+ увеличение размеров селезенки и расширение воротной вены
- 2) уменьшение размеров печени и нормальный диаметр воротной вены
- 3) увеличение размеров печени и селезенки с нормальным диаметром воротной вены
- 4) уменьшение размеров печени и отсутствие селезенки

448. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ЛЕЖИТ

- 1)+ инсулинорезистентность
- 2) стероидорезистентность
- 3) иммунотолерантность
- 4) гепатотоксичность

449. ТРОМБОЗ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ

- 1)+ подпеченочной портальной гипертензии
- 2) гипертензии в системе верхней полой вены
- 3) надпеченочной портальной гипертензии
- 4) гипертензии в системе нижней полой вены

450. СКРИНИНГ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ПОКАЗАН ПАЦИЕНТАМ, У КОТОРЫХ ИМЕЕТСЯ

- 1)+ ожирение
- 2) остеопороз
- 3) гипотиреоз
- 4) гипогонадизм

451. ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ГАММА-ГЛУТАМИЛТРАНСФЕРАЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ

- 1)+ острого алкогольного гепатита
- 2) хронического панкреатита
- 3) язвенной болезни желудка
- 4) хронических вирусных гепатитов В и С

452. НЕБОЛЬШИЕ КИСТЫ ПЕЧЕНИ, КАК ПРАВИЛО

- 1)+ клинически не проявляются
- 2) проявляются тупой болью в правом подреберье
- 3) ощущаются как инородное тело в правом подреберье
- 4) проявляются синдромом портальной гипертензии

453. В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ КЛАССА С ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ (CHILD-PUGH) УСТАНАВЛИВАЮТ СТАДИЮ ____ ОПУХОЛИ СОГЛАСНО БАРСЕЛОНСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ

- 1)+ D
- 2) B
- 3) C
- 4) A

454. В ОЦЕНКУ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА ПО CHILD-PUGH ВКЛЮЧЕНЫ

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

455. 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

456. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ПО ДАННЫМ УЗИ ПЕЧЕНИ ГОМОГЕННОГО АНЭХОГЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ С ЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ БЕЗ КРОВОТОКА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ киста
- 2) гемангиома
- 3) гепатоцеллюлярный рак
- 4) метастаз

457. ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В БОЛЬШИНСТВЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ РУКОВОДСТВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ УЗИ ПЕЧЕНИ ОДИН РАЗ В

- 1)+ 6 месяцев
- 2) 3 месяца
- 3) 12 месяцев
- 4) 24 месяца

458. САМЫМ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ПЕРВИЧНЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гепатоцеллюлярный рак
- 2) холангиоцеллюлярный рак
- 3) плоскоклеточный рак
- 4) лимфома

459. САМЫМ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ метастатическое поражение из внепеченочных очагов
- 2) холангиоцеллюлярный рак
- 3) гемангиоэндотелиома
- 4) лимфома

460. ПРИЧИНОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЖЕЛТУХИ БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ высокий уровень эстрогенов
- 2) высокий уровень прогестерона
- 3) аутоиммунный процесс
- 4) ингибирование глюкуронилтрансферазы

461. НЕБОЛЬШИЕ ГЕМАНГИОМЫ ПЕЧЕНИ, КАК ПРАВИЛО

- 1)+ клинически не проявляются
- 2) проявляются тупой болью в правом подреберье
- 3) ощущаются как инородное тело в правом подреберье
- 4) проявляются синдромом портальной гипертензии

462. В БАРСЕЛОНСКОЙ СИСТЕМЕ ВЫДЕЛЯЮТ _____ СТАДИИ/СТАДИЙ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА

- 1)+ 5
- 2) 7
- 3) 3
- 4) 6

463. ПОЛИКИСТОЗ ПЕЧЕНИ ЧАЩЕ ВСЕГО СОПРОВОЖДАЕТСЯ ПОЛИКИСТОЗОМ

- 1)+ почек
- 2) селезенки
- 3) головного мозга
- 4) костей таза

464. РАЗВИТИЕ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА (ГЦР) НА ФОНЕ ЗДОРОВОЙ ТКАНИ ПЕЧЕНИ БЕЗ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ

- 1)+ составляет менее 10% всех случаев ГЦР
- 2) отмечается почти в половине случаев ГЦР
- 3) составляет более 25% всех случаев ГЦР
- 4) невозможно

465. СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1)+ уменьшения активности глюкуронилтрансферазы
- 2) уменьшения захвата билирубина гепатоцитами
- 3) нарушенной билирубин-альбуминовой диссоциации
- 4) уменьшения внутриклеточного транспорта билирубина

466. В ОЦЕНКУ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА ПО CHILD-PUGH ВКЛЮЧЕНЫ

- 1)+ асцит, печеночная энцефалопатия
- 2) телеангиоэктазии, пальмарная эритема
- 3) варикозное расширение вен пищевода, портальная гастропатия
- 4) кожный зуд, расчесы, ксантелазмы

467. В ОТСУТСТВИЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ДИАГНОЗ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА СЛЕДУЕТ УСТАНОВЛИВАТЬ ПО ДАННЫМ

- 1)+ биопсии печени
- 2) МРТ и КТ с внутривенным контрастированием
- 3) ПЭТ-КТ с меченой глюкозой
- 4) МРТ и КТ без внутривенного контрастирования

468. ДИАГНОЗ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ДАННЫХ

- 1)+ МРТ и КТ с внутривенным контрастированием
- 2) биопсии печени
- 3) ПЭТ-КТ с меченой глюкозой
- 4) МРТ и КТ без внутривенного контрастирования

469. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У БЕССИМПТОМНОГО ПАЦИЕНТА НА УЗИ ПЕЧЕНИ ГИПЕРЭХОГЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ С ЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ БЕЗ КРОВОТОКА РАЗМЕРОМ 3 СМ, КОТОРОЕ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ВЕРОЯТНАЯ ГЕМАНГИОМА, СЛЕДУЕТ

- 1)+ проводить динамическое наблюдение
- 2) выполнить КТ печени с контрастом
- 3) выполнить МРТ печени с контрастом
- 4) выполнить биопсию печени

470. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА В ВИДЕ ОДИНОЧНОГО УЗЛА РАЗМЕРОМ 2,5 СМ, БЕЗ ПРИЗНАКОВ ИНВАЗИИ В СОСУДЫ, НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ КЛАССА А ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ (CHILD-PUGH) ОПУХОЛЬ СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТАДИИ СОГЛАСНО БАРСЕЛОНСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ

- 1)+ А
- 2) В
- 3) С
- 4) D

471. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ В МИРЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ HBV-инфекция
- 2) HCV-инфекция
- 3) злоупотребление алкоголем
- 4) прием пероральных контрацептивов

472. АСЦИТ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ

- 1)+ синдром Бадда – Киари
- 2) острого панкреатита
- 3) правожелудочковой сердечной недостаточности
- 4) хронической обструктивной болезни легких

473. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ КЛАССА А ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ (CHILD-PUGH) В ВИДЕ 6 УЗЛОВ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ИНВАЗИИ В СОСУДЫ ОПУХОЛЬ СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТАДИИ СОГЛАСНО БАРСЕЛОНСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ

- 1)+ В
- 2) D
- 3) С
- 4) А

474. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ЗУДА КОЖИ ПРИ ЖЕЛТУХЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ

- 1)+ солей желчных кислот
- 2) билирубина
- 3) аспаратаминотрансферазы
- 4) щелочной фосфатазы

475. К ОБРАЗОВАНИЯМ ПЕЧЕНИ, ДЛИТЕЛЬНО УДЕРЖИВАЮЩИМ КОНТРАСТ, ОТНОСИТСЯ БОЛЬШИНСТВО СЛУЧАЕВ

- 1)+ гемангиом
- 2) гепатоцеллюлярного рак
- 3) фокальной нодулярной гиперплазии
- 4) гепатоцеллюлярной аденомы

476. ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИЧИНОЙ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ колоректальный рак
- 2) рак желудка
- 3) рак легких
- 4) рак молочной железы

477. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА С ПРИЗНАКАМИ ИНВАЗИИ В СОСУДЫ НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ КЛАССА А ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ (CHILD-PUGH) ОПУХОЛЬ СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТАДИИ СОГЛАСНО БАРСЕЛОНСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ

- 1)+ С
- 2) В
- 3) D
- 4) А

478. САМЫМ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ НОВООБРАЗОВАНИЕМ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гемангиома
- 2) гепатоцеллюлярный рак
- 3) холангиокарцинома
- 4) лимфома

479. ПОТЕНЦИАЛ К ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМУ ПЕРЕРОЖДЕНИЮ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ АДЕНОМЫ

- 1)+ выше у мужчин
- 2) выше у женщин
- 3) не зависит от пола
- 4) в возрасте до 30 лет выше у мужчин, а после – у женщин

480. САМЫМ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гемангиома
- 2) гепатома
- 3) аденома
- 4) лимфома

481. САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ГЕМАНГИОМЫ ПЕЧЕНИ, КОТОРОЕ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К СМЕРТИ ПАЦИЕНТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ разрыв с внутрибрюшным кровотечением
- 2) малигнизация
- 3) портальная гипертензия
- 4) нагноение

482. ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ТРАНСАМИНАЗ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ острого вирусного гепатита
- 2) холестаза
- 3) первичного билиарного цирроза
- 4) аминазиновой желтухи

483. ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В БОЛЬШИНСТВЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ РУКОВОДСТВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ПРОВЕДЕНИЕ _____ ПЕЧЕНИ

- 1)+ УЗИ
- 2) МРТ
- 3) КТ
- 4) сцинтиграфии

484. ГЕМОБИЛИЯ У БОЛЬНОГО С КРУПНОЙ ГЕМАНГИОМОЙ ПЕЧЕНИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ЕЕ

- 1)+ разрыва
- 2) малигнизации
- 3) нагноения
- 4) тромбоза

485. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ В КРОВИ АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИНА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ гепатоцеллюлярном раке
- 2) холангиоцеллюлярном раке
- 3) гемангиоме
- 4) гепатоцеллюлярной аденоме

486. ПРИ СИНДРОМЕ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ _____ В КРОВИ

- 1)+ количества тромбоцитов и гранулоцитов
- 2) аспартатаминотрансферазы
- 3) прямого билирубина
- 4) общего билирубина

487. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ КЛАССА А ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ (CHILD-PUGH) В ВИДЕ 2 УЗЛОВ РАЗМЕРОМ ОКОЛО 2 СМ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ИНВАЗИИ В СОСУДЫ ОПУХОЛЬ СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТАДИИ СОГЛАСНО БАРСЕЛОНСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ

- 1)+ А
- 2) В
- 3) С
- 4) D

488. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ АДЕНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прием пероральных контрацептивов
- 2) цирроз печени
- 3) инфекция гепатотропными вирусами
- 4) гемохроматоз

489. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цирроз печени
- 2) прием пероральных контрацептивов
- 3) прием анаболических стероидов
- 4) метаболический синдром

490. ДОСТОВЕРНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гистологическое исследование пунктата печени
- 2) исследование уровня трансфераз
- 3) исследование уровня билирубина
- 4) магнитно-резонансная томография

491. ГЕМАНГИОМА ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ПРЕДСТАВЛЕНА

- 1)+ сетью аномальных сосудистых каналов
- 2) нормальными гепатоцитами
- 3) аномальными гепатоцитами
- 4) сетью аномальных желчных протоков

492. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА В ВИДЕ ОДИНОЧНОГО УЗЛА РАЗМЕРОМ 1,5 СМ, БЕЗ ПРИЗНАКОВ ИНВАЗИИ В СОСУДЫ, НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ КЛАССА А ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ (CHILD-PUGH) ОПУХОЛЬ СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТАДИИ СОГЛАСНО БАРСЕЛОНСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ

- 1)+ 0
- 2) В
- 3) С
- 4) А

493. ПРОСТАЯ КИСТА ПЕЧЕНИ ПРИ КТ

- 1)+ не накапливает контраст
- 2) быстро накапливает контраст в артериальную фазу, после чего он быстро вымывается из нее в венозную
- 3) быстро накапливает контраст в артериальную фазу, сохраняя его в венозную и отсроченную фазы
- 4) начинает медленно накапливать контраст в артериальную фазу и продолжает в венозную

494. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАДИИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО _____ СИСТЕМЕ

- 1)+ Барселонской
- 2) Парижской
- 3) Киотской
- 4) Брюссельской

495. К ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ХОЛЕСТАЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ аутоиммунный гепатит
- 2) опухоли печени
- 3) муковисцидоз
- 4) болезнь Вильсона

496. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ПО ДАННЫМ УЗИ ПЕЧЕНИ ГОМОГЕННОГО ГИПЕРЭХОГЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ С ЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ БЕЗ КРОВОТОКА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гемангиома
- 2) киста
- 3) гепатоцеллюлярный рак
- 4) метастаз

497. ОНКОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ, СПЕЦИФИЧНЫМ ДЛЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ альфа-фетопротейн
- 2) кальпротектин
- 3) раково-эмбриональный антиген
- 4) СА19-9

498. ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНАЯ КАРЦИНОМА ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ старше 60
- 2) до 20
- 3) 40-60
- 4) 20-40

499. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ В ПЕЧЕНИ СЛОЖНОЙ КИСТЫ С ДОЧЕРНИМИ КИСТАМИ И ЭОЗИНОФИЛИИ В КРОВИ ПРЕЖДЕ ВСЕГО СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ _____ ПЕЧЕНИ

- 1)+ эхинококкоз
- 2) саркоидоз
- 3) поликистоз
- 4) гистиоцитоз

500. ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ПИЩЕВОДА РАЗВИВАЕТСЯ, КОГДА ПЕЧЕНОЧНЫЙ ВЕНОЗНЫЙ ГРАДИЕНТ ДАВЛЕНИЯ ПРЕВЫШАЕТ (В ММ РТ.СТ.)

- 1)+ 12
- 2) 4
- 3) 20
- 4) 32

501. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ С АУТОИММУННЫМ ГЕПАТИТОМ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ

- 1)+ аутоантитела ANA, ASMA, anti-LKM-1
- 2) ферритин, процент насыщения трансферрина железом
- 3) анти-HCV, HBs-AG, анти-HAV IgM
- 4) суточную экскрецию меди с мочой, сывороточный церулоплазмин

502. ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ

- 1)+ щелочной фосфатазы
- 2) трансаминаз
- 3) ретикулоцитов
- 4) гаммаглутамилтранспептидазы

503. ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ОТРАЖАЕТ

- 1)+ функциональную почечную недостаточность при декомпенсированном циррозе печени
- 2) нефротоксическое действие веществ, вызвавших острое повреждение печени
- 3) побочное действие рентгеноконтрастных препаратов на фоне цирроза печени
- 4) развитие хронического гломерулонефрита, IgA-нефропатии при циррозе печени

504. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АЛКОГОЛЬНОЙ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

- 1)+ увеличение окружности талии и индекса массы тела
- 2) пониженный уровень сывороточного церулоплазмينا
- 3) повышение содержания гамма-глобулинов
- 4) повышенный уровень сывороточного ферритина

505. ПРЕДИКТОРОМ РАЗВИТИЯ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипонатриемия
- 2) гипокальциемия
- 3) анемия
- 4) лейкоцитоз

506. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ В БИОПТАТЕ ПЕЧЕНИ _____ ИНФИЛЬТРАЦИИ

- 1)+ нейтрофильной
- 2) лимфо-плазмочитарной
- 3) эозинофильной
- 4) опухолевой

507. ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кровавая рвота
- 2) пальмарная эритема
- 3) выраженная гепатомегалия
- 4) желтуха с ярким оранжевым оттенком

508. К ПРИЧИНАМ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ХОЛЕСТАЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ амилоидоз
- 2) застойную сердечную недостаточность
- 3) тиреотоксикоз
- 4) паранеопластические синдромы

509. ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ БИОПСИЮ ПЕЧЕНИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ

- 1)+ при подозрении на наличие дополнительного (помимо алкоголя) этиологического фактора
- 2) каждому пациенту, независимо от формы и тяжести течения заболевания
- 3) при тяжелом алкогольном гепатите с МНО >2,5 и уровнем тромбоцитов $<70 \times 10^9 / \text{л}$
- 4) в отсутствие существенных биохимических отклонений и признаков фиброза печени по данным эластометрии

510. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ В БИОПТАТЕ ПЕЧЕНИ

- 1)+ воспалительного инфильтрата преимущественно в дольках
- 2) воспалительного инфильтрата преимущественно в портальных трактах
- 3) гранулематозных изменений в портальных трактах
- 4) мостовидных некрозов гепатоцитов

511. ДЛЯ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕЛОГО ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ИНДЕКС

- 1)+ APRI (AST-to-Platelet-Ratio)
- 2) Лилль (Lille model)
- 3) Мэддрея (Maddrey score)
- 4) коэффициент Де Ритиса

512. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ

- 1)+ макроцитоза
- 2) овалоцитоза
- 3) лимфоцитоза
- 4) эозинофилии

513. У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ, АКТИВНО УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ, В БИОПТАТЕ ПЕЧЕНИ НЕРЕДКО ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ тельца Мэллори (алкогольный гиалин)
- 2) гигантские многоядерные клетки Пирогова – Лангханса
- 3) гранулемы в портальных трактах
- 4) отложения амилоида по ходу синусоидов

514. ЖЕЛТУХА, КОНЪЮГИРОВАННАЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ, НЕИЗМЕНЕННЫЙ УРОВЕНЬ ТРАНСАМИНАЗ ПОЗВОЛЯЮТ ДУМАТЬ О

- 1)+ синдроме Ротора
- 2) остром холангите
- 3) неалкогольном стеатогепатите
- 4) первичном билиарном циррозе

515. ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, ПОВЫШЕНИЕ ЛИПИДОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ, УМЕРЕННОЕ ПОВЫШЕНИЕ АМИНОТРАНСАМИНАЗ И ГАММА-ГЛУТАМИЛТРАНСФЕРАЗЫ ПОЗВОЛЯЕТ ДУМАТЬ О

- 1)+ неалкогольном стеатогепатите
- 2) аутоимунном гепатите
- 3) остром холангите
- 4) вирусном гепатите

516. ДЛЯ СИНДРОМА ЦИВЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ГИПЕРЛИПИДЕМИЯ, ЖЕЛТУХА,

- 1)+ жировой гепатоз
- 2) апластическая анемия
- 3) выраженный лейкоцитоз
- 4) тромбоцитопения

517. БОЛЬ В ПРАВОМ ВЕРХНЕМ КВАДРАНТЕ ЖИВОТА, ЖИВОТ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ МЯГКИЙ, ЖЕЛТУХА, ЛЕЙКОЦИТОЗ ПОЗВОЛЯЮТ ДУМАТЬ О

- 1)+ остром холангите
- 2) аутоимунном гепатите
- 3) неалкогольном стеатогепатите
- 4) вирусном гепатите

518. ВЕДУЩИМИ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМИ СИМПТОМАМИ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЮТСЯ ДЛИТЕЛЬНО СОХРАНЯЮЩЕЕСЯ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ САМОЧУВСТВИЕ И

- 1)+ кожный зуд
- 2) оранжевый оттенок кожи
- 3) отсутствие билирубина в моче
- 4) ретикулоцитоз

519. ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ, ПРОВОЦИРУЮЩИХ РАЗВИТИЕ СИНДРОМА БАДДА-КИАРИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ травма живота
- 2) инфаркт миокарда
- 3) хроническая почечная недостаточность
- 4) желчекаменная болезнь

520. ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ГЕПАТОПУЛЬМОНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижением диффузионной способности легких
- 2) повышением среднего давления в лёгочной артерии более 25 мм. рт.ст.
- 3) увеличением лёгочного сосудистого сопротивления
- 4) снижением сердечного выброса

521. ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СИСТЕМАТИЧЕСКОГО ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

- 1)+ Вернике – Корсакова
- 2) Пламмера – Винсона
- 3) Кандинского – Клерамбо
- 4) Иценко – Кушинга

522. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ПОВЫШЕНИЯ КОНЪЮГИРОВАННОГО БИЛИРУБИНА В КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ первичный билиарный цирроз
- 2) синдром Криглера - Найяра
- 3) гемолитическая желтуха
- 4) синдром Жильбера

523. АЛКОГОЛЬНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ У МУЖЧИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ атрофией тестикул
- 2) повышением тестостерона
- 3) уменьшением выделения гонадотропинов
- 4) гипертиреозом

524. НАЧАЛЬНЫМ ЗВЕНОМ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ расширение артерий внутренних органов
- 2) спазм артерий внутренних органов
- 3) варикозное расширение вен пищевода
- 4) воспаление почечных клубочков

525. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ И НАСЛЕДСТВЕННОГО ГЕМОХРОМАТОЗА НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

- 1)+ повышенный уровень сывороточного ферритина и насыщения сывороточного трансферрина железом
- 2) увеличение окружности талии >80 см у женщин и >94 см у мужчин и индекса массы тела $>27 \text{ кг/м}^2$
- 3) повышенный титр аутоантител ANA, ASMA, anti-LKM-1 в сыворотке крови
- 4) данные анамнеза, свидетельствующие о приеме препаратов с гепатотоксичным потенциалом

526. ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, РАЗВИВШЕМСЯ НА ФОНЕ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА, ХАРАКТЕРНО

- 1)+ высокое венозное давление
- 2) отсутствие или слабо выраженный асцит
- 3) значительное увеличение селезёнки
- 4) наличие выраженной желтухи

527. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ алкоголь
- 2) врожденный фиброз печени
- 3) наличие паразитов
- 4) гемохроматоз

528. К ПРОЯВЛЕНИЯМ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ — КОРСАКОВСКОГО ПСИХОЗА – ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ амнезия, конфабуляции, галлюцинации
- 2) мозжечковая атаксия, дисметрия
- 3) инверсия ритма сна и бодрствования, хлопающий тремор
- 4) мышечная дистония, депрессия

529. У ПАЦИЕНТОВ С ГЕПАТОРЕНАЛЬНОМ СИНДРОМОМ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ артериальная гипотензия
- 2) развитие гематурии
- 3) развитие полиурии
- 4) регрессия асцита

530. ИНДЕКС ЛИЛЛЬ (LILLE MODEL) ДЛЯ СТРАТИФИКАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ ГЕПАТИТОМ СОГЛАСНО ОТВЕТУ НА ЛЕЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ РАССЧИТЫВАЮТ ПО ПЕРЕМЕННЫМ

- 1)+ возраст, креатинин, альбумин, протромбиновое время/МНО, билирубин
- 2) индекс массы тела, мочевины, мочевого азота, калий, глюкоза
- 3) возраст, АСТ, АЛТ, γ -ГТТ, ЩФ, общий холестерин, общий белок
- 4) индекс массы тела, креатинин, γ -глобулины, натрий, кальций

531. ОТСУТСТВИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ЭФФЕКТА ОТ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ТЯЖЕЛОМ АЛКОГОЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ АССОЦИИРОВАНО С

- 1)+ более низкой выживаемостью пациентов в ближайшие 6 месяцев
- 2) более высокой выживаемостью пациентов в ближайшие 6 месяцев
- 3) меньшим риском развития алкогольного цирроза печени
- 4) меньшим риском развития тяжелых инфекционных осложнений

532. ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ СОДЕРЖАНИЯ _____ В СОСТАВЕ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН

- 1)+ фосфатидилхолина
- 2) холестерина
- 3) гликолипидов
- 4) олигосахаридных цепей

533. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

- 1)+ активности гамма-глутамилтранспептидазы
- 2) уровня альбумина
- 3) соотношения активности АЛТ/АСТ
- 4) активности протромбина

534. РИСК РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПОВЫШАЕТСЯ ПРОПОРЦИОНАЛЬНО УВЕЛИЧЕНИЮ

- 1)+ дозы принимаемого алкоголя
- 2) возрасту пациента
- 3) концентрации глюкозы в крови
- 4) концентрации сывороточного целулоплазмينا

535. ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ, ПРОВОЦИРУЮЩИХ РАЗВИТИЕ СИНДРОМА БАДДА-КИАРИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ беременность
- 2) инфаркт миокарда
- 3) мочекаменная болезнь
- 4) сахарный диабет

536. ПРИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ

- 1)+ значительные изменения мочевого осадка отсутствуют
- 2) выявляется протеинурия > 4 г/сутки
- 3) выявляются значительная гематурия, цилиндрурия
- 4) выявляются значительная лейкоцитурия, бактериурия

537. ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гиперретикулоцитоз
- 2) повышение в крови трансаминаз
- 3) повышение уровня гамма- глутамилтранспептидазы
- 4) снижение в крови неконъюгированного билирубина

538. ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ, ЖЕЛТУХА, КОЖНЫЙ ЗУД, КСАНТОМЫ, ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ И ХОЛЕСТЕРИНА ПОЗВОЛЯЮТ ДУМАТЬ О

- 1)+ первичном билиарном циррозе
- 2) аутоиммунном гепатите
- 3) неалкогольном стеатогепатите
- 4) острым холангите

539. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА ЛЕЖИТ РАЗВИТИЕ

- 1)+ функциональной почечной недостаточности
- 2) гломерулосклероза
- 3) интерстициального нефрита
- 4) блокады оттока мочи

540. ПРИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЧЕК

- 1)+ специфические изменения отсутствуют
- 2) выявляется уменьшение толщины коркового слоя
- 3) выявляется расширение почечных лоханок
- 4) отмечается уменьшение размеров почек

541. ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ увеличение в крови неконъюгированного билирубина
- 2) снижение количества ретикулоцитов в крови
- 3) повышение уровня щелочной фосфатазы
- 4) билирубинурия

542. НА РЕЗУЛЬТАТЫ ФИБРОЭЛАСТОМЕТРИИ ПЕЧЕНИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ МОГУТ ПОВЛИЯТЬ

- 1)+ воспаление, холестаз, застойные явления в печени
- 2) наличие периферической полинейропатии, мозжечковой атаксии
- 3) наличие хронического гастрита, хронического панкреатита
- 4) нарушения кишечного пищеварения

543. ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ

- 1)+ цирроза печени с асцитом
- 2) острого пиелонефрита
- 3) шокового состояния
- 4) острого гломерулонефрита

544. ПРИ СИНДРОМЕ ДАБИНА-ДЖОНСОНА ОТМЕЧАЕТСЯ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ

- 1)+ конъюгированного билирубина
- 2) щелочной фосфатазы
- 3) ретикулоцитов
- 4) гаммаглутамилтрансептидазы

545. ПРИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ 1 ТИПА

- 1)+ креатинин сыворотки обычно $>2,5$ мг/дл (>221 мкмоль/л)
- 2) креатинин сыворотки не превышает 1,5-2,5 мг/дл (132-221 мкмоль/л)
- 3) наблюдается медленное развитие почечной недостаточности
- 4) в отсутствие лечения продолжительность жизни составляет > 2 мес

546. ОДНИМ ИЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ острая жировая дистрофия печени
- 2) гемохроматоз
- 3) вирусный гепатит В
- 4) вирусный гепатит С

547. ПРИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ОТМЕЧАЕТСЯ НАРАСТАНИЕ СЫВОРОТОЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ

- 1)+ креатинина
- 2) альбумина
- 3) ферритина
- 4) глюкозы

548. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА НЕОБХОДИМО

- 1)+ исключить все другие причины почечной недостаточности
- 2) исследовать содержание ренина в крови
- 3) прибегнуть к биопсии почки
- 4) провести пробную терапию спиронолактоном

549. ИНФОРМАТИВНОСТЬ БИОПСИИ ПЕЧЕНИ В ДИАГНОСТИКЕ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ОГРАНИЧЕНА

- 1)+ значительным сходством изменений с неалкогольной болезнью печени
- 2) полным отсутствием специфических морфологических признаков
- 3) наличием абсолютных противопоказаний к биопсии у всех пациентов
- 4) невозможностью оценивать тяжесть повреждения и воспаления

550. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ саркоидоз
- 2) цитомегаловирус
- 3) внутрипеченочный холестаз беременных
- 4) стеатоз

551. КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ СТАНОВИТСЯ ПРИ ПОВЫШЕНИИ ПОРТАЛЬНОГО ГРАДИЕНТА ДАВЛЕНИЯ > _____ ММ РТ.СТ.

- 1)+ 10
- 2) 20
- 3) 30
- 4) 40

552. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ А1-АНТИТРИПСИНА НАРЯДУ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИСУТСТВУЕТ

- 1)+ хроническое рецидивирующее поражение легких
- 2) прогрессирующая энцефалопатия
- 3) остеомаляция с патологическими переломами
- 4) нарушение ритма сердца

553. ПРИ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ

- 1)+ расширение венозной сети вокруг пупка
- 2) пульсацию шейных вен
- 3) койлонихии
- 4) деформацию грудной клетки

554. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ГЕПАТИТЕ В МОЧЕ ОБНАРУЖИВАЮТ ПОВЫШЕННУЮ КОНЦЕНТРАЦИЮ БИЛИРУБИНА И

- 1)+ уробилиногена
- 2) копропорфирина
- 3) уропорфирина
- 4) стеркобилиногена

555. БОЛЕЗНЬ ВИЛЬСОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЧРЕЗМЕРНЫМ НАКОПЛЕНИЕМ В ОРГАНИЗМЕ

- 1)+ меди
- 2) хлора
- 3) железа
- 4) холестерина

556. ВЕДУЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ АФЛАТОКСИКОЗЕ ОБУСЛОВЛЕН ПОРАЖЕНИЕМ

- 1)+ печени
- 2) органов кроветворения
- 3) сердечно-сосудистой системы
- 4) органов дыхания

557. ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А УЖЕ В ПРЕДЖЕЛТУШНОМ ПЕРИОДЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

- 1)+ анти-HAV IgM
- 2) анти-HAV IgG
- 3) лейкоцитоза
- 4) гиперлипидемии

558. ВТОРИЧНЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПЕРИТОНИТ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ВОЗНИКАЕТ В СЛУЧАЕ

- 1)+ перфорации кишки
- 2) избыточного бактериального роста в тонкой кишке
- 3) бактериальной транслокации
- 4) бактериемии

559. ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИМ АСЦИТОМ 3 СТЕПЕНИ ПО КРИТЕРИЯМ МЕЖДУНАРОДНОГО КЛУБА ПО ИЗУЧЕНИЮ АСЦИТА (IAC) ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ лечебно-диагностический парацентез
- 2) МРТ печени
- 3) посев крови на стерильность
- 4) исследование альфа-фетопротеина

560. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ» НА РАННЕЙ СТАДИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ АКТИВНО ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ транзитная эластометрия
- 2) сцинтиграфия печени с мечеными эритроцитами
- 3) эндосонография
- 4) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

561. КРИТЕРИЕМ, ОТЛИЧАЮЩИМ СРЕДНЕТЕЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ГЕПАТИТА А ОТ ЛЕГКОГО ТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ интоксикации
- 2) многократной рвоты
- 3) диареи
- 4) тромбоцитопении

562. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ОТРАЖАЕТ УРОВЕНЬ _____ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

- 1)+ альбумина
- 2) аланиновой аминотрансферазы
- 3) С-реактивного белка
- 4) ферритина

563. ПРИ ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЯ О НАЧАЛЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В ОПИРАЮТСЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ НА ТАКИЕ ПАРАМЕТРЫ, КАК

- 1)+ уровень HBV-ДНК, активность АЛТ в сыворотке, выраженность фиброза печени
- 2) наличие HBeAg, активность АЛТ в сыворотке, выраженность стеатоза печени
- 3) наличие анти-HBc IgM, активность АЛТ в сыворотке, степень увеличения печени
- 4) уровень ДНК-HBV, активность АСТ, содержание креатинина в сыворотке

564. ГЕПАТИТ Е ЧАЩЕ ИМЕЕТ НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ТЕЧЕНИЕ У

- 1)+ беременных женщин
- 2) детей школьного возраста
- 3) пожилых людей
- 4) подростков

565. ИММУНОТОЛЕРАНТНАЯ ФАЗА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ наличием HBeAg в сыворотке крови
- 2) выраженным фиброзом печени
- 3) повышенной активностью АЛТ
- 4) низким уровнем виремии

566. HBeAg-ПОЗИТИВНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ В ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ наличием HBeAg в сыворотке крови
- 2) низким уровнем виремии
- 3) отсутствием HBeAg в сыворотке крови
- 4) гипокоагуляцией

567. ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ШКАЛА

- 1)+ Child-Pugh (Чайлд-Пью)
- 2) SOFA
- 3) ABIC
- 4) CLIF-SOFA

568. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ асцит
- 2) «рубиновые капли»
- 3) витилиго
- 4) набухание шейных вен

569. ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ В ЛИСТЕ ОЖИДАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ШКАЛА

- 1)+ MELD
- 2) Child-Pugh (Чайлд-Пью)
- 3) CIOMS/RUCAM
- 4) Maddrey

570. С ЦЕЛЬЮ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ШИРОКО ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ психометрические тесты
- 2) магнитно-резонансную томографию головного мозга
- 3) шкалу оценки качества жизни (SF36)
- 4) вопросник 4DSQ

571. ИНДИКАТОРОМ НАРУШЕНИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА В КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ретинол-связывающий белок
- 2) прямой билирубин
- 3) ингибитор трипсина
- 4) гликоген

572. ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВЫСОКОГО ПОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ СЛУЖИТ

- 1)+ кровотечение из варикозных вен пищевода и/или желудка
- 2) синдром Мэллори – Вейса
- 3) кровоизлияние в сетчатку глаза
- 4) отек мозга

573. ПАРАМЕТРОМ, КОТОРЫЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ И В ШКАЛЕ CHILD-PUGH И В ШКАЛЕ MELD ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ билирубин
- 2) креатинин
- 3) асцит
- 4) энцефалопатия

574. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ИНФИЦИРОВАНИЕ АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ ВКЛЮЧАЕТ ИССЛЕДОВАНИЕ _____ АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ

- 1)+ количества нейтрофилов в
- 2) показателя pH
- 3) уровня глюкозы в
- 4) уровня альбумина в

575. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ употребление этанола
- 2) употребление каннабиса
- 3) прием ацетаминофена
- 4) прием тестостерона

576. ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

- 1)+ класса C по Child-Pugh со спонтанным бактериальным перитонитом
- 2) класса A по Child-Pugh без асцита, с варикозным расширением вен пищевода 2 степени
- 3) класса B по Child-Pugh с ненапряженным асцитом и присоединившейся респираторной инфекцией
- 4) класса B по Child-Pugh с ненапряженным асцитом и минимальной печеночной энцефалопатией

577. БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПРИСУТСТВУЮТ НА МОМЕНТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В _____ % СЛУЧАЕВ

- 1)+ 25-30
- 2) 3-5
- 3) 60-70
- 4) 10-15

578. ДЛЯ КЛАССА А ПО ШКАЛЕ CHILD-PUGH КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 5-6
- 2) 7-9
- 3) 10-15
- 4) 15-20

579. ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕ

- 1)+ аммиака
- 2) калия
- 3) кальция
- 4) магний

580. ИММУНОТОЛЕРАНТНАЯ ФАЗА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ высоким уровнем виремии
- 2) повышенной активностью АЛТ
- 3) выраженным фиброзом печени
- 4) гипокоагуляцией

581. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕМОХРОМАТОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цирроз печени
- 2) жировая дистрофия
- 3) гемосидероз
- 4) перипортальный гепатит

582. ИСТОЧНИКОМ ЗАРАЖЕНИЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пациент в инкубационном периоде
- 2) реконвалесцент через 12 месяцев от начала болезни
- 3) хронический носитель вируса
- 4) реконвалесцент через 6 месяцев от начала болезни

583. МАРКЕРОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА НАЛИЧИЕ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА 2 ТИПА, ЯВЛЯЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕ

- 1)+ анти-LKM-1 (антител к микросомам печени и почек 1 типа)
- 2) AMA (антимитохондриальных антител)
- 3) ANA (антиядерных антител)
- 4) SMA (антител к гладкой мускулатуре)

584. ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ ПРИМЕНЯЮТ ПОКАЗАТЕЛИ СОДЕРЖАНИЯ _____ В АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ

- 1)+ общего белка
- 2) амилазы
- 3) альбумина
- 4) глюкозы

585. ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА ПОСЛЕ

- 1)+ объемного лапароцентеза без последующего внутривенного возмещения раствором альбумина
- 2) объемного лапароцентеза с возмещением раствором альбумина в дозе 8 г на 1 л удаленной жидкости
- 3) диагностического лапароцентеза в объеме 100 мл
- 4) назначения цефалоспоринов 3 поколения и альбумина по поводу спонтанного бактериального перитонита

586. СПОНТАННЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПЕРИТОНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ

- 1)+ интраабдоминального источника инфекции
- 2) клинических признаков
- 3) лихорадки
- 4) культуры в асцитической жидкости

587. НОРМАЛЬНЫМИ ЗНАЧЕНИЯМИ ГРАДИЕНТА ПОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ (В ММ РТ.СТ.)

- 1)+ 1-5
- 2) 2-7
- 3) 1-8
- 4) 2-10

588. ХОЛЕСТАТИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ гипербилирубинемией с преобладанием конъюгированной фракции
- 2) повышением активности печеночных трансаминаз
- 3) гипербилирубинемией с преобладанием неконъюгированной фракции
- 4) гипохолестеринемией

589. ДЛЯ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ олигурии
- 2) полиурии
- 3) острой задержки мочи
- 4) изогипостенурии

590. ПРИ ДЕФИЦИТЕ АЛЬФА-1-АНТИТРИПСИНА ЧРЕЗМЕРНО ПОВЫШАЕТСЯ АКТИВНОСТЬ

- 1)+ нейтрофильной эластазы
- 2) лактатдегидрогеназы
- 3) инсулина
- 4) тирозинкиназы

591. АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ ПЕРВОГО ТИПА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ В СЫВОРОТКЕ АНТИТЕЛ

- 1)+ антинуклеарных (ANA) и/или антигладкомышечных (SMA)
- 2) к микросомам печени и почек типа 1 (anti-LKM 1)
- 3) к растворимому печеночному антигену (anti-SLA)
- 4) к двуспиральной (нативной) ДНК (анти- ds DNA)

592. ШКАЛА MELD ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ только лабораторные показатели
- 2) только клинические параметры
- 3) лабораторные показатели и ультразвуковые параметры
- 4) лабораторные показатели и клинические параметры

593. ИММУНОТОЛЕРАНТНАЯ ФАЗА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ отсутствием или минимальной выраженностью фиброза печени
- 2) значительно повышенной активностью АЛТ
- 3) низким уровнем виремии
- 4) гипокоагуляцией

594. ЕСЛИ ПРАВИЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ МОЧЕГОННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ПРИВОДИТ К УМЕНЬШЕНИЮ АСЦИТА, ТО ЕГО ОБОЗНАЧАЮТ КАК

- 1)+ резистентный
- 2) напряженный
- 3) бактериальный
- 4) полимикробный

595. УТОЧНИТЬ ПРИЧИНУ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПОЗВОЛЯЕТ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ содержания РНК вируса гепатита С в крови
- 2) сыворотно-асцитического градиента
- 3) нейтрофильного желатиназо-ассоциированного липокалина
- 4) уровня общего белка в асцитической жидкости

596. У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ОТСУТСТВИЕ СОЗНАНИЯ И РЕАКЦИИ НА БОЛЬ СЛУЖАТ ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ

- 1)+ печеночной энцефалопатии 4 стадии
- 2) острого психоза
- 3) демиелинизации
- 4) острой сердечно-сосудистой недостаточности

597. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ИНФЕКЦИИ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гриппоподобный дожелтушный период
- 2) высокий процент развития гепатоцеллюлярной карциномы
- 3) пожизненная персистенция вируса в организме переболевших
- 4) высокий процент развития холангиоцеллюлярной карциномы

598. ПРИ КРУПНОУЗЛОВОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ УЗЛЫ-РЕГЕНЕРАТЫ ИМЕЮТ

- 1)+ разную величину
- 2) строго одинаковую величину
- 3) размер более 10 см
- 4) размер менее 1 мм

599. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ИНФЕКЦИИ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ преимущественно молодой контингент заболевших
- 2) высокий процент развития аутоиммунных заболеваний
- 3) пожизненная персистенция вируса в организме переболевших
- 4) высокий процент развития гепатоцеллюлярной карциномы

600. ВОЗМОЖНЫМ ИСХОДОМ ИНФЕКЦИИ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выздоровление
- 2) хроническая печеночно-клеточная недостаточность
- 3) хронический вирусный гепатит
- 4) цирроз печени

601. АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ алкогольный стеатоз
- 2) острый гепатит В
- 3) хронический алкогольный панкреатит
- 4) острый нефритический синдром

602. ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

- 1)+ расширение портальной вены
- 2) гипергликемия
- 3) гемолитическая анемия
- 4) тромбоз печеночной вены

603. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ИНФЕКЦИИ ВИРУСА ГЕПАТИТА Е ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ зооантропонозный характер
- 2) строгий антропонозный характер
- 3) высокая тератогенная активность
- 4) возможность внепеченочных проявлений

604. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АЛЬФА-1-АНТИТРИПСИНА ЯВЛЯЕТСЯ ГЕНЕТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ

- 1)+ печени
- 2) сердца
- 3) почек
- 4) головного мозга

605. НАЗНАЧЕНИЕ ИНТЕРФЕРОНОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГЕПАТИТЕ «С» НЕОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИ

- 1)+ незначительном увеличении показателей АЛТ и АСТ
- 2) развитию фиброза
- 3) гистологических признаках активности в ткани печени
- 4) положительной полимеразной цепной реакции к вирусу гепатита С

606. ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ УСПЕШНОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕПАТИТА С НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТА СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ

- 1)+ транзистентную эластометрию
- 2) МРТ печени
- 3) КТ печени
- 4) биопсию печени

607. ПРИ УГРОЗЕ РАЗВИТИЯ ПЕЧЁНОЧНОЙ КОМЫ ПАЦИЕНТУ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В ДИЕТЕ

- 1)+ белки
- 2) углеводы
- 3) жиры
- 4) клетчатку

608. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ использование баллонного зонда типа Блекмора
- 2) пероральный антисептический биологический тампон
- 3) эндоскопическая электрокоагуляция
- 4) нанесение клеевой плёнки

609. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО АСЦИТА-ПЕРИТОНИТА ОПТИМАЛЬНА КОМБИНАЦИЯ

- 1)+ цефалоспоринов и альбумина
- 2) цефалоспоринов и препарата L-орнитина
- 3) альбумина и диуретиков
- 4) диуретиков и гепатопротекторов

610. ПЕРСПЕКТИВНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4)
- 2) препараты инсулина
- 3) производные сульфонилмочевины
- 4) глиниды

611. БЕЗОГОВОРОЧНЫМ УСЛОВИЕМ ПРЕКРАЩЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬФА-ИНТЕРФЕРОНОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тяжёлая депрессия
- 2) афтозный стоматит
- 3) контролируемая артериальная гипертензия
- 4) гриппоподобный синдром

612. АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ НЕ БЫВАЕТ ИНФОРМАТИВНОЙ ПРИ

- 1)+ жировой инфильтрации печени
- 2) абсцессах печени
- 3) опухолях почки
- 4) забрюшинно расположенных инфильтратах

613. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ПЕЧЕНИ НАЗНАЧАЮТ ДИЕТУ №

- 1)+ 5
- 2) 4
- 3) 6
- 4) 7

614. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ПЕЧЕНОЧНОКЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЛЮБОГО ГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ проведение трансплантации печени
- 2) массивная кортикостероидная терапия
- 3) массивная кортикостероидная терапия в сочетании с цитостатиками
- 4) массивная интерферонотерапия

615. АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ ЭФФЕКТИВНО ЛЕЧИТСЯ

- 1)+ Преднизолоном
- 2) Панкреатином
- 3) Рибавирином
- 4) Интерфероном

616. ПАЦИЕНТКА, ПОЛУЧИВШАЯ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТАМИ ИНТЕРФЕРОНА В СОЧЕТАНИИ С РИБАВИРИНОМ, НЕ ДОЛЖНА БЕРЕМЕНЕТЬ В ТЕЧЕНИЕ ____ МЕСЯЦЕВ ПО ОКОНЧАНИИ ЛЕЧЕНИЯ

- 1)+ 6
- 2) 5
- 3) 3
- 4) 2

617. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА – КОНОВАЛОВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ D-пеницилламин
- 2) метилпреднизолон
- 3) адеметионин
- 4) сульфасалазин

618. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИСКЛЮЧАЮТСЯ

- 1)+ ингибиторы АПФ
- 2) бета-адреноблокаторы
- 3) нитраты
- 4) петлевые диуретики

619. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ КОЖНОГО ЗУДА ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ урсодезоксихолевая кислота
- 2) рибавирин
- 3) дюфалак
- 4) мебеверин

620. ПРИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТАМ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ УПОТРЕБЛЯТЬ

- 1)+ жареное мясо
- 2) отварное мясо
- 3) отварную рыбу
- 4) отварные овощи

621. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ОТНОСЯТ

- 1)+ кровотечение из вен пищевода при циррозе
- 2) портальную энцефалопатию
- 3) рецидивирующую желтуху
- 4) аутоиммунный гепатит

622. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ урсодезоксихолевая кислота
- 2) эссенциальный фосфолипид
- 3) адеметионин
- 4) глицирризиновая кислота

623. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ПЕЧЕНОЧНОКЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЛЮБОГО ГЕНЕЗА МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

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

624. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ, ВНОСИМЫМ В ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА ПЕРЕД НАЧАЛОМ ЛЕЧЕНИЯ РИБАВИРИНОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С, ЯВЛЯЕТСЯ

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

625. ОПТИМАЛЬНОЕ СОЧЕТАНИЕ, СОСТАВЛЯЮЩЕЕ БАЗИСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМ ГЕПАТИТОМ, ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ кортикостериды +цитостатики
- 2) кортикостериды +интерферон
- 3) цитостатики +интерферон
- 4) урсодезоксихолевую кислоту+кортикостероиды

626. БОЛЬНОМУ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С АСЦИТОМ ЛЕЧЕБНЫЙ ПАРАЦЕНТЕЗ ДОЛЖЕН ПРОВОДИТЬСЯ ПРИ

- 1)+ напряженном или рефрактерном к терапии асците
- 2) боли в животе
- 3) нарастании желтухи
- 4) отсутствии артериальной гипотонии

627. ПРЕПАРАТОМ, ПРИМЕНЕНИЕ КОТОРОГО ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ АММИАКПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ФЛОРЫ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ОДОБРЕНО ЕВРОПЕЙСКИМ И АМЕРИКАНСКИМ ОБЩЕСТВАМИ ПО ИЗУЧЕНИЮ БОЛЕЗНЕЙ ПЕЧЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ Рифаксимин
- 2) Канамицин
- 3) Амоксициллин
- 4) Кларитромицин

628. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АСЦИТА НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НЕОБХОДИМО

- 1)+ соблюдение диеты с содержанием поваренной соли менее 3 г/сут
- 2) соблюдение диеты с содержанием поваренной соли от 5 до 10 г/сут
- 3) ограничение потребление жиров животного происхождения
- 4) ограничение пищевого белка до 0,5 г/кг

629. НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ К ПРИНЦИПАМ ЛЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ борьбу с гипераммониемией
- 2) десенсибилизацию
- 3) гидратацию
- 4) коррекцию гипергликемии

630. ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О БЕЗОПАСНОСТИ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ HBS-АНТИГЕН И УКАЗАНИЯ НА ПЕРЕНЕСЕННЫЙ ОСТРЫЙ ГЕПАТИТ, ЭТИОЛОГИЮ КОТОРОГО ПАЦИЕНТ НЕ ЗНАЕТ, СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ НАЛИЧИЕ

- 1)+ анти-HBсog суммарное
- 2) РНК HCV
- 3) анти HDV
- 4) РНК HDV

631. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ИММУНОСУПРЕССИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫМ АУТОИММУННЫМ ГЕПАТИТОМ НА ДОЦИРРОТИЧЕСКОЙ СТАДИИ ПОЛНАЯ РЕМИССИЯ ДОСТИГАЕТСЯ У

- 1)+ большинства пациентов
- 2) небольшого количества пациентов с АИГ 2 типа
- 3) небольшого количества пациентов с АИГ 1 типа
- 4) всех пациентов вне зависимости от типа АИГ

632. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА СЛЕДУЕТ ОЦЕНИВАТЬ СПУСТЯ ____ ОТ НАЧАЛА ТЕРАПИИ

- 1)+ 1 год
- 2) 1 месяц
- 3) 6 месяцев
- 4) 2 года

633. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ, ВНОСИМЫМ В ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА ПЕРЕД НАЧАЛОМ ЛЕЧЕНИЯ РИБАВИРИНОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ двойная контрацепция
- 2) категорический отказ от алкоголя
- 3) строгое соблюдение диеты
- 4) ограничение физических нагрузок

634. ПРИ СТЕАТОГЕПАТИТЕ В РАМКАХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ДОБИТЬСЯ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ АЛТ МОЖНО СНИЖЕНИЕМ МАССЫ ТЕЛА

- 1)+ на 5-10%
- 2) не менее чем на 15%
- 3) не менее чем на 20%
- 4) не менее чем на 15% в сочетании с назначением инсулиносенситайзеров и статинов

635. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ДИЕТЫ БОЛЬНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С СИМПТОМАМИ НАРАСТАЮЩЕЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРЕЖДЕ ВСЕГО СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ

- 1)+ белки
- 2) жиры
- 3) углеводы
- 4) жидкость

636. ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ У ПАЦИЕНТА С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ДИЕТИЧЕСКИЕ МЕРЫ КАСАЮТСЯ ОГРАНИЧЕНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ

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

637. ПРИМЕНЕНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ПРЕКРАЩАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ развитии печеночно-почечного синдрома
- 2) повышении МНО
- 3) увеличении ночного диуреза с изогипостенурией
- 4) увеличении активности ГГТП и щелочной фосфатазы

638. ПРЕПАРАТЫ ЛАКТУЛОЗЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ИЗ-ЗА ИХ СПОСОБНОСТИ

- 1)+ подавлять образование аммиака в кишечнике
- 2) подавлять образование аммиака в мышцах
- 3) усиливать связывание аммиака в печени
- 4) усиливать выведение аммиака почками

639. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ микофенолата мофетил
- 2) интерферон
- 3) сульфасалазин
- 4) аналог нуклеотидов/нуклеозидов

640. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тяжелое течение гепатита
- 2) анамнестическое указание на употребление наркотиков
- 3) развитие алкогольного делирия
- 4) выраженная слабость

641. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ И СЕРЬЁЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЧРЕСКОЖНОЙ БИОПСИИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кровотечение в брюшную полость
- 2) желчный перитонит
- 3) кровотечение в плевральную полость
- 4) желчная эмболия

642. СУТОЧНАЯ ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ (МГ)

- 1)+ 40
- 2) 30
- 3) 20
- 4) 60

643. ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СЛАБИТЕЛЬНОЕ СРЕДСТВО

- 1)+ Лактулоза
- 2) Адеметионин
- 3) Орнитин
- 4) Эссенциале

644. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ЧАСТО ВЫЗЫВАЕТ

- 1)+ лейкопению
- 2) нейтрофилёз
- 3) тромбоцитоз
- 4) эозинофилию

645. В ЛЕЧЕНИИ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА ОДНИМ ИЗ РЕКОМЕНДОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ преднизолон
- 2) интерферон альфа
- 3) адефовира дипивоксил
- 4) ламивудин

646. ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В ДИЕТЕ

- 1)+ белки
- 2) углеводы
- 3) жидкость
- 4) минеральные соли

647. ПОСЛЕ ЭВАКУАЦИИ 5 И БОЛЕЕ ЛИТРОВ АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ ПАЦИЕНТУ СЛЕДУЕТ ВНУТРИВЕННО ВВЕСТИ АЛЬБУМИН ИЗ РАСЧЕТА _____ ГР НА 1 ЛИТР УДАЛЕННОЙ ЖИДКОСТИ

- 1)+ 8
- 2) 1
- 3) 10
- 4) 15

648. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПРЕДНИЗОЛОН НАЗНАЧАЮТ В ДОЗЕ 40 МГ/СУТ

- 1)+ перорально
- 2) внутривенно
- 3) внутримышечно
- 4) в микроклизмах

649. ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЁНОЧНОЙ КОМЫ В ДИЕТЕ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ

- 1)+ белки
- 2) углеводы
- 3) соль
- 4) жидкость

650. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1)+ препаратов глюкокортикостероидов
- 2) нестероидных противовоспалительных препаратов
- 3) антигистаминных препаратов
- 4) препаратов эссенциальных фосфолипидов

651. ПРИ РАЗВИТИИ ТЯЖЁЛОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПОСТУПЛЕНИЕ БЕЛКА ОГРАНИЧИВАЮТ ДО (Г/СУТКИ)

- 1)+ 20-30
- 2) 31-40
- 3) 41-50
- 4) 51-60

652. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ В ВОРОТНОЙ ВЕНЕ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ РЕКОМЕНДОВАНО ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ неселективных бета-адреноблокаторов
- 2) антагонистов кальциевых каналов
- 3) ингибиторов рецепторов к ангиотензину
- 4) альфа1-адреноблокаторов

653. ОДНОВРЕМЕННЫЙ ПРИЁМ АЛКОГОЛЯ И ПАРАЦЕТАМОЛА СОПРОВОЖДАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕМ РИСКА РАЗВИТИЯ

- 1)+ гепатотоксичности
- 2) нефротоксичности
- 3) ототоксичности
- 4) непереносимости алкоголя

654. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПРИ РАСШИРЕНИИ ВЕН ПИЩЕВОДА, НАЧИНАЯ С _____ СТАДИИ

- 1)+ 2
- 2) 1
- 3) 3
- 4) любой

655. ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ, СВЯЗАННЫХ С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ АММИАКА В ОРГАНИЗМЕ, ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ орнитин
- 2) фамотидин
- 3) силибинин
- 4) дротаверин

656. АНТИБИОТИКОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рифаксимин
- 2) амоксицилин
- 3) эритромицин
- 4) триметоприм-сульфаметоксазол

657. УСИЛЕНИЮ МЕТАБОЛИЗМА АММИАКА И УМЕНЬШЕНИЮ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ СПОСОБСТВУЕТ

- 1)+ орнитин
- 2) адеметионин
- 3) силибинин
- 4) эзомепразол

658. ПРИ ВЫХОДЕ ИЗ ПЕЧЁНОЧНОЙ КОМЫ ПАЦИЕНТУ НАЗНАЧАЮТ ДИЕТУ, СОДЕРЖАЩУЮ НЕ БОЛЕЕ _____ ГРАММОВ БЕЛКА

- 1)+ 20
- 2) 40
- 3) 50
- 4) 70

659. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ТЕРАПИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ адеметионин
- 2) бифидобактерин
- 3) альгинат натрия
- 4) магния гидроксид

660. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА (ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА) ОТНОСЯТ

- 1)+ урсодезоксихолевую кислоту
- 2) эссенциальные фосфолипиды
- 3) адеметионин
- 4) глицирризиновую кислоту

661. СУТОЧНАЯ ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ ПОКАЗАНИЙ И ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ СОСТАВЛЯЕТ ____ МГ

- 1)+ 40
- 2) 30
- 3) 20
- 4) 60

662. ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ РАЗРЕШЕНО НЕ БОЛЕЕ ____ ГРАММОВ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ В СУТКИ

- 1)+ 3,0
- 2) 5,0
- 3) 6,0
- 4) 8,0

663. К ОСНОВНОМУ ПРЕПАРАТУ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА ОТНОСЯТ

- 1)+ D-пеницилламин
- 2) сульфосалазин
- 3) глюкокортикоиды
- 4) урсодезоксихолевую кислоту

664. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО СЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ урсодезоксихолевая кислота
- 2) 6-меркаптопурин
- 3) метилпреднизолон
- 4) S-аденозилметионин

665. УСТОЙЧИВЫЙ ВИРУСОЛОГИЧЕСКИЙ ОТВЕТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА «С» ОЦЕНИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ ____ МЕСЯЦЕВ С МОМЕНТА _____ ТЕРАПИИ

- 1)+ 3; окончания
- 2) 3; начала
- 3) 2; окончания
- 4) 4; начала

666. АНТИБИОТИКОМ ВЫБОРА ПРИ СПОНТАННОМ БАКТЕРИАЛЬНОМ ПЕРИТОНИТЕ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цефотаксим
- 2) гентамицин
- 3) цефазолин
- 4) рифаксимин

667. К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ НАРУШЕНИЯМ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ дискинезию желчевыводящих путей
- 2) гастродуоденит
- 3) язвенную болезнь
- 4) болезнь Крона

668. ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ КОМПЕНСИРОВАННОМ НАЗНАЧАЕТСЯ ____ ВАРИАНТ СТАНДАРТНОЙ ДИЕТЫ

- 1)+ основной
- 2) щадящий
- 3) низкокалорийный
- 4) низкобелковый

669. В ЛЕЧЕНИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ антибиотики
- 2) гемодиализ
- 3) аминокислоты
- 4) урсодезоксихолевую кислоту

670. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «С» 1 ГЕНОТИПА РЕКОМЕНДУЮТСЯ

- 1)+ ингибиторы протеазы + ингибиторы полимеразы
- 2) интерферон-альфа + эссенциале
- 3) рибавирин + интерферон-гамма
- 4) гепатопротекторы + интерферон-альфа

671. ТЕРАПИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ГЕМОХРОМАТОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ десферал
- 2) фенобарбитал
- 3) D- пеницилламин
- 4) эссенциале

672. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА «В» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ энтекавир
- 2) ламивудин
- 3) интерферон-альфа
- 4) рибавирин

673. ПРИ ВТОРОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ АУТОИМУННОГО ГЕПАТИТА ПРИМЕНЯЮТ МИКОФЕНОЛАТА МОФЕТИЛ В СОЧЕТАНИИ С

- 1)+ преднизолоном
- 2) интерфероном
- 3) рибавирином
- 4) эссенциальными фосфолипидами

674. ОСНОВНЫМ КЛАССОМ ДИУРЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ антагонисты альдостерона
- 2) тиазидные диуретики
- 3) тиазидоподобные диуретики
- 4) осмотические диуретики

675. ПАЦИЕНТАМ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ (НА СТАДИИ СТЕАТОЗА) БЕЗ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА ИЛИ ФИБРОЗА РЕКОМЕНДУЮТ

- 1)+ здоровое питание и физическую активность
- 2) фармакотерапию
- 3) здоровое питание и фармакотерапию
- 4) наблюдение

676. РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ПУПООЧНОЙ ВЕНЫ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ портальной гипертензии
- 2) тромбоза нижней полой вены
- 3) холангита
- 4) травмы печени

677. ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА БОЛЬНЫМ С

- 1)+ хроническим вирусным гепатитом дельта
- 2) аутоиммунным гепатитом с высокой активностью
- 3) первичным билиарным холангитом
- 4) неалкогольным стеатогепатитом умеренной активности

678. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА «В» АНАЛОГАМИ НУКЛЕОЗИДОВ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ наличия у вируса резистентности
- 2) генотипа вируса
- 3) тяжести фиброза печени
- 4) пола и возраста больного

679. ОПТИМАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА «В» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пегинтерферон-α
- 2) рибавирин
- 3) телбивудин
- 4) ламивудин

680. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ мочегонные (фуросемид)
- 2) сердечные гликозиды (дигоксин)
- 3) сульфаниламиды (бисептол)
- 4) нитрофураны (фуразолидон)

681. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМ ДИНАМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ

- 1)+ электролитов крови
- 2) протромбинового индекса
- 3) трансаминаз печени
- 4) альфа-амилазы

682. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ микофенолата мофетил
- 2) интерферон
- 3) сульфасалазин
- 4) аналог нуклеотидов/нуклеозидов

683. ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ХОЛАНГИТЕ (ЦИРРОЗЕ) ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ урсодезоксихолевая кислота
- 2) Д-пеницилламин
- 3) адеметионин
- 4) азатиоприн

684. СРЕДСТВАМИ ВЫБОРА В ТЕРАПИИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ препараты урсодезоксихолевой кислоты
- 2) кортикостероиды
- 3) цитостатики
- 4) интерфероны - альфа

685. ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ _____
БИОХИМИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ

- 1)+ не менее 2 лет после достижения
- 2) не менее 1 года после достижения
- 3) не менее 3 месяцев после достижения
- 4) до достижения

686. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛЕЧЕБНОГО ЛАПАРОЦЕНТЕЗА ОБЪЁМОМ БОЛЕЕ 5 ЛИТРОВ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ НА 1 Л УДАЛЁННОЙ ЖИДКОСТИ ____ Г АЛЬБУМИНА

- 1)+ 8
- 2) 100
- 3) 500
- 4) 0

687. ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ КЛАССИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хронический аутоиммунный гепатит
- 2) гепатоцеллюлярная карцинома
- 3) неалкогольный стеатогепатит
- 4) хронический вирусный гепатит С

688. ГЕПАТОПРОТЕКТОРОМ С АНТИДЕПРЕССИВНОЙ АКТИВНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ адеметионин
- 2) алюминия гидроксид
- 3) урсодезоксихолевая кислота
- 4) натрия пикосульфат

689. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ПРИСТУПЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОЛИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дротаверин
- 2) калия перманганат
- 3) монтелукаст
- 4) метоклопрамид

690. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА НАЗНАЧАЮТСЯ

- 1)+ препараты урсодезоксихолевой кислоты
- 2) интерфероны
- 3) иммуносупрессоры
- 4) глюкокортикоиды

691. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ индекс Лилль менее 0,45 через неделю после начала терапии
- 2) снижение уровня общего билирубина в 2 раза от исходного через неделю после начала терапии
- 3) снижение уровня трансаминаз в 2 раза от исходного через неделю после начала терапии
- 4) нормализация уровня альбумина через неделю после начала терапии

692. СРЕДСТВОМ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, ИСПОЛЗУЮЩИМСЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ силибинин
- 2) адеметионин
- 3) платифиллин
- 4) натрия пикосульфат

693. ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ВОЗМОЖНО

- 1)+ при циррозе печени класса А по Чайлд-Пью
- 2) при вирусном гепатите В+С
- 3) только при генотипе вируса 1b
- 4) только при низкой вирусной нагрузке

694. ОПТИМАЛЬНОЙ СХЕМОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «С» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ безинтерфероновый режим
- 2) интерферон + рибавирин + глицирризиновая кислота
- 3) фосфоглив внутривенно струйно курсами
- 4) интерферон + рибавирин

695. К ОСНОВНЫМ ЦЕЛЯМ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА «В» ОТНОСЯТ

- 1)+ снижение скорости прогрессирования заболевания и уменьшение риска развития гепатоцеллюлярной карциномы
- 2) улучшение самочувствия больного и основных биохимических показателей крови
- 3) эрадикацию вируса гепатита В
- 4) уменьшение риска распространения вируса гепатита В в популяции

696. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАНСЪЮГУЛЯРНОГО ВНУТРИПЕЧЁНОЧНОГО ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ (TIPS) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рецидивирующее кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода
- 2) желтушность кожных покровов
- 3) асцит 3 степени
- 4) развитие печёночной энцефалопатии

697. ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ D-ПЕНИЦИЛЛАМИНА ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА ОБУСЛОВЛЕН

- 1)+ усилением экскреции с мочой избытка меди
- 2) препятствием поглощению меди в кишечнике
- 3) усиленным выведением меди со слюной
- 4) усилением экскреции с калом избытка меди

698. К ХОЛЕРЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ аллохол
- 2) сорбит
- 3) маннит
- 4) маалокс

699. УВЕЛИЧИВАЕТ ЭКСКРЕЦИЮ МЕДИ С МОЧОЙ

- 1)+ пеницилламин
- 2) димеркаптол
- 3) фуросемид
- 4) аминокaproновая кислота

700. ПРИ НАЛИЧИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВОЗМОЖНОЙ АЛЬТЕРНАТИВОЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ пентоксифиллина
- 2) препаратов силимарина
- 3) аминокислот с разветвленной цепью
- 4) эссенциальных фосфолипидов с глицирризиновой кислотой

701. К ОПТИМАЛЬНОМУ СОЧЕТАНИЮ ПРЕПАРАТОВ, СОСТАВЛЯЮЩЕМУ БАЗИСНУЮ ТЕРАПИЮ У БОЛЬНЫХ С АУТОИММУННЫМ ГЕПАТИТОМ, ОТНОСЯТ

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

702. ЛЕЧЕНИЕ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- 1)+ комбинацией противовирусных препаратов, преднизолона и ритуксимаба
- 2) противовирусными препаратами
- 3) преднизолоном
- 4) преднизолоном в комбинации с циклофосфамидом

703. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ D-пеницилламин
- 2) азатиоприн
- 3) десферал
- 4) преднизолон

704. ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ лактулоза
- 2) бенциклан
- 3) домперидон
- 4) олмесартан

705. РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОККОКОЗА ПЕЧЕНИ СЛУЖИТ

- 1)+ эхинококкэктомия в сочетании с перицистэктомией
- 2) химиотерапия албендазолом
- 3) введение антипаразитарных средств в полость кисты
- 4) пункция кисты с аспирацией содержимого

706. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВЫРАЖЕННЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ СКЛЕРОЗИРУЮЩИМ ХОЛАНГИТОМ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ баллонную дилатацию и стентирование
- 2) трансплантацию печени
- 3) реконструктивную операцию на желчных протоках
- 4) введение ванкомицина

707. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОХРОМАТОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ систематические кровопускания
- 2) гепатопротекторы
- 3) глюкокортикоиды
- 4) препараты урсодезоксихолевой кислоты

708. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АСЦИТА НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

- 1)+ больной должен соблюдать бессолевую диету
- 2) необходимо стремиться к максимально быстрому уменьшению объема асцита
- 3) при отсутствии эффекта от приема спиронолактона на вторые сутки следует увеличить дозу препарата
- 4) больной должен дополнительно получать поваренную соль

709. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФЛЕБОТОМИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОХРОМАТОЗОМ ОРИЕНТИРУЮТСЯ НА КОНЦЕНТРАЦИЮ В КРОВИ

- 1)+ ферритина
- 2) билирубина
- 3) аминотрансфераз
- 4) белковых фракций

710. ПРОТИВОЗУДНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

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

711. СПИРОНОЛАКТОН И ПЕТЛЕВЫЕ ДИУРЕТИКИ ПАЦИЕНТАМ С ПОРТАЛЬНЫМ АСЦИТОМ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ МОНОТЕРАПИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ

- 1)+ с разницей в 3 часа, поскольку они обладают функциональным антагонизмом
- 2) одномоментно для усиления диуретического эффекта
- 3) последовательно в максимальной дозе
- 4) одномоментно в максимальной дозе

712. ПРИ СНИЖЕНИИ УРОВНЯ СЫВОРОТОЧНОГО КАЛИЯ МЕНЕЕ 3 ММОЛЬ/Л У ПАЦИЕНТОВ С ПОРТАЛЬНЫМ АСЦИТОМ СЛЕДУЕТ

- 1)+ отменить фуросемид
- 2) увеличить дозу фуросемида
- 3) уменьшить дозу верошпирона
- 4) проводить массивную комбинированную диуретическую терапию

713. ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ ПРЕПАРАТОВ ЦИНКА ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА ОБУСЛОВЛЕН

- 1)+ связыванием меди в кишечнике и выведением её с калом
- 2) усиленным выведением меди с мочой
- 3) снижением поглощения меди печенью
- 4) гепатопротекторным эффектом

714. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ, НЕСМОТРЯ НА ПРОВОДИМУЮ ЭТИОТРОПНУЮ АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ множественных холангиогенных абсцессах
- 2) амёбном абсцессе печени
- 3) нагноении эхинококковой кисты
- 4) инфицировании непаразитарной кисты

715. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ РАЗМЕРОМ ДО 3 СМ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ химиотерапии албендазолом
- 2) резекции доли печени
- 3) дренирования кисты
- 4) пункции кисты с аспирацией содержимого

716. ДЛЯ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАН ПРИЕМ

- 1)+ урсодезоксихолевой кислоты
- 2) метотрексата
- 3) колхицина
- 4) циклоспорина

717. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ СРОЧНОЙ ОТМЕНЫ ДИУРЕТИКОВ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПРИ НАЛИЧИИ АСЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ уменьшение концентрации сывороточного натрия менее 125 ммоль/л
- 2) увеличение содержания билирубина в сыворотке крови
- 3) уровень сывороточного калия 4 ммоль/л
- 4) снижение уровня альбумина в асцитической жидкости

718. ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ D-ПЕНИЦИЛЛАМИНОМ НЕОБХОДИМО ДОПОЛНИТЕЛЬНО НАЗНАЧАТЬ

- 1)+ пиридоксин
- 2) цианокобаламин
- 3) тиамин
- 4) никотиновую кислоту

719. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ необратимое повреждение головного мозга
- 2) бактериемия
- 3) наличие инфекции HBV
- 4) коагулопатия

720. ПРИ ЭВАКУАЦИИ АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ ОБЪЁМОМ БОЛЕЕ 5 Л У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ альбумина
- 2) декстрана
- 3) полиглюкина
- 4) реополиглюкина

721. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ преднизолон
- 2) циклоспорин
- 3) азатиоприн
- 4) метотрексат

722. ПРИ ПЕРЕКРЕСТЕ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА (ЦИРРОЗА) С АУТОИММУННЫМ ГЕПАТИТОМ СНАЧАЛА К ТЕРАПИИ СЛЕДУЕТ ДОБАВИТЬ

- 1)+ преднизолон
- 2) микофенолата мофетил
- 3) метотрексат
- 4) циклоспорин

723. СОГЛАСНО ПАРИЖСКИМ КРИТЕРИЯМ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ХОЛАНГИТЕ (ЦИРРОЗЕ) НАДО УЧИТЫВАТЬ УРОВНИ

- 1)+ щелочной фосфатазы и аспарагиновой трансаминазы
- 2) гамма-глутамилтранспептидазы и альбумина
- 3) тромбоцитов и протромбинового времени
- 4) холестерина и аланиновой трансаминазы

724. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОЗА УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ЦИРРОЗОМ (ХОЛАНГИТОМ) СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ/ДЕНЬ

- 1)+ 13-15
- 2) 30-45
- 3) 8-10
- 4) 20-25

725. В ТЕРАПИИ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ХОЛАНГИТОМ (ЦИРРОЗОМ) ИСПОЛЬЗУЮТ ВИТАМИН

- 1)+ Д
- 2) А
- 3) Е
- 4) К

726. ПРИ ГЕМОХРОМАТОЗЕ ЕЖЕНЕДЕЛЬНЫЕ КРОВОПУСКАНИЯ ПРОВОДЯТ ДО ДОСТИЖЕНИЯ УРОВНЯ СЫВОРОТОЧНОГО ФЕРРИТИНА (В МКГ/Л)

- 1)+ 50
- 2) 70
- 3) 80
- 4) 100

727. К ХЕЛАТОРАМ ЖЕЛЕЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ десферал
- 2) Д-пеницилламин
- 3) унитиол
- 4) цинк

728. В ТЕРАПИИ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ СКЛЕРОЗИРУЮЩИМ ХОЛАНГИТОМ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ бифосфонаты
- 2) витамин А
- 3) витамин К
- 4) витамин Е

729. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ/ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ несоблюдение пациентом гипонатриемической диеты в сочетании с назначением низких доз диуретиков
- 2) соблюдение пациентом гипонатриемической диеты в сочетании с приёмом верошпирона в дозе 300 мг в сутки
- 3) внутривенные инфузии объёмом 1 л в сутки
- 4) низкий уровень сыровоточного альбумина

730. В ТЕРАПИИ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ХОЛАНГИТОМ (ЦИРРОЗОМ) ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ бифосфонаты
- 2) витамин А
- 3) метотрексат
- 4) колхицин

731. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- 1)+ диеты, направленной на уменьшение поступления меди в организм
- 2) назначения препаратов цинка
- 3) гемофильтрации
- 4) назначения гепатопротекторов

732. В АЛГОРИТМЕ ЛЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С АСЦИТОМ 2 СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ПОСЛЕ НАЗНАЧЕНИЯ ВЕРОШПИРОНА В НАЧАЛЬНОЙ ДОЗЕ 50-200 МГ/СУТ С УВЕЛИЧЕНИЕМ ДОЗЫ ДО МАКСИМАЛЬНОЙ 400 МГ/СУТ (С ШАГОМ 100 МГ/СУТ В 7 ДНЕЙ) ОБЯЗАТЕЛЕН КОНТРОЛЬ УРОВНЯ

- 1)+ калия и натрия, креатинина каждые 1-2 недели
- 2) аланиновой аминотрансферазы каждые 4 недели
- 3) альбумина сыворотки крови 1 раз в неделю
- 4) щелочной фосфатазы 1 раз в 4-6 недель

733. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ВЕРОШПИРОНОМ У ПАЦИЕНТОВ С ПОРТАЛЬНЫМ АСЦИТОМ БЕЗ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОТЁКОВ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМОМУ УМЕНЬШЕНИЮ МАССЫ ТЕЛА НА

- 1)+ 0,5 кг в день
- 2) 2 кг в день
- 3) 4 кг в неделю
- 4) 1 кг в день

734. ЛЕЧЕБНАЯ ДОЗА D-ПЕНИЦИЛЛАМИНА ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ/СУТ)

- 1)+ 750-1500
- 2) 125-250
- 3) 250-500
- 4) 2000-2500

735. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА НАЗНАЧАТЬСЯ ПАЦИЕНТАМ С ПОРТАЛЬНЫМ АСЦИТОМ ПРИ УСЛОВИИ

- 1)+ появления симптомов спонтанного бактериального перитонита
- 2) наличия тахикардии 100 ударов в минуту
- 3) проведения диагностического парацентеза
- 4) наличия тахипноэ 20 в минуту

736. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

- 1)+ чрескожное дренирование под ультразвуковым контролем в сочетании с введением антибиотиков широкого спектра действия
- 2) лечение основного заболевания, послужившего причиной развития абсцесса
- 3) дезинтоксикационную терапию
- 4) вскрытие и дренирование абсцесса

737. НАИБОЛЕЕ ВЫСОК РИСК РАЗВИТИЯ ФУЛЬМИНАНТНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПРИЕМЕ ВЫСОКИХ ДОЗ

- 1)+ парацетамола
- 2) анальгина
- 3) ацетилсалициловой кислоты
- 4) ибупрофена

738. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АБСЦЕССЕ ПЕЧЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 1-3 месяца
- 2) 5-7 дней
- 3) 2-3 недели
- 4) 10-12 дней

739. ПАЦИЕНТАМ С ГЕМОХРОМАТОЗОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОГРАНИЧИТЬ В РАЦИОНЕ

- 1)+ мясо, печень, гречневую крупу
- 2) молоко, сливки, сыр
- 3) зеленые листовые овощи, шпинат, кукурузу
- 4) чай, кофе, какао

740. ЛЕЧЕБНАЯ ДОЗА ЦИНКА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА СОСТАВЛЯЕТ _____ (В МГ/СУТ)

- 1)+ 150
- 2) 100
- 3) 50
- 4) 200

741. В СЛУЧАЕ УСПЕШНОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ СКРИНИНГ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ 1 раз в 6 месяцев с определением уровня α -фетопroteина и выполнением ультразвукового исследования печени
- 2) ежемесячно с исследованием уровня аминотрансфераз
- 3) ежегодно с проведением биопсии печени
- 4) при каждой госпитализации пациента с определением уровня α -фетопroteина и выполнением ультразвукового исследования печени

742. АДЕКВАТНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ D-ПЕНИЦИЛЛАМИНОМ МОНИТОРИРУЕТСЯ ПОСРЕДСТВОМ ИЗМЕРЕНИЯ СУТОЧНОЙ ЭКСКРЕЦИИ

- 1)+ меди с мочой
- 2) меди с калом
- 3) цинка с мочой
- 4) железа с калом

743. ПАЦИЕНТАМ С ПОСЛЕДНЕЙ СТАДИЕЙ ПЕРВИЧНОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА

- 1)+ показана трансплантация печени
- 2) показано лечение урсодезоксихолевой кислотой
- 3) показано лечение преднизолоном
- 4) показаны реконструктивные операции на желчных путях

744. В ТЕРАПИИ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ СКЛЕРОЗИРУЮЩИМ ХОЛАНГИТОМ ИСПОЛЬЗУЮТ ВИТАМИН

- 1)+ Д
- 2) А
- 3) Е
- 4) К

745. В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ АЛБЕНДАЗОЛОМ ПАЦИЕНТАМ С ЭХИНОККОВОЙ КИСТОЙ ПЕЧЕНИ

- 1)+ иммунитет не развивается, возможно повторное заражение
- 2) формируется стойкий пожизненный иммунитет
- 3) возможны единичные случаи повторного заражения
- 4) развивается нестойкий иммунитет

746. АНТИХОЛЕСТАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ В СОЧЕТАНИИ С АДЕМЕТИОНИНОМ ПОКАЗАНА ПРИ ОСТРОЙ НЕУ-ИНФЕКЦИИ

- 1)+ в случае продолжительной гипербилирубинемии и симптомах холестаза
- 2) всем пациентам
- 3) при среднетяжёлом течении заболевания
- 4) в случае неэффективности экстракорпоральной детоксикации

747. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ СРОЧНОЙ ОТМЕНЫ ДИУРЕТИКОВ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРИ НАЛИЧИИ АСЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прогрессирующая почечная недостаточность
- 2) печёчно-клеточная недостаточность
- 3) резистентный асцит
- 4) инверсия сна

748. АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ АБСЦЕССЕ ПЕЧЕНИ НАЧИНАЮТ С

- 1)+ внутривенного введения
- 2) приёма per os
- 3) внутримышечного введения
- 4) промывания полости абсцесса

749. ПРИ ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ СЫВОРОТОЧНОГО КАЛИЯ БОЛЕЕ 6 ММОЛЬ/Л У ПАЦИЕНТОВ С ПОРТАЛЬНЫМ АСЦИТОМ СЛЕДУЕТ

- 1)+ отменить верошпирон
- 2) проводить массивную комбинированную диуретическую терапию
- 3) отменить фуросемид
- 4) увеличить дозу верошпирона

750. ДИУРЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЛЮБОЙ ЭТИОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С АСЦИТОМ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ ПРИ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ТЩАТЕЛЬНОМ МОНИТОРИРОВАНИИ СОДЕРЖАНИЯ

- 1)+ электролитов в сыворотке крови (натрий и калий)
- 2) билирубина в асцитической жидкости
- 3) альбумина в сыворотке крови
- 4) альбумина в асцитической жидкости

751. В СООТВЕТСТВИИ С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ МЕЖДУНАРОДНОГО КЛУБА ПО ИЗУЧЕНИЮ АСЦИТА ПАЦИЕНТЫ С 1 СТЕПЕНЬЮ АСЦИТА

- 1)+ не нуждаются в лечении и/или назначении диеты с ограничением соли
- 2) нуждаются в назначении верошпирона
- 3) должны получать фуросемид
- 4) нуждаются в комбинированной диуретической терапии

752. СНИЖЕНИЕ ДОЗЫ ИММУНОСУПРЕССИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ (В СЛУЧАЕ НАЛИЧИЯ В АНАМНЕЗЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНА, ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ ИЛИ ХИМИОТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ) У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ HEV-ИНФЕКЦИЕЙ В 30% СЛУЧАЕВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

- 1)+ спонтанному клиренсу вируса гепатита E, что может быть приравнено к противовирусной терапии первой линии
- 2) хронизации HEV-инфекции
- 3) развитию печёочно-клеточной недостаточности
- 4) фульминантному течению HEV-инфекции

753. НАЗНАЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ТЕРАПИЕЙ ВЫБОРА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+ перекрестом первичного склерозирующего холангита с аутоиммунным гепатитом
- 2) первичным склерозирующим холангитом
- 3) первичным билиарным циррозом
- 4) гемохроматозом

754. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ЦИРРОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ урсодезоксихолевая кислота
- 2) микофенолата мофетил
- 3) преднизолон
- 4) азатиоприн

755. МЕХАНИЗМ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ ФОСФОЛИПИДОВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ИХ СПОСОБНОСТИ

- 1)+ проявлять антиоксидантное действие
- 2) метилировать различные молекулы
- 3) индуцировать противовирусную защиту
- 4) непосредственно связывать фактор некроза опухоли-альфа

756. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ неселективных бета-блокаторов
- 2) антагонистов рецепторов ангиотензина
- 3) неселективных блокаторов кальциевых каналов
- 4) антагонистов альдостерона

757. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ОБЪЕМНОГО ЛАПАРОЦЕНТЕЗА СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ ВНУТРИВЕННО

- 1)+ альбумин в дозе 8 г на 1 л удаленной асцитической жидкости
- 2) альбумин в дозе 2 г на 1 л удаленной асцитической жидкости
- 3) L-орнитин-L-аспартат в дозе 20 г в сутки
- 4) L-орнитин-L-аспартат в дозе 60 г в сутки

758. ФЕНОБАРБИТАЛ ПОКАЗАН ПРИ

- 1)+ синдроме Жильбера
- 2) острым холангите
- 3) хроническом вирусном гепатите
- 4) циррозе печени

759. ПАЦИЕНТУ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ РЕКОМЕНДУЮТ

- 1)+ средиземноморский стиль питания
- 2) отказаться от курения
- 3) соблюдать питьевой режим
- 4) ограничить потребление кофеина

760. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПРЕДНИЗОЛОН ПРИМЕНЯЕТСЯ В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ (В МГ)

- 1)+ 40
- 2) 20
- 3) 90
- 4) 120

761. ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЙСТВИЕ ТЕРЛИПРЕССИНА ПРИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА

- 1)+ констрикции сосудов внутренних органов и вторичном улучшении кровотока в почечных клубочках
- 2) дилатации сосудов внутренних органов и вторичном улучшении кровотока в почечных клубочках
- 3) повышении давления в системе воротной вены и вторичном улучшении кровотока в почечной интерстиции
- 4) уменьшении тонуса гладкомышечных клеток мочевых путей и улучшении оттока мочи

762. У ПАЦИЕНТА С АСЦИТОМ ПРИЕМ ДИУРЕТИКОВ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

- 1)+ гиповолемию
- 2) гиперкалиемию
- 3) гиперхолестеринемию
- 4) гипоальбуминемию

763. ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЖЕЛТУХЕ У БЕРЕМЕННЫХ К СРЕДСТВАМ ВЫБОРА ОТНОСЯТ

- 1)+ урсодезоксихолевую кислоту
- 2) обменное переливание крови
- 3) альфа-интерфероны
- 4) эссенциальные фосфолипиды

764. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ эндоскопическое лигирование вен
- 2) установку зонда Блэкмора
- 3) введение альбумина
- 4) применение верошпирона

765. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕДНИЗОЛОНОМ ТЯЖЕЛОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ПРОДОЛЖЕНИИ ТЕРАПИИ ЧЕРЕЗ 7 ДНЕЙ НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ

- 1)+ индекс Лилль (Lille model)
- 2) индекс Мадррея (Maddrey score)
- 3) выраженность холестатического синдрома
- 4) выраженность отеков

766. АНТАГОНИСТЫ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

- 1)+ применять не рекомендуется
- 2) применять настоятельно рекомендуется
- 3) рекомендуется применять при сопутствующей инфекции
- 4) рекомендуется применять при развитии кровотечения

767. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ ПРЕДНИЗОЛОНОМ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

- 1)+ 28
- 2) 14
- 3) 7
- 4) 90

768. МЕХАНИЗМ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ АДЕМЕТИОНИНА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ЕГО СПОСОБНОСТИ К

- 1)+ метилированию различных молекул
- 2) угнетению активности клеток-участников воспаления
- 3) индукции противовирусной защиты
- 4) прямому связыванию фактора некроза опухоли-альфа

769. ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ ОБЪЕМА КРОВИ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ спиронолактона
- 2) амлодипина
- 3) пропранолола
- 4) вазопрессина

770. ЖЕНЩИНАМ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ АДЕНОМЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ отмена пероральных контрацептивов
- 2) назначение гепатопротекторов
- 3) назначение этиотропной терапии
- 4) провести резекцию пораженного участка печени

771. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ СЛУЖИТ

- 1)+ дефицит тиамина
- 2) гипервитаминоз D
- 3) высокая активность сывороточной АСТ
- 4) перегрузка медью

772. ПРИ ТЕРАПИИ ПРОПРАНОЛОЛОМ С ЦЕЛЮ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ОРИЕНТИРОМ СЛУЖИТ СНИЖЕНИЕ

- 1)+ частоты сердечных сокращений на 25% от исходной
- 2) систолического артериального давления на 25% от исходного
- 3) частоты сердечных сокращений до 40 в мин
- 4) систолического артериального давления до 100 мм рт.ст.

773. ЕДИНСТВЕННЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ ГЕПАТИТОМ, НЕ ОТВЕТИВШИХ НА ТЕРАПИЮ ПРЕДНИЗОЛОНОМ В ДОЗЕ 40 МГ В СУТКИ ВНУТРЬ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансплантация печени
- 2) назначение пентоксифиллина
- 3) увеличение дозы преднизолона
- 4) введение препарата антител к фактору некроза опухоли-альфа

774. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИМЕНЯЕТСЯ ВАЗОПРЕССОР

- 1)+ терлипрессин
- 2) карведилол
- 3) спиронолактон
- 4) нитроглицерин

775. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ лактулоза
- 2) рибавирин
- 3) спиронолактон
- 4) урсодезоксихолевая кислота

776. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ рифаксимин
- 2) рибавирин
- 3) интерферон
- 4) энтекавир

777. ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ МОДУЛЬНОЙ СМЕСИ С

- 1)+ высоким содержанием аминокислот с разветвленной цепью и низким - ароматических аминокислот
- 2) низким содержанием аминокислот с разветвленной цепью и высоким - ароматических аминокислот
- 3) высоким содержанием белка животного происхождения
- 4) низким содержанием незаменимых аминокислот

778. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА СТРЕМЯТСЯ ДОСТИГНУТЬ ПОКАЗАТЕЛЯ СЫВОРОТОЧНОГО КРЕАТИНИНА МЕНЕЕ ____ МГ/ДЛ (____ МКМОЛЬ/Л)

- 1)+ 1,5; 132
- 2) 0,9; 80
- 3) 0,5; 44
- 4) 0,2; 18

779. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПРЕДНИЗОЛОНОМ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ТАКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ КАК

- 1)+ инфекция
- 2) гемолиз
- 3) гиперкалиемия
- 4) гипогликемия

780. ПРИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ВЫПОЛНЕНИЕ ТРАНСЪЮГУЛЯРНОГО ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

- 1)+ может улучшать функцию почек
- 2) не оказывает влияния на функцию почек
- 3) ухудшает фильтрационную функцию почек
- 4) ухудшает концентрационную функцию почек

781. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ орнитин-аспартат
- 2) спиронолактон
- 3) рибавирин
- 4) урсодезоксихолевая кислота

782. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ВАЗОКОНСТРИКТОРОВ, ПРИМЕНЯЮЩИХСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА, ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ спастическую боль в животе, тошноту, рвоту, головную боль
- 2) диарею, псевдомембранозный колит
- 3) острую задержку мочи, мочевою инфекцию
- 4) одышку, кашель, кровохарканье

783. ПРИ НИЗКОМ ЗНАЧЕНИИ ИНДЕКСА ЛИЛЛЬ (LILLE MODEL, <0,45) ЧЕРЕЗ 7 ДНЕЙ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПРЕДНИЗОЛОНОМ В ДОЗЕ 40 МГ В ДЕНЬ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1)+ продолжить терапию в той же дозе
- 2) снизить дозу до 20 мг в день
- 3) повысить дозу до 60 мг в день
- 4) отменить прием препарата

784. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ преднизолон
- 2) азатиоприн
- 3) рибавирин
- 4) D-пеницилламин

785. ПАЦИЕНТУ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ РЕКОМЕНДУЮТ

- 1)+ увеличить физическую активность
- 2) отказаться от курения
- 3) соблюдать питьевой режим
- 4) ограничить потребление кофеина

786. ПЕНТОКСИФИЛЛИН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ НАЗНАЧАЮТ ПО _____ В ДЕНЬ

- 1)+ 400 мг 3 раза
- 2) 400 мг 1 раз
- 3) 100 мг 3 раза
- 4) 100 мг 1 раз

787. ДО НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕДНИЗОЛОНА ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ ГЕПАТИТОМ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ СКРИНИНГ НА НАЛИЧИЕ

- 1)+ инфекции и желудочно-кишечного кровотечения
- 2) опухолевых заболеваний органов пищеварения
- 3) расстройств кислотно-щелочного обмена
- 4) сахарного диабета 1 типа

788. ИНДЕКС ЛИЛЛЬ (LILLE MODEL) ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ

- 1)+ преднизолоном
- 2) пентоксифиллином
- 3) спиронолактоном
- 4) S-аденозилметионином

789. ПРИ УСПЕШНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА АЛЬБУМИНОМ И АНАЛОГАМИ ВАЗОПРЕССИНА ИСХОДЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

- 1)+ аналогичны таковым в отсутствие гепаторенального синдрома
- 2) существенно хуже таковых в отсутствие гепаторенального синдрома
- 3) существенно лучше таковых в отсутствие гепаторенального синдрома
- 4) не изучены и не поддаются прогнозированию

790. ПРЕДУПРЕДИТЬ РАЗВИТИЕ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ СПОНТАННОМ БАКТЕРИАЛЬНОМ ПЕРИТОНИТЕ ПОМОГАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ альбумина
- 2) омепразола
- 3) тиамина
- 4) фуросемида

791. ОКТРЕОТИД ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ аналог соматостатина
- 2) антагонист альдостерона
- 3) альфа-адреноблокатор
- 4) ингибитор протонной помпы

792. ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЙСТВИЕ АЛЬБУМИНА ПРИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ОСНОВАНО НА

- 1)+ восстановлении объема плазмы
- 2) уменьшении объема плазмы
- 3) детоксикации аммиака
- 4) катаболическом действии

793. ПРИ ПОЛНОМ ОТКАЗЕ ОТ ПРИЕМА АЛКОГОЛЯ ВОЗМОЖНО

- 1)+ снижение давления в воротной вене
- 2) повышение давления в воротной вене
- 3) развитие алкогольной кардиомиопатии
- 4) ухудшение жизненного прогноза пациента

794. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ

- 1)+ пентоксифиллин
- 2) интерферон-альфа
- 3) антагонисты фактора некроза опухоли альфа
- 4) D-пеницилламин

795. ПАЦИЕНТУ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ РЕКОМЕНДУЮТ

- 1)+ нормализовать массу тела
- 2) отказаться от курения
- 3) соблюдать питьевой режим
- 4) ограничить потребление кофеина

796. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА СЛЕДУЕТ

- 1)+ назначить введение альбумина и вазопрессоров
- 2) увеличить дозу спиронолактона и фуросемида
- 3) провести объемный лапароцентез
- 4) назначить L-орнитин-L-аспартат и лактулозу

797. ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ПОЛНОГО ОТКАЗА ОТ ПРИЕМА АЛКОГОЛЯ УМЕНЬШЕНИЕ ЕГО ДОЗЫ

- 1)+ может сопровождаться улучшением состояния печени
- 2) сопровождается нарастанием давления в воротной вене
- 3) провоцирует развитие корсаковского психоза
- 4) влечет развитие печеночной энцефалопатии

798. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА В ПЕРВЫЙ ДЕНЬ АЛЬБУМИН ВВОДЯТ В ДОЗЕ ____ Г/КГ МАССЫ ТЕЛА

- 1)+ 1
- 2) 0,1
- 3) 0,5
- 4) 5

799. ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ СЛУЖАТ

- 1)+ диета, физическая активность, нормализация массы тела
- 2) когнитивно-поведенческая терапия, нормализация сна
- 3) прием диетических добавок, витаминотерапия
- 4) прием фитопрепаратов, мануальная терапия

800. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПРЕДНИЗОЛОНОМ НА 7-Й ДЕНЬ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ индекс Лилль (Lille model)
- 2) индекс Мэддрея (Maddrey score)
- 3) коэффициент Де Ритиса (De Ritis)
- 4) индекс ДеМейстера (DeMeester)

801. ПЕРВООЧЕРЕДНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ МЕРОЙ ПРИ ЛЮБОЙ ФОРМЕ И СТАДИИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ абстиненция
- 2) аглутиновая диета
- 3) физическая активность
- 4) плазмаферез

802. ДОКАЗАННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ В ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ И ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ дисульфирам, налтрексон
- 2) тиамин, пиридоксин
- 3) адеметионин, урсодезоксихолевая кислота
- 4) пропранолол, карведилол

803. ПАЦИЕНТАМ С АСЦИТОМ НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РЕКОМЕНДОВАНЫ БЕССОЛЕВАЯ ДИЕТА, ПРИЕМ

- 1)+ диуретиков
- 2) кишечных антисептиков
- 3) гормональных препаратов
- 4) системных антибактериальных препаратов

804. ВВЕДЕНИЕ АЛЬБУМИНА ПРИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ СПОСОБСТВУЕТ

- 1)+ повышению выживаемости пациентов
- 2) повышению показателей протромбина
- 3) нормализации обмена глюкозы
- 4) снижению клубочковой фильтрации

805. ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА У ПАЦИЕНТОВ С КОМПЕНСИРОВАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

- 1)+ соответствует физиологической норме
- 2) превышает норму на 15%
- 3) должна быть снижена на 20%
- 4) превышает норму на 30%

806. К ПРЯМЫМ НЕПРОТЕАЗНЫМ ИНГИБИТОРАМ ВИРУСА ГЕПАТИТА «С» ОТНОСЯТ

- 1)+ софосбувир
- 2) умифеновир
- 3) теллапревир
- 4) энтекавир

807. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОБЪЕМНОГО ПАРАЦЕНТЕЗА ВОЗМЕЩЕНИЕ ОБЪЕМА И ОНКОТИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ КРОВИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- 1)+ раствором альбумина
- 2) свежемороженой плазмой
- 3) кристаллоидными растворами
- 4) коллоидными растворами

808. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гриппоподобный синдром
- 2) фотосенсибилизация
- 3) артериальная гипертензия
- 4) судорожный синдром

809. ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ ВАЖНО

- 1)+ отдавать предпочтение растительным белкам и лактальбумину
- 2) резко ограничить содержания углеводов (<150 г в сутки)
- 3) постоянное ограничение потребления белка (до <60 г в сутки)
- 4) предписание низкокалорийной диеты (<1200 ккал в сутки)

810. ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ВНУТРИУТРОБНОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСА ГЕПАТИТА В РЕБЕНКУ В СОЧЕТАНИИ С ПАССИВНОЙ И АКТИВНОЙ ВАКЦИНАЦИЕЙ НОВОРОЖДЕННОГО БЕЗОПАСНО ПРИМЕНЯТЬ

- 1)+ ламивудин, телбивудин, тенофовир
- 2) интерферон-альфа, энтекавир
- 3) рибавирин, даклатасвир, софосбувир
- 4) S-аденозилметионин, силибинин, эссенциальные фосфолипиды

811. К ПРЯМЫМ ВАЗОКОНСТРИКТОРАМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ПОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ терлипрессин
- 2) соматостатин
- 3) октреотид
- 4) нитроглицерин

812. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ преднизолон
- 2) метотрексат
- 3) рибавирин
- 4) кеторолак

813. У БОЛЬНОГО С АСЦИТОМ В РАЦИОНЕ РЕЗКО ОГРАНИЧИВАЮТ

- 1)+ натрий
- 2) калий
- 3) кальций
- 4) фосфор

814. БАЗИСНЫМ ПРЕПАРАТОМ В ТЕРАПИИ АСЦИТА СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ спиронолактон
- 2) эплеренон
- 3) триамтерен
- 4) маннитол

815. ПРЕПАРАТОМ КРОВИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА АСЦИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ раствор альбумина 20%
- 2) свежезамороженная плазма
- 3) тромбоцитарная масса
- 4) эритроцитарная масса

816. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ И МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВОЗМОЖНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ трансъюгулярного портосистемного шунтирования
- 2) аортокоронарного шунтирования
- 3) склерозирования варикозных вен пищевода
- 4) катетеризации печеночной вены

817. С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ ПОТЕРЬ НАТРИЯ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЯТЬ ЕГО

- 1)+ суточную экскрецию с мочой
- 2) содержание в моче
- 3) концентрацию в асцитической жидкости
- 4) концентрацию в слюне

818. У МУЖЧИН ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКИХ ДОЗ СПИРОНОЛАКТОНА ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ

- 1)+ гинекомастии
- 2) алопеции
- 3) гипертрофии околоушных желез
- 4) микоза стоп

819. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ противовирусную, дезинтоксикационную терапию
- 2) гормонотерапию, антибактериальную терапию
- 3) иммуносупрессивную, противовоспалительную терапию
- 4) плазмаферез, симптоматическую терапию

820. ПРОФИЛАКТИКА ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ВЕРНИКЕ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ПОДРАЗУМЕВАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ тиамина
- 2) холекальциферола
- 3) ретинола ацетата
- 4) пиридоксина

821. КОЛИЧЕСТВО ПОТРЕБЛЯЕМОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНОГО С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПЕЧЕНИ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЩАДЯЩЕГО ВАРИАНТА СТАНДАРТНОЙ ДИЕТЫ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ (В ЛИТРАХ)

- 1)+ 1,5-2
- 2) 1
- 3) 0,5-1
- 4) менее 0,5

822. К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ ГЕПАТИТОМ ОТНОСЯТ

- 1)+ преднизолон
- 2) тиамин
- 3) препараты калия
- 4) D-пеницилламин

823. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ НЕГАТИВНЫМ ПРЕДИКТОРОМ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПРИ СПОНТАННОМ БАКТЕРИАЛЬНОМ ПЕРИТОНИТЕ СЛУЖИТ РАЗВИТИЕ

- 1)+ почечной недостаточности
- 2) гипогликемии
- 3) анемии
- 4) тромбоцитопении

824. НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ВЕРНИКЕ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ

- 1)+ тиамина
- 2) цианокобаламина
- 3) пиридоксина
- 4) аскорбиновой кислоты

825. ДИУРЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ТРЕБУЕТ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ _____ В КРОВИ

- 1)+ креатинина
- 2) лейкоцитов
- 3) белка
- 4) С-реактивного протеина

826. НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНОТЕРАПИИ АСЦИТА СПИРОНОЛАКТОНОМ СЛУЖИТ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ДОБАВЛЕНИЯ

- 1)+ фуросемида
- 2) гипотиазида
- 3) эплеренона
- 4) маннитола

827. ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СПОНТАННОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПЕРИТОНИТА ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ норфлоксацином
- 2) амоксициллином
- 3) аминогликозидами
- 4) линезолидом

828. ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ III-IV СТАДИЙ УРОВЕНЬ БЕЛКА В РАЦИОНЕ СНИЖАЕТСЯ ДО (В Г/СУТ)

- 1)+ 20
- 2) 30
- 3) 40
- 4) 50

829. МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ ДОЗА СПИРОНОЛАКТОНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АСЦИТА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 400 мг в сутки
- 2) 400 мг в неделю
- 3) 500 мг в сутки
- 4) 200 мг в сутки

830. ПРИ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В РЕГИОНАХ С НИЗКОЙ ЧАСТОТОЙ ВЫЯВЛЕНИЯ MDR-ШТАММОВ ПРЕДПОЧТЕНИЕ СЛЕДУЕТ ОТДАВАТЬ

- 1)+ пиперациллину-тазобактаму
- 2) норфлоксацину
- 3) амоксициллину
- 4) ципрофлоксацину

831. РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО РЕЗИСТЕНТНЫМ (РЕФРАКТЕРНЫМ) АСЦИТОМ, СЛУЖИТ

- 1)+ трансплантация печени
- 2) операция Пакциоры
- 3) редукция селезеночного кровотока
- 4) эмболизация селезеночной артерии

832. ИЗ ПРОДУКТОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ МИНИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО МЕТИОНИНА И ХОЛИНА, ОБЛАДАЮЩИХ ЛИПОТРОПНЫМИ СВОЙСТВАМИ, СОДЕРЖИТСЯ В

- 1)+ перловой крупе
- 2) соевой муке
- 3) овсяной муке
- 4) гречневой крупе

833. ЧАСТОТА ПРИЕМА ПИЩИ БОЛЬНЫМИ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ _____ РАЗ/РАЗА В СУТКИ

- 1)+ 5-6
- 2) 3-4
- 3) 2-3
- 4) 1-2

834. ПРИ ОСТРОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА ПРИ ТРАНСФУЗИИ ЭРИТРОМАССЫ СОСТАВЛЯЕТ (В Г/Л)

- 1)+ 80
- 2) 140
- 3) 60
- 4) 110

835. ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ неселективные бета-адреноблокаторы
- 2) адреномиметики
- 3) селективные бета-адреноблокаторы
- 4) ингибиторы ангиопревращающего фермента

836. СИНДРОМ РЕЯ, ФУЛЬМИНАНТНЫЙ ГЕПАТИТ С ВЫСОКОЙ ЛЕТАЛЬНОСТЬЮ, РАЗВИВАЕТСЯ У ДЕТЕЙ С ОРВИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ

- 1)+ аспирин
- 2) ибупрофен
- 3) парацетамол
- 4) интерферон

837. ПРЕПАРАТОМ, УМЕНЬШАЮЩИМ ВЫРАЖЕННОСТЬ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лактулоза
- 2) метоклопрамид
- 3) прукалоприд
- 4) домперидон

838. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ энцефалопатию
- 2) спонтанный бактериальный перитонит
- 3) бактериальную транслокацию
- 4) синдром избыточного бактериального роста

839. КЛЮЧЕВЫМ ЗВЕНОМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АСЦИТА СЧИТАЮТ СОБЛЮДЕНИЕ

- 1)+ натриевого баланса
- 2) режима «сон-бодрствование»
- 3) адекватного приема кальция
- 4) диеты с высоким содержанием натрия

840. СУТОЧНАЯ ДОЗА ТИАМИНА ПРИ НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ВЕРНИКЕ В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 1500
- 2) 300
- 3) 100
- 4) 50

841. ДЛЯ МОДУЛЯЦИИ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ОПТИМАЛЕН

- 1)+ рифаксимин-альфа
- 2) смектит диоктаэдрический
- 3) лоперамид
- 4) амоксициллин

842. ДЛЯ СКРИНИНГА НА ПРЕДМЕТ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПРИМЕНЯЮТ ОПРОСНИК

- 1)+ AUDIT-C
- 2) GSRS
- 3) GerdQ
- 4) SODA

843. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ КОМПОНЕНТОМ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ И В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА – КОНОВАЛОВА ЯВЛЯЕТСЯ ОГРАНИЧЕНИЕ ПРИЕМА

- 1)+ креветок
- 2) помидоров
- 3) клубники
- 4) огурцов

844. ОСОБЕННОСТЬЮ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С, ОПРЕДЕЛЯЮЩЕЙ ЕГО СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ высокая вероятность хронизации процесса
- 2) развитие фульминантных форм инфекции
- 3) преобладание торпидного, латентного течения
- 4) высокая летальность в остром периоде заболевания

845. АКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ HBV-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ иммунизация населения
- 2) отказ от алкоголя
- 3) личная гигиена
- 4) соблюдение диеты

846. ПРЕРЫВАНИЕ ИСКУССТВЕННЫХ ПУТЕЙ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С ОБЕСПЕЧИВАЕТ

- 1)+ использование одноразовых изделий медицинского назначения
- 2) индивидуализация предметов личной гигиены в жилищно-бытовых условиях проживания
- 3) использование механических средств контрацепции
- 4) направление женщины в специализированный роддом на кесарево сечение по эпидпоказаниям

847. МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тестирование донорской крови на наличие анти-HCV
- 2) назначение противовирусных препаратов
- 3) применение плазменной вакцины
- 4) применение рекомбинантной вакцины

848. ГРУППОЙ РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ реципиенты крови
- 2) профессиональные охотники
- 3) спортсмены
- 4) дети, посещающие детские сады и школы

849. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ КРАТКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ КОНСУЛЬТИРОВАНИЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вызвать у пациента желание изменить обстоятельства, себя, свою жизнь
- 2) убедить пациента в необходимости проведения биопсии печени
- 3) обучить родных пациента оптимальному стилю общения с ним
- 4) убедить пациента в необходимости соблюдать специальную диету

850. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ГЕМОХРОМАТОЗА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОГРАНИЧИТЬ ПРИЕМ ПИЩИ БОГАТОЙ

- 1)+ железом
- 2) медью
- 3) кальцием
- 4) цинком

851. ПОТЕНЦИАЛЬНО ВЫСОКИЙ РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ НАБЛЮДАЕТСЯ У

- 1)+ персонала и пациентов центров гемодиализа
- 2) медицинского персонала, выполняющего неинвазивные процедуры
- 3) персонала физиотерапевтических кабинетов
- 4) пациентов терапевтических отделений

852. СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ ГЕПАТИТОМ С ОТНОСЯТ ПЕРСОНАЛ

- 1)+ клинических и биохимических лабораторий
- 2) физиотерапевтических кабинетов
- 3) гастроэнтерологических отделений
- 4) центральных стерилизационных отделений

853. НАИБОЛЬШИЙ РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С НАБЛЮДАЕТСЯ У

- 1)+ пациентов на регулярном гемодиализе
- 2) потребителей неинъекционных наркотиков
- 3) новорожденных детей
- 4) контактных лиц в семьях

854. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГЕПАТИТА С

- 1)+ не разработана
- 2) включает плазменные вакцины
- 3) проводится интерфероном
- 4) включает индукторы интерферона

855. ПАЦИЕНТ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ КЛАССА А ПО ЧАЙЛДУ В ИСХОДЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ПОСЛЕ УСПЕШНОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С УСТОЙЧИВЫМ ВИРУСОЛОГИЧЕСКИМ ОТВЕТОМ БОЛЕЕ ГОДА НУЖДАЕТСЯ В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА ВОЗМОЖНОСТЬЮ

- 1)+ развития гепатоцеллюлярного рака
- 2) развития HCV – ассоциированной криоглобулинемии
- 3) прогрессирования цирроза печени в связи с сохранением латентной инфекции
- 4) развития HCV индуцированного гломерулонефрита

856. НОВОРОЖДЕННЫМ ОТ МАТЕРЕЙ С НВУ-ИНФЕКЦИЕЙ, А ТАКЖЕ СЛУЧАЙНО ИНФИЦИРОВАННЫМ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА В ИНЪЕКЦИЮ АНТИВИРУСНОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА ЖЕЛАТЕЛЬНО ПРОВОДИТЬ В БЛИЖАЙШИЕ

- 1)+ 24-48 часов
- 2) 5-7 дней
- 3) 1 месяца
- 4) 3 месяцев

857. МЕТОДИКА КРАТКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ КОНСУЛЬТИРОВАНИЙ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ

- 1)+ мотивацию пациента к изменению поведения, связанного с употреблением алкоголя
- 2) регулярное исследование биохимических параметров сыворотки крови
- 3) регулярный скрининг с целью раннего выявления гепатоцеллюлярной карциномы
- 4) пошаговый индивидуальный подбор наиболее эффективного лекарственного средства

858. ВЕРОЯТНОСТЬ ПЕРЕХОДА ОСТРОГО ГЕПАТИТА С В ХРОНИЧЕСКИЙ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 55-85
- 2) 20-30
- 3) 30-40
- 4) 40-50

859. НАИБОЛЬШИЙ РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С СВЯЗАН С

- 1)+ внутривенным введением наркотических и психотропных веществ
- 2) проведение инвазивных лечебных процедур
- 3) вертикальной передачей от матери к плоду
- 4) незащищенными половыми контактами

860. ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ВОЗБУДИТЕЛЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А _____ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАЗВИТИЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА

- 1)+ не является
- 2) является вторичной
- 3) является третичной
- 4) является первичной

861. ПРОФИЛАКТИКА ГЕПАТИТА С ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ проверку донорской крови
- 2) отказ от курения
- 3) прием интерферона
- 4) прием индукторов интерферона

862. К КАТЕГОРИЯМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИМ РИСКОМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ГЕПАТИТОМ С ОТНОСЯТ

- 1)+ хирургов, акушеров-гинекологов
- 2) медицинских регистраторов
- 3) персонал физиотерапевтических кабинетов
- 4) персонал центральных стерилизационных отделов (отделений)

863. В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФИЦИРОВАНИЯ АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОКАЗАН ПОСТОЯННЫЙ ПРИЁМ АНТИБИОТИКА ИЗ ГРУППЫ

- 1)+ фторхинолонов до исчезновения асцита или пересадки печени
- 2) гликопептидов до исчезновения признаков синдрома системной воспалительной реакции
- 3) цефалоспоринов до исчезновения асцита
- 4) карбапенемов до нормализации лейкоцитарной формулы

864. ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА АСЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, В

- 1)+ соблюдении гипонатриемической диеты
- 2) контроле суточного диуреза
- 3) поддержании объёма потребляемой жидкости не более 1 л в сутки
- 4) исключении приёма нестероидных противовоспалительных препаратов

865. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ гепатотропные вирусы
- 2) алкоголь
- 3) наследственные заболевания
- 4) токсические гепатотропные агенты

866. ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ВОЗБУДИТЕЛЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В _____ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАЗВИТИЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА

- 1)+ является первичной
- 2) является вторичной
- 3) является третичной
- 4) не является

867. ПОТЕНЦИАЛЬНО ВЫСОКИЙ РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ ГЕПАТИТОМ С ВНЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ НАБЛЮДАЕТСЯ У

- 1)+ потребителей инъекционных наркотических средств
- 2) работников организаций по утилизации отходов медицинского назначения
- 3) посетителей фитнес-клубов
- 4) клиентов парикмахерских салонов

868. ДЛИТЕЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ БЕЛКОВ В ПИТАНИИ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К

- 1)+ жировой дистрофии печени
- 2) хроническому холециститу
- 3) холангиту
- 4) панкреатиту

869. СЛУЧАЙ, ПОДОЗРИТЕЛЬНЫЙ НА ОСТРЫЙ ГЕПАТИТ С, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СОЧЕТАНИЕМ ПРИЗНАКОВ: ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЕ ANTI-HCV IgG, ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ АМИНОТРАНСФЕРАЗ СЫВОРОТКИ КРОВИ, НАЛИЧИЕ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ АНАМНЕЗЕ ДАННЫХ О ВОЗМОЖНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С В ТЕЧЕНИЕ _____ МЕСЯЦЕВ ДО ВЫЯВЛЕНИЯ ANTI-HCV IgG

- 1)+ 6
- 2) 24
- 3) 12
- 4) 18

870. СЛУЧАЙ ЗАРАЖЕНИЯ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЗНАН СВЯЗАННЫМ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА

- 1)+ РНК вируса гепатита С не ранее чем через 4 дня с момента обращения в медицинскую организацию
- 2) РНК вируса гепатита С спустя 12 месяцев после выписки
- 3) anti-HCV IgG через 7 дней после поступления в стационар
- 4) доставленного в отделение интенсивной терапии, anti-HCV IgG в первые дни пребывания в стационаре

871. ОБЫЧНОЙ СХЕМОЙ ВАКЦИНАЦИИ ОТ ГЕПАТИТА «В» ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ (В МЕС.)

- 1)+ 0-1-6
- 2) 0-1-2-12
- 3) 0-1-3
- 4) 0-3-6

872. МЕТОДИКУ КРАТКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ КОНСУЛЬТИРОВАНИЙ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ медицинским работникам без сертификата на оказание наркологической/психиатрической помощи
- 2) только специалистам, имеющим сертификат на оказание наркологической/психиатрической помощи
- 3) родственникам и друзьям пациента, вне зависимости от наличия информированного согласия самого пациента
- 4) сотрудникам пациента при наличии подписанного информированного согласия самого пациента

873. ПРОФИЛАКТИКА ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ ВОЗБУДИТЕЛЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

- 1)+ В
- 2) С
- 3) А
- 4) Е

874. ПРОФИЛАКТИКОЙ ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ иммунизация населения
- 2) отказ от алкоголя
- 3) соблюдение диеты
- 4) питье кипяченой воды

Тема 4. Заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

1. В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И РАКОМ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопическое исследование с биопсией
- 2) рентгенологическое исследование
- 3) исследование желудочной секреции с гистамином
- 4) исследование кала на скрытую кровь

2. К ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ болевой синдром
- 2) синдром мальбсорбции
- 3) похудание
- 4) диарея

3. НАИБОЛЕЕ РАННИМ СИМПТОМОМ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА В КАРДИАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дисфагия
- 2) боль в эпигастральной области
- 3) боль за грудиной
- 4) рвота

4. ГОЛОДНЫЕ ИЛИ «НОЧНЫЕ БОЛИ», ВОЗНИКАЮЩИЕ ЧЕРЕЗ 2,5–4 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ И ИСЧЕЗАЮЩИЕ ПОСЛЕ ОЧЕРЕДНОГО ПРИЕМА ПИЩИ, ЗАСТАВЛЯЮТ ДУМАТЬ О ЯЗВЕ

- 1)+ 12-перстной кишки
- 2) малой кривизны желудка
- 3) фундального отдела желудка
- 4) нижнего отдела пищевода

5. ИНФИЦИРОВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1)+ развитием антрального гастрита
- 2) формированием абсцессов
- 3) ахлоргидрией
- 4) недостаточностью кардии

6. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПИЩЕВОДА ОТСУТСТВИЕ ПЕРИСТАЛЬТИКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ склеродермии пищевода
- 2) диффузного спазма пищевода
- 3) пищевода Баррета
- 4) рефлюкс-эзофагита

7. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ У ПАЦИЕНТА С ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЕЙ, СНИЖЕНИЕМ УРОВНЯ ФОСФОРА В КРОВИ И ЕГО УСИЛЕННОЙ ЭКСКРЕЦИИ С МОЧОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гиперпаратиреоз
- 2) синдром Золлингера-Эллисона
- 3) синдром чревного ствола
- 4) саркоидоз

8. ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ЯЗВ ОТ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие хронического рецидивирующего течения
- 2) локализация язвы
- 3) величина язвы
- 4) кровотечение

9. ЖЕЛУДОЧНУЮ СЕКРЕЦИЮ СТИМУЛИРУЕТ

- 1)+ гастрин
- 2) секретин
- 3) холецистокинин
- 4) серотонин

10. ПИЩЕВОД БАРРЕТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МЕТАПЛАЗИЕЙ

- 1)+ многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия кишечного типа
- 2) многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия с железами кардиального типа
- 3) многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия с железами фундального (желудочного) типов
- 4) эпителия желудка по кишечному типу

11. НАЛИЧИЕ КИШЕЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ В ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ПИЩЕВОДА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ пищевода Баррета
- 2) эзофагита
- 3) склеродермии
- 4) ахалазии пищевода

12. НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕНЫ МАЛИГНИЗАЦИИ _____ ПОЛИПЫ ЖЕЛУДКА

- 1)+ аденоматозные
- 2) гиперпластические
- 3) гиперплазиогенные
- 4) ювенильные

13. СИНТЕЗ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ В ЖЕЛЕЗАХ ЖЕЛУДКА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

- 1)+ париетальные клетки
- 2) главные клетки
- 3) нейроэндокринные клетки
- 4) мукоциты

14. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НАЧАЛА РАЗВИТИЯ ДИФFUЗНОГО ЭЗОФАГОСПАЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ боль за грудиной
- 2) рвота после еды
- 3) чувство "кома" в горле
- 4) регургитация

15. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА В ПРОЦЕСС ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОВЛЕКАЕТСЯ

- 1)+ антральный отдел
- 2) кардиальный отдел
- 3) тело желудка
- 4) большая кривизна

16. МЕЛЕНА ПРИ НАЛИЧИИ ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИИ ПОДОЗРИТЕЛЬНА НА

- 1)+ кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
- 2) кровоточащую язву 12-перстной кишки
- 3) язвенный колит
- 4) тромбоз мезентериальных артерий

17. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ внутрижелудочной pH-метрии
- 2) простого гистаминового теста
- 3) двойного гистаминового теста
- 4) пентагастринового теста

18. РИСК АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ МАКСИМАЛЬНЫМ ПРИ

- 1)+ кишечной метаплазии эпителия пищевода с дисплазией высокой степени
- 2) эозинофильной инфильтрации пищевода с обнаружением более 15 эозинофилов в поле зрения
- 3) цилиндрической метаплазии с железами фундального типа
- 4) цилиндрической метаплазии с железами кардиального типа

19. У ПАЦИЕНТОВ С ИЗЖОГОЙ, РЕЗИСТЕНТНОЙ К ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОМ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- 1)+ эзофагогастродуоденоскопии
- 2) клинического анализа крови
- 3) обзорной рентгенографии органов брюшной полости
- 4) компьютерной томографии органов брюшной полости

20. НАЛИЧИЕ КИШЕЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ В ОБЛАСТИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ пищевода Баррета
- 2) эзофагита
- 3) склеродермии
- 4) ахалазии пищевода

21. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ СИМПТОМОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА НАЛИЧИЕ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие желчи в рвотных массах
- 2) тошнота
- 3) тяжесть в эпигастрии
- 4) отрыжка воздухом

22. РАННИМ СИМПТОМОМ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ немотивированная потеря аппетита
- 2) нарушение функции кишечника
- 3) метеоризм
- 4) В12-дефицитная анемия

23. НОРМАЛЬНЫЙ БАЗАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ pH ТЕЛА ЖЕЛУДКА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 1,6-2,2
- 2) 0,9-1,2
- 3) 1,3-1,5
- 4) 7,0-7,5

24. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ХЕЛИКОБАКТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пилорический отдел желудка
- 2) кардиальный отдел желудка
- 3) 12-перстная кишка
- 4) дно желудка

25. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эзофагоскопия
- 2) pH-метрия
- 3) рентгенография
- 4) эзофагоманометрия

26. ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ТРЕБУЮЩЕМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СО СТЕНОКАРДИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ диафрагмальная грыжа
- 2) болезнь Крона
- 3) хронический атрофический гастрит
- 4) хронический колит

27. К ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ наличие гиперхромной анемии в общем анализе крови
- 2) выраженный болевой синдром в эпигастральной области, возникающий в ночное время
- 3) изжогу, рвоту кислым содержимым
- 4) появление прожилок крови в кале

28. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПИЩЕВОДА БАРРЕТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ

- 1)+ аденокарциномы пищевода
- 2) кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода
- 3) плоскоклеточного рака пищевода
- 4) лейкоплакии пищевода

29. ОСЛОЖНЕНИЕМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ полипоз пищевода
- 2) появление стриктур пищевода
- 3) пищевод Баррета
- 4) аденокарцинома пищевода

30. ПИЩЕВОД БАРРЕТТА ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ

- 1)+ гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- 2) стриктур пищевода
- 3) дивертикулеза пищевода
- 4) рака пищевода

31. О СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ГАСТРИТА СУДЯТ ПО КЛЕТОЧНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

- 1)+ лейкоцитами
- 2) эритроцитами
- 3) тромбоцитами
- 4) нейтроцитами

32. СТРЕССОВАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЧАЩЕ

- 1)+ кровотечением
- 2) перфорацией
- 3) пенетрацией
- 4) малигнизацией

33. НАЛИЧИЕ ТРИАДЫ СИМПТОМОВ - СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ, ИЗЪЯЗВЛЕНИЕ СТенок ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ДИАРЕЯ - УКАЗЫВАЕТ НА

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

34. ОТНОСИТЕЛЬНО РАННИМ СИМПТОМОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дисфагия
- 2) боль за грудиной
- 3) кашель при приеме пищи
- 4) похудание

35. В ОСНОВЕ СИНДРОМА ЗОЛЛИНГЕРА – ЭЛЛИСОНА ЛЕЖИТ ГИПЕРПРОДУКЦИЯ

- 1)+ гастрина
- 2) пепсина
- 3) соляной кислоты
- 4) глюкокортикоидов

36. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфекция *Helicobacter pylori*
- 2) нарушение диеты
- 3) курение табака
- 4) нарушение моторики желудка

37. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ диспепсического синдрома
- 2) диареи
- 3) спастического стула
- 4) умеренного лейкоцитоза

38. ГИГАНТСКИМИ СЧИТАЮТСЯ ЯЗВЫ РАЗМЕРОМ БОЛЕЕ (СМ)

- 1)+ 3
- 2) 4
- 3) 5
- 4) 6

39. ВЫЯВЛЕНИЕ ЭРОЗИЙ В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ПРИ ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ хеликобактерной инфекции
- 2) аутоиммунного гастрита
- 3) гранулематозного гастрита
- 4) болезни Менетрие

40. ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ригидность передней брюшной стенки
- 2) исчезновение или ослабление болей
- 3) рвота кофейной гущей
- 4) гиперперистальтика

41. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАЛИЧИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ПРОВОДИТСЯ _____ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ эндоскопическое
- 2) рентгенологическое
- 3) гистологическое
- 4) pH-метрическое

42. НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛИСОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ уровень гастрина в крови
- 2) базальная кислотопродукция
- 3) максимальная кислотопродукция
- 4) биопсия слизистой оболочки желудка

43. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИМ ЯЗВАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ лекарственные (применение НПВС, глюкокортикостероидов)
- 2) гормональные (при синдроме Золлингера-Эллисона, гиперпаратиреозе, карциноидном синдроме и др.)
- 3) стрессорные (при инфаркте миокарда, инсульте, ожоговой болезни и др.)
- 4) ишемические

44. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ВЫЯВЛЕННОЕ ОТСУТСТВИЕ ПЕРИСТАЛЬТИКИ В ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ПИЩЕВОДА ПРИ НОРМАЛЬНОЙ МОТОРИКЕ В ПРОКСИМАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ системной склеродермии
- 2) ахалазии пищевода
- 3) эзофагита
- 4) пищевода Баррета

45. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ КАНДИДОЗНОГО ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ белых и белесовато-желтых бляшек на слизистой оболочке пищевода, налета с трудом снимаемого биопсийными щипцами, после удаления которого остаются участки осаднения
- 2) ярко розового циркулярного участка слизистой оболочки или «языка», ярко розовой слизистой оболочки различной протяженности
- 3) неглубоких изъязвлений небольшого размера, четко отграниченных от окружающей слизистой оболочки, которые могут располагаться цепочкой, в средней/нижней трети пищевода
- 4) одного (или более) участка поврежденной слизистой оболочки размером до 5 мм, который расположен на вершине складки

46. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ мелену
- 2) диарею
- 3) резкие боли в животе
- 4) тошноты и рвоты

47. ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ

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

48. К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ синдром неязвенной диспепсии
- 2) субфебрильная температура
- 3) умеренный лейкоцитоз
- 4) «спастический» стул

49. ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ БОЛИ

- 1)+ возникают в эпигастрии натошак и через 2-3 часа после еды
- 2) тупые, давящие, возникают в эпигастрии, усиливаются при приеме пищи
- 3) схваткообразные, ноющие, возникают в правом подреберье при приеме жирной пищи, иррадиируют в правое плечо
- 4) постоянные, тупые, возникают в эпигастрии, не связаны с приемом пищи

50. ДИВЕРТИКУЛОМ ЦЕНКЕРА ЯВЛЯЕТСЯ ДИВЕРТИКУЛ

- 1)+ глоточно-пищеводный
- 2) эпибронхиальный
- 3) бифуркационный
- 4) эпифрениальный

51. НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗОЛЛИНГЕРА – ЭЛЛИСОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ определение уровня гастрина в крови
- 2) эзофагогастродуоденоскопия
- 3) определение уровня пепсиногена I
- 4) биопсия слизистой оболочки желудка

52. МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛУДОЧНО-ДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эзофагогастродуоденоскопия
- 2) колоноскопия
- 3) ультразвуковое исследование брюшной полости
- 4) обзорная рентгенография брюшной полости

53. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ФОРМИРОВАНИЯ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пептическая язва пищевода
- 2) дивертикул пищевода
- 3) катаральный рефлюкс-эзофагит
- 4) кандидоз пищевода

54. РВОТНЫЕ МАССЫ ПРИ ОРГАНИЧЕСКОМ СТЕНОЗЕ ПРИВРАТНИКА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ наличием остатков пищи и неприятным запахом
- 2) бурым цветом по типу "кофейной гущи"
- 3) обильностью и наличием примеси желчи
- 4) скудностью и наличием примеси слизи

55. ЯЗВЫ КУРЛИНГА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В

- 1)+ желудке
- 2) подвздошной кишке
- 3) толстой кишке
- 4) ротовой полости

56. ДЛЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ НЕ ТИПИЧНО

- 1)+ осложнение пенетрацией
- 2) осложнение кровотечением
- 3) преимущественно острое начало
- 4) определенный причинный фактор

57. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ЯЗВЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮТСЯ

- 1)+ кровотечением
- 2) перфорацией
- 3) стенозом
- 4) пенетрацией

58. ДЕФЕКТ НАПОЛНЕНИЯ ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ С КОНТРАСТИРОВАНИЕМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ рака желудка
- 2) язвы желудка
- 3) гастрита
- 4) язвы двенадцатиперстной кишки

59. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эзофагогастродуоденоскопия
- 2) рН-импедансометрия пищевода и желудка
- 3) обзорная рентгенография брюшной полости
- 4) магнитно-резонансная томография

60. ПРИ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ

- 1)+ боль за грудиной
- 2) анемия
- 3) жидкий стул
- 4) лихорадка

61. ДЛЯ БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ФАЗЕ РЕМИССИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ плохой переносимости жирной пищи
- 2) диареи
- 3) изжоги
- 4) тупых болей в левом подреберье

62. ПРОГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ КОРРЕЛИРУЕТ С

- 1)+ количеством потерянной крови
- 2) размерами язвы
- 3) локализацией язвы
- 4) возрастом больного

63. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ И ИЗМЕНЕНИЯМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ гранулематозный гастрит
- 2) полип желудка на широком основании
- 3) кишечную метаплазию
- 4) тяжелую дисплазию эпителия

64. АНАТОМИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ, КОТОРОЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОГРАНИЧИВАЕТ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА, ВЫЗВАННОГО ПЕРФОРАЦИЕЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ малый сальник
- 2) поджелудочная железа желчный пузырь
- 3) левая доля печени
- 4) желчный пузырь

65. В ДИАГНОСТИКЕ ПАРАЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ИМЕЕТ НАИБОЛЬШУЮ ДОСТОВЕРНОСТЬ _____МЕТОД

- 1)+ рентгенологический
- 2) эндоскопический
- 3) лабораторный
- 4) радиоиммунный

66. ДЛИНА ПИЩЕВОДА У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

- 1)+ 23-30
- 2) 15-18
- 3) 18-20
- 4) 35-38

67. ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ПОХУДАНИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ раке желудка
- 2) хроническом гастрите
- 3) хроническом холецистите
- 4) язвенной болезни

68. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ отрыжка тухлым
- 2) изжога
- 3) отрыжка кислым
- 4) запоры

69. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ВЫЯВЛЕННОЕ ОТСУТСТВИЕ ПЕРИСТАЛЬТИКИ В ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ПИЩЕВОДА ПРИ НОРМАЛЬНОЙ МОТОРИКЕ В ПРОКСИМАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ склеродермии
- 2) ахалазии пищевода
- 3) эзофагита
- 4) пищевода Барретта

70. АДЕНОКАРЦИНОМА ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ пищеводе Барретта
- 2) ахалазии кардии
- 3) рубцовой стриктуре пищевода
- 4) аденокарциноме желудка

71. ИССЛЕДОВАНИЕ СКРЫТОЙ КРОВИ В КАЛЕ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- 1)+ ранней диагностики колоректального рака
- 2) диагностики грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- 3) диагностики дивертикулярной болезни ободочной кишки
- 4) диагностики кровотечения из гастродуоденальных язв

72. ПОЗДНИЕ, «ГОЛОДНЫЕ», НОЧНЫЕ БОЛИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
- 2) хронического гастрита
- 3) язвенной болезни желудка
- 4) гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

73. К СТИМУЛЯТОРАМ СЕКРЕЦИИ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ В ЖЕЛУДКЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ гастрин
- 2) секретин
- 3) глюкагон
- 4) простагландины

74. ЯЗВАМИ КЕРЛИНГА (CURLING'S ULCERS) НАЗЫВАЮТСЯ ЯЗВЫ ПРИ

- 1)+ ожоговой болезни
- 2) инфаркте миокарда
- 3) тяжелых травмах
- 4) сепсисе

75. У ПАЦИЕНТА С МНОГОЛЕТНИМ ТЕЧЕНИЕМ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ЖАЛОБ НА ПОСТОЯННУЮ ТЯЖЕСТЬ В ЭПИГАСТРИИ, УПОРНУЮ ИЗЖОГУ, ОТРЫЖКУ ТУХЛЫМ, ЗАПАХ ИЗО РТА, СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА, МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ

- 1)+ рубцовый стеноз пилорoduоденальной зоны
- 2) рак желудка
- 3) пенетрирующую язву
- 4) спазм привратника

76. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КАРЦИНОМЫ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пилорический отдел
- 2) дно желудка
- 3) кардиальный отдел
- 4) тело желудка

77. К ДОСТОВЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ОТНОСЯТ

- 1)+ рвоту съеденной накануне пищей
- 2) вздутие живота и отрыжку кислым
- 3) рвоту желчью и некупируемый болевой синдром
- 4) урчание в животе с последующим отхождением газов

78. У ПАЦИЕНТА 62 ЛЕТ, ВПЕРВЫЕ ОБРАТИВШЕГОСЯ С ЖАЛОБАМИ НА ПОСТОЯННЫЕ ТУПЫЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ, ПОТЕРЮ АППЕТИТА И СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА, ВЫЯВЛЕНИЕ ЯЗВЕННОГО ДЕФЕКТА НА БОЛЬШОЙ КРИВИЗНЕ ЖЕЛУДКА ЗАСТАВЛЯЕТ ИСКЛЮЧАТЬ

- 1)+ первично-язвенную форму рака
- 2) симптоматическую язву
- 3) пенетрирующую язву
- 4) язву с прикрытой перфорацией

79. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭРАДИКАЦИИ HELICOBACTER PYLORI НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН

- 1)+ маалокс
- 2) амоксициллин
- 3) де-нол
- 4) тетрациклин

80. ЖЕЛУДОЧНУЮ СЕКРЕЦИЮ СТИМУЛИРУЕТ

- 1)+ гастрин
- 2) соматостатин
- 3) холецистокинин
- 4) секретин

81. ПИЩЕВОД ВЫСТЛАН ЭПИТЕЛИЕМ

- 1)+ многослойным плоским неороговевающим
- 2) мерцательным
- 3) цилиндрическим
- 4) многослойным плоским ороговевающим

82. ВЕС СУТОЧНОГО КАЛА ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ (ГРАММ)

- 1)+ 100-200
- 2) 500-600
- 3) 300-350
- 4) 400-450

83. КИСЛОТООБРАЗУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КОЛИЧЕСТВОМ И ФУНКЦИЕЙ КЛЕТОК

- 1)+ обкладочных
- 2) главных
- 3) поверхностного эпителия
- 4) бокаловидных

84. СУТОЧНАЯ РН-МЕТРИЯ ПИЩЕВОДА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1)+ наличие и выраженность гастроэзофагеального рефлюкса
- 2) наличие эрозивного эзофагита
- 3) выраженность эзофагита
- 4) наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

85. ПАРИЕТАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА СЕКРЕТИРУЮТ

- 1)+ соляную кислоту
- 2) гастрин
- 3) гидрокарбонат кальция
- 4) пепсиноген

86. СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ПИЩЕВОДА ПОКРЫТА _____ ЭПИТЕЛИЕМ

- 1)+ многослойным плоским
- 2) однослойным цилиндрическим
- 3) однослойным призматическим
- 4) однослойным мерцательным

87. ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ _____ ДИВЕРТИКУЛЫ ПИЩЕВОДА

- 1)+ бифуркационные
- 2) эпифренальные
- 3) глоточно-пищеводные
- 4) поддиафрагмальные

88. НАЛИЧИЕ КИШЕЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ ЭПИТЕЛИЯ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ пищевода Барретта
- 2) эзофагита
- 3) склеродермии
- 4) ахалазии пищевода

89. ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ПАНКРЕАТИТ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пенетрация
- 2) кровотечение
- 3) перфорация
- 4) пилоростеноз

90. К ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ дегтеобразный стул
- 2) опоясывающую боль в животе
- 3) кинжальные боли в животе
- 4) рвоту, не приносящую облегчения

91. ДЕГТЕОБРАЗНЫЙ СТУЛ БЫВАЕТ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ _____ КИШКИ

- 1)+ двенадцатиперстной
- 2) ободочной
- 3) сигмовидной
- 4) прямой

92. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ХРОНИЧЕСКОГО ДУОДЕНИТА НЕ ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ боли, иррадиирующие в правое плечо
- 2) диспептические расстройства
- 3) обострения в осенне-зимний период
- 4) боли в эпигастральной области, возникающие через 2-3 часа после еды

93. ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ В РАЗВИТИИ ОСТРЫХ ИЗЪЯЗВЛЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ агрессивное действие соляной кислоты и пепсина
- 2) нарушение слизисто-бикарбонатного барьера
- 3) нарушение кровообращения слизистой оболочки
- 4) нарушение способности быстрой репарации слизистой

94. К ОБЛИГАТНОМУ ПРЕДРАКУ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ полипоз желудка
- 2) гиперацидный гастрит
- 3) нормацидный гастрит
- 4) рефлюкс-эзофагит

95. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ИЗЪЯЗВЛЕНИЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО РАСПОЛАГАЮТСЯ В

- 1)+ антральном отделе желудка
- 2) двенадцатиперстной кишке
- 3) теле желудка
- 4) дне желудка

96. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА РАКОВОЕ ПЕРЕРОЖДЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭЗОФАГИТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дисфагия
- 2) боль при глотании
- 3) икота
- 4) изжога

97. РАННИЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ВОЗНИКАЮТ ПОСЛЕ ЕДЫ В ТЕЧЕНИЕ (В МИНУТАХ)

- 1)+ 30-60
- 2) 60-90
- 3) 90-120
- 4) 120-180

98. ЯЗВЕННЫЙ ДЕФЕКТ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- 1)+ в луковице двенадцатиперстной кишки
- 2) на большой кривизне желудка
- 3) на малой кривизне желудка
- 4) в постбульбарном отделе

99. СИНДРОМ ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ

- 1)+ резекции желудка по Бильрот II
- 2) резекции желудка по Бильрот I
- 3) селективной проксимальной ваготомии
- 4) стволовой ваготомии

100. МЕХАНИЗМ БОЛЕЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЯЗВЫ В ЛУКОВИЦЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НЕ ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ наличия хеликобактерной инфекции
- 2) кислотно-пептического фактора
- 3) спазма пилородуоденальной зоны
- 4) глубины язвы

101. ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ ПРОВОДИТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ СЛЕДУЕТ

- 1)+ 1 раз в год
- 2) 1 раз в 5 лет
- 3) 3 раза в год
- 4) непрерывно

102. МЕХАНИЗМ РАСКРЫТИЯ КАРДИИ ОБУСЛОВЛЕН

- 1)+ глоточно-кардиальным рефлексом
- 2) окулокардиальным рефлексом
- 3) тонзилло-кардиальным рефлексом
- 4) перистальтикой пищевода

103. ОПТИМАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ ЖЕЛУДКА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ PH, РАВНОМ

- 1)+ 1,0-2,0
- 2) 6,0
- 3) 6,1-8,0
- 4) 0,8

104. ПРИ ЛЕЙКОПЛАКИИ ПИЩЕВОДА НАБЛЮДАЮТ

- 1)+ очаги гиперкератоза
- 2) кистозный эзофагит
- 3) злокачественную опухоль
- 4) грибковое поражение пищевода

105. К ПРИЗНАКАМ, ПО КОТОРЫМ ПРОВОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ МЕЖДУ ОСТРОЙ ЯЗВОЙ И НЕПОЛНОЙ ЭРОЗИЕЙ, ОТНОСЯТ

- 1)+ глубину поражения
- 2) размеры
- 3) форму
- 4) результаты биопсии

106. ГИПЕРЕМИЯ СЛИЗИСТОЙ ВОКРУГ ЯЗВЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1)+ о выраженном воспалении
- 2) об инфильтрации слизистой
- 3) о рубцевании язвы
- 4) о малигнизации язвы

107. ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ СУЩЕСТВЕННО ПОВЫШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ

- 1)+ рефлюкс-эзофагита
- 2) эзофагоспазма
- 3) ахалазии пищевода
- 4) дивертикулеза

108. ХРОНИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

- 1)+ на малой кривизне в области угла желудка
- 2) в препилорической зоне
- 3) на большой кривизне тела желудка
- 4) в субкардиальном отделе

109. РАЗВИТИЮ СИНДРОМА МЭЛЛОРИ – ВЕЙСА СПОСОБСТВУЕТ

- 1)+ алкоголизм
- 2) язвенная болезнь
- 3) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- 4) лимфома желудка

110. ИНАКТИВАЦИЯ ПЕПСИНА ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ПРОИСХОДИТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОД ДЕЙСТВИЕМ

- 1)+ желчи
- 2) слюны
- 3) уреазы *H. pylori*
- 4) внутреннего фактора Касла

111. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кровотечение
- 2) пенетрация
- 3) перфорация
- 4) стеноз

112. СРОК ЗАЖИВЛЕНИЯ ОСТРЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ от 14 до 28 дней
- 2) от 1 до 14 дней
- 3) от 1 до 1,5 месяцев
- 4) несколько часов

113. МИНИМАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР СУЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА, ДОСТАТОЧНЫЙ ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ПИЩИ, СОСТАВЛЯЕТ (В МИЛЛИМЕТРАХ)

- 1)+ 5
- 2) 8
- 3) 10
- 4) 15

114. ДИФФУЗНЫЙ РАК ЖЕЛУДКА ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1)+ антральном отделе
- 2) кардиальном отделе
- 3) теле желудка
- 4) своде желудка

115. НА МЕСТЕ ЗАЖИВШЕЙ ОСТРОЙ ЯЗВЫ ОБРАЗУЕТСЯ

- 1)+ нежный эпителиальный рубец, полностью исчезающий после стихания воспалительных явлений
- 2) деформация стенки желудка
- 3) рубец линейной формы
- 4) рубец звездчатой формы

116. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИПЭКТОМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ малигнизированные полипы с переходом злокачественного процесса на всю ножку или основание опухоли
- 2) плоские полипы бляшковидной формы
- 3) одиночные растущие полипы
- 4) множественные полипы

117. СКРИНИНГ НА ВЫЯВЛЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА ЦЕЛЕСООБРАЗЕН У ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+ гипертрофическим гастритом
- 2) гиперпластическим гастритом
- 3) эрозивным гастритом
- 4) ксантомами

118. ГЛУБИНА РАЗРУШЕНИЯ СТЕНКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ мышечный слой
- 2) слизистый слой
- 3) подслизистый слой
- 4) собственную пластинку слизистой оболочки

119. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАННЕГО РАКА ЖЕЛУДКА

- 1)+ симптоматики не имеет
- 2) включает тяжесть в эпигастральной области
- 3) включает похудание
- 4) включает слабость

120. ИКОТА МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА ЖЕЛУДКА С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ

- 1)+ в кардиальном отделе
- 2) в теле желудка
- 3) в пилорическом отделе
- 4) на малой кривизне желудка

121. ПРИ ПЕНЕТРАЦИИ ЯЗВЫ В ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ

- 1)+ активность амилазы
- 2) активность липазы
- 3) активность щелочной фосфатазы
- 4) уровень глюкозы

122. 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

123. ИЗЪЯЗВИВШЕЙСЯ РАК ЖЕЛУДКА

- 1)+ не имеет типичной локализации
- 2) чаще локализуется на малой кривизне
- 3) чаще локализуется в своде
- 4) чаще локализуется в антральном отделе

124. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ частая изжога
- 2) дисфагия
- 3) неустойчивый стул
- 4) частая рвота желудочным содержимым

125. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ эзофагитом и зиянием кардиального жома
- 2) варикозным расширением вен пищевода
- 3) надрывом слизистой оболочки кардиального отдела желудка
- 4) увеличением расстояния от передних резцов до кардии

126. ДОСТОВЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ шум плеска через 3-4 часа после приёма пищи
- 2) резонанс под пространством Траубе
- 3) урчание в животе
- 4) видимая перистальтика

127. ИНФИЦИРОВАНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1)+ развитием активного антрального гастрита
- 2) диффузной атрофией главных желез желудка
- 3) снижением секреции гастрина
- 4) ахлоргидрией

128. ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДКА ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ОЖОГАХ

- 1)+ крепкими растворами кислот
- 2) солями тяжёлых металлов
- 3) крепкими растворами щелочей
- 4) термических

129. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дивертикулит
- 2) язва дивертикула
- 3) перфорация
- 4) кровотечение

130. ЛИМФОЦИТАРНЫЙ ГАСТРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ инфильтрацией собственной пластинки слизистой оболочки желудка лимфоцитами
- 2) патогенетической связью с аллергическими заболеваниями (экзема, бронхиальная астма и др.)
- 3) эозинофильной инфильтрацией слизистой оболочки
- 4) закономерным снижением кислотообразования

131. ИЗЛЮБЛЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОСТРЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ малая кривизна
- 2) привратник
- 3) задняя кривизна
- 4) передняя стенка

132. ИЗЪЯЗВИВШИЙСЯ РАК ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ

- 1)+ хронической язвы
- 2) атрофического гастрита
- 3) эрозивного гастрита
- 4) острой язвы

133. МАССИВНЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ РЕДКО ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

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

134. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аденокарцинома
- 2) плоскоклеточный рак
- 3) перстневидноклеточный рак
- 4) MALT-лимфома

135. ОСВОБОЖДЕНИЕ СЕКРЕТИНА ИЗ КЛЕТОК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРОИСХОДИТ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПОСТУПЛЕНИЯ В ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНУЮ КИШКУ

- 1)+ соляной кислоты
- 2) желчи
- 3) жиров
- 4) дисахаридов

136. В ДИАГНОСТИКЕ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИТЕЛ К НР ИСПОЛЬЗУЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- 1)+ первичной диагностики
- 2) контроля полноты эрадикации
- 3) определения чувствительности НР к антибиотикам
- 4) определения патогенных штаммов НР

137. ПОЛИПОВИДНЫЙ РАК ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ

- 1)+ полипоза желудка
- 2) атрофического гастрита
- 3) хронической язвы желудка
- 4) острой язвы желудка

138. БЫСТРАЯ НАСЫЩАЕМОСТЬ И РВОТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА ЖЕЛУДКА

- 1)+ в пилороантральном отделе
- 2) в теле желудка
- 3) в кардиальном отделе
- 4) на большой кривизне

139. МИКРОСКОПИЧЕСКИ РАК ПИЩЕВОДА ПРЕДСТАВЛЕН

- 1)+ плоскоклеточным с орогованием
- 2) овсяноклеточным
- 3) перстневидноклеточным
- 4) мелкоклеточным

140. ЗАЖИВЛЕНИЕ НЕПОЛНЫХ ЭРОЗИЙ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ отсутствием рубца
- 2) деформацией стенки органа
- 3) сужением просвета органа
- 4) образованием звездчатого рубца

141. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1)+ ночной регургитацией
- 2) снижением иммунитета
- 3) нарушением иннервации пищевода
- 4) растяжением стенок пищевода

142. ПРОКСИМАЛЬНАЯ ГРАНИЦА ОПУХОЛИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ _____ РАКЕ

- 1)+ инфильтративном
- 2) изъязвившемся
- 3) раннем
- 4) полиповидном

143. КОГДА ПЕПТИЧЕСКАЯ ЯЗВА ОСЛОЖНЯЕТСЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, ТО БОЛЬ

- 1)+ исчезает
- 2) усиливается
- 3) иррадирует в спину
- 4) сосредоточивается в пупочной области

144. ГЛУБИНА ПОРАЖЕНИЯ СТЕНКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ЭРОЗИИ НЕ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ НА

- 1)+ собственную пластинку слизистой оболочки
- 2) слизистый и подслизистый слои
- 3) слизистый, подслизистый и мышечный слои
- 4) все слои стенки желудка

145. ИЗЛЮБЛЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПОЛИПОВИДНОГО РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ малая кривизна
- 2) тело желудка
- 3) свод желудка
- 4) кардиальный отдел

146. НЕПОЛНУЮ ЭРОЗИЮ ЖЕЛУДКА СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ острой язвой
- 2) изъязвившимся раком
- 3) хронической язвой
- 4) лимфогранулематозом

147. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хроническая язва двенадцатиперстной кишки
- 2) хроническая язва желудка
- 3) синдром Мэллори – Вейса
- 4) рак желудка

148. ОСНОВНАЯ МАССА СЕКРЕТИНА ПРОДУЦИРУЕТСЯ В

- 1)+ двенадцатиперстной кишке
- 2) тонкой кишке
- 3) толстой кишке
- 4) желудке

149. В ВОЗНИКНОВЕНИИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

- 1)+ недостаточность кардиального сфинктера
- 2) алкоголизм
- 3) желчнокаменная болезнь
- 4) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

150. ГЛУБИНА РАЗРУШЕНИЯ СТЕНКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ОСТРОЙ ЯЗВЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ подслизистый слой
- 2) собственную пластинку
- 3) мышечный слой
- 4) слизистый слой

151. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эзофагогастродуоденоскопия
- 2) суточная рН-метрия пищевода
- 3) тест Берштейна
- 4) рентгенологическое исследование пищевода

152. БОЛЬНОЙ, ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЯЗВЫ В ЖЕЛУДКЕ, ОБРАТИЛСЯ С ЖАЛОБАМИ НА СЛАБОСТЬ, ТОШНОТУ, ПОТЕРЮ АППЕТИТА, ПОСТОЯННЫЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ПОХУДЕНИЕ. В ДАННОМ СЛУЧАЕ МОЖНО ДУМАТЬ О СЛЕДУЮЩЕМ ОСЛОЖНЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- 1)+ малигнизация язвы
- 2) стеноз выходного отдела желудка
- 3) перфорация язвы
- 4) пенетрация язвы

153. МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОЦЕНИТЬ СЕКРЕЦИЮ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ В ЖЕЛУДКЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ суточная рН-метрия желудка
- 2) дуоденальное зондирование
- 3) рентгеноскопия желудка
- 4) сцинтиграфия

154. СТРИКТУРА ПИЩЕВОДА МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1)+ пептической язвой пищевода
- 2) хронической пневмонией
- 3) язвенной болезнью
- 4) катаральным рефлюкс-эзофагитом

155. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ И ЛОКАЛИЗАЦИИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гастродуоденоскопия
- 2) лапароскопия
- 3) портоманометрия
- 4) рентгенография

156. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РЕТРОСТЕРНАЛЬНОЙ БОЛИ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ появление при наклонах туловища вперед
- 2) появление при быстрой ходьбе
- 3) связь с переменной погодных условий
- 4) усиление при учащении ритма сердца

157. ЧЁРНЫЙ ЦВЕТ СТУЛА В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ кровотечения из желудка
- 2) перфорации язвы
- 3) пенетрации язвы
- 4) перивисцерита

158. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ суточное мониторирование pH в пищеводе
- 2) рентгенологическое исследование
- 3) ультразвуковое исследование
- 4) эндоскопическое исследование

159. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ PH-ИМПЕДАНСОМЕТРИИ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рефрактерная форма гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- 2) эозинофильный эзофагит
- 3) кандидоз пищевода
- 4) рак пищевода

160. КРИТЕРИЕМ АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ПО ДАННЫМ СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ («ГАСТРОПАНЕЛИ») СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ уровень пепсиногена 1 ниже 30 мкг/л
- 2) соотношение пепсиноген 1 / пепсиноген 2 более 5
- 3) уровень пепсиногена 2 ниже 25 мкг/л
- 4) выявление антител Ig G к *H.pylori*

161. НАИБОЛЬШУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА РАКА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ИМЕЕТ

- 1)+ лапароскопия
- 2) гастроскопия
- 3) эзофагоскопия
- 4) медиастиноскопия

162. ГАСТРИН 17 СЕКРЕТИРУЕТСЯ

- 1)+ антральным отделом желудка
- 2) фундальным отделом желудка
- 3) двенадцатиперстной кишкой
- 4) поджелудочной железой

163. ПИЛОРИЧЕСКИЙ ХЕЛИКОБАКТЕР В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА АДАПТИРОВАН К ОБИТАНИЮ В

- 1)+ желудке
- 2) пищеводе
- 3) билиарном тракте
- 4) толстой кишке

164. АХЛОРГИДРИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ пернициозной анемии
- 2) болезни Менетрие
- 3) лимфоцитарном гастрите
- 4) эозинофильном гастрите

165. ГАСТРИН СЕКРЕТИРУЕТСЯ

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

166. МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИ НЕГАТИВНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ суточная рН-метрия пищевода
- 2) эзофагогастродуоденоскопия
- 3) тест Берштейна
- 4) манометрия пищевода

167. У ЛИЦ С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАКОМ ЖЕЛУДКА СЛЕДУЕТ ЕЖЕГОДНО ПРОВОДИТЬ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ эндоскопическое желудка
- 2) морфологического состава крови
- 3) желудочной секреции
- 4) кала на скрытую кровь

168. МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЯЗВЫ В ЖЕЛУДКЕ И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКЕ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРАЦИДНЫМ СОСТОЯНИЕМ И УПОРНЫМИ БОЛЯМИ В ЭПИГАСТРИИ, НЕ КУПИРУЮЩИМИСЯ АНТАЦИДАМИ, ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО, СВЯЗАНЫ С

- 1)+ синдромом Золлингера – Эллисона
- 2) синдромом Дубина – Джонсона
- 3) изъязвлением рака желудка
- 4) язвами угла желудка

169. ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ АНТРАЛЬНОГО АКТИВНОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфекция *Helicobacter pylori*
- 2) ацетилсалициловая кислота
- 3) нестероидные противовоспалительные препараты
- 4) острая пища

170. ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ РЕДКО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ НАСТУПАЮТ

- 1)+ 1 раз в 5 лет
- 2) 1 раз в 2 года
- 3) 1 раз в год
- 4) 2 раза в год

171. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА НУЖНО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ манометрию пищевода
- 2) тест Берштейна
- 3) суточную рН-метрию пищевода
- 4) эзофагогастродуоденоскопию

172. ПРЯМЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ симптом «ниши» желудка
- 2) изменение тонуса желудка
- 3) нарушение эвакуации из желудка
- 4) конвергенция складок слизистой

173. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОСТРОГО РАСШИРЕНИЯ ЖЕЛУДКА ПРОВОДИТСЯ С

- 1)+ прободной язвой
- 2) обострением язвенной болезни
- 3) язвенным колитом
- 4) обострением хронического холецистита

174. К ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЯМ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ЯЗВ ОТ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ отсутствие хронического рецидивирующего течения
- 2) локализацию язвы, величину язвы
- 3) частую пенетрацию
- 4) кровотечение

175. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРЕН ГИПЕРТОНУС НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ахалазия кардии
- 2) хронический рефлюкс-эзофагит
- 3) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- 4) пищевод Барретта

176. У БОЛЬНОГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА РЕНТГЕНОГРАФИИ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ ПРИ

- 1)+ перфорации язвы
- 2) пилородуоденальном стенозе
- 3) кровотечении
- 4) пенетрации язвы

177. НАИМЕНЕЕ ИНФОРМАТИВНО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ биохимического анализа крови
- 2) рентгенографии грудной клетки
- 3) рентгенографии пищевода
- 4) эзофагоскопии

178. РН-МЕТРИЯ ПИЩЕВОДА ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ _____ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЕ РЕФЛЮКСЫ

- 1)+ кислые
- 2) слабокислые
- 3) смешанные
- 4) щелочные

179. ОДНИМ ИЗ ГЛАВНЫХ ПРИЗНАКОВ ПРОБОДЕНИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ «доскообразный» живот
- 2) симптом Склярова («шум плеска»)
- 3) болезненность при пальпации в поясничной области
- 4) болезненность при пальпации в эпигастрии

180. ГИСТАМИН СЕКРЕТИРУЮТ _____ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА

- 1)+ ECL
- 2) G
- 3) B
- 4) A

181. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЖЕЛУДКА (ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие органических заболеваний желудка
- 2) молодой возраст пациента
- 3) отсутствие эмоционального фактора
- 4) желудочная диспепсия

182. КРИТЕРИЕМ АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ПО ДАННЫМ СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ («ГАСТРОПАНЕЛИ») СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ соотношение пепсиноген 1/пепсиноген 2 менее 3
- 2) уровень пепсиногена 1 выше 25 мкг/л
- 3) уровень пепсиногена 2 ниже 25 мкг/л
- 4) выявление антител Ig G к *H.pylori*

183. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАК ЖЕЛУДКА МЕТАСТАЗИРУЕТ В

- 1)+ печень
- 2) головной мозг
- 3) кости
- 4) лёгкие

184. ПРИ КАКОМ ТИПЕ АХАЛАЗИИ КАРДИИ (ПО ЧИКАГСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ) ДОСТИГАЕТСЯ НАИЛУЧШИЙ ЭФФЕКТ ОТ КАРДИОДИЛАТАЦИИ?

- 1)+ только 2 типе
- 2) только 1 типе
- 3) только 3 типе
- 4) при всех типах

185. ОСНОВНЫМ МЕСТОМ ОБИТАНИЯ ЛЯМБЛИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ двенадцатиперстная кишка
- 2) ободочная кишка
- 3) желчный пузырь
- 4) желудок

186. К МЕТОДАМ ВЕРИФИКАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ дуоденальное зондирование
- 2) морфологическое исследование слизистой оболочки желудка
- 3) гастроскопия
- 4) рентгенография желудка

187. ДОБАВОЧНЫЕ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА СЕКРЕТИРУЮТ

- 1)+ муцин
- 2) гастрин
- 3) секретин
- 4) соляную кислоту

188. С НАИБОЛЬШЕЙ ТОЧНОСТЬЮ УСТАНОВИТЬ РАК БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСКА (ФАТЕРОВ СОСОК) ПОЗВОЛЯЕТ

- 1)+ эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- 2) мультиспиральная компьютерная томография
- 3) трансабдоминальное ультразвуковое сканирование
- 4) рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки

189. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЕМОМ ВЕРИФИКАЦИИ РАННЕЙ СТАДИИ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ эндоскопическое пищевода
- 2) цитологическое промывных вод из пищевода
- 3) рентгенологическое пищевода
- 4) манометрическое пищевода

190. ПРИЧИНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТЕНОЗА ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ воспалительный отек слизистой
- 2) пролапс слизистой желудка в двенадцатиперстную кишку
- 3) рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки
- 4) гипертрофия мышц привратника

191. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА "ПИЩЕВОД БАРРЕТТА" ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие кишечной метаплазии по данным морфологического исследования
- 2) наличие патологического гастроэзофагеального рефлюкса по данным длительной pH-метрии
- 3) наличие эндоскопических изменений слизистой пищевода
- 4) неэффективность терапии ингибиторами протонной помпы

192. НЕСОМНЕННЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ образование подкожной эмфиземы на шее
- 2) бледность кожных покровов и слизистых оболочек
- 3) острая боль в животе
- 4) тахикардия

193. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ деформация луковицы двенадцатиперстной кишки
- 2) стенозирование привратника
- 3) пенетрация язвы в другой орган
- 4) перфорация язвы в брюшную полость

194. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ БОЛЕЗНИ МЕНЕТРИЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ гигантские гипертрофические складки слизистой оболочки желудка
- 2) энтеролизацию слизистой оболочки желудка
- 3) хлоргидропеническую уремию (желудочную тетанию)
- 4) вирховские метастазы

195. РИСК АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПИЩЕВОДА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ РАЗМЕРЕ СЕГМЕНТА ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА БОЛЕЕ (В СМ)

- 1)+ 3
- 2) 2
- 3) 1
- 4) 1,5

196. АХИЛИЯ ПРИ АУТОИММУННОМ ПАНГАСТРИТЕ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1)+ диффузной атрофией желудочных желёз
- 2) отсутствием органических изменений в железистом аппарате желудка
- 3) гипергастринемией
- 4) кишечной метаплазией

197. ПРЕДРАКОВЫМ СОСТОЯНИЕМ В ЖЕЛУДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хронический атрофический гастрит с дисплазией
- 2) фибринозный гастрит
- 3) плоскоклеточная метаплазия покровно-ямочного эпителия
- 4) хронический гастрит с повышенной кислотностью

198. К ВНЕПИЩЕВОДНОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ ларингит
- 2) аритмию
- 3) нарушения стула
- 4) эпигастральную боль

199. ПЕПТИЧЕСКУЮ ЯЗВУ ПИЩЕВОДА СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ изъязвлённым раком
- 2) лейомиомой
- 3) лейкоплакией
- 4) саркомой

200. НАЛИЧИЕ ТРИАДЫ СИМПТОМОВ: СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ, ИЗЪЯВЛЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, 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

201. ДЛЯ АХАЛАЗИИ 2 ТИПА ПО ЧИКАГСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ наличие одномоментного повышения давления в пищеводе в ≥ 20 % глотков
- 2) отсутствие перистальтики грудного отдела пищевода в 100 % глотков
- 3) наличие преждевременных спастических сокращений (дистальный эзофагоспазм)
- 4) снижение суммарного давления расслабления НПС

202. ИСТИННАЯ АХЛОРГИДРИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ атрофическом гастрите
- 2) язве желудка
- 3) дуоденальной язве
- 4) синдроме Золлингера-Эллисона

203. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ МЕСТОМ КОЛОНИЗАЦИИ ЖЕЛУДКА *HELICOBACTER PYLORI* ИНФЕКЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ антральный отдел
- 2) тело желудка
- 3) дно желудка
- 4) кардия

204. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией
- 2) электрогастрография
- 3) интрагастральная рН-метрия
- 4) рентгеновское исследование желудка

205. БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ СРАЗУ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ, СТИХАЮЩИЕ ЧЕРЕЗ 2-3 ЧАСА, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ язвы кардиального отдела желудка
- 2) язвы пилорического канала
- 3) язвы луковицы двенадцатиперстной кишки
- 4) хронического атрофического гастрита

206. ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ ЖЕЛУДОЧНУЮ ДИСПЕПСИЮ ПО ТИПУ ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ БОЛИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ язвенной болезнью желудка
- 2) целиакией
- 3) долихосигмой
- 4) язвенным колитом

207. У БОЛЬНОГО С ДИСФАГИЕЙ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ЕЕ ОРГАНИЧЕСКИХ ПРИЧИН НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ манометрии пищевода
- 2) биопсии слизистой оболочки
- 3) рН-метрии пищевода
- 4) рН-импедансометрии

208. ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ПО ТИПУ ПОСТПРАНДИАЛЬНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ОТМЕЧАЮТ

- 1)+ тяжесть, распирание в подложечной области после еды
- 2) схваткообразные боли или жжение в эпигастрии
- 3) регургитацию и гиперсаливацию
- 4) изжогу и отрыжку

209. ТИПОМ НАРУШЕНИЯ МОТОРИКИ ПИЩЕВОДА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕМЫМ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ неэффективная перистальтика грудного отдела
- 2) низкое давление верхнего пищеводного сфинктера
- 3) эзофагоспазм
- 4) гиперконтрактивный пищевод

210. МЕТАСТАЗЫ КРУКЕНБЕРГА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О___ СТАДИИ РАКА ЖЕЛУДКА

- 1)+ IV
- 2) III
- 3) II
- 4) I

211. НАИБОЛЬШИЙ РИСК РАЗВИТИЯ РАКА ЖЕЛУДКА СУЩЕСТВУЕТ ПРИ

- 1)+ хроническом атрофическом гастрите с кишечной метаплазией и тяжелой дисплазией эпителия
- 2) хроническом поверхностном гастрите
- 3) рецидивирующем остром эрозивном гастрите
- 4) полипах фундальных желез

212. МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПИЩЕВОДА, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ЭЗОФАГОСПАЗМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ манометрия пищевода
- 2) рН-импедансометрия пищевода
- 3) компьютерная томография органов грудной клетки
- 4) магнитно-резонансная томография

213. ТОНУС НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА СНИЖАЮТ

- 1)+ блокаторы кальциевых каналов
- 2) антагонисты ангиотензиновых рецепторов 2 типа
- 3) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- 4) антагонисты альдостерона

214. ПОД ТРИАДОЙ СЕЙНТА ПОНИМАЮТ СОЧЕТАНИЕ

- 1)+ грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, желчнокаменной болезни и дивертикулеза толстой кишки
- 2) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, желчнокаменной болезни и хронического гастрита, ассоциированного с хеликобактер пилори
- 3) хронического гастрита, желчнокаменной болезни и дивертикулеза толстой кишки
- 4) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, язвенного колита, желчнокаменной болезни

215. СОГЛАСНО ХЬЮСТОНСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ГАСТРИТОВ (1996 ГОДА) К ОСОБЫМ ФОРМАМ ОТНОСИТСЯ ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

- 1)+ неинфекционный гранулематозный
- 2) неатрофический
- 3) мультифокальный атрофический
- 4) аутоиммунный атрофический

216. ЕСЛИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАНОМЕТРИИ ПИЩЕВОДА У БОЛЬНОГО ВЫЯВЛЕНО НАРУШЕНИЕ РАССЛАБЛЕНИЯ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА В ОТВЕТ НА ГЛОТОК, ТО НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ

- 1)+ ахалазия кардии
- 2) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- 3) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- 4) пищевод Баррета

217. КРИТЕРИЕМ ДИФFUЗНОГО ЭЗОФАГОСПАЗМА ПО ДАННЫМ МАНОМЕТРИИ ПИЩЕВОДА СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ интегральная сократимость дистального сегмента >8000 мм рт. ст.
- 2) давление покоя нижнего пищеводного сфинктера 25 мм рт. ст.
- 3) амплитуда сокращений в теле пищевода до 30 мм рт. ст.
- 4) укорочение пищевода

218. МАНОМЕТРИЯ ПИЩЕВОДА ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ

- 1)+ грыжу пищеводного отверстия диафрагмы
- 2) дивертикулы пищевода
- 3) стриктуры и опухоли пищевода
- 4) перфорацию пищевода

219. ОСЛОЖНЕНИЕМ РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хлоргидропеническая уремия
- 2) малигнизация
- 3) перфорация
- 4) перитонит

220. ИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ HELICOBACTER PYLORI ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ быстрый уреазный тест
- 2) уреазный дыхательный тест
- 3) серологическое исследование антител к Helicobacter pylori
- 4) ИФА антигена Helicobacter pylori в кале

221. ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНЫ БОЛИ

- 1)+ ночные и «голодные» в эпигастрии
- 2) в эпигастрии сразу после еды
- 3) загрудинные во время еды
- 4) схваткообразные в эпигастрии и левом подреберье

222. ПОЯВЛЕНИЕ ЖАЛОБ НА ТЯЖЕСТЬ ПОСЛЕ ЕДЫ, ТОШНОТУ, ОБИЛЬНУЮ РВОТУ ПИЩЕЙ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ ДНЯ, ПОТЕРЮ ВЕСА У БОЛЬНОГО С ДЛИТЕЛЬНЫМ АНАМНЕЗОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО СВЯЗАНО С

- 1)+ органическим стенозом пилородуоденальной зоны
- 2) функциональным стенозом пилородуоденальной зоны
- 3) перфорацией язвы
- 4) пенетрацией язвы

223. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ исчезновение или уменьшение предшествовавшей боли
- 2) резкое усиление предшествовавшей боли
- 3) иррадиация боли в прекардиальную область
- 4) иррадиация боли в паховую область

224. ДЛЯ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рентгенологически определяемый газ под диафрагмой
- 2) приступообразная боль в правом подреберье
- 3) повышение артериального давления
- 4) нарастающая анемия

225. ПРИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ОСНОВНЫМ МАНОМЕТРИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие расслабления нижнего пищеводного сфинктера
- 2) низкая амплитуда сокращений
- 3) высокое давление покоя нижнего пищеводного сфинктера
- 4) спастические сокращения в теле пищевода

226. МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ВЫРАЖЕННОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ ГИПЕРАЦИДНОСТЬЮ И ДИАРЕЕЙ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО СВЯЗАНЫ С

- 1)+ синдромом Золлингера-Эллисона (гастриномой)
- 2) болезнью Менетрие
- 3) хеликобактериозом
- 4) хроническим паренхиматозным панкреатитом

227. МАНОМЕТРИЯ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОЦЕНИТЬ

- 1)+ двигательную функцию грудного отдела пищевода и его сфинктеров
- 2) число и продолжительность гастроэзофагеальных рефлюксов
- 3) степень повреждения слизистой оболочки пищевода при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- 4) высоту заброса рефлюктата из желудка в пищевод

228. ДЛЯ АХАЛАЗИИ 1 ТИПА ПО ЧИКАГСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ отсутствие любой перистальтики грудного отдела пищевода
- 2) наличие равномерного спастического сокращения умеренной интенсивности по всей длине пищевода
- 3) наличие преждевременных спастических сокращений (дистальный эзофагоспазм)
- 4) наличие снижения суммарного давления расслабления НПС (ниже 15 мм рт. ст.)

229. ЖЕЛЕЗЫ ЖЕЛУДКА РАСПОЛАГАЮТСЯ В

- 1)+ собственном слое слизистой оболочки
- 2) мышечной пластинке слизистой оболочки
- 3) серозной оболочке
- 4) подслизистой оболочке

230. ТЕСТ НА БЕРЕМЕННОСТЬ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕСТИ ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ

- 1)+ мизопростола
- 2) лансопрозола
- 3) висмута
- 4) пантопрозола

231. ХРОНИЧЕСКИЙ НЕИНФЕКЦИОННЫЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ ГАСТРИТ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1)+ болезни Крона
- 2) пищевой аллергии
- 3) целиакии
- 4) лямблиозе

232. ДЛЯ БОЛЕЗНИ МЕНЕТРИЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гигантская гипертрофия желудочных складок
- 2) наличие геморрагий слизистой тела желудка
- 3) недостаточность кардиального сфинктера
- 4) стеноз выходного отдела желудка

233. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА «ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка
- 2) рентгеноскопия желудка с барием
- 3) гастроскопия высокого разрешения с хромоскопией
- 4) анализ желудочного сока

234. ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ HELICOBACTER PYLORI ИНФЕКЦИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ У (В %)

- 1)+ 80-90
- 2) 15-20
- 3) 30-40
- 4) 50-60

235. КОНЦЕНТРАЦИЯ ГАСТРИНА В КРОВИ РЕЗКО ПОВЫШЕНА ПРИ

- 1)+ синдроме Золлингера-Эллисона
- 2) аденоматозных полипах желудка
- 3) хроническом неатрофическом пангастрите
- 4) безоарах желудка

236. ЛИМФОЦИТАРНЫЙ ГАСТРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

- 1)+ лимфоцитарной инфильтрацией
- 2) эозинофильной инфильтрацией
- 3) кишечной метаплазией эпителия
- 4) тяжелой дисплазией эпителия

237. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА (ТИП А) ХАРАКТЕРНО

- 1)+ преимущественное поражение фундального отдела желудка
- 2) преимущественное поражение антрального отдела желудка
- 3) наличие гиперацидности
- 4) наличие антител к бокаловидным клеткам

238. ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ПРИ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ НЕОБХОДИМО ВЗЯТЬ ____ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

- 1)+ минимум пять биоптатов
- 2) один биоптат
- 3) не более двух биоптатов
- 4) три биоптата

239. БОЛЬ В ЭПИГАСТРИИ СПУСТЯ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ И НАТОЩАК, КУПИРУЮЩАЯСЯ ПРИЕМОМ ПИЩИ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
- 2) язвенной болезни желудка
- 3) рака желудка
- 4) стеноза привратника

240. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕ ТЕЛА ЖЕЛУДКА БОЛЬ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

- 1)+ «ранняя»
- 2) «поздняя»
- 3) ночная
- 4) тощаковая

241. ВТОРЫМ ПО ЧАСТОТЕ ТИПОМ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лимфома
- 2) плоскоклеточный рак
- 3) карциноид
- 4) меланома

242. ВЫЯВЛЕНИЕ АУТОАНТИТЕЛ К ПАРИЕТАЛЬНЫМ КЛЕТКАМ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

- 1)+ аутоиммунного атрофического
- 2) мультифокального атрофического
- 3) неатрофического
- 4) лимфоцитарного

243. ТИПОМ НАРУШЕНИЯ МОТОРИКИ ПИЩЕВОДА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕМЫМ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ неэффективная перистальтика пищевода
- 2) первичный эзофагоспазм
- 3) гиперконтрактивный пищевод грудного отдела
- 4) отсутствие сократимости

244. ЧАСТАЯ РВОТА СЪЕДЕННОЙ ПИЩЕЙ В ТЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВРЕМЕНИ У БОЛЬНОГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ УКАЗЫВАЕТ НА

- 1)+ пилородуоденальный стеноз
- 2) кровотечение
- 3) перивисцерит
- 4) пенетрацию язвы

245. МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЙ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРОВЕДЕН ПАЦИЕНТАМ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕРЕД ФУНДОПЛИКАЦИЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПИЩЕВОДА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ манометрия пищевода
- 2) рН-импедансометрия пищевода
- 3) компьютерная томография органов грудной клетки
- 4) магнитно-резонансная томография

246. ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ВЫЯВЛЕНИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ биопсия слизистой оболочки желудка
- 2) серологический тест на *Helicobacter pylori*
- 3) тест на изучение базальной секреции
- 4) рентгенография желудка

247. С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ *HELICOBACTER PYLORI* В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЖЕЛУДКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ быстрый уреазный тест
- 2) хромоэндоскопия
- 3) эндоскопия высокого разрешения
- 4) бактериоскопия кала

248. ПРОВЕДЕНИЕ МАНОМЕТРИИ ПИЩЕВОДА ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ ахалазии кардии
- 2) дивертикуле пищевода
- 3) кандидозе пищевода
- 4) раке пищевода

249. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНА

- 1)+ ахлоргидрия
- 2) гиперацидность
- 3) гиперплазия обкладочных клеток
- 4) нормацидность

250. ПАРИЕТАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ ЖЕЛУДКА СЕКРЕТИРУЮТ

- 1)+ соляную кислоту
- 2) молочную кислоту
- 3) бикарбонаты
- 4) муцин

251. ДЛЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ПРИ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОЙ ЭЗОФАГОГРАФИИ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ воронкообразное сужение терминального отдела пищевода
- 2) ригидное сужение в средней трети пищевода
- 3) ускорение клиренса пищевода от бария
- 4) пролабирование стенки пищевода на уровне бифуркации трахеи, обращенное в средостение

252. КАКОЙ ТИП ПИЩЕВОДНЫХ ГРЫЖ ВЫЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО?

- 1)+ скользящая (аксиальная)
- 2) врожденный короткий пищевод
- 3) параэзофагеальная
- 4) сальниковая

253. ПРОЛАПС СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА В ПИЩЕВОД ЯВЛЯЕТСЯ _____ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ _____ ХИАТАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

- 1)+ косвенным; аксиальной
- 2) достоверным; аксиальной
- 3) достоверным; параэзофагальной
- 4) косвенным; параэзофагальной

254. ИКОТА МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА ЖЕЛУДКА С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В

- 1)+ кардиальном отделе
- 2) теле желудка
- 3) антральном отделе
- 4) углу желудка

255. ДИСФАГИЯ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА ПОЯВЛЯЕТСЯ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, НА _____ ПИЩУ

- 1)+ твердую
- 2) жидкую
- 3) горячую
- 4) холодную

256. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВНЕПИЩЕВОДНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГЭРБ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ суточная рН-импеданс-метрия
- 2) эзофагогастродуоденоскопия
- 3) проба с ингибитором протонной помпы
- 4) рентгенологическое исследование

257. УРОВЕНЬ ГАСТРИНА В КРОВИ СНИЖАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ снижении интрагастрального уровня рН
- 2) приеме ингибиторов протонной помпы
- 3) приеме пищи
- 4) повышении интрагастрального уровня рН

258. МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ 4 СТАДИИ ПО Б.В. ПЕТРОВСКОМУ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эзофагэктомия
- 2) лапароскопическая эзофагокардиомиотомия
- 3) пневмокардиодилатация
- 4) подслизистая эндоскопическая миотомия

259. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ РН-ЖЕЛУДКА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- 1)+ оценки антисекреторного эффекта лекарственного препарата
- 2) уточнения наличия дуоденогастроэзофагеального рефлюкса
- 3) диагностики хронического хеликобактерного гастрита
- 4) уточнения причины эпигастрального болевого синдрома

260. В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛА ЦЕНКЕРА ВЫЯВЛЯЮТ

- 1)+ легкую дисфагию
- 2) асимметрию шеи
- 3) выпячивание боковых отделов шеи
- 4) звуковые феномены опорожнения дивертикула

261. АХАЛАЗИЯ КАРДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ увеличением давления нижнего пищеводного сфинктера
- 2) снижением давления нижнего пищеводного сфинктера
- 3) неполным смыканием нижнего пищеводного сфинктера
- 4) увеличением числа спонтанных расслаблений нижнего пищеводного сфинктера

262. ПРИ МАНОМЕТРИИ ПИЩЕВОДА ДАВЛЕНИЕ В ОБЛАСТИ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ РТ. СТ.)

- 1)+ 10-30
- 2) 0-2
- 3) 3-10
- 4) 60-100

263. ПРОТЯЖЕННОСТЬ МЕТАПЛАЗИРОВАННОГО ЭПИТЕЛИЯ «ДЛИННОГО СЕГМЕНТА» ПИЩЕВОДА БАРЕТТА СОСТАВЛЯЕТ (В САНТИМЕТРАХ)

- 1)+ более 3
- 2) 1
- 3) 3
- 4) не менее 10

264. ФОРМИРОВАНИЮ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ СПОСОБСТВУЕТ

- 1)+ повышение внутрибрюшного давления
- 2) гипомоторная дискинезия пищевода
- 3) недостаточность кардии
- 4) дивертикул Ценкера

265. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТ _____ ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

- 1)+ атрофический
- 2) неатрофический
- 3) лимфоцитарный
- 4) эозинофильный

266. ПРИ ПЕНЕТРАЦИИ ЯЗВЫ В ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ

- 1)+ амилазы
- 2) гаммаглутамилтранспептидазы
- 3) глюкозы
- 4) щелочной фосфатазы

267. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАК ЖЕЛУДКА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1)+ антральном отделе
- 2) кардиальном отделе
- 3) дне желудка
- 4) теле желудка

268. ДЛЯ РАКА БОЛЬШОЙ КРИВИЗНЫ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ длительное латентное течение
- 2) быстрое развитие пилородуоденального стеноза
- 3) частое выявление опухоли в молодом возрасте
- 4) частое развитие рефлюксной симптоматики

269. ВЫЯВЛЯЕМОЕ ПРИ ЭЗОФАГОСКОПИИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СУЖЕНИЕ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА ОБРАЗОВАНО

- 1)+ нижним пищеводным сфинктером
- 2) пересечением с дугой аорты
- 3) пересечением с левым главным бронхом
- 4) утолщением мышечной оболочки пищевода

270. БОЛЬНЫЕ АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ ПРЕДЪЯВЛЯЮТ ЖАЛОБЫ НА

- 1)+ дисфагию
- 2) частую изжогу
- 3) ощущение царапания за грудиной
- 4) боль за грудиной, возникающую при физической нагрузке

271. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ поражение ауэрбаховского сплетения
- 2) хронический стресс
- 3) желудочно-пищеводный рефлюкс
- 4) хиатальная грыжа

272. ГАСТРИН-17 СЕКРЕТИРУЕТСЯ В

- 1)+ антральном отделе желудка
- 2) фундальном отделе желудка
- 3) теле желудка
- 4) тощей кишке

273. ОСЛОЖНЕНИЕМ АХАЛАЗИИ КАРДИИ СЧИТАЮТ

- 1)+ аспирационную пневмонию
- 2) рефлюкс-эзофагит
- 3) скользящую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы
- 4) дивертикул Ценкера

274. ПЕПТИЧЕСКУЮ ЯЗВУ ПИЩЕВОДА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ изъязвленным раком
- 2) дивертикулом пищевода
- 3) лейкоплакией пищевода
- 4) кандидозным эзофагитом

275. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФИБРОЭНДОСКОПИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ астматический статус
- 2) варикозное расширение вен пищевода
- 3) кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта
- 4) дивертикул пищевода

276. К СТЕНОЗУ ПИЩЕВОДА ПРИВОДЯТ

- 1)+ ахалазия кардии и рак пищевода
- 2) неврогенная анорексия и аксиальная грыжа
- 3) кандидоз пищевода и пищевод Баррета
- 4) эзофагит и гиперсенситивный пищевод

277. ДОБАВОЧНЫЕ КЛЕТКИ ЖЕЛУДКА СЕКРЕТИРУЮТ

- 1)+ муцин
- 2) химотрипсин
- 3) гастрин
- 4) секретин

278. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИНЯТО СЧИТАТЬ НАЛИЧИЕ

- 1)+ скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- 2) параэзофагеальной грыжи
- 3) наддиафрагмальных дивертикулов
- 4) ахалазии кардии

279. ОДНИМ ИЗ ПУСКОВЫХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ КАНДИДОЗНОГО ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ длительная антибактериальная терапия
- 2) скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- 3) терапия нестероидными противовоспалительными препаратами
- 4) недостаточность кардии

280. ГАСТРИН СТИМУЛИРУЕТ СЕКРЕЦИЮ

- 1)+ соляной кислоты
- 2) гастромукопротеина
- 3) кишечных ферментов
- 4) желчных кислот

281. К ГОРМОНАМ, СТИМУЛИРУЮЩИМ СЕКРЕЦИЮ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ, ОТНОСЯТ

- 1)+ гастрин
- 2) секретин
- 3) панкреозимин
- 4) глюкагон

282. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПИЩЕВОДА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ употребление горячих жидкостей
- 2) употребление пищи, богатой витаминами А, С, Е
- 3) употребление пищи, богатой витаминами группы В
- 4) воздержание от приема крепких алкогольных напитков

283. СОГЛАСНО ЛОС-АНДЖЕЛЕССКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОВ СЛИВАЮЩИЕСЯ ЭРОЗИИ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА С ЦИРКУЛЯРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА СТЕПЕНИ

- 1)+ D
- 2) A
- 3) B
- 4) C

284. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АНТРАЛЬНОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфицирование слизистой оболочки *Helicobacter pylori*
- 2) недоброкачественное питание
- 3) алкоголь
- 4) рефлюкс дуоденального содержимого

285. КАРДИЯ ФИКСИРОВАНА В ПИЩЕВОДНОМ ОТВЕРСТИИ ДИАФРАГМЫ

- 1)+ пищеводно-диафрагмальной связкой
- 2) связкой Трейтца
- 3) клапаном Губарева
- 4) желудочно-печеночной связкой

286. ПРИЧИНОЙ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ФОРМЫ ЖЕЛУДКА В ВИДЕ «ПЕСОЧНЫХ ЧАСОВ» ЯВЛЯЕТСЯ ____ ЖЕЛУДКА

- 1)+ рак
- 2) язва
- 3) туберкулезное поражение
- 4) герпетическое поражение

287. ПРОЦЕСС ПЕРЕВАРИВАНИЯ БЕЛКОВ В ПОЛОСТИ ЖЕЛУДКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ

- 1)+ пепсина
- 2) карбоксипептидазы
- 3) трипсина
- 4) химотрипсина

288. ПРИ МАНОМЕТРИИ ПИЩЕВОДА ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ суммарное давление расслабления нижнего пищевого сфинктера свыше 15 мм рт. ст.
- 2) давление нижнего пищевого сфинктера в покое 10-30 мм рт. ст.
- 3) давление нижнего пищевого сфинктера в покое ниже 10 мм рт. ст.
- 4) увеличенное число спонтанных расслаблений нижнего пищевого сфинктера

289. ПО СОВРЕМЕННЫМ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМ К ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ инфекцию *Helicobacter pylori*
- 2) конституционально-наследственный фактор
- 3) злоупотребление алкоголем
- 4) злоупотребление острой, соленой пищей

290. ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ орально-оральный
- 2) воздушно-капельный
- 3) фекально-оральный
- 4) парентеральный

291. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ГИПЕРМОТОРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ ПИЩЕВОДА ПРИ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОЙ ЭЗОФАГОГРАФИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ неравномерные множественные втяжения по стенкам пищевода
- 2) постоянное ригидное сужение в средней трети пищевода
- 3) сужение кардии в виде «заточенного карандаша»
- 4) расширение просвета пищевода и задержка контраста

292. СИНДРОМ «МАЛЫХ ПРИЗНАКОВ» ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ слабость, снижение трудоспособности, потерю аппетита, апатию
- 2) постоянные боли в эпигастрии
- 3) изжогу, частые регургитации
- 4) дисфагию, боли за грудиной без связи с физической нагрузкой

293. АМПУЛА БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ОТКРЫВАЕТСЯ В ПРОСВЕТ КИШЕЧНИКА В ____ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

- 1)+ нисходящей части
- 2) луковице
- 3) горизонтальной части
- 4) восходящей части

294. К ФАКТОРАМ ЗАЩИТЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТ

- 1)+ секрецию желудочной слизи и бикарбонатов
- 2) секрецию пепсиногена
- 3) продукцию провоспалительных цитокинов
- 4) секрецию соляной кислоты

295. ПРИ ГИПЕРМОТОРНОЙ (СПАСТИЧЕСКОЙ) ДИСКИНЕЗИИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА ХАРАКТЕРНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЖАЛОБА НА

- 1)+ дисфагию
- 2) изжогу
- 3) отрыжку
- 4) гиперсаливацию

296. ВЫЯВЛЕННАЯ ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ПЛОСКАЯ НИША ДИАМЕТРОМ 2,5 СМ НЕПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ, С ОБШИРНОЙ АПЕРИСТАЛЬТИЧЕСКОЙ ЗОНОЙ ВОКРУГ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ рака желудка
- 2) неосложненной язвы
- 3) пенетрирующей язвы
- 4) эрозии антрального отдела желудка

297. ПРОТЯЖЕННОСТЬ МЕТАПЛАЗИРОВАННОГО ЭПИТЕЛИЯ «КОРОТКОГО СЕГМЕНТА» ПИЩЕВОДА БАРЕТТА СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

- 1)+ от 1 до 3
- 2) менее 1
- 3) от 1 до 7
- 4) более 7

298. ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ АНЕМИЯ

- 1)+ железодефицитная
- 2) фолиеводефицитная
- 3) апластическая
- 4) гемолитическая

299. ДЛЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ удовлетворительное состояние больного
- 2) развитие гипохромной анемии
- 3) выявление признаков дефицита витамина С
- 4) выявление пеллагроидных изменения кожи

300. ДЛЯ ПИЩЕВОДА БАРЕТТА ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ цилиндрического эпителия с очагами метаплазии по кишечному типу
- 2) очагов метаплазии по желудочному типу
- 3) истончения многослойного плоского эпителия
- 4) утолщения базального слоя

301. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ затруднение при проглатывании твердой пищи
- 2) боль в эпигастрии
- 3) наличие болей за грудиной
- 4) изжога

302. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОЯВЛЯЕТСЯ ДИСФАГИЕЙ РАК ЖЕЛУДКА, ЛОКАЛИЗУЮЩИЙСЯ

- 1)+ в кардии
- 2) в пилорическом отделе
- 3) в теле желудка
- 4) по большой кривизне

303. ИЗЖОГА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ заброса желудочного содержимого в пищевод
- 2) повышенной кислотности желудочного сока
- 3) эзофагита
- 4) скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

304. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ пищевод Баррета
- 2) наддиафрагмальные дивертикулы
- 3) дивертикул Ценкера
- 4) кардиоспазм

305. ЦЕЛИАКИЯ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С

- 1)+ герпетиформным дерматитом
- 2) псориазом
- 3) ревматоидным артритом
- 4) аутоиммунным гепатитом

306. ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ПРИНЯТО СЧИТАТЬ

- 1)+ изжогу
- 2) загрудинную боль
- 3) дисфагию
- 4) икоту

307. ОСНОВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фиброэзофагогастродуоденоскопия
- 2) исследование кала на скрытую кровь
- 3) дуоденальное зондирование
- 4) копрограмма

308. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЙ ЖАЛОБОЙ РЕБЁНКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ ночных голодных болей в животе
- 2) болей, не связанных с приёмом пищи
- 3) рвоты, не приносящей облегчения
- 4) признаков раздражения брюшной полости

309. К ПРИЗНАКУ, ВЫЯВЛЯЕМОМУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ АЛАЖИЛЛЬ, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ конъюгированная гипербилирубинемия
- 2) сниженный уровень холестерина
- 3) лейкопения за счет гранулоцитов
- 4) сниженный уровень гамма-глутамилтрансферазы

310. ТЕРМИНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С ТОТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КИШЕЧНИКА, ЗНАЧИТЕЛЬНО ВЫРАЖЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВАРЕНИЯ (МАЛЬАБСОРБЦИЯ И МАЛДИГЕСТИЯ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ, КАХЕКСИЯ), КОЛИЧЕСТВЕННО ОЦЕНИВАЕТСЯ В (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 90-100
- 2) 40-50
- 3) 10-30
- 4) 70-80

311. ЦЕНКЕРОВСКИЙ ДИВЕРТИКУЛ ПИЩЕВОДА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

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

312. РУБЦОВОЕ ВТЯЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ УГЛА ЖЕЛУДКА С КОНВЕРГЕНЦИЕЙ СКЛАДОК СЛИЗИСТОЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ зажившей язвы
- 2) ушитой перфорации
- 3) лейомиомы
- 4) ксантомы

313. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИ НЕГАТИВНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ суточное мониторирование внутрипищеводного pH
- 2) рентгенологическое исследование пищевода
- 3) УЗИ органов брюшной полости
- 4) сцинтиграфия пищевода

314. ПРИ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ БОЛЕЙ

- 1)+ при наклонах туловища вперед
- 2) в вертикальном положении
- 3) при глубоком вдохе
- 4) при глубоком выдохе

315. ЗАДЕРЖКА ЭВАКУАЦИИ ИЗ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА

- 1)+ в пилорическом отделе
- 2) в кардиальном отделе
- 3) в теле желудка
- 4) по большой кривизне

316. СЕКРЕЦИЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СТИМУЛИРУЕТ

- 1)+ поступление в двенадцатиперстную кишку химуса из желудка
- 2) запах пищи
- 3) внешний вид пищи
- 4) акт жевания

317. ДЛЯ СИНДРОМА МЕЛЛОРИ – ВЕЙССА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ щелевидных язв кардии
- 2) множественных язв желудка
- 3) зеркальных дуоденальных язв
- 4) полипоза кишечника

318. ПИЩЕВОД БАРРЕТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ _____ ПИЩЕВОДА

- 1)+ цилиндрической метаплазии многослойного плоского эпителия в нижней трети
- 2) язвы
- 3) множественных дивертикулов
- 4) атонии

319. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ боль в эпигастральной области
- 2) изжога
- 3) рвота после приема пищи
- 4) боль в правом подреберье

320. К КЛЕТКАМ, ВЫРАБАТЫВАЮЩИМ ВНУТРЕННИЙ ФАКТОР КАСТЛА, ОТНОСЯТ

- 1)+ париетальные
- 2) главные
- 3) бокаловидные
- 4) G-клетки

321. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эзофагогастродуоденоскопия
- 2) обзорный снимок брюшной полости
- 3) ирригография
- 4) колоноскопия

322. С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ HELICOBACTER PYLORI В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЖЕЛУДКА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ быстрый уреазный тест
- 2) хромоэндоскопию
- 3) эндоскопию высокого разрешения
- 4) бактериоскопию кала

323. ПРИЧИНОЙ ГИПЕРПРОДУКЦИИ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ увеличение секреции гастрина
- 2) синтез простагландинов E2
- 3) увеличение количества главных клеток
- 4) снижение секреции гастрина

324. ПАРАПРОКТИТЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ болезни Крона
- 2) язвенного колита
- 3) дивертикулярной болезни
- 4) дизентерии

325. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ РАННИМИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА СЛУЖАТ

- 1)+ белесоватые экссудативные налеты на поверхности слизистой оболочки пищевода
- 2) продольные борозды на слизистой оболочке пищевода
- 3) множественные концентрические сужения просвета пищевода
- 4) множественные эрозии на гиперемированной слизистой оболочке пищевода

326. БОЛЬНОЙ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА ГОЛОДНЫЕ, НОЧНЫЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НОЮЩЕГО ХАРАКТЕРА; ИЗЖОГУ, ТОШНОТУ, ОТРЫЖКУ КИСЛЫМ, ЗАПОРЫ, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ язвенной болезни 12-перстной кишки
- 2) язвенной болезни желудка
- 3) хронического холецистита
- 4) хронического панкреатита

327. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ЭНДОГЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аутоиммунный
- 2) инфекционный
- 3) токсический
- 4) лекарственный

328. РАЗВИТИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ более тяжелым течением заболевания, чем у молодых пациентов
- 2) редким выявлением эрозивного рефлюкс-эзофагита
- 3) более благоприятным течением заболевания, чем у молодых пациентов
- 4) редким выявлением осложнений заболевания

329. К ДОСТОВЕРНЫМ ВНЕПИЩЕВОДНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ бронхиальную астму
- 2) серозный менингит
- 3) миокардит
- 4) полип носа

330. ОСНОВНЫМ ЭКЗОГЕННЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хеликобактер пилори
- 2) сахарный диабет 1 типа
- 3) переохлаждение
- 4) герпесвирусная инфекция

331. ДЛЯ ПАРЕЗА ГОРТАНИ ПРИ РАКЕ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА ХАРАКТЕРНА

- 1)+ охриплость голоса
- 2) гиперсаливация
- 3) икота
- 4) боль за грудиной

332. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кровотечение
- 2) малигнизация
- 3) пенетрация
- 4) стеноз

333. ДОСТОВЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рвота съеденной пищей
- 2) рвота желчью
- 3) урчание в животе
- 4) задержка стула

334. МЕТАСТАЗ ВИРХОВА ПОДРАЗУМЕВАЕТ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ В

- 1)+ левый надключичный лимфоузел
- 2) пупок
- 3) легкие
- 4) яичники

335. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ДИАГНОСТИКЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ суточное мониторирование pH
- 2) рентгенография в позе Тренделенбурга
- 3) УЗИ желудка
- 4) пищеводная манометрия

336. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ОПУХОЛЕВОГО СТЕНОЗА ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТ

- 1)+ тошноту, рвоту
- 2) изжогу
- 3) жидкий стул
- 4) резкую слабость

337. МЕТАСТАЗ ВИРХОВА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1)+ надключичном лимфоузле слева
- 2) надключичном лимфоузле справа
- 3) дугласовом пространстве
- 4) яичниках

338. ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА, КОТОРОЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО У ЛЮДЕЙ ПОСЛЕ 60 ЛЕТ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атрофический гастрит
- 2) поверхностный гастрит
- 3) кишечная метаплазия
- 4) гастрит с поражением желудка без атрофии

339. ПОРОГОВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ПРИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА СЛУЖИТ ОБНАРУЖЕНИЕ > ____ ЭОЗИНОФИЛОВ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

- 1)+ 15
- 2) 30
- 3) 50
- 4) 80

340. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ язвенного колита
- 2) муковисцидоза
- 3) лактазной недостаточности
- 4) целиакии

341. КРУКЕНБЕРГОВСКИМ НАЗВАН МЕТАСТАЗ РАКА ЖЕЛУДКА С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В

- 1)+ яичниках
- 2) брюшине Дугласового пространства
- 3) надключичном лимфоузле слева
- 4) печени

342. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ НЕОБХОДИМО, ЧТОБЫ ОБЩАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖАЛОБ СОСТАВЛЯЛА НЕ МЕНЕЕ

- 1)+ 6 месяцев
- 2) 3 месяцев
- 3) 1 года
- 4) 2 лет

343. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ АХАЛАЗИИ КАРДИИ СЛУЖИТ

- 1)+ дисфагия
- 2) одинофагия
- 3) регургитация
- 4) спастическая боль за грудиной

344. ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ ПРИ СИНДРОМЕ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА СЛУЖИТ

- 1)+ повышение выработки гастрина
- 2) ишемия слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки
- 3) снижение содержания простагландинов в слизистой оболочке желудка
- 4) нарушение гастродуоденальной моторики

345. КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РАК РАЗВИВАЕТСЯ У ____ ПРОЦЕНТОВ БОЛЬНЫХ АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ

- 1)+ 3-8
- 2) 0,1-0,6
- 3) 40-50
- 4) 80-90

346. ЦЕНКЕРОВСКИЙ ДИВЕРТИКУЛ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1)+ нижней части глотки
- 2) верхней части глотки
- 3) средней трети пищевода
- 4) нижней трети пищевода

347. ДЛЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ПО ДАННЫМ МАНОМЕТРИИ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ снижение перистальтики грудного отдела пищевода
- 2) снижение суммарного давления расслабления нижнего пищеводного сфинктера
- 3) сохранение нормальной перистальтики грудного отдела пищевода
- 4) снижение давления покоя нижнего пищеводного сфинктера

348. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА ОТНОСЯТ

- 1)+ лейомиому
- 2) липому
- 3) фиброму
- 4) гемангиому

349. КЛИРЕНС ПИЩЕВОДА НАРУШАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1)+ ослабления перистальтики грудного отдела пищевода
- 2) повышения секреции слюны и муцина
- 3) замедленной эвакуации содержимого желудка
- 4) грыжи пищеводного отдела диафрагмы

350. ПОТЛИВОСТЬ И ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ ЧЕРЕЗ 2-4 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ У ПАЦИЕНТА, ПЕРЕНЕСШЕГО РЕЗЕКЦИЮ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ II, ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- 1)+ быстрой абсорбцией углеводов
- 2) растяжением тонкой кишки
- 3) гастропарезом
- 4) осмотической диарей и дегидратацией

351. ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ НАЗЫВАЮТ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ПРИ

- 1)+ отсутствии *H. pylori*
- 2) обнаружении *H. pylori*
- 3) длительно нерубцующейся язве
- 4) рецидивирующем течении

352. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пептический эзофагит
- 2) кольцо Шацкого
- 3) синдром Пламмера – Винсена
- 4) инфекционный эзофагит

353. ДЛЯ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ХАРАКТЕРНО СМЕЩЕНИЕ В ГРУДНУЮ ПОЛОСТЬ ЧЕРЕЗ ПИЩЕВОДНОЕ ОТВЕРСТИЕ ДИАФРАГМЫ

- 1)+ только кардии
- 2) только кардии и фундального отдела желудка
- 3) толстой кишки
- 4) всех отделов желудка

354. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА «ПИЩЕВОДА ЩЕЛКУНЧИКА» ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ сегментарного эзофагоспазма
- 2) диффузного эзофагоспазма
- 3) ахалазии кардии
- 4) рака пищевода

355. ПОД ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТА ПОНИМАЮТ

- 1)+ метаплазию многослойного плоского эпителия пищевода по кишечному типу
- 2) метаплазию многослойного плоского эпителия пищевода по желудочному типу
- 3) ороговение слизистой оболочки пищевода
- 4) псевдомембранозный эзофагит

356. ПОД СИМПТОМОМ ВАСИЛЕНКО ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОНИМАЮТ

- 1)+ обнаружение позднего «шума плеска» в подложечной области при пальпации живота
- 2) локальную болезненность в эпигастриальной области при перкуссии одним пальцем
- 3) резистентность мышц брюшной стенки на ограниченном участке в эпигастрии справа
- 4) выявление участков повышенной кожной болевой и температурной чувствительности в подложечной области

357. СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИТЕЛ H. PYLORI ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ТОЛЬКО ПРИ

- 1)+ первичной диагностике инфекции H. pylori и определении антител, относящихся к классу IgG
- 2) контроле после проведения эрадикации
- 3) определении антител, относящихся к классу IgM
- 4) отрицательном результате уреазного дыхательного теста с изотопами ^{13}C или ^{14}C .

358. H. PYLORI-НЕГАТИВНЫЕ ЯЗВЫ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЮТ ОБУСЛОВЛЕННЫ

- 1)+ приемом НПВП
- 2) длительным течением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- 3) дуодено-гастральным рефлюксом
- 4) несоблюдением диеты

359. ПОРАЖЕНИЕ ПИЩЕВОДА С ПОЯВЛЕНИЕМ ДИСФАГИИ ВХОДИТ В КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ

- 1)+ железодефицитной анемии
- 2) анемии Аддисона – Бирмера
- 3) подагры
- 4) псориаза

360. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ НАЗЫВАЮТ

- 1)+ манометрию пищевода
- 2) эзофагогастродуоденоскопию
- 3) КТ брюшной полости
- 4) суточную pH-метрию пищевода и желудка

361. ВЕДУЩИМИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ПРИ ПОСТПРАНДИАЛЬНОМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЕ СЛУЖАТ

- 1)+ висцеральная гиперчувствительность, нарушения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки
- 2) гиперсекреция соляной кислоты, нарушения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки
- 3) висцеральная гиперчувствительность, гиперсекреция соляной кислоты
- 4) гиперсекреция соляной кислоты, повышенная чувствительность слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки к соляной кислоте

362. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У ПАЦИЕНТА С ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТА ДИСПЛАЗИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВОДА НИЗКОЙ СТЕПЕНИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ назначить ингибиторы протонной помпы с повторным гистологическим исследованием через 3, 6 месяцев и 1 год
- 2) провести лазерную коагуляцию участков дисплазии
- 3) выполнить фотодинамическую деструкцию участков дисплазии
- 4) провести хирургическую резекцию пораженных участков

363. ЯЗВАМИ КУШИНГА ИМЕНУЮТ ОСТРЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ У БОЛЬНЫХ С

- 1)+ острым нарушением мозгового кровообращения и черепно-мозговыми травмами
- 2) острым инфарктом миокарда
- 3) терминальной стадией почечной и печеночной недостаточности
- 4) распространенными ожогами

364. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОТЕКОВ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ МЕНЕТРИЕ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1)+ потерей альбуминов через желудочно-кишечный тракт
- 2) нарушением всасывания белка в кишечнике
- 3) повышением проницаемости клубочков почек
- 4) нарушением реабсорбции альбуминов в канальцах

365. ПАЦИЕНТУ С ДИСФАГИЕЙ, ХАЛИТОЗОМ И АСПИРАЦИОННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ

- 1)+ дивертикул Ценкера
- 2) гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь
- 3) дивертикул Меккеля
- 4) эозинофильный эзофагит

366. СРЕДИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПИЩЕВОДА САМОЙ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лейомиома
- 2) липома
- 3) гемангиома
- 4) фиброваскулярный полип

367. К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ БРОНХООБСТРУКЦИИ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ ваго-вагальный рефлекс и микроаспирацию
- 2) приступ сухого кашля
- 3) грыжу пищеводного отверстия диафрагмы
- 4) недостаточность кардии

368. ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ЭТИОЛОГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИНАДЛЕЖИТ

- 1)+ инфекции *Helicobacter pylori*
- 2) приему НПВС
- 3) наследственной предрасположенности
- 4) гиперпродукции гастрина

369. АХАЛАЗИЯ КАРДИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ регургитацией, пищеводной дисфагией, болью за грудиной
- 2) орофарингеальной дисфагией, отрыжкой с неприятным запахом
- 3) чувством быстрого насыщения, тяжестью и болью в эпигастрии
- 4) одинофагией, изжогой, снижением аппетита

370. НОЧНЫЕ ПРИСТУПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ЗАГРУДИННОЙ БОЛИ С ИРРАДИАЦИЕЙ В СПИНУ И НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ, ПОСЛЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ КАРДИОГЕННОЙ ПРИРОДЫ, НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ диффузным эзофагоспазмом
- 2) ахалазией кардии
- 3) аденокарциномой пищевода
- 4) кандидозом пищевода

371. АХАЛАЗИЯ КАРДИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ЗАБОЛЕВАНИЕ, В ОСНОВЕ КОТОРОГО ЛЕЖИТ

- 1)+ отсутствие рефлексорного расслабления пищевода при глотании
- 2) изолированное повышение тонуса нижнего пищеводного сфинктера
- 3) диффузный эзофагоспазм
- 4) сегментарный эзофагоспазм

372. ГИГАНТСКОЙ СЧИТАЮТ ЯЗВУ БОЛЕЕ (В СМ)

- 1)+ 3
- 2) 2,5
- 3) 2
- 4) 1,5

373. У БОЛЬНЫХ ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТА, ИМЕЮЩИМ ДИСПЛАЗИЮ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ, РИСК РАЗВИТИЯ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПИЩЕВОДА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 0,5
- 2) 3,0
- 3) 4,5
- 4) 6,0

374. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТ _____ ПОЛИП

- 1)+ гиперпластический
- 2) аденоматозный
- 3) ворсинчатый
- 4) ювенильный

375. НАЛИЧИЕ СВОБОДНОГО ГАЗА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ прободной язве желудка
- 2) острым панкреатите
- 3) кишечной непроходимости
- 4) острым холецистите

376. ЛИНЕЙНЫЕ РАЗРЫВЫ СЛИЗИСТОЙ ПИЩЕВОДА В ОБЛАСТИ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ПОВТОРНОЙ РВОТЕ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ синдрома Меллори – Вейса
- 2) синдрома мальабсорбции
- 3) синдрома Дъелафуа
- 4) портальной гипертензии

377. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ВКЛЮЧАЕТ ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ манометрии пищевода
- 2) эндоскопического ультразвукового исследования
- 3) диагностики инфекции *H. pylori*
- 4) компьютерной томографии брюшной полости

378. ПО СОВРЕМЕННЫМ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМ ПАТОГЕНЕЗ АХАЛАЗИИ КАРДИИ СВЯЗАН С

- 1)+ потерей ганглионарных клеток межмышечного сплетения
- 2) развитием стриктуры пищевода на фоне пептического эзофагита
- 3) инфильтративным ростом опухоли в нижней трети пищевода
- 4) усилением тормозящего NO-ергического влияния нейронов

379. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ЭГДС
- 2) рентгеноскопия желудка
- 3) эндоскопическая ультрасонография
- 4) суточное мониторирование внутрижелудочного pH

380. «КИСЛОТНЫЙ КАРМАН» ОБРАЗОВАН

- 1)+ слоем кислоты (средний pH 1,6), образующимся после приема пищи на поверхности содержимого желудка в зоне пищеводножелудочного перехода
- 2) резервуаром кислого содержимого в пищеводе
- 3) грыжей пищеводного отверстия диафрагмы с кислым содержимым
- 4) излишками больших объемов жидкого содержимого желудка

381. ОТЛИЧИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ИЗЖОГИ ОТ НЕЭРОЗИВНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие патологического желудочно-пищеводного рефлюкса
- 2) замещение плоского эпителия железистым цилиндрическим
- 3) положительная проба с применением антисекреторных препаратов
- 4) выявление патологического рефлюкса при рН-метрии

382. ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ изжога
- 2) срыгивание пищей
- 3) неприятный привкус во рту
- 4) жжение языка

383. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЭЗОФАГИТ БИОПСИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ВЗЯТА КАК МИНИМУМ ИЗ ____ УЧАСТКОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

- 1)+ 6
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 5

384. У БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ РЕФЛЮКС ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1)+ нижнего пищеводного сфинктера
- 2) верхнего пищеводного сфинктера
- 3) перистальтики грудного отдела пищевода
- 4) секреции слюны и муцина

385. ПРОВЕДЕНИЕ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ С БИОПСИЕЙ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПИЩЕВОДА БАРРЕТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ БОЛЬНЫМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ИМЕЮЩИМ

- 1)+ длительный (более 5 лет) анамнез заболевания
- 2) возраст старше 60 лет
- 3) эрозивную форму заболевания
- 4) примесь желчи в рефлюктате

386. ОБСЕМЕНЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА Н. PYLORI СОПРОВОЖДАЕТСЯ ФОРМИРОВАНИЕМ

- 1)+ поверхностного антрального гастрита и дуоденита
- 2) ускоренной моторики желудка и двенадцатиперстной кишки
- 3) дуодено-гастрального рефлюкса
- 4) избыточной продукции слизи

387. ПРИ ВЫСОКОМ УРОВНЕ БАЗАЛЬНОЙ И СТИМУЛИРОВАННОЙ КИСЛОТНОСТИ ХАРАКТЕРНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА В ОБЛАСТИ

- 1)+ пилорического отдела
- 2) малой кривизны
- 3) фундального отдела
- 4) большой кривизны

388. ЧУВСТВО «КОМА В ГОРЛЕ» ПРИ ГЛОТАНИИ МОЖЕТ БЫТЬ СИМПТОМОМ

- 1)+ гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- 2) только психосоматических состояний
- 3) аденокарциномы пищевода
- 4) диффузного эзофагоспазма

389. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ ПОМИМО ДИСПЕПСИЧЕСКИХ ЖАЛОБ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ТОШНОТА, ТО

- 1)+ ее можно рассматривать как дополнительный симптом функциональной диспепсии
- 2) ее необходимо выделить в самостоятельный синдром функциональной тошноты
- 3) следует изменить диагноз и говорить об идиопатическом гастропарезе
- 4) нужно изменить диагноз и включить пациента в группу органической диспепсии

390. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ манометрия высокого разрешения
- 2) эндоскопическое исследование
- 3) рентгенологическое исследование с контрастированием барием
- 4) компьютерная томография органов брюшной полости

391. ДИСФАГИЯ ПРИ ПРИЕМЕ КАК ТВЕРДОЙ, ТАК И ЖИДКОЙ ПИЩИ, ВОЗНИКАЮЩАЯ В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ ахалазии кардии
- 2) пептической стриктуры
- 3) опухоли пищевода
- 4) опухоли кардии

392. СЛИВНЫЕ ЭРОЗИИ МЕЖДУ ДВУМЯ СКЛАДКАМИ СЛИЗИСТОЙ ПИЩЕВОДА ПО ЛОС-АНДЖЕЛЕССКОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА СООТВЕТСТВУЮТ СТЕПЕНИ

- 1)+ С
- 2) В
- 3) А
- 4) Д

393. СИМПТОМОМ ТРЕВОГИ, КОТОРЫЙ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лейкоцитоз
- 2) появление симптомов в возрасте 20 лет
- 3) избыточная масса тела
- 4) головная боль

394. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА АХАЛАЗИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ манометрия пищевода высокого разрешения
- 2) рентгенография пищевода с контрастированием
- 3) эзофагогастродуоденоскопия
- 4) компьютерная томография пищевода с контрастированием

395. КИШЕЧНАЯ МЕТАПЛАЗИЯ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА ТИПИЧНА ДЛЯ

- 1)+ пищевода Барретта
- 2) язвенного эзофагита
- 3) эрозивного эзофагита
- 4) ахалазии кардии

396. РЕЗУЛЬТАТЫ БЫСТРОГО УРЕАЗНОГО ТЕСТА СТАНОВЯТСЯ ИЗВЕСТНЫ ЧЕРЕЗ _____ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ БИОПТАТОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

- 1)+ 1 час
- 2) 8 часов
- 3) 5 минут
- 4) 24 часа

397. В КАЧЕСТВЕ МЕТОДА ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ H. PYLORI, ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ, МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН/ИСПОЛЬЗОВАНО

- 1)+ быстрый уреазный тест с получением биоптата из антрального отдела и тела желудка
- 2) дыхательный тест с мочевиной, меченной ^{13}C
- 3) серологический метод определения антител к H. pylori
- 4) определение антигена H. pylori в кале лабораторным способом

398. ДИАГНОЗ «ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ» МОЖЕТ БЫТЬ ПОСТАВЛЕН ТОЛЬКО

- 1)+ после тщательного обследования больного, это диагноз исключения
- 2) при выявлении различных расстройств двигательной функции желудка и двенадцатиперстной кишки
- 3) при нарушении секреции соляной кислоты
- 4) при изменении висцеральной чувствительности желудка и двенадцатиперстной кишки

399. В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ ЭЗОФАГИТА ПО SAVARY-MILLER ЯЗВУ И СТРИКТУРУ ПИЩЕВОДА ОТНОСЯТ К ____ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- 1)+ IV
- 2) I
- 3) II
- 4) III

400. К ПУСКОВЫМ ФАКТОРАМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ пищевые и воздушные антигены
- 2) бронхиальную астму
- 3) аллергический ринит
- 4) экзему

401. СТЕПЕНЬ СНИЖЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ УСПЕШНОЙ АНТИГЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ выраженности и площади атрофии
- 2) сохраняющихся признаков воспаления
- 3) признаков фиброза
- 4) от степени выраженности лимфоплазмочитарной инфильтрации

402. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ШУМА ПЛЕСКА СЛУЖИТ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ГРАНИЦЫ

- 1)+ желудка
- 2) печени
- 3) желчного пузыря
- 4) поджелудочной железы

403. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прогрессирующая дисфагия
- 2) одинофагия
- 3) снижение массы тела
- 4) снижение аппетита

404. В СООТВЕТСТВИИ С ЛОС-АНДЖЕЛЕССКОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ ЭЗОФАГИТОВ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ИЗОЛИРОВАННЫХ ЭРОЗИЙ <5 ММ УСТАНОВЛИВАЮТ ДИАГНОЗ ЭЗОФАГИТА СТЕПЕНИ

- 1)+ A
- 2) C
- 3) D
- 4) B

405. К ПИЩЕВОДУ БАРРЕТА СЛЕДУЕТ ОТНОСИТЬ ВСЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ПОДТВЕРЖДЕННЫЕ СЛУЧАИ ВЫЯВЛЕНИЯ КИШЕЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ ЭПИТЕЛИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

- 1)+ пищевода длиной более 1 см
- 2) кардиального отдела желудка
- 3) кардиоэзофагеального перехода
- 4) фундального отдела желудка

406. ПОСТПРАНДИАЛЬНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ чувством переполнения желудка или ранним насыщением при приеме пищи в обычном объеме, возникает после еды чаще 3 раз в неделю
- 2) чувством жжения в эпигастральной области не менее 1 раза в неделю
- 3) жжением в эпигастральной области, которое не сопровождается признаками дисфункции желчного пузыря или сфинктера Одди
- 4) болями в эпигастральной области после приема пищи, без локализации в других отделах живота, не уменьшающимися после дефекации

407. НАИБОЛЬШИМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ ОБЛАДАЕТ МЕТАПЛАЗИЯ

- 1)+ неполная толстокишечная
- 2) полная (тонкокишечная)
- 3) по желудочному типу
- 4) по фундальному типу

408. В ДИАГНОСТИКЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ СУТОЧНАЯ РН-МЕТРИЯ ПИЩЕВОДА ОБЛАДАЕТ ____ ПРОЦЕНТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ

- 1)+ 95
- 2) 5
- 3) 50
- 4) 30

409. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пищевод Баррета
- 2) длительно существующая гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- 3) частый дуоденогастральный рефлюкс
- 4) гастроэзофагеальный рефлюкс

410. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ затруднение прохождения твердой и жидкой пищи по пищеводу, срыгивание, боль в грудной клетке
- 2) срыгивание и икота
- 3) жгучая боль по ходу пищевода и срыгивание
- 4) ночной кашель, частая икота и уменьшение массы тела

411. ЭРОЗИИ ПО ВСЕЙ ОКРУЖНОСТИ СЛИЗИСТОЙ ПИЩЕВОДА ПО ЛОС-АНДЖЕЛЕССКОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА СООТВЕТСТВУЮТ СТЕПЕНИ

- 1)+ D
- 2) B
- 3) A
- 4) C

412. В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ ЭЗОФАГИТА ПО SAVARY-MILLER СЛИВАЮЩИЕСЯ ЭРОЗИИ, НО НЕ ЗАХВАТЫВАЮЩИЕ БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВОДА, ОТНОСЯТ К _____ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- 1)+ II
- 2) III
- 3) I
- 4) IV

413. СИМПТОМОМ ТРЕВОГИ, КОТОРЫЙ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие крови в кале
- 2) диарея
- 3) креаторея
- 4) амилорея

414. РАЗВИТИЕ ЭРОЗИЙ И ЯЗВ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____ ЭЗОФАГИТА

- 1)+ эозинофильного
- 2) пептического
- 3) инфекционного
- 4) лекарственного

415. ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ ГАСТРИТ МОЖЕТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ

- 1)+ саркоидозе
- 2) В₁₂-дефицитной анемии
- 3) целиакии
- 4) болезни Менетрие

416. ПРИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ДИСФАГИЯ ВОЗНИКАЕТ У _____ % БОЛЬНЫХ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ТВЕРДОЙ ПИЩИ

- 1)+ 99
- 2) 10
- 3) 30
- 4) 60

417. ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ СРЕДИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

- 1)+ существенно не различаются
- 2) составляют 1 : 2
- 3) составляют 2 : 1
- 4) составляют 1 : 3

418. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ОБОСТРЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ боль в подложечной области
- 2) отрыжка
- 3) тошнота
- 4) запор

419. В ОСНОВЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОДИНОФАГИИ ЛЕЖИТ

- 1)+ эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки пищевода
- 2) отрыжка и срыгивание пищей
- 3) прием алкоголя и газированных напитков
- 4) физическая нагрузка и/или положение тела, способствующее регургитации

420. ИЗОЛИРОВАННЫЕ ЭРОЗИИ < 5 ММ ПО ЛОС-АНДЖЕЛЕССКОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА СООТВЕТСТВУЮТ СТЕПЕНИ

- 1)+ А
- 2) С
- 3) Д
- 4) В

421. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ СЧИТАЮТ

- 1)+ манометрию пищевода
- 2) pH-метрию пищевода
- 3) рентгенологическое обследование пищевода
- 4) эзофагогастродуоденоскопию

422. СИМПТОМОМ ТРЕВОГИ, КОТОРЫЙ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лихорадка
- 2) снижение аппетита
- 3) рвота
- 4) регургитация

423. ВВ СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ ЭЗОФАГИТА ПО SAVARY-MILLER СЛИВАЮЩИЕСЯ ЭРОЗИИ РАСПОЛОЖЕННЫЕ ЦИРКУЛЯРНО, ОТНОСЯТ К _____ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- 1)+ III
- 2) IV
- 3) I
- 4) II

424. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА «ПИЩЕВОД БАРРЕТА» ТРЕБУЕТСЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ И ОБЯЗАТЕЛЬНО ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ МЕТАПЛАЗИИ ЭПИТЕЛИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВОДА ПО _____ ТИПУ

- 1)+ кишечному
- 2) кардиальному
- 3) фундальному
- 4) плоскоклеточному

425. КАНДИДОЗ ПИЩЕВОДА – В ОСНОВНОМ ВТОРИЧНОЕ МЕСТНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ИНФЕКЦИИ

- 1)+ *Candida albicans*
- 2) *Candida tropicalis*
- 3) *Candida glabrata*
- 4) *Candida lusitaniae*

426. ДЛЯ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ

- 1)+ эозинофилов
- 2) лимфоцитов
- 3) нейтрофилов
- 4) базофилов

427. В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ НАБЛЮДАЕТСЯ СИМПТОМ

- 1)+ ситофобии
- 2) кахексии
- 3) дисфагии
- 4) одинофагии

428. К СИМПТОМАМ ТРЕВОГИ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ выраженное похудание
- 2) метеоризм
- 3) диарею
- 4) запоры

429. К РЕФЕРЕНСНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ H. PYLORI ОТНОСЯТ

- 1)+ дыхательный тест с мочевиной, меченной ^{13}C , и определение антигена H. pylori в кале лабораторным способом
- 2) серологические методы определения антител к H. pylori
- 3) определение чувствительности H. pylori к антибиотикам
- 4) быстрый уреазный тест с получением биоптата из антрального отдела и тела желудка

430. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА СЛУЖИТ ЭОЗИНОФИЛЬНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ С КОЛИЧЕСТВОМ ЭОЗИНОФИЛОВ НЕ МЕНЕЕ _____ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ МИКРОСКОПА ПРИ ВЫСОКОМ РАЗРЕШЕНИИ

- 1)+ 15
- 2) 50
- 3) 80
- 4) 100

431. ИЗОЛИРОВАННЫЕ ЭРОЗИИ > 5 ММ ПО ЛОС-АНДЖЕЛЕССКОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА СООТВЕТСТВУЮТ СТЕПЕНИ

- 1)+ В
- 2) Д
- 3) А
- 4) С

432. БОЛИ ПРИ ЯЗВАХ ТЕЛА ЖЕЛУДКА ВОЗНИКАЮТ ПОСЛЕ ЕДЫ ЧЕРЕЗ (В ЧАСАХ)

- 1)+ 1
- 2) 4
- 3) 2
- 4) 3

433. В СООТВЕТСТВИИ С ЛОС-АНДЖЕЛЕССКОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ ЭЗОФАГИТОВ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ИЗОЛИРОВАННЫХ ЭРОЗИЙ >5 ММ УСТАНАВЛИВАЮТ ДИАГНОЗ ЭЗОФАГИТА СТЕПЕНИ

- 1)+ В
- 2) Д
- 3) А
- 4) С

434. ДЛЯ АУТОИММУННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ В₁₂-дефицитной анемии
- 2) целиакии
- 3) системных васкулитов
- 4) цирроза печени с синдромом портальной гипертензии

435. СОГЛАСНО ЛОС-АНДЖЕЛЕССКОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА СТЕПЕНЬ ЭЗОФАГИТА ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ числа эрозий
- 2) количества симптомов
- 3) наличия и выраженности стриктуры пищевода
- 4) длины сегмента пищевода Барретта

436. БОЛИ ПРИ ЯЗВАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ВОЗНИКАЮТ СПУСТЯ _____ ПОСЛЕ ЕДЫ

- 1)+ 2-3 часа
- 2) 1-2 часа
- 3) 3-4 часа
- 4) 0,5-1 час

437. ВЫСОКИМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ ОБЛАДАЕТ ТОЛЬКО ЭПИТЕЛИЙ ПИЩЕВОДА С МЕТАПЛАЗЕЙ ПО _____ ТИПУ

- 1)+ кишечному
- 2) кардиальному
- 3) фундальному
- 4) плоскоклеточному

438. В СООТВЕТСТВИИ С ЛОС-АНДЖЕЛЕССКОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ ЭЗОФАГИТОВ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СЛИВНЫХ ЭРОЗИЙ МЕЖДУ ДВУМЯ СКЛАДКАМИ СЛИЗИСТОЙ ПИЩЕВОДА УСТАНАВЛИВАЮТ ДИАГНОЗ ЭЗОФАГИТА СТЕПЕНИ

- 1)+ С
- 2) А
- 3) В
- 4) Д

439. В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ ЭЗОФАГИТА ПО SAVARY-MILLER ОТДЕЛЬНЫЕ НЕСЛИВАЮЩИЕСЯ ЭРОЗИИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА ОТНОСЯТ К _____ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- 1)+ I
- 2) III
- 3) II
- 4) IV

440. В СООТВЕТСТВИИ С ЛОС-АНДЖЕЛЕССКОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ ЭЗОФАГИТА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЭРОЗИЙ ПО ВСЕЙ ОКРУЖНОСТИ ПИЩЕВОДА УСТАНАВЛИВАЮТ ДИАГНОЗ ЭЗОФАГИТА СТЕПЕНИ

- 1)+ Д
- 2) В
- 3) А
- 4) С

441. ОЦЕНКУ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИИ Н. PYLORI НЕОБХОДИМО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ С ПОМОЩЬЮ РЕФЕРЕНСНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ Н. PYLORI ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЮБЫМИ АНТИБИОТИКАМИ, ПРЕПАРАТОМ ВИСМУТА ИЛИ АНТИСЕКРЕТОРНЫМИ СРЕДСТВАМИ НЕ РАНЕЕ ЧЕМ ЧЕРЕЗ (В НЕДЕЛЯХ)

- 1)+ 4
- 2) 2
- 3) 6
- 4) 8

442. К ОСНОВНЫМ ПОВРЕЖДАЮЩИМ ФАКТОРАМ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ соляную кислоту
- 2) бактериальные токсины
- 3) аутоантитела к компонентам эпителия пищевода
- 4) местное венозное полнокровие

443. ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ДИСФАГИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ эзофагоспазме
- 2) опухолях трахеи
- 3) аневризме аорты
- 4) рубцовых стриктурах пищевода

444. ДЛЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ ПРИ СИНДРОМЕ ЗОЛЛИНГЕРА – ЭЛЛИСОНА ХАРАКТЕРНА

- 1)+ выраженная гиперсекреция соляной кислоты
- 2) незначительная гиперсекреция соляной кислоты
- 3) нормальная секреция соляной кислоты
- 4) гистаминустойчивая ахлоргидрия

445. ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ЖЕЛУДКА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ классификация OLGA
- 2) Сиднейская классификация
- 3) Хьюстонская классификация
- 4) классификация МКБ-10

446. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ СУТОЧНОЙ PH-МЕТРИИ С ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ПРИЕМ АНТИСЕКРЕТОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЗА _____ ДО ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1)+ 48 часов
- 2) 24 часа
- 3) 12 часов
- 4) 3 часа

447. ОДНИМ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

- 1)+ боли в эпигастрии
- 2) избыточного бактериального роста
- 3) портальной гипертензии
- 4) Золлингера – Эллисона

448. К МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ HELICOBACTER PYLORI ОТНОСЯТ _____ ТЕСТ

- 1)+ уреазный
- 2) эластазный
- 3) фосфолипазный
- 4) коагулазный

449. ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ТИПИЧНЫМИ ПЕРИОДАМИ ОБОСТРЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ осень и весна
- 2) лето и зима
- 3) лето и осень
- 4) осень и зима

450. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА У БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

- 1)+ эзофагогастродуоденоскопию
- 2) пероральную холецистографию
- 3) исследование желудочной секреции
- 4) УЗИ органов брюшной полости

451. ЛИМФОЦИТАРНЫЙ ГАСТРИТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ целиакии
- 2) туберкулеза
- 3) сифилиса
- 4) болезни Крона

452. ЯЗВАМИ КУРЛИНГА НАЗЫВАЮТ МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ

- 1)+ при обширных ожогах тела
- 2) после черепно-мозговых травм
- 3) после обширных полостных операций
- 4) при гиперпаратиреозе

453. ЯЗВАМИ КУШИНГА НАЗЫВАЮТ МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ

- 1)+ после черепно-мозговых травм и нейрохирургических операций
- 2) при гиперпаратиреозе
- 3) при системном мастоцитозе
- 4) при обширных ожогах поверхности тела

454. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НА СКРЫТУЮ КРОВЬ ПОЗВОЛЯЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ ОСЛОЖНЁННОЕ ТЕЧЕНИЕ

- 1)+ язвенной болезни
- 2) хронического панкреатита
- 3) желчнокаменной болезни
- 4) неалкогольного стеатогепатита

455. ЭПИЗОДЫ ВКЛИНЕНИЯ ПИЩИ В ПИЩЕВОД НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ эозинофильного эзофагита
- 2) гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- 3) язвенной болезни желудка
- 4) синдрома раздражённого кишечника

456. ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ, ПОВЫШАЮЩИХ РИСК МЕТАПЛАЗИИ ЭПИТЕЛИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВОДА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ абдоминальное ожирение
- 2) принадлежность к женскому полу
- 3) возраст пациента менее 25 лет
- 4) наличие гипертонической болезни в анамнезе

457. ПОВЫШЕННАЯ БАЗАЛЬНАЯ СЕКРЕЦИЯ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ язвенной болезни
- 2) атрофическом гастрите
- 3) панкреатите
- 4) раке желудка

458. УТРАТА СВЯЗИ БОЛИ С ПРИЁМОМ ПИЩИ, ПРИСОЕДИНЕНИЕ СИМПТОМОВ ПОРАЖЕНИЯ ДРУГИХ СОСЕДНИХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ БЫВАЕТ ПРИ

- 1)+ пенетрации язвы
- 2) перфорации язвы
- 3) кровотечении из язвы
- 4) перивисцерите

459. ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ клинико-морфологическим диагнозом
- 2) исключительно клиническим диагнозом
- 3) симптомом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- 4) крайне редкой наследственной патологией

460. ОДНИМ ИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, ВЕДУЩИХ К РАЗВИТИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ У ЧЕЛОВЕКА

- 1)+ инфекции *Helicobacter pylori*
- 2) повышенного содержания в кале химотрипсина
- 3) изменённого хромосомного набора
- 4) желчно-каменной болезни

461. ОБЩАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СНИЖЕНИЯ PH В ПИЩЕВОДЕ < 4 В ТЕЧЕНИЕ СУТОК ПРИ ПРОВЕДЕНИИ 24-ЧАСОВОЙ PH-МЕТРИИ НЕ ДОЛЖНА В НОРМЕ ПРЕВЫШАТЬ

- 1)+ 1 часа
- 2) 30 минут
- 3) 2 часов
- 4) 4 часов

462. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА ЛЮБЫХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопическое исследование
- 2) рентгенологическое исследование
- 3) компьютерная томография
- 4) компьютерная томография с контрастом

463. НЕПРАВИЛЬНАЯ ФОРМА И БОЛЬШИЕ РАЗМЕРЫ ЯЗВЕННОГО ДЕФЕКТА, ЛОКАЛИЗУЮЩЕГОСЯ НА БОЛЬШОЙ КРИВИЗНЕ ЖЕЛУДКА, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ В ПОЛЬЗУ

- 1)+ злокачественного характера поражения
- 2) гепатогенной язвы
- 3) лекарственной язвы
- 4) стрессовой язвы

464. ЧУВСТВО ЖЖЕНИЯ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ГРУДИНЫ, ПОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ ПОСЛЕ ОБИЛЬНОГО ПРИЁМА ПИЩИ, УПОТРЕБЛЕНИЯ КИСЛОЙ ПИЩИ, УСИЛИВАЮЩЕЕСЯ ПРИ НАКЛОНАХ И В ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ рефлюкс-эзофагита
- 2) диффузного спазма пищевода
- 3) рака пищевода
- 4) ахалазии кардии

465. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЫ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кровотечение
- 2) малигнизация
- 3) перфорация
- 4) стеноз привратника

466. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эзофагогастродуоденоскопия
- 2) внутрижелудочная pH-метрия
- 3) УЗИ органов брюшной полости
- 4) биохимический анализ крови

467. РАЗМЕР ГИГАНТСКОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА СОСТАВЛЯЕТ БОЛЕЕ (В СМ)

- 1)+ 3
- 2) 2
- 3) 1,5
- 4) 1

468. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ ЖАЛОБА БОЛЬНОГО НА

- 1)+ изжогу
- 2) запоры
- 3) нарушения сна
- 4) вздутие живота

469. ЖАЛОБЫ НА ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩУЮ И ПОСТЕПЕННО ПРОГРЕССИРУЮЩУЮ ДИСФАГИЮ, С НЕОБХОДИМОСТЬЮ ЗАПИВАТЬ ПИЩУ ВОДОЙ, СРЫГИВАНИЯ СЪЕДЕННОЙ ПИЩЕЙ И СЛИЗЬЮ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ ахалазии кардии
- 2) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- 3) гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- 4) диффузного спазма пищевода

470. РАЗВИТИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЧЕЛОВЕКА ЧАЩЕ ВСЕГО СВЯЗАНО С НАЛИЧИЕМ

- 1)+ *Helicobacter pylori*
- 2) *Escherichia coli*
- 3) *Salmonella enterica*
- 4) *Shigella dysenteriae*

471. РЕШАЮЩИМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфекция *Helicobacter pylori*
- 2) недостаточное кровоснабжение слизистой оболочки органов
- 3) снижение содержания простагландинов в слизистой оболочке
- 4) приём стероидных противовоспалительных средств

472. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ЛОЖНООТРИЦАТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* НЕОБХОДИМО ПРЕКРАТИТЬ ТЕРАПИЮ ИНГИБИТОРАМИ ПРОТОНОВОЙ ПОМПЫ

- 1)+ за 2 недели до исследования
- 2) накануне исследования
- 3) за 3 дня до исследования
- 4) в день исследования

473. ДИАГНОЗУ «ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ» СООТВЕТСТВУЕТ ОБЩЕЕ ВРЕМЯ СНИЖЕНИЯ $\text{pH} < 4$ В ПИЩЕВОДЕ ЗА СУТКИ _____ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ больше 6
- 2) больше 3
- 3) меньше 4
- 4) между 4 и 5

474. В НЕКОТОРЫХ СЛУЧАЯХ ДЛЯ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА ХАРАКТЕРНА СИМПТОМАТИКА

- 1)+ гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- 2) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
- 3) неспецифического язвенного колита или болезни Крона
- 4) массивного желудочно-кишечного кровотечения

475. НАЛИЧИЕ ИНФЕКЦИИ *HELICOBACTER PYLORI*

- 1)+ не влияет на выраженность клинических симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и эффективность ее лечения
- 2) обуславливает большую выраженность клинических симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- 3) снижает эффективность лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- 4) играет защитную роль в развитии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

476. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отрыжка «тухлым» яйцом
- 2) рвота алой кровью (гематемезис)
- 3) жидкий чёрный стул с неприятным запахом
- 4) спазм нижней трети пищевода

477. К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ «кинжальную» боль
- 2) «голодные» боли
- 3) ноющую боль
- 4) опоясывающую боль

478. РАЗМЕР БОЛЬШОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

- 1)+ 2-3
- 2) 0,5-1
- 3) 0,6-1,9
- 4) 4-5

479. ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ИЗЖОГИ И ГИПЕРСЕНСИТИВНОГО ПИЩЕВОДА ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ОЦЕНКА _____ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РН-ИМПЕДАНСОМЕТРИИ

- 1)+ индекса симптома
- 2) числа кислых рефлюксов
- 3) числа нейтральных рефлюксов
- 4) времени с рН менее 4

480. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ КИСЛОТНОСТИ В ПИЩЕВОДЕ И ЖЕЛУДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ суточная рН-метрия
- 2) экспресс-рН-метрия
- 3) кратковременная рН-метрия
- 4) рН-метрия с использованием радиокапсул

481. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ИНФЕКЦИЕЙ HELICOBACTER PYLORI, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ язвенная болезнь
- 2) инфекционный эзофагит грибковой этиологии
- 3) неспецифический язвенный колит
- 4) атрофический аутоиммунный гастрит

482. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ СУТОЧНОЙ РН-МЕТРИИ НЕОБХОДИМО ПРЕКРАТИТЬ ПРИЁМ ПИЩИ И НЕЛЬЗЯ КУРИТЬ ЗА _____ ДО ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1)+ 12 часов
- 2) 48 часов
- 3) 24 часа
- 4) 3 часа

483. ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ ГРУППА КРОВИ

- 1)+ 0 (I)
- 2) А (II)
- 3) В (III)
- 4) АВ (IV)

484. ВЕДУЩИМ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГРИБКОВОГО ЭЗОФАГИТА СЛУЖАТ

- 1)+ наложения бледновато-желтоватого цвета на гиперемированной слизистой оболочке пищевода
- 2) множественные эрозии и язвы слизистой оболочки пищевода, покрытые слизисто-гнойным или геморрагическим экссудатом
- 3) пузырьки на слизистой оболочке пищевода с изъязвлениями в виде «кратера вулкана»
- 4) изъязвления слизистой оболочки пищевода с казеозным распадом

485. О ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПИЩЕВОДА К РЕФЛЮКСУ ГОВОРЯТ В ТЕХ СЛУЧАЯХ, КОГДА СИМПТОМЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

- 1)+ возникают в ответ на эпизоды физиологического гастроэзофагеального рефлюкса
- 2) не связаны с эпизодами гастроэзофагеального рефлюкса
- 3) отличаются значительной выраженностью и продолжительностью
- 4) сопровождаются одинофагией

486. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ СИМПТОМОВ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ преходящая дисфагия
- 2) дегтеобразный стул с неприятным запахом
- 3) «кинжальная» боль в эпигастральной области
- 4) резкая боль в правом подреберье

487. «ГОЛОДНЫЕ» БОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ язвенной болезни
- 2) хронического панкреатита
- 3) пищевода Баррета
- 4) гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

488. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ СИМПТОМОМ ПРИ ДИФFUЗНОМ ЭЗОФАГОСПАЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ боль за грудиной
- 2) дисфагия
- 3) изжога
- 4) регургитация

489. СЕЗОННОСТЬ ОБОСТРЕНИЙ (ВЕСНА-ОСЕНЬ) ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ язвенной болезни
- 2) эозинофильного эзофагита
- 3) желчнокаменной болезни
- 4) хронического панкреатита

490. ДЛЯ ПИЩЕВОДНОЙ ДИСФАГИИ ОРГАНИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫМ БУДЕТ ДЕБЮТ С

- 1)+ затруднённого прохождения твёрдой пищи
- 2) затруднённого прохождения жидкой пищи
- 3) нарушения дикции
- 4) потери чувствительности в ротовой полости

491. ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ПИЩЕВОДА БАРРЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цилиндрический эпителий кишечного типа
- 2) гиперплазия базального слоя слизистой
- 3) лейкоцитарная инфильтрация эпителия
- 4) лимфоидная ткань с признаками злокачественности

492. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ КИСЛОТНОСТИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ хронического атрофического гастрита
- 2) хронического поверхностного гастрита
- 3) функциональной диспепсии
- 4) язвенной болезни желудка

493. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ недостаточность кардиального сфинктера
- 2) алкоголизм
- 3) кардиоспазм
- 4) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

494. ОДНИМ ИЗ ВНЕПИЩЕВОДНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отоларингологический синдром
- 2) дегтеобразный стул с неприятным запахом
- 3) воспаление оболочек головного мозга
- 4) неспецифический язвенный колит

495. СРЕДИ ПОЛИПОВ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЬШИЙ РИСК МАЛИГНИЗАЦИИ ИМЕЮТ ПОЛИПЫ

- 1)+ аденоматозные
- 2) гиперпластические
- 3) фундальных желез
- 4) воспалительные фиброидные

496. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЭЗОФАГИТ» ПРИ МИКРОСКОПИИ ИЗ БИОПТАТОВ СЛИЗИСТОЙ ПИЩЕВОДА С ВЫСОКИМ РАЗРЕШЕНИЕМ (×400) ДОЛЖНО ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ НЕ МЕНЕЕ _____ ЭОЗИНОФИЛОВ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

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

497. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ язвенная болезнь желудка
- 2) подозрение на целиакию
- 3) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- 4) болезнь Крона

498. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ В ДИАГНОСТИКЕ КАНДИДОЗНОГО ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эзофагогастродуоденоскопия
- 2) суточная рН-метрия пищевода
- 3) манометрия пищевода
- 4) рентгенологическое исследование пищевода

499. ПОЯВЛЕНИЕ РАННЕГО ДЕМПИНГ-СИНДРОМА РАЗВИВАЕТСЯ

- 1)+ в течение 30 минут после еды
- 2) сразу после пробуждения
- 3) через 1 час после приема пищи
- 4) через 1,5-2 часа после приема пищи

500. СИМПТОМ «ОДИНОФАГИЯ» ОБОЗНАЧАЕТ

- 1)+ ощущение болезненного прохождения пищи по пищеводу
- 2) чувство жжения за грудиной
- 3) охриплость голоса
- 4) ощущение затруднения при прохождении пищи по пищеводу

501. В ДИАГНОСТИКЕ ЭЗОФАГИТА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ эзофагодуоденоскопии
- 2) суточной рН-метрии пищевода
- 3) рентгенологического исследования пищевода
- 4) манометрии пищевода

502. УСИЛЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ гиперацидного гастрита
- 2) гигантского гипертрофического гастрита
- 3) синдрома раздраженного желудка
- 4) полипоза желудка

503. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЭЗОФАГИТ» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопическое исследование с биопсией
- 2) рентгенологическое исследование пищевода
- 3) определение уровня IgE
- 4) эзофагоманометрия

504. У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА, ПОЯВИЛИСЬ ЖАЛОБЫ НА ОТРЫЖКУ «ТУХЛЫМ ЯЙЦОМ» И РВОТУ ПРИНЯТОЙ НАКАНУНЕ ПИЩЕЙ, ЧТО МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- 1)+ стеноза пилорического отдела желудка
- 2) язвенного кровотечения
- 3) перфорации язвенного дефекта
- 4) пенетрации язвы

505. В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭОЗИНОФИЛЬНЫМ ЭЗОФАГИТОМ ВОЗМОЖНО ПОВЫШЕНИЕ

- 1)+ числа эозинофилов
- 2) СОЭ
- 3) числа лейкоцитов
- 4) числа нейтрофилов

506. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эзофагогастродуоденоскопия с биопсией
- 2) эндоскопическое ультразвуковое исследование
- 3) суточное мониторирование внутрипищеводного рН
- 4) рентгенологическое исследование желудка

507. ОДНИМ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пищевод Баррета
- 2) ахалазия кардии
- 3) инфекционный эзофагит
- 4) хронический панкреатит

508. БОЛИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ЧЕРЕЗ ПОЛЧАСА-ЧАС ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ ОБ ОБОСТРЕНИИ ЯЗВЫ

- 1)+ тела желудка
- 2) кардиального отдела желудка
- 3) пилорического канала
- 4) двенадцатиперстной кишки

509. УСТАНОВИТЬ ДИАГНОЗ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ПОЗВОЛИТ

- 1)+ рентгенологическое исследование пищевода и желудка
- 2) суточное мониторирование pH желудка
- 3) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- 4) колоноскопия

510. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атеросклероз
- 2) экстравазальная компрессия
- 3) неспецифический аортоартериит
- 4) фибромускулярная дисплазия

511. ОСЛОЖНЕНИЕМ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стриктура пищевода
- 2) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- 3) полип пищевода
- 4) дивертикул пищевода

512. ПАРИЕТАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ СЕКРЕТИРУЮТ

- 1)+ соляную кислоту
- 2) молочную кислоту
- 3) гастромукопротеин
- 4) муцин

513. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ОТ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эзофагогастродуоденоскопия
- 2) клинический анализ крови
- 3) УЗИ органов брюшной полости
- 4) общий анализ кала

514. ДЛЯ АУТОИММУННОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ B12-дефицитной анемии
- 2) тромбоцитопенической пурпуры
- 3) цирроза печени
- 4) дефицита витамина D

515. СЛЕПОЕ ВЫПАЧИВАНИЕ СТЕНКИ ПИЩЕВОДА, ВЫСТЛАННОЕ ИЗНУТРИ НОРМАЛЬНОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ, НАЗЫВАЮТ

- 1)+ дивертикулом
- 2) кардиоспазмом
- 3) грыжей пищеводного отверстия диафрагмы
- 4) рубцовым сужением пищевода

516. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДСКОПИЧЕСКИ НЕГАТИВНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ суточная pH-метрия пищевода
- 2) рентгенологическое исследование пищевода
- 3) эзофагогастродуоденоскопия
- 4) манометрия пищевода

517. ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА МОГУТ БЫТЬ ВЫЗВАНЫ НАЛИЧИЕМ

- 1)+ гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- 2) желчнокаменной болезни
- 3) язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки
- 4) хронического панкреатита

518. НАЛИЧИЕ КИШЕЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ пищевода Барретта
- 2) ахалазии кардии
- 3) пептического эзофагита
- 4) системной склеродермии

519. ДЛЯ КЛИНИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ диспепсический синдром
- 2) спастический стул
- 3) диарея
- 4) субфебрильная температура

520. ЯЗВЕННЫЙ ДЕФЕКТ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- 1)+ в луковице 12-перстной кишки
- 2) на малой кривизне желудка
- 3) на большой кривизне желудка
- 4) в постбульбарном отделе

521. К НАПИТКАМ, ПОВЫШАЮЩИМ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОЕ ДАВЛЕНИЕ, И ТЕМ САМЫМ СПОСОБСТВУЮЩИМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОМУ РЕФЛЮКСУ, ОТНОСЯТ

- 1)+ газированные напитки
- 2) чай
- 3) компот
- 4) кисель

522. БОЛИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ СРАЗУ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ ОБ ОБОСТРЕНИИ ЯЗВЫ

- 1)+ кардиального отдела желудка
- 2) постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки
- 3) антрального или фундального отдела желудка
- 4) луковицы двенадцатиперстной кишки

523. ВОЗНИКНОВЕНИЕ БОЛЕЙ ЗА ГРУДИНОЙ ПОСЛЕ ЕДЫ ПРИ ПРИНЯТИИ ГОРИЗОНТАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- 2) кардиоспазма
- 3) вариантной стенокардии
- 4) обострения хронического холецистита

524. ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АКСИАЛЬНОЙ ХИАТАЛЬНОЙ ГРЫЖИ СЛУЖАТ

- 1)+ повышение внутрибрюшного давления и инволюция тканей пищеводного отверстия диафрагмы
- 2) инволюция тканей пищеводного отверстия диафрагмы и прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода
- 3) прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода и кардиоспазм
- 4) кардиоспазм и эзофагоспазм

525. ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭЗОФАГИТ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ ВЫЗВАН

- 1)+ грибами рода Candida
- 2) вирусами простого герпеса
- 3) цитомегаловирусной инфекцией
- 4) Helicobacter pylori

526. К ИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БАКТЕРИИ H. PYLORI ОТНОСИТСЯ

- 1)+ гистологический метод
- 2) уреазный дыхательный тест
- 3) определение антител в сыворотке крови
- 4) определение антигена H. pylori в кале

527. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ _____ ФОРМА ХИАТАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

- 1)+ аксиальная
- 2) параэзофагеальная
- 3) смешанная
- 4) гигантская

528. К НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БАКТЕРИИ H. PYLORI ОТНОСИТСЯ

- 1)+ определение антигена H. pylori в кале
- 2) цитологический метод
- 3) бактериологический метод
- 4) иммуногистохимический метод

529. ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВОДА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ недостаточности кардиального сфинктера
- 2) синдроме раздраженного кишечника
- 3) хроническом панкреатите
- 4) дисфункции билиарного тракта

530. К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПИЩЕВОДА ОТНОСЯТ

- 1)+ рефлюкс-эзофагит
- 2) дивертикулит пищевода
- 3) атрофический эзофагит верхней трети пищевода
- 4) стриктуры пищевода после ожога

531. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ СИНДРОМА МЭЛЛОРИ-ВЕЙСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ неукротимая рвота
- 2) гиперсекреторная диарея
- 3) первичный билиарный цирроз
- 4) инфекционный эзофагит

532. БОЛЬ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ГРУДИНЫ, ОБЛЕГЧАЮЩАЯСЯ ПРИ ПЕРЕХОДЕ БОЛЬНОГО ИЗ ГОРИЗОНТАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ В ВЕРТИКАЛЬНОЕ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ

- 1)+ грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- 2) пролапса митрального клапана
- 3) тромбоэмболии легочной артерии
- 4) базального плеврита

533. ПРОГНОСТИЧЕСКИ НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ В ОТНОШЕНИИ ПОСЛЕДУЮЩЕГО РУБЦЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ ОЖОГ

- 1)+ щелочью
- 2) электричеством
- 3) уксусной эссенцией
- 4) кислотой

534. ДЕМПИНГ-СИНДРОМ 1 СТЕПЕНИ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПРИЕМА

- 1)+ сладкого чая
- 2) густой каши
- 3) капусты
- 4) рыбных блюд

535. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ СИМПТОМЫ, ВЫЗВАННЫЕ АКСИАЛЬНОЙ ХИАТАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ, ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1)+ рефлюкса содержимого желудка в пищевод
- 2) нарушения прохождения пищи по пищеводу
- 3) расширения пищевода
- 4) дискинезии пищевода

536. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К РАЗВИТИЮ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гастрит культи желудка
- 2) хронический гастрит на фоне приема салициловой кислоты
- 3) хронический неатрофический гастрит
- 4) гастроэзофагеальный рефлюкс

537. БОЛИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ЧЕРЕЗ 2-3 ЧАСА ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ ОБ ОБОСТРЕНИИ ЯЗВЫ

- 1)+ пилорического канала
- 2) кардиального отдела желудка
- 3) субкардиального отдела желудка
- 4) фундального отдела желудка

538. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДУОДЕНОСТАЗА ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ боли в пилородуоденальной зоне и рвота
- 2) боли в правом и левом подреберьях
- 3) ночные позывы на дефекацию
- 4) приступы затрудненного дыхания

539. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭЗОФАГИТА У ПАЦИЕНТА МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ

- 1)+ иммунодефицита
- 2) аутоиммунных заболеваний
- 3) врождённых пороков развития
- 4) диафрагмальной грыжи

540. НАЛИЧИЕ ТРИАДЫ СИМПТОМОВ: СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ, ИЗЪЯЗВЛЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ДИАРЕЯ УКАЗЫВАЕТ НА

- 1)+ синдром Золлингера - Эллисона
- 2) болезнь Крона с поражением тонкой кишки
- 3) гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь
- 4) хронический панкреатит с панкреатической недостаточностью

541. К ПРОДУКТАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ГИПОТЕНЗИИ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА, ОТНОСЯТ

- 1)+ кофе, шоколад
- 2) мясо, рыбу
- 3) яблоки, груши
- 4) капусту

542. ОСНОВНЫМ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ В РАЗВИТИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфицирование *Helicobacter pylori*
- 2) нарушение образования панкреатического сока
- 3) нарушение желчеобразования
- 4) дуоденогастральный рефлюкс

543. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИ НЕГАТИВНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ суточное мониторирование внутрипищеводного pH
- 2) сцинтиграфия пищевода
- 3) рентгенологическое исследование
- 4) эзофаготономанометрия

544. ПРИЧИНОЙ ГИПЕРПРОДУКЦИИ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ увеличение количества париетальных клеток
- 2) увеличение количества главных клеток
- 3) снижение секреции гастрина
- 4) синтез простагландина E₂

545. ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЭЗОФАГИТ ЧАЩЕ АССОЦИИРУЕТСЯ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

- 1)+ аллергическими
- 2) ревматическими
- 3) паразитарными
- 4) аутоиммунными

546. РАЗВИТИЮ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА СПОСОБСТВУЕТ ПРИЕМ

- 1)+ изосорбида мононитрата
- 2) метопролола сукцината
- 3) алюминия гидроксида
- 4) стронция ранелата

547. ПИЩЕВОД БАРРЕТТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МЕТАПЛАЗИЕЙ

- 1)+ многослойного плоского неороговевающего эпителия в цилиндрический эпителий кишечного типа
- 2) многослойного плоского неороговевающего эпителия в цилиндрический эпителий с железами фундального типа
- 3) цилиндрического эпителия с железами фундального типа в цилиндрический эпителий кишечного типа
- 4) многослойного плоского ороговевающего эпителия в цилиндрический эпителий с железами кардиального типа

548. В КАЧЕСТВЕ ВНЕПИЩЕВОДНОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ВЫСТУПАЕТ

- 1)+ фарингит
- 2) киста небной миндалины
- 3) папиллома небной дужки
- 4) новообразование язычка

549. «КОШАЧИЙ ПИЩЕВОД» (ПОДВИЖНЫЕ КОНЦЕНТРИЧЕСКИЕ КОЛЬЦА В ПИЩЕВОДЕ) ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1)+ эозинофильном эзофагите
- 2) раке пищевода
- 3) гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- 4) дивертикуле пищевода

550. РАЗВИТИЕ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ

- 1)+ ацетилсалициловой кислоты
- 2) метронидазола
- 3) метоклопрамида
- 4) сукральфата

551. ПОЯВЛЕНИЕ ЭРОЗИЙ В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ инфекции *Helicobacter pylori*
- 2) болезни Менетрие
- 3) аутоиммунного гастрита
- 4) гранулематозного гастрита

552. КЛЕТКИ, ВЫРАБАТЫВАЮЩИЕ ГАСТРИН, РАСПОЛАГАЮТСЯ В _____ ЖЕЛУДКА

- 1)+ антральном отделе
- 2) теле
- 3) пилорическом отделе
- 4) дне

553. К МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* ОТНОСИТСЯ

- 1)+ определение IgG к *H.pylori* в крови
- 2) общий анализ крови
- 3) общий анализ кала
- 4) водородный дыхательный тест с лактулозой

554. ОСТРЫЙ КАТАРАЛЬНЫЙ ЭЗОФАГИТ МОЖЕТ ОСЛОЖНЯТЬСЯ

- 1)+ диапедезным кровотечением
- 2) рубцовым стенозом
- 3) перфорацией пищевода
- 4) профузным кровотечением

555. ТРИАДА СИМПТОМОВ, ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ, ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ дисфагию, регургитацию, боль
- 2) изжогу, извращение вкуса, периэзофагит
- 3) чувство першения, повышенную саливацию, осиплость голоса
- 4) подкожную эмфизему, изжогу, регургитацию

556. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ И ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дисфагия
- 2) изжога
- 3) усиленное слюноотделение
- 4) рвота съеденной пищей

557. НЕТИПИЧНЫМ ДЛЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ ТАКОЙ СИМПТОМ КАК

- 1)+ ощущение кома в горле
- 2) дисфагия
- 3) отрыжка воздухом
- 4) одинофагия

558. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ИЗЖОГИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ суточная рН-импедансометрия пищевода
- 2) эндоскопическая ультрасонография
- 3) видеокапсульная эндоскопия
- 4) рентгенологическое исследование пищевода

559. К КЛЕТКАМ, ОТВЕТСТВЕННЫМ ЗА РАЗВИТИЕ ВОСПАЛЕНИЯ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПИЩЕВОДА ПРИ ЭОЗИНОФИЛЬНОМ ЭЗОФАГИТЕ, ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ эозинофилы
- 2) нейтрофилы
- 3) моноциты
- 4) эритроциты

560. СОЧЕТАНИЕ СТОЙКОГО ПОВЫШЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ, ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ДИАРЕИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ синдрома Золлингера – Эллисона
- 2) болезни Крона с локализацией в желудке
- 3) язвенного колита
- 4) язвенной болезни с локализацией в желудке и двенадцатиперстной кишке

561. ФАКТОРОМ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К РАЗВИТИЮ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ избыточный вес
- 2) инфекция *Helicobacter pylori*
- 3) молодой возраст
- 4) нерегулярное питание

562. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ пенетрация
- 2) желчнокаменная болезнь
- 3) портальная гипертензия
- 4) почечная колика

563. БОЛЬ ПРИ ЯЗВАХ ПИЛОРИЧЕСКОГО КАНАЛА И ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ВОЗНИКАЕТ

- 1)+ натощак и уменьшается после приема пищи
- 2) сразу во время еды
- 3) после приема жареной, жирной пищи
- 4) во время дефекации

564. СИМПТОМ «ДИСФАГИЯ» ОБОЗНАЧАЕТ

- 1)+ затруднение прохождения пищи по пищеводу
- 2) чувство жжения за грудиной
- 3) ощущение болезненного прохождения пищи по пищеводу
- 4) охриплость голоса

565. ПРИЗНАКОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ «симптом ниши»
- 2) «симптом песочных часов»
- 3) гастроэзофагеальный рефлюкс
- 4) дефект наполнения

566. ДЛЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ боли в эпигастральной области
- 2) изжоги
- 3) дисфагии
- 4) горечи во рту

567. С ИНФЕКЦИЕЙ HELICOBACTER PYLORI АССОЦИИРОВАНА

- 1)+ язвенная болезнь
- 2) обструкция общего желчного протока
- 3) аденома фатерова сосочка
- 4) желчнокаменная болезнь

568. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИИ HELICOBACTER PYLORI ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ дыхательный тест с ^{13}C - меченой мочевиной
- 2) общий анализ крови
- 3) общий анализ кала
- 4) водородный дыхательный тест с лактулозой

569. ПРИЗНАКОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПРИ ПИЩЕВОДЕ БАРРЕТТА СЧИТАЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ

- 1)+ дисплазии высокой степени
- 2) атрофии эпителия
- 3) гипертрофии эпителиального пласта
- 4) утолщения и склерозирования базальной мембраны

570. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ МОЖЕТ ПОСЛУЖИТЬ ПРИЕМ

- 1)+ нестероидных противовоспалительных препаратов
- 2) блокаторов кальциевых каналов
- 3) статинов
- 4) ингаляционных глюкокортикостероидов

571. К ГЕНАМ, ОТВЕТСТВЕННЫМ ЗА РАЗВИТИЕ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА, ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ TSLP
- 2) NOD1
- 3) NOD2
- 4) P53

572. СИМПТОМ ИЗЖОГИ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- 1)+ гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- 2) функциональной диспепсии
- 3) язвенной болезни желудка
- 4) хронического холецистита

573. К ВНЕПИЩЕВОДНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ кашель
- 2) изжогу
- 3) боль в эпигастральной области
- 4) боль в правом подреберье

574. ДЛЯ БОЛЕЕ ТОЧНОЙ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1)+ манометрию пищевода
- 2) суточную рН-метрию пищевода
- 3) эзофагогастродуоденоскопию
- 4) рентгенологическое исследование пищевода

575. ГИПЕРТОНУС НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ ахалазии кардии
- 2) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- 3) хронического рефлюкс-эзофагита
- 4) пищевода Барретта

576. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дисфагия
- 2) изжога
- 3) усиленное слюноотделение
- 4) боль за грудиной

577. ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфекция *Helicobacter pylori*
- 2) потребление алкоголя
- 3) курение
- 4) нарушение диеты

578. К СИМПТОМАМ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ боль и задержку продвижения пищи по пищеводу
- 2) жжение в области языка
- 3) отсутствие аппетита
- 4) повышение температуры тела

579. В ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эзофагогастродуоденоскопия
- 2) рентгенография верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- 3) компьютерная томография
- 4) ультразвуковое исследование

580. К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ В ЖЕЛУДКЕ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ гиперпластические полипы
- 2) варикозно измененные вены кардии
- 3) телеангиэктазии
- 4) аденоматозные полипы

581. ЦЕНКЕРОВСКИЕ ДИВЕРТИКУЛЫ ИМЕЮТ ХАРАКТЕРНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ В

- 1)+ задней стенке глотки и пищевода
- 2) сигмовидной кишке
- 3) 12-перстной кишке
- 4) поддиафрагмальной части пищевода

582. ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНА БОЛЬ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ВОЗНИКАЮЩАЯ

- 1)+ натощак
- 2) сразу после еды
- 3) через 1-2 часа после приема жирной пищи
- 4) при наклоне туловища

583. К ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ аденокарциному пищевода
- 2) дивертикулы пищевода
- 3) грыжу пищеводного отверстия диафрагмы
- 4) эрозивный гастрит

584. ДЛЯ 2 СТАДИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ Б. В. ПЕТРОВСКОГО ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ стабильного спазма с нерезким расширением пищевода
- 2) рубцовых изменений в области нижнего пищеводного сфинктера с выраженным расширением пищевода
- 3) полной непроходимости пищевода и регургитации при приеме пищи
- 4) функционального непостоянного спазма кардии без расширения пищевода

585. ДЛЯ ИНФЕКЦИИ HELICOBACTER PYLORI ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ диспепсического синдрома
- 2) диареи и вздутия
- 3) изжоги и регургитации
- 4) спастического стула

586. К БОЛЬШИМ ПРИЗНАКАМ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ более 15 эозинофилов в поле зрения микроскопа высокого разрешения
- 2) множественные циркулярные язвы в нижней и средней трети пищевода
- 3) дисплазию высокой степени на фоне кишечной метаплазии
- 4) крипт-абсцессы

587. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВИРУСНОГО ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цитомегаловирус
- 2) вирус папилломы человека
- 3) энтеровирус
- 4) норовирус

588. ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ антихолинергические средства
- 2) диету с высоким содержанием углеводов
- 3) диету с большим количеством жидкости
- 4) антациды

589. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ ингибиторы протонной помпы
- 2) блокаторы H₂-рецепторов гистамина
- 3) блокаторы дофаминовых рецепторов
- 4) алюминийсодержащие гастропротекторы

590. РЕЖЕ ДРУГИХ ВЫЗЫВАЕТ ЯЗВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖКТ НЕСТЕРОИДНЫЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ

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

591. СТАНДАРТНОЙ СХЕМОЙ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХЕЛИКОБАКТЕРОМ ПИЛОРИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ингибитор протонной помпы + амоксициллин 1000 мг×2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг × 2 раза в сутки
- 2) ингибитор протонной помпы + амоксициллин 500 мг×2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг × 2 раза в сутки
- 3) блокатор H₂-гистаминовых рецепторов + амоксициллин 1000 мг × 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг × 2 раза в сутки
- 4) блокатор H₂-гистаминовых рецепторов + амоксициллин 1000 мг × 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг × 1 раз в сутки

592. ЦИТОПРОТЕКТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ В ОТНОШЕНИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ОБЛАДАЕТ

- 1)+ сукральфат
- 2) викалин
- 3) гастрोцепин
- 4) солкосерил

593. КИСЛОТНОСТЬ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА СНИЖАЕТ

- 1)+ соматостатин
- 2) секретин
- 3) глюкагон
- 4) инсулин

594. ПРИ ДИЕТОТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВКЛЮЧЕНИЕ БЕЛКОВЫХ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ ПРИВЕДЕТ К

- 1)+ снижению кислотности желудочного содержимого
- 2) повышению кислотности желудочного содержимого
- 3) повышению уровня пепсина в желудочном содержимом
- 4) снижению уровня пепсина в желудочном содержимом

595. У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ УСИЛЕНИЮ СИМПТОМОВ МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ ПРИЁМ

- 1)+ изосорбида мононитрата
- 2) метопролола сукцината
- 3) стронция ранелата
- 4) алюминия гидроксида

596. ХОЛИНОЛИТИКИ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧАТЬ ПРИ

- 1)+ глаукоме
- 2) язве желудка
- 3) панкреатите
- 4) анемии

597. БЛОКИРУЕТ H₂-ГИСТАМИНОВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ

- 1)+ Фамотидин
- 2) Димедрол
- 3) Метацин
- 4) Атропин

598. ОМЕПРАЗОЛ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

- 1)+ блокаторов протонного насоса
- 2) М-холиноблокаторов
- 3) блокаторов гистаминовых H₁рецепторов
- 4) блокаторов гистаминовых H₂рецепторов

599. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ в местах физиологических или патологических сужений
- 2) в средней трети пищевода
- 3) на уровне пищеварительного отверстия диафрагмы
- 4) в абдоминальном отделе пищевода

600. ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ СОСТОИТ В

- 1)+ снижении частоты рецидивов язвенной болезни
- 2) снижении секреции соляной кислоты
- 3) уменьшении выраженности болевого синдрома
- 4) ускорении рубцевания язвы

601. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ диспептические расстройства
- 2) головокружение и слабость
- 3) учащенное сердцебиение
- 4) повышение температуры

602. В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗНОГО ЭЗОФАГИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ флуконазол
- 2) висмута трикалия дицитрат
- 3) омепразол
- 4) алгелдрат + магния гидроксид

603. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДОЗИРОВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ КЛАССИЧЕСКОЙ ТРЕХКОМПОНЕНТНОЙ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С *HELICOBACTER PYLORI*, СОСТАВЛЯЮТ

- 1)+ омепразола 40 мг в сутки, амоксициллина 2000 мг в сутки, кларитромицина 1000 мг в сутки
- 2) омепразола 20 мг в сутки, метронидазола 1000 мг в сутки, амоксициллина 2000 мг в сутки
- 3) омепразола 40 мг в сутки, метронидазола 1000 мг в сутки, кларитромицина 1000 мг в сутки
- 4) омепразола 20 мг в сутки, амоксициллина 2000 мг в сутки, кларитромицина 1000 мг в сутки

604. АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НАПРАВЛЕНА НА

- 1)+ снижение частоты рецидивов язвенной болезни
- 2) снижение секреции соляной кислоты
- 3) уменьшение выраженности болевого синдрома
- 4) ускорение рубцевания язвы

605. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ ЭФФЕКТОМ ПОДАВЛЕНИЯ СЕКРЕЦИИ КИСЛОТЫ В ЖЕЛУДКЕ ОБЛАДАЮТ

- 1)+ блокаторы «протонного насоса»
- 2) антациды
- 3) блокаторы гистаминовых рецепторов 2 типа
- 4) М-холинолитики

606. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эрадикация *Helicobacter pylori*
- 2) снижение секреции соляной кислоты
- 3) уменьшение выраженности болевого синдрома
- 4) уменьшение риска прободения язвы

607. СТИМУЛЯТОРОМ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атропин
- 2) кофеин
- 3) гистамин
- 4) инсулин

608. В ЛЕЧЕНИИ ПОСТПРАНДИАЛЬНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1)+ прокинетики
- 2) спазмолитики
- 3) желчегонные препараты
- 4) панкреатические ферменты

609. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЯТЬ

- 1)+ домперидон
- 2) дротаверин
- 3) экстракт валерианы
- 4) нифедипин

610. В ЛЕЧЕНИИ НПВП-ГАСТРОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

- 1)+ ингибиторы протонной помпы
- 2) блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов
- 3) антациды
- 4) препараты висмута

611. В СХЕМУ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЭРАДИКАЦИИ *H. PYLORI* ВХОДИТ

- 1)+ Амоксициллин
- 2) Левофлоксацин
- 3) Тетрациклин
- 4) Ципрофлоксацин

612. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ МИНЕРАЛЬНЫМИ ВОДАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ натриево-хлоридные
- 2) натриево-гидрокарбонатные
- 3) радоновые
- 4) натриево-сульфатно-гидрокарбонатные

613. ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ С СИНДРОМОМ ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ БОЛИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

- 1)+ антисекреторные препараты
- 2) прокинетики
- 3) анальгетики
- 4) спазмолитики

614. ОМЕПРАЗОЛ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ингибитором протонной помпы
- 2) желчегонным препаратом
- 3) блокатором H₂-гистаминовых рецепторов
- 4) ферментным препаратом

615. ФАМОТИДИН БЛОКИРУЕТ

- 1)+ H₂-рецепторы
- 2) M₂-ионные каналы
- 3) H₁-рецепторы
- 4) D₁-рецепторы

616. БОЛЬНЫМ С ГРЫЖАМИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ И ИЗЖОГОЙ НЕ ЧАЩЕ 2 РАЗ В НЕДЕЛЮ ДОСТАТОЧНО

- 1)+ назначения ингибиторов протонной помпы в режиме «по требованию»
- 2) назначения невсасывающихся антацидов
- 3) исключения продуктов, провоцирующих изжогу
- 4) назначения антирефлюксного режима физической активности

617. ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА РЕЖЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ НА ФОНЕ ПРИЕМА

- 1)+ целекоксиба
- 2) индометацина
- 3) ацетилсалициловой кислоты
- 4) диклофенака

618. ПРЕПАРАТОМ, НАИБОЛЕЕ АКТИВНО ДЕЙСТВУЮЩИМ НА *HELICOBACTER PYLORI*, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ Де-Нол
- 2) Фурагин
- 3) Гентамицин
- 4) Фамотидин

619. ОМЕПРАЗОЛ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

- 1)+ блокаторов протонного насоса
- 2) блокаторов гистаминовых H₁-рецепторов
- 3) блокаторов гистаминовых H₂-рецепторов
- 4) M-холиноблокаторов

620. ПРИ ГИПЕРАЦИДНОМ ГАСТРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ _____
МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ

- 1)+ натриево-гидрокарбонатные
- 2) натриево-хлоридные
- 3) натриево-хлоридно-гидрокарбонатные
- 4) натриево-сульфатно-гидрокарбонатные

621. ФАМОТИДИН ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

- 1)+ блокаторов гистаминовых H₂-рецепторов
- 2) блокаторов гистаминовых H₁-рецепторов
- 3) спазмолитиков
- 4) М-холиноблокаторов

622. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ВЫБРАТЬ

- 1)+ эндоскопическую дилатацию
- 2) эзофаготомию
- 3) бужирование пищевода
- 4) седативные средства

623. ПРИ ДИЕТОТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВКЛЮЧЕНИЕ БЕЛКОВЫХ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ ПРИ ДРОБНОМ ПИТАНИИ ПРИВЕДЕТ К

- 1)+ снижению агрессивности желудочного содержимого
- 2) повышению агрессивности желудочного содержимого
- 3) понижению слизисто-бикарбонатного барьера
- 4) диарее

624. К ПРЕПАРАТАМ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЖГУЧИХ БОЛЕЙ ПРИ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ, ОТНОСЯТ

- 1)+ домперидон
- 2) нитроглицерин
- 3) диазепам
- 4) папаверин

625. АНТАЦИДНЫМ ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ алгелдрат + магния гидроксид
- 2) гастрофарм
- 3) сукральфат
- 4) висмута трикалия дицитрат

626. ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ТЕРАПИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИДАЕТСЯ

- 1)+ ингибиторам протонной помпы
- 2) антибиотикам
- 3) спазмолитикам
- 4) антацидам

627. РЕЖЕ ДРУГИХ ВЫЗЫВАЕТ ЯЗВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

- 1)+ нимесулид
- 2) индометацин
- 3) вольтарен
- 4) диклофенак

628. К ГАСТРОПРОТЕКТОРАМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ ребамипид
- 2) омепразол
- 3) фамотидин
- 4) атропин

629. АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ СПОСОБСТВУЕТ

- 1)+ снижению частоты рецидивов
- 2) уменьшению выраженности болевого синдрома
- 3) ускорению рубцевания язвы
- 4) уменьшению риска прободения язвы

630. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЭЛЛОРИ-ВЕЙСА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ВЫБРАТЬ

- 1)+ клипирование дефекта
- 2) зонд Блэкмора
- 3) экстренную операцию
- 4) охлаждение желудка

631. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ РАСПАДАЮЩИХСЯ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ электрокоагуляция
- 2) местное охлаждение хлорэтилом
- 3) нанесение пленкообразующих веществ
- 4) введение сосудосуживающих препаратов в основание полипа

632. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ СТИМУЛЯТОРОМ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ

- 1)+ Атропин
- 2) Эуфиллин
- 3) Кофеин
- 4) Гистамин

633. ЖЕЛУДОЧНУЮ СЕКРЕЦИЮ СНИЖАЕТ

- 1)+ омепразол
- 2) сукральфат
- 3) амоксициллин
- 4) дротаверин

634. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ Рабепразол
- 2) Дротаверина гидрохлорид
- 3) Лактулозу
- 4) Рифаксимин

635. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЙ АНТИСЕКРЕТОРНОЙ АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЮТ

- 1)+ ингибиторы протонной помпы
- 2) H₂-гистаминоблокаторы
- 3) H₁-гистаминоблокаторы
- 4) антациды

636. ОМЕПРАЗОЛ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

- 1)+ блокаторов протонного насоса
- 2) блокаторов гистаминовых H₂-рецепторов
- 3) адrenoблокаторов
- 4) блокаторов гистаминовых H₁ -рецепторов

637. ЗАПОРЫ ВОЗМОЖНЫ ПРИ

- 1)+ язвенной болезни 12-перстной кишки
- 2) болезни оперированного желудка
- 3) хроническом энтерите
- 4) синдроме мальабсорбции

638. БОЛЬНОМУ С ЭЗОФАГИТОМ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ антациды
- 2) панкреатические ферменты
- 3) спазмолитики
- 4) антибиотики

639. ИЗ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ МОЖНО ИСКЛЮЧИТЬ

- 1)+ родоновые ванны
- 2) рефлексотерапию
- 3) магнитотерапию
- 4) лазеротерапию

640. ПРИ СОЧЕТАНИИ ПИЩЕВОДНЫХ И ВНЕПИЩЕВОДНЫХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТА С ГЭРБ ЭФФЕКТИВНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ ингибиторов протонной помпы
- 2) H₂-блокаторов гистамина
- 3) прокинетиков
- 4) оперативного лечения

641. НЕ СТИМУЛИРУЕТ ЖЕЛУДОЧНУЮ СЕКРЕЦИЮ

- 1)+ атропин
- 2) аминофиллин
- 3) кофеин
- 4) гистамин

642. ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ, ОБЛАДАЮЩИМ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кларитромицин
- 2) гентамицин
- 3) цетиризин
- 4) метоклопрамид

643. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ, ПРОТИВОСТОЯЩИМ АГРЕССИИ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ мизопростол
- 2) алгелдрат + магния гидроксид
- 3) гвайзулен + диметикон
- 4) фамотидин

644. ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

- 1)+ антисекреторные препараты
- 2) спазмолитические средства
- 3) ферментные препараты
- 4) антациды

645. К ПРЕПАРАТАМ С НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ ЭФФЕКТОМ ПОДАВЛЕНИЯ СЕКРЕЦИИ КИСЛОТЫ В ЖЕЛУДКЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ блокаторы «протонного насоса»
- 2) м-холинолитики
- 3) H₂-гистаминоблокаторы
- 4) прокинетики

646. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ ингибиторы протонной помпы
- 2) альгинаты
- 3) антациды
- 4) блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов

647. ДИЕТА ПРИ ЦЕЛИАКИИ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1)+ в течение всей жизни
- 2) только на период обострения
- 3) до восстановления массы тела
- 4) до нормализации стула

648. НАИБОЛЕЕ АГРЕССИВНЫМ ПО ОТНОШЕНИЮ К СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ НЕСТЕРОИДНЫЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ

- 1)+ диклофенак
- 2) мелоксикам
- 3) нимесулид
- 4) парацетамол

649. ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПОЛИПАМИ ЖЕЛУДКА БОЛЕЕ 25 ММ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопическое удаление
- 2) консервативное лечение, с последующим динамическим наблюдением
- 3) динамическое наблюдение
- 4) резекция желудка

650. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ ингибиторы протонной помпы, прокинетики, антациды
- 2) гастропротекторы, антибиотики, спазмолитики
- 3) сорбенты, желчегонные препараты
- 4) нестероидные противовоспалительные средства, кортикостероиды

651. БАКТЕРИЦИДНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ПРОТИВ HELICOBACTER PYLORI ОБЛАДАЕТ

- 1)+ висмута трикалия дицитрат
- 2) ребамипид
- 3) алгелдрат + магния гидроксид
- 4) фамотидин

652. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТОНУСА СФИНКТЕРА ОДДИ ПРИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ В ПРИМЕНЯЮТСЯ

- 1)+ миотропные спазмолитики
- 2) антагонисты кальция
- 3) антихолинергические препараты
- 4) нитраты

653. ПРИ НОЧНОМ КИСЛОТНОМ ПРОРЫВЕ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ фамотидин
- 2) мотилиум
- 3) урсодезоксихолевую кислоту
- 4) гевискон

654. АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНАЯ АКТИВНОСТЬ ОТСУТСТВУЕТ У

- 1)+ альбендазола
- 2) висмута трикалия дицитрата
- 3) амоксицилина
- 4) кларитромицина

655. ДЛЯ ЭРАДИКАЦИИ *H. pylori* В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОЙ СХЕМЫ ТЕРАПИИ ВТОРОЙ ЛИНИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ В СТАНДАРТНОЙ ДОЗЕ 2 РАЗА В СУТКИ В СОЧЕТАНИИ С _____ В ТЕЧЕНИЕ 14 ДНЕЙ

- 1)+ висмута трикалия дицитратом (120 мг 4 раза в сутки), тетрациклином (500 мг 4 раза в сутки) и метронидазолом (500 мг 3 раза в сутки)
- 2) висмута трикалия дицитратом (120 мг 4 раза в сутки), амоксицилином (1000 мг 2 раза в сутки), кларитромицином (500 мг 2 раза в сутки)
- 3) левофлоксацином (500 мг 2 раза в сутки), амоксицилином (1000 мг 2 раза в сутки)
- 4) кларитромицином (500 мг 2 раза в сутки), амоксицилином (1000 мг 2 раза в сутки)

656. К РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ОТНОСЯТ

- 1)+ снижение нагрузки на мышцы брюшного пресса, сон с приподнятым головным концом
- 2) занятия бегом, увеличение в питании доли животного жира
- 3) занятия плаванием, приём газированных напитков
- 4) сон с опущенным головным концом, повышение нагрузки на мышцы брюшного пресса

657. К ПРЕПАРАТАМ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ОТНОСЯТ

- 1)+ прокинетики
- 2) спазмолитики
- 3) бетта-адреноблокаторы
- 4) м-холинолитики

658. КЛАССИЧЕСКАЯ ЧЕТЫРЁХКОМПОНЕНТНАЯ СХЕМА ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ СОСТОИТ ИЗ ВИСМУТА ТРИКАЛИЯ ДИЦИТРАТА (120 МГ 4 РАЗА В СУТКИ) В КОМБИНАЦИИ С ИНГИБИТОРАМИ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ (4 РАЗА В СУТКИ), ТЕТРАЦИКЛИНОМ (500 МГ 4 РАЗА В СУТКИ), МЕТРОНИДАЗОЛОМ (500 МГ 4 РАЗА В СУТКИ) В ТЕЧЕНИЕ _____ ДНЕЙ

- 1)+ 14
- 2) 10
- 3) 7
- 4) 5

659. КЛАССИЧЕСКАЯ КВАДРОТЕРАПИЯ *H. PYLORI* ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ ИПП + тетрациклин + метронидазол + препараты висмута
- 2) ИПП + левофлоксацин + амоксицилин + препараты висмута
- 3) метронидазол + амоксицилин + препараты висмута + тетрациклин
- 4) ИПП + препараты висмута + амоксицилин+ кларитромицин

660. В РЕГИОНАХ С ВЫСОКОЙ (БОЛЕЕ 15%) РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ *H. PYLORI* К МАКРОЛИДАМ В КАЧЕСТВЕ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАНА

- 1)+ тройная терапия продолжительностью 14 дней
- 2) тройная терапия с добавлением висмута трикалия дицитрата продолжительностью 14 дней
- 3) стандартная квадротерапия (ИПП + тетрациклин + метронидазол + висмута трикалия дицитрата) продолжительностью 14 дней
- 4) терапия с использованием эзомепразола или рабепразола

661. К СРЕДСТВАМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ ингибиторы протонной помпы
- 2) блокаторы H1-рецепторов
- 3) пробиотики и пребиотики
- 4) неорганические энтеросорбенты

662. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1)+ прокинетики+ингибиторы протонной помпы
- 2) ферментные препараты+ингибиторы протонной помпы
- 3) пробиотики
- 4) антибиотики

663. К ОСНОВНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА ОТНОСЯТ

- 1)+ кардиомиотомию
- 2) прием нитроглицерина
- 3) прием омепразола
- 4) психотерапевтические препараты

664. В ДИЕТЕ ПАЦИЕНТОВ С РЕЗЕЦИРОВАННЫМ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКОМ ОБОСНОВАННЫМ СЧИТАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ В РАЦИОНЕ КВОТЫ

- 1)+ белков
- 2) жиров
- 3) углеводов
- 4) клетчатки

665. РЕКОМЕНДОВАННАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ ДЛЯ ЭРАДИКАЦИИ H. PYLORI СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

- 1)+ 14
- 2) 10
- 3) 7
- 4) 21

666. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЖЕЛУДОЧНОЙ ЯЗВЕ КОНТРОЛИРУЮТ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЧЕРЕЗ (В НЕДЕЛЯХ)

- 1)+ 8
- 2) 6
- 3) 10
- 4) 12

667. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ активное желудочно-кишечное кровотечение
- 2) сахарный диабет
- 3) одновременный прием с клопидогрелем
- 4) острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST

668. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ЭФФЕКТИВНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ домперидона
- 2) актовегина
- 3) амоксициллина
- 4) папаверина

669. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПРЕПАРАТЫ ГРУППЫ

- 1)+ ингибиторов протонной помпы
- 2) блокаторов H₂-рецепторов гистамина
- 3) антихолинергических средств
- 4) антацидов

670. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОМ ПОРАЖЕНИИ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ИСХОДЕ ПРИЕМА НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ингибитор протонной помпы
- 2) блокатор H₂-рецепторов гистамина
- 3) альгинат
- 4) висмута трикалия дицитрат

671. СТАНДАРТНАЯ ТРОЙНАЯ СХЕМА ЭРАДИКАЦИИ HELICOBACTER PYLORI ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ ингибиторов протонной помпы, кларитромицина и амоксициллина
- 2) антацидных препаратов, цефазолина и тетрациклина
- 3) блокаторов H₂-рецепторов, левофлоксацина и джозамицина
- 4) препаратов висмута, пробиотика *Saccharomyces boulardii*, амоксициллина

672. ПРОКИНЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ

- 1)+ домперидон
- 2) лактулоза
- 3) дротаверин
- 4) макрогол

673. ЛЕКАРСТВОМ, БЛОКИРУЮЩИМ ГИСТАМИНОВЫЕ H₂-РЕЦЕПТОРЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фамотидин
- 2) цетиризин
- 3) мизопростол
- 4) лансопризол

674. ПРИ ПСЕВДОКОРОНАРНОМ (ЭЗОФАГАЛЬНОМ) СИНДРОМЕ БОЛЬ КУПИРУЮТ

- 1)+ нитроглицерином
- 2) спазмолитиками
- 3) транквилизаторами
- 4) холинолитиками

675. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН

- 1)+ омепразол
- 2) фамотидин
- 3) ранитидин
- 4) фосфалюгель

676. РАЗВИТИЕ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА МАЛОВЕРОЯТНО ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ

- 1)+ мясных блюд
- 2) жидких каш
- 3) сладких блюд
- 4) молочных блюд

677. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, НЕ АССОЦИИРОВАННОЙ С HELICOBACTER PYLORI, ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ эзомепразол
- 2) нифурател
- 3) кларитромицин
- 4) метронидазол

678. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПОЛИПАМИ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопическое удаление с гистологическим исследованием
- 2) консервативное лечение с последующим динамическим наблюдением
- 3) эндоскопическое динамическое наблюдение
- 4) резекция желудка

679. ПРОВЕДЕНИЕ ЛИТОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИМЕЕТ ПЕРСПЕКТИВУ ПРИ УСЛОВИИ

- 1)+ конкремента без тени менее 1 см в диаметре
- 2) заполнения желчного пузыря конкрементами на 75% объема
- 3) давности существования конкрементов свыше 3 лет
- 4) наличии "отключенного" желчного пузыря

680. ДЛЯ ЭРАДИКАЦИИ H. PYLORI У ЖИТЕЛЕЙ РЕГИОНОВ С ЕГО ВЫСОКОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ К МАКРОЛИДАМ МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАНА СХЕМА

- 1)+ квадротерапия (ИПП + тетрациклин + метронидазол + висмута трикалия дицитрата) продолжительностью 14 дней
- 2) тройная терапия с добавлением висмута трикалия дицитрата продолжительностью 14 дней
- 3) стандартная тройная терапия продолжительностью 14 дней
- 4) стандартная квадротерапия

681. ПРИ ДИЕТОТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ЧАСТЫЕ ПРИЕМЫ ПИЩИ, БОГАТОЙ БЕЛКАМИ, ПРИВЕДЁТ К

- 1)+ снижению кислотности желудочного содержимого
- 2) повышению секреции слизи
- 3) повышению кислотности желудочного содержимого
- 4) снижению уровня секрета

682. ОМЕПРАЗОЛ ОТНОСИТСЯ К БЛОКАТОРАМ

- 1)+ H⁺-K⁺ АТФ-азы
- 2) кальциевых каналов
- 3) H₂-гистаминовых рецепторов
- 4) рецепторов ангиотензина

683. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СТАНДАРТНОЙ ТРОЙНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

- 1)+ 10-14
- 2) 5-7
- 3) 18-20
- 4) 3-5

684. БОЛЬНЫМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ ДИЕТЫ № ____ ПО М. И. ПЕВЗНЕРУ

- 1)+ 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 15

685. ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ, ДАЮЩИМ ЧЁРНУЮ ОКРАСКУ СТУЛА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ висмута трикалия дицитрат
- 2) алгелдрат + магния гидроксид
- 3) гвайзулен + диметикон
- 4) мизопростол

686. АНТАЦИДНЫЕ ПРЕПАРАТЫ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ В ЛЕЧЕНИИ

- 1)+ хронического гастрита и сопутствующего дуодено-гастрального рефлюкса
- 2) синдрома Золлингера – Эллисона
- 3) язвенной болезни желудка у больных с почечной недостаточностью
- 4) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

687. ПИЩЕВОД БАРРЕТТА МОЖЕТ ОСЛОЖНЯТЬСЯ

- 1)+ развитием аденокарциномы
- 2) перфорацией
- 3) кровотечением
- 4) стенозированием

688. ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМОЙ КОМБИНАЦИЕЙ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ АНТАЦИДЫ, АНТИСЕКРЕТОРНЫЕ ПРЕПАРАТЫ И

- 1)+ прокинетики
- 2) спазмолитики
- 3) анальгетики
- 4) препараты висмута

689. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА МЕХАНИЧЕСКОЕ ЩАЖЕНИЕ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ДИЕТЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ умеренном измельчении пищи
- 2) гомогенизации блюд
- 3) минимальном измельчении пищи
- 4) приготовлении желеобразных блюд

690. ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СТАДИИ РЕМИССИИ НАЗНАЧАЮТ _____ ВАРИАНТ СТАНДАРТНОЙ ДИЕТЫ

- 1)+ основной
- 2) низкокалорийный
- 3) щадящий
- 4) высокобелковый

691. ВИСМУТА ТРИКАЛИЯ ДИЦИТРАТ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ ВЫЗЫВАЕТ

- 1)+ энцефалопатию
- 2) язвенную болезнь желудка
- 3) хронический гастрит
- 4) синдром раздраженного кишечника

692. ТОКСИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРИЕМА НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, СВЯЗАННЫЕ С БЛОКИРОВАНИЕМ ЦИКЛООКСИГЕНАЗЫ-1, РАЗВИВАЮТСЯ _____ ПРИЕМА ПРЕПАРАТА

- 1)+ с 10-14 дня постоянного
- 2) с первого дня
- 3) с 5 дня постоянного
- 4) через 3 месяца постоянного

693. ТРЁХКОМПОНЕНТНАЯ СХЕМА ДЛЯ ЭРАДИКАЦИИ H. PYLORI ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ омепразол + амоксициллин + кларитромицин
- 2) фамотидин + амоксициллин + кларитромицин
- 3) омепразол + висмута трикалия дицитрат + фамотидин
- 4) эзомепразол + висмута трикалия дицитрат + фамотидин

694. СПОСОБНОСТЬЮ СНИЖАТЬ СЕКРЕЦИЮ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ ПАРИЕТАЛЬНЫМИ КЛЕТКАМИ ЖЕЛУДКА ОБЛАДАЕТ

- 1)+ фамотидин
- 2) альмагель
- 3) сукральфат
- 4) висмута трикалия дицитрат

695. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА С ПОВЫШЕННОЙ КИСЛОТНОСТЬЮ В ДИЕТЕ РАЗРЕШЕНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ молоко и кисломолочные продукты
- 2) изделия из сдобного теста
- 3) жареные блюда
- 4) копчёные блюда

696. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЩАЖЕНИЕ ЖЕЛУДКА НЕЛЬЗЯ ДОСТИГНУТЬ

- 1)+ урежением приёмов пищи
- 2) измельчением блюд
- 3) желеобразованием блюд
- 4) дробным питанием

697. ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЗАПРЕЩАЕТСЯ УПОТРЕБЛЯТЬ

- 1)+ мясной бульон
- 2) слизистый отвар
- 3) компот из сухофруктов
- 4) овощной отвар

698. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ параэзофагеальной грыжи
- 2) аксиальной грыжи 1 степени
- 3) рефлюкс-эзофагита
- 4) дуоденогастрального рефлюкса

699. БОЛЬНОМУ СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ РАКОМ ПИЛОРИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА И ОТДАЛЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ ПОКАЗАНО

- 1)+ эндоскопическое стентирование
- 2) химиотерапевтическое лечение
- 3) проведение лучевой терапии
- 4) хирургическое лечение

700. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЗАПРЕЩЕНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ В НАТУРАЛЬНОМ ВИДЕ

- 1)+ молоко
- 2) масло
- 3) кефир
- 4) творог

701. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ РАННЕГО РАКА ПИЩЕВОДА (T1b) С ПРОРАСТАНИЕМ ПОДСЛИЗИСТОЙ ОСНОВЫ ПОКАЗАНА

- 1)+ эзофагэктомия
- 2) радиочастотная абляция слизистой оболочки
- 3) фотодинамическая терапия
- 4) криотерапия

702. В ПРОТИВОЯЗВЕННУЮ ДИЕТУ МОЖНО ВКЛЮЧИТЬ

- 1)+ неострый сыр
- 2) сырые овощи
- 3) мясной бульон
- 4) горох

703. ПРИ УСЛОВИИ ПРОВЕДЕНИЯ РАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОТИВОЯЗВЕННОЙ ТЕРАПИИ РЕФРАКТЕРНЫМИ К ЛЕЧЕНИЮ СЧИТАЮТСЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА, НЕ ЗАРУБЦЕВАВШИЕСЯ В ТЕЧЕНИЕ (В НЕДЕЛЯХ)

- 1)+ 12
- 2) 24
- 3) 36
- 4) 72

704. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА С НИЗКОЙ СТЕПЕНЬЮ ДИСПЛАЗИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ И НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АБЛАЦИИ МЕТАПЛАЗИРОВАННОГО ЭПИТЕЛИЯ ПОКАЗАНА ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ С БИОПСИЕЙ КАЖДЫЕ

- 1)+ 6-12 месяцев
- 2) 3 месяца
- 3) 2-3 года
- 4) 7 лет

705. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ СЕКРЕЦИИ ПРИ ПОВЫШЕННОЙ КИСЛОТНОСТИ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ ингибиторы протонного насоса
- 2) антациды
- 3) H1-гистаминоблокаторы
- 4) M-холинолитики

706. ПРИ УСТАНОВЛЕННОМ В СТАЦИОНАРЕ ДИАГНОЗЕ «ОБОСТРЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА» БОЛЬНОМУ ДОЛЖЕН БЫТЬ НАЗНАЧЕН _____ ВАРИАНТ СТАНДАРТНОЙ ДИЕТЫ

- 1)+ щадящий
- 2) основной
- 3) низкокалорийный
- 4) высокобелковый

707. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЭРАДИКАЦИИ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ Helicobacter pylori, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кларитромицин
- 2) натрия пикосульфат
- 3) магнезия гидроксид
- 4) активированный уголь

708. ПРИ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА КУРС АНТИСЕКРЕТОРНОЙ ТЕРАПИИ В СРЕДНЕМ НАЗНАЧАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ (В НЕДЕЛЯХ)

- 1)+ 8
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

709. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ГАСТРИНОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ ингибиторы протонной помпы
- 2) блокаторы H_2 -рецепторов гистамина
- 3) антациды
- 4) цитопротекторы

710. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ антациды
- 2) спазмолитики
- 3) наркотические анальгетики
- 4) H_2 -гистаминоблокаторы

711. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АКТИВИРОВАННОГО УГЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ язва желудка
- 2) синдром желтухи
- 3) пищевая аллергия
- 4) гиперазотемия

712. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ПАНТОПРАЗОЛА ЯВЛЯЕТСЯ ТЯЖЕЛАЯ _____ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

- 1)+ почечная
- 2) сердечная
- 3) дыхательная
- 4) церебральная

713. ВЫРАБОТКУ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ ЗА СЧЕТ БЛОКАДЫ H_2 -РЕЦЕПТОРОВ ПОДАВЛЯЕТ

- 1)+ фамотидин
- 2) эзомепразол
- 3) платифиллин
- 4) натрия пикосульфат

714. ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1)+ ограничить прием сладкого
- 2) принимать жидкие горячие блюда
- 3) принимать жидкие холодные блюда
- 4) увеличить животные жиры в рационе

715. ТРЕТЬЯ ЛИНИЯ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ индивидуальный подбор антибиотиков по чувствительности
- 2) схемы висмутсодержащей квадротерапии
- 3) схемы последовательной терапии
- 4) схемы тройной терапии

716. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ АНАСТОМОЗА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ ингибиторы протонной помпы
- 2) желчегонные препараты
- 3) прокинетики
- 4) антибиотики

717. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ДИСПЛАЗИЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ эндоскопическую или хирургическую резекцию слизистой желудка
- 2) эзофагогастродуоденоскопию с морфометрией биоптатов слизистой оболочки желудка один раз в 3 месяца
- 3) эзофагогастродуоденоскопию с морфометрией биоптатов слизистой оболочки желудка один раз в 6 месяцев
- 4) эзофагогастродуоденоскопию с морфометрией биоптатов слизистой оболочки желудка один раз в год

718. РЕКОМЕНДОВАННОЙ ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА С ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТТА БЕЗ ДИСПЛАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наблюдение и эзофагодуоденоскопией с биопсией один раз в 3 года
- 2) прием нестероидных противовоспалительных препаратов
- 3) наблюдение и ежегодная эзофагогастродуоденоскопия с биопсией
- 4) электрокоагуляция метаплазированного эпителия

719. К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ С МАКСИМАЛЬНЫМ АНТИСЕКРЕТОРНЫМ ЭФФЕКТОМ ОТНОСЯТ

- 1)+ ингибиторы протонной помпы
- 2) спазмолитики
- 3) антациды
- 4) блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов

720. СРЕДИ НЕСЕЛЕКТИВНЫХ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НАИМЕНЬШИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ОБЛАДАЕТ

- 1)+ ибупрофен
- 2) кетопрофен
- 3) индометацин
- 4) диклофенак

721. ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОТЯГОЩЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1)+ парентеральное питание
- 2) дробное питание
- 3) щадящий вариант диеты
- 4) специализированное энтеральное питание

722. КОМБИНАЦИЕЙ ПРЕПАРАТОВ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ H. PYLORI ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ

- 1)+ омепразола, амоксицилина, кларитромицина
- 2) омепразола, амоксицилина+клавулановой кислоты, азитромицина
- 3) омепразола, амоксицилина, кларитромицина, висмута трикалия дигидрата
- 4) эзомепразола, амоксицилина+клавулановой кислоты, кларитромицина

723. АНТАГОНИСТОМ ГИСТАМИНОВЫХ H₂-РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фамотидин
- 2) эзомепразол
- 3) зафирлукаст
- 4) розувастатин

724. БЛОКАТОРОМ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ омепразол
- 2) пирензепин
- 3) ранитидин
- 4) фамотидин

725. ПРИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТЕ ЗАПРЕЩАЮТ

- 1)+ принимать пищу на ночь, перед сном
- 2) длительный приём пищи
- 3) 4-5 разовое питание
- 4) прогулку на свежем воздухе после еды

726. К ИНГИБИТОРАМ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ рабепразол
- 2) ранитидин
- 3) фамотидин
- 4) низатидин

727. ПРЕПАРАТОМ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ацикловир
- 2) анаферон
- 3) ремантадин
- 4) ингавирин

728. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ПИЩЕВОДА НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

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

729. ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЗАПРЕЩАЕТСЯ УПОТРЕБЛЕНИЕ

- 1)+ хрена и горчицы
- 2) мяса кролика
- 3) яиц
- 4) мяса щуки

730. АЛЬГИНАТОМ НАТРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гевискон
- 2) ультоп
- 3) фосфалюгель
- 4) альмагель

731. ТОНУС НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА СНИЖАЮТ

- 1)+ нитраты
- 2) антациды
- 3) альгинаты
- 4) прокинетики

732. ПРИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТЕ РАЗРЕШЕНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В РАЦИОНЕ

- 1)+ нежирного творога
- 2) кофе
- 3) специй
- 4) наваристых жирных бульонов

733. ПРЕБИОТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лактулоза
- 2) бифиформ
- 3) бифилиз
- 4) примадофилус

734. ПРОВЕДЕНИЕ КУРСА ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ HELICOBACTER PYLORI ИНФЕКЦИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ поливалентной аллергии к антибиотикам
- 2) функциональной желудочной диспепсии
- 3) хроническом мультифокальном атрофическом гастрите
- 4) МАLT-лимфоме

735. ПРОВЕДЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ НЕ ИМЕЕТ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+ неатрофическим гастритом
- 2) полипозом желудка
- 3) геморрагическим гастритом
- 4) болезнью Менетрие

736. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ЭЗОМЕПРАЗОЛА ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

- 1)+ Золлингера – Эллисона
- 2) Иценко – Кушинга
- 3) Конна
- 4) Жильбера

737. АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ ПРЕПАРАТ

- 1)+ висмута трикалия дицитрат
- 2) гевискон
- 3) алгелдрат+магния гидроксид
- 4) цефиксим

738. У ПАЦИЕНТОВ С ДЛИТЕЛЬНЫМ АНАМНЕЗОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С ЧАСТЫМИ РЕЦИДИВАМИ ОТСУТСТВИЕ АДЕКВАТНОЙ ТЕРАПИИ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К РАЗВИТИЮ

- 1)+ рубцового стеноза привратника
- 2) малигнизации язвы
- 3) язвенного колита
- 4) острого холангита

739. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ИНГИБИТОРАМИ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ, ПРИМЕНЯЕМЫМИ ДЛЯ ЭРАДИКАЦИИ ИНФЕКЦИИ H.PYLORI, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ рабепразол и эзомепразол
- 2) лансопразол и пантопразол
- 3) рабепразол и пантопразол
- 4) эзомепразол и пантопразол

740. НЕВСАСЫВАЮЩИМСЯ АНТАЦИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ алюминия фосфат
- 2) натрия гидрокарбонат
- 3) кальция карбонат
- 4) висмута субнитрат+магния карбонат+натрия гидрокарбонат+aira корневища+крушины кора+рутозид+келлин

741. ОСУЩЕСТВИТЬ ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДБОР И ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИСЕКРЕТОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1)+ суточная рН-метрия
- 2) кратковременная рН-метрия
- 3) рН-метрия с использованием радиокапсул
- 4) экспресс-рН-метрия

742. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ИЗ ГРУППЫ ПРОКИНЕТИКОВ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ итоприда гидрохлорид
- 2) метоклопрамид
- 3) домперидон
- 4) прукалоприд

743. БОЛЬНЫМ С ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТТА АНТИСЕКРЕТОРНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ постоянно
- 2) по требованию
- 3) 2 раза в год
- 4) 3 раза в год

744. ПОКАЗАНИЕМ К ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОВЕДЕНИЮ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИИ Н. PYLORI СЛУЖИТ

- 1)+ язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
- 2) наличие эрозий пищевода
- 3) функциональная диспепсия
- 4) анастомозит

745. СРЕДСТВОМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ ингибиторы протонной помпы
- 2) блокаторы H_2 -рецепторов
- 3) антацидные препараты
- 4) прокинетики

746. ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИСЕКРЕТОРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СУТОЧНОЙ РН-МЕТРИИ СЧИТАЮТ ВРЕМЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО РЕГИСТРИРУЕТСЯ pH

- 1)+ >3
- 2) <4
- 3) >6
- 4) <1,5

747. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭЗОФАГИТА, ВЫЗВАННОГО ВИРУСОМ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА, СЛУЖИТ

- 1)+ ацикловир
- 2) ганцикловир
- 3) интерферон альфа- 2 β
- 4) ламивудин

748. ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ нифедипин
- 2) бисопролол
- 3) омепразол
- 4) ипратропия бромид

749. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИЗ ЧИСЛА СХЕМ, РЕКОМЕНДОВАННЫХ ДЛЯ ЭРАДИКАЦИИ ИНФЕКЦИИ Н. PYLORI, ИСКЛЮЧЕНА

- 1)+ последовательная схема эрадикации
- 2) схема квадротерапии с препаратами висмута
- 3) тройная схема с левофлоксацином
- 4) тройная схема с амоксициллином и кларитромицином

750. ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ после перевода больного на пероральный прием препаратов
- 2) сразу после остановки кровотечения
- 3) при отсутствии риска возникновения рецидивов кровотечения
- 4) после достижения полного рубцевания язвы

751. СРЕДИ ИПП САМОЕ НИЗКОЕ СРОДСТВО С ЦИТОХРОМОМ P 450 ПРОЯВЛЯЮТ РАБЕПРАЗОЛ И

- 1)+ пантопразол
- 2) эзомепразол
- 3) омепразол
- 4) лансопразол

752. С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эрадикационная терапия инфекции *H. pylori* при хроническом гастрите, в том числе у «бессимптомных» лиц
- 2) ежегодная эзофагогастродуоденоскопия с биопсией у всех пациентов с атрофическим гастритом
- 3) ежегодное ультразвуковое исследование желудка с доплерографией
- 4) длительное назначение эпителий-протективной терапии цитопротекторами

753. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ

- 1)+ молочные безлактозные смеси
- 2) соевые смеси
- 3) кисломолочные смеси
- 4) белковые гидролизаты

754. КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОВОДЯТ _____ ЭРАДИКАЦИИ

- 1)+ через 4 недели после окончания
- 2) сразу по завершении
- 3) через 1 неделю после окончания
- 4) через 6 месяцев после окончания

755. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ КОНКУРЕНТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ДРУГИМИ ОДНОВРЕМЕННО ПРИНИМАЕМЫМИ ПРЕПАРАТАМИ РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИПП

- 1)+ рабепразол или пантопразол
- 2) эзомепразол в двойной дозе
- 3) омепразол ДСР
- 4) лансопразол

756. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРИНЯТО НАЧИНАТЬ ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ С НАЗНАЧЕНИЯ

- 1)+ ингибиторов протонной помпы
- 2) антацидов
- 3) альгинатов
- 4) прокинетиков

757. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЭОЗИНОФИЛЬНЫМ ЭЗОФАГИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарастание дисфагии
- 2) развитие острой обтурационной дисфагии
- 3) обострение других атопических заболеваний
- 4) нарастание эозинофилии периферической крови

758. ОМЕПРАЗОЛ ОТНОСЯТ К ГРУППЕ

- 1)+ ингибиторов протонной помпы
- 2) блокаторов H₂ рецепторов
- 3) обволакивающих средств
- 4) прокинетиков

759. КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭРАДИКАЦИИ ИНФЕКЦИИ H.PYLORI ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

- 1)+ через 4-6 недель после окончания эрадикационной терапии
- 2) сразу после окончания эрадикационной терапии
- 3) через 2 недели после окончания эрадикационной терапии
- 4) после достижения полного рубцевания язвы

760. МИНИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВСЕХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ H.PYLORI СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

- 1)+ 10
- 2) 7
- 3) 5
- 4) 3

761. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ НПВС-ГАСТРОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

- 1)+ ИПП
- 2) H₂ блокаторы гистамина
- 3) антациды
- 4) препараты висмута

762. К СРЕДСТВАМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ ингибиторы протонной помпы
- 2) антациды
- 3) H₂-блокаторы
- 4) висмут трикалия дицитрат

763. ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ И ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА У ВЗРОСЛЫХ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СХЕМА ПРИЁМА ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ

- 1)+ дважды в день
- 2) один раз в день
- 3) через день
- 4) один раз в неделю

764. СХЕМА ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ ингибитор протонной помпы (в стандартной дозе 2 раза в сутки), кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)
- 2) ингибитор протонной помпы (в стандартной дозе 1 раз в сутки), кларитромицин (по 500 мг 1 раз в сутки) амоксициллин (по 1000 мг 1 раз в сутки)
- 3) ингибитор протонной помпы (в стандартной дозе 2 раза в сутки), кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки), висмута трикалия дицитрат (в дозе 240 мг 2 раза в сутки)
- 4) ингибитор протонной помпы (в стандартной дозе 1 раз в сутки), кларитромицин (по 500 мг 1 раз в сутки), висмута трикалия дицитрат (в дозе 240 мг 2 раза в сутки)

765. ПРИ НАЛИЧИИ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ЗАПРЕЩАЕТСЯ

- 1)+ грубоволокнистая пища
- 2) белковой питание
- 3) дробное питание
- 4) жидкая пища

766. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ ингибиторы протонной помпы
- 2) блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов
- 3) обволакивающие
- 4) прокинетики

767. ПРОВЕДЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДОКАЗАЛИ, ЧТО БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ ОКАЗАЛИСЬ

- 1)+ ИПП
- 2) блокаторы H_2 -рецепторов гистамина
- 3) антациды
- 4) НПВП

768. СХЕМЫ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ВКЛЮЧАЮТ НАРЯДУ С АНТИБИОТИКАМИ

- 1)+ ингибиторы протонной помпы
- 2) прокинетики
- 3) спазмолитики
- 4) блокаторы H_2 -рецепторов

769. ПРИ АЛЛЕРГИИ К БЕЛКУ КОРОВЬЕГО МОЛОКА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ

- 1)+ белковые гидролизаты
- 2) молочные смеси из козьего молока
- 3) соевые смеси
- 4) кисломолочные смеси

770. ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРВОЙ ЛИНИИ В СОСТАВЕ ИНГИБИТОРА ПРОТОННОЙ ПОМПЫ, АМОКСИЦИЛЛИНА И КЛАРИТРОМИЦИНА НАЗНАЧАЕТСЯ, ЕСЛИ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ *H. PYLORI* К КЛАРИТРОМИЦИНУ В ДАННОМ РЕГИОНЕ НЕ ПРЕВЫШАЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

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

771. ДИАГНОСТИКУ ИНФЕКЦИИ *H. PYLORI* РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПОСЛЕ ОТМЕМЫ ИПП НЕ МЕНЕЕ ЧЕМ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 2 недели
- 2) 3 недели
- 3) 4 недели
- 4) 6 недель

772. ДЛЯ РУБЦЕВАНИЯ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НЕОБХОДИМО ПОДДЕРЖИВАТЬ $pH > 3$ В ТЕЧЕНИЕ

- 1)+ 18-20 часов в сутки
- 2) 6-8 часов в сутки
- 3) 24 часов
- 4) 10-12 часов в сутки

773. ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЗИТЬ РИСК РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1)+ строгое соблюдение алгоритма обследования и протокола эрадикационной терапии
- 2) начало эрадикационной терапии до проведения обследования больного
- 3) проведение противоязвенной терапии без эрадикационной схемы
- 4) проведение эрадикационной терапии без противоязвенной

774. ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ блокаторы кальциевых каналов и нитраты
- 2) ИПП и β -блокаторы
- 3) прокинетики
- 4) спазмолитики

775. РЕКОМЕНДУЕМЫМ ПЕРОРАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОГО ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ флуконазол
- 2) позаконазол
- 3) вориконазол
- 4) итраконазол

776. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТПРАНДИАЛЬНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА СЛУЖАТ

- 1)+ прокинетики
- 2) антисекреторные средства
- 3) селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- 4) антидепрессанты

777. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ интерференционных токов
- 2) дарсонвализации
- 3) ультразвуковой терапии
- 4) углекислых ванн

778. СВОЕВРЕМЕННОЕ ПРОВЕДЕНИЕ ПНЕВМОКАРДИОДИЛАТАЦИИ ПРИ АХАЛАЗИИ ПОЗВОЛЯЕТ ДОСТИЧЬ РЕМИССИИ НА ПРОТЯЖЕНИИ 5-10 ЛЕТ У ____ ПРОЦЕНТОВ БОЛЬНЫХ

- 1)+ 75-90
- 2) 30-40
- 3) 50-60
- 4) 60-75

779. БОЛЬНЫМ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ РЕКОМЕНДУЮТ ПИТАНИЕ _____ РАЗ В ДЕНЬ _____

- 1)+ 6; небольшими порциями с ограничением потребления жирной и острой пищи, кофе
- 2) 4; без соблюдения диеты
- 3) 3; с исключением сырых овощей и фруктов
- 4) 5; с увеличением объема жидкой пищи

780. ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ изосорбида мононитрат
- 2) итоприда гидрохлорид
- 3) эзомепразол
- 4) мебеверин

781. СТАНДАРТНАЯ КВАДРОТЕРАПИЯ С ПРЕПАРАТАМИ ВИСМУТА ДЛЯ ЭРАДИКАЦИИ ИНФЕКЦИИ H.PYLORI ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВИСМУТА ТРИКАЛИЯ ДИЦИТРАТ, ИНГИБИТОР ПРОТОННОЙ ПОМПЫ И

- 1)+ тетрациклин, метронидазол
- 2) кларитромицин, метронидазол
- 3) амоксициллин, метронидазол
- 4) кларитромицин, амоксициллин

782. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ балонная пневмокардиодилатация
- 2) консервативное лечение нитратами
- 3) фундупликация по Ниссену
- 4) психотерапия

783. НАИЛУЧШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ УДАЕТСЯ ДОСТИЧЬ ПРИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ _____ ТИПА ПО ЧИКАГСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ

- 1)+ II
- 2) I
- 3) III
- 4) IV

784. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ антисекреторные средства
- 2) прокинетики
- 3) селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- 4) антидепрессанты

785. СРЕДИ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ НАИМЕНЬШИМ СРОДСТВОМ К СИСТЕМЕ ЦИТОХРОМА P450 ОБЛАДАЕТ

- 1)+ пантопразол
- 2) омепразол
- 3) лансопразол
- 4) эзомепразол

786. ДЛЯ УСИЛЕНИЯ СТАНДАРТНОЙ ТРОЙНОЙ СХЕМЫ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ висмута трикалия дицитрат
- 2) препараты подорожника
- 3) ципрофлоксацин
- 4) смектит диоктаэдрический

787. КУЛИНАРНАЯ ОБРАБОТКА ПРОДУКТОВ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ ИСКЛЮЧАЕТ

- 1)+ поджаривание с образованием грубой корочки
- 2) варку на пару
- 3) тушение
- 4) варку в большом количестве воды

788. ОМЕПРАЗОЛ ОТНОСИТСЯ К

- 1)+ ингибиторам протонной помпы
- 2) блокаторам H₂-рецепторов гистамина
- 3) антацидам
- 4) антихолинергическим средствам

789. ПРЕПАРАТОМ, ВХОДЯЩИМ В ТРЕХКОМПОНЕНТНУЮ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНУЮ СХЕМУ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амоксициллин
- 2) тетрациклин
- 3) ранитидин
- 4) левофлоксацин

790. К МЯГКИМ ХИМИЧЕСКИМ СТИМУЛЯТОРАМ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ, ДОПУСТИМЫМ В РАЦИОНЕ ПАЦИЕНТОВ С УМЕРЕННЫМ ОБОСТРЕНИЕМ АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА, ОТНОСЯТ

- 1)+ чай, какао
- 2) крепкий мясной бульон
- 3) консервы
- 4) соления

791. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ТРЕХКОМПОНЕНТНОЙ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ СХЕМЫ ПОВТОРНЫЙ КУРС ЛЕЧЕНИЯ МОЖЕТ ВКЛЮЧАТЬ

- 1)+ тетрациклин
- 2) ранитидин
- 3) домперидон
- 4) гентамицин

792. ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ, ПРОТЕКАЮЩЕМ ПО СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОМУ ТИПУ, ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИЕМ

- 1)+ адренокортикотропного гормона
- 2) холинолитических средств
- 3) транквилизаторов
- 4) симпатолитических средств

793. ЛЕКАРСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ДИГОКСИНА С МЕТОКЛОПРАМИДОМ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

- 1)+ замедлению всасывания
- 2) увеличению концентрации в сыворотке
- 3) увеличению скорости абсорбции
- 4) увеличению степени абсорбции

794. КУРС ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ HELICOBACTER PYLORI ДОЛЖЕН ВКЛЮЧАТЬ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ комбинации антибиотиков
- 2) противорвотных препаратов
- 3) гепатопротекторных препаратов
- 4) стимуляторов моторики пищеварительного тракта

795. ОСНОВНОЙ ВАРИАНТ СТАНДАРТНОЙ ДИЕТЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ЖКТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ физиологическим содержанием макронутриентов
- 2) повышенным содержанием белка
- 3) сниженным количеством белка
- 4) низкой калорийностью

796. ПРЕПАРАТОМ ИЗ ГРУППЫ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пантопразол
- 2) амоксициллин
- 3) ранитидин
- 4) метронидазол

797. К БЛЮДАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ СИЛЬНУЮ СЕКРЕЦИЮ ЖЕЛУДКА, ОТНОСЯТ

- 1)+ мясные бульоны
- 2) омлет
- 3) слизистые супы
- 4) пюре из сладких фруктов

798. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ АНТИСЕКРЕТОРНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ

- 1)+ ингибиторы протонной помпы
- 2) блокаторы H-2 гистаминовых рецепторов
- 3) антациды
- 4) селективные холинолитики

799. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА С СОХРАННОЙ И ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ НАЗНАЧАЕТСЯ _____ ВАРИАНТ СТАНДАРТНОЙ ДИЕТЫ

- 1)+ щадящий
- 2) основной
- 3) высокобелковый
- 4) низкокалорийный

800. НАИБОЛЕЕ БЫСТРО ЭВАКУИРУЮТСЯ ИЗ ЖЕЛУДКА

- 1)+ углеводы
- 2) белки
- 3) жиры
- 4) витамины

801. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ глюкокортикостероиды
- 2) спазмолитические средства
- 3) бета-адреноблокаторы
- 4) ингибиторы обратного захвата серотонина

802. К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ, ПРИМЕНЯЮЩИМСЯ В СХЕМАХ ЭРАДИКАЦИОННОЙ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ левофлоксацин
- 2) ципрофлоксацин
- 3) ванкомицин
- 4) гентамицин

803. ДВИГАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДКА ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ консистенции пищи
- 2) способа приготовления блюд
- 3) длительности термической обработки блюд
- 4) способов хранения продуктов

804. ПРИ ГЭРБ ПОСЛЕДНИЙ ПРИЕМ ПИЩИ ДОЛЖЕН БЫТЬ ДО СНА НЕ ПОЗДНЕЕ, ЧЕМ ЗА _____ ЧАСА/ЧАС

- 1)+ 2,5
- 2) 1
- 3) 1,5
- 4) 0,5

805. ВНУТРИКЛЕТОЧНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ НАРУШЕНИЙ СЕКРЕЦИИ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ ВОЗМОЖНА ПРИ ПРИЕМЕ

- 1)+ омепразола
- 2) ранитидина
- 3) фамотидина
- 4) висмута трикалия дицитрата

806. ОСНОВНОЙ ВАРИАНТ СТАНДАРТНОЙ ДИЕТЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ЖКТ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ ремиссии болезни
- 2) обострении болезни
- 3) рецидиве болезни
- 4) отсутствии эффекта от лечения

807. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АУТОИММУННОМ АТРОФИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ витамина B12
- 2) антибиотиков
- 3) иммуностимуляторов
- 4) антидепрессантов

808. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ РЕЖИМ ПИТАНИЯ СОСТОИТ ИЗ _____ ПРИЕМОВ ПИЩИ В ДЕНЬ

- 1)+ 5-6
- 2) 4
- 3) 3
- 4) 2

809. ОПТИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

- 1)+ 14
- 2) 20
- 3) 5
- 4) 7

810. ПРИ ВЯЛОМ ТЕЧЕНИИ ПРОЦЕССА СО СНИЖЕНИЕМ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА РЕКОМЕНДУЮТ

- 1)+ резкие переходы от щадящих к нагрузочным рационам
- 2) строгое соблюдение щадящего рациона
- 3) строгое соблюдение разгрузочного рациона
- 4) выполнение нагрузочного рациона

811. ЯЗВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА РЕЖЕ ДРУГИХ ВЫЗЫВАЕТ НЕСТЕРОИДНЫЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ

- 1)+ мелоксикам
- 2) индометацин
- 3) диклофенак
- 4) вольтарен

812. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА С НОРМАЛЬНОЙ И ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ В РАЦИОНЕ БОЛЬНОГО ОГРАНИЧИВАЮТ

- 1)+ простые углеводы
- 2) белки
- 3) жиры
- 4) сложные углеводы

813. В СОВРЕМЕННУЮ СХЕМУ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВХОДИТ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ ингибиторов протонной помпы
- 2) прокинетиков
- 3) антидепрессантов
- 4) блокаторов N-холинорецепторов

814. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дисфункция нижнего пищеводного сфинктера
- 2) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- 3) дисфункция верхнего пищеводного сфинктера
- 4) истончение слизистой оболочки

815. ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ В РАЦИОНЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО

- 1)+ белка
- 2) углеводов
- 3) жиров
- 4) минералов

816. В СХЕМУ ЛЕЧЕНИЯ ИСТИННОГО ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА ВХОДЯТ

- 1)+ ингибиторы протонной помпы
- 2) противовирусные препараты
- 3) ингибиторы обратного захвата серотонина
- 4) антибиотики пенициллинового ряда

817. ПРИ РАСШИРЕНИИ ДИЕТЫ У БОЛЬНОГО С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НЕЛЬЗЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ черный хлеб
- 2) отварное мясо
- 3) отварную рыбу
- 4) молоко

818. ПРИБАВЛЕНИЕ ЖИРОВ К БЕЛКАМ ПРИВОДИТ К

- 1)+ снижению желудочной гиперсекреции
- 2) резкому снижению желудочной секреции
- 3) повышению желудочной секреции
- 4) формированию нейтральной среды

819. ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ прилечь на 15-30 минут после приема пищи
- 2) находиться в вертикальном положении в течении 60 минут после приема пищи
- 3) сон с возвышенным головным концом кровати
- 4) прилечь на 15-30 минут до приема пищи

820. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА С НОРМАЛЬНОЙ И ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ В РАЦИОНЕ БОЛЬНОГО СЛЕДУЕТ ОТДАВАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ СУПАМ

- 1)+ слизистым и молочным
- 2) на костном бульоне
- 3) на грибном бульоне
- 4) на мясном бульоне

821. ДЛЯ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ГРУППЫ БЛОКАТОРОВ H₂ ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ синдром отмены с развитием гиперхлоргидрии
- 2) болевой синдром с болями в правом подреберье
- 3) развитие длительных запоров и метеоризмо-запоров
- 4) возникновение гипохромной анемии

822. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ С НОРМАЛЬНОЙ И ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ ЗАПРЕЩАЕТСЯ ПИТЬ

- 1)+ газированные напитки
- 2) компоты
- 3) чай с молоком
- 4) отвар шиповника

823. К БЛЮДАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ СИЛЬНУЮ СЕКРЕЦИЮ ЖЕЛУДКА, ОТНОСЯТ

- 1)+ жареные блюда
- 2) омлет
- 3) слизистые супы
- 4) пюре из сладких фруктов

824. ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НАЗНАЧАЕТСЯ _____ ВАРИАНТ СТАНДАРТНОЙ ДИЕТЫ

- 1)+ основной
- 2) щадящий
- 3) высокобелковый
- 4) низкокалорийный

825. РЕЖИМ ПИТАНИЯ У БОЛЬНОГО С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ В СУТКИ

- 1)+ 4-5 раз
- 2) 5-6 раз
- 3) 3-4 раза
- 4) 2-3 раза

826. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА С НОРМАЛЬНОЙ И ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ В РАЦИОНЕ БОЛЬНОГО СЛЕДУЕТ ОТДАВАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ МЯСНЫМ ПРОДУКТАМ, ПРИГОТОВЛЕННЫМ В ВИДЕ

- 1)+ суфле, котлет
- 2) отбивного стейка
- 3) обжаренного куска мяса
- 4) бефстроганов со специями

827. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В СТАЦИОНАР БОЛЬНОГО С ОБОСТРЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НАЗНАЧАЮТ _____ ВАРИАНТ СТАНДАРТНОЙ ДИЕТЫ

- 1)+ щадящий
- 2) основной
- 3) высокобелковый
- 4) низкобелковый

828. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ ингибиторы протонной помпы
- 2) неселективные холиномиметики
- 3) нестероидные противовоспалительные средства
- 4) блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов

829. ПРИ ЩАДЯЩЕМ ВАРИАНТЕ ДИЕТЫ РЕЖИМ ПИТАНИЯ СОСТОИТ ИЗ _____ ПРИЕМОВ ПИЩИ В ДЕНЬ

- 1)+ 5-6
- 2) 3-4
- 3) 2-3
- 4) 1-2

830. ПО ПРАВИЛУ БЕЛЛА, ДЛЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ ЯЗВ И ЭРОЗИЙ ПИЩЕВОДА НЕОБХОДИМО ПОДДЕРЖИВАТЬ ВНУТРИПИЩЕВОДНОЕ $\text{pH} > 4$ НЕ МЕНЕЕ ____ ЧАСОВ/СУТКИ (ПОРОГОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ)

- 1)+ 18
- 2) 14
- 3) 10
- 4) 6

831. НАИБОЛЕЕ МЕДЛЕННО ЭВАКУИРУЮТСЯ ИЗ ЖЕЛУДКА

- 1)+ жиры
- 2) белки
- 3) витамины
- 4) углеводы

832. К ЛЕЧЕНИЮ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ

- 1)+ изменение образа жизни
- 2) исключение из рациона питания мясных продуктов
- 3) приём спазмолитиков
- 4) усиление мышечной нагрузки на брюшной пресс

833. К БЛЮДАМ, КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ СЛАБЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ СЕКРЕЦИИ ЖЕЛУДКА, ОТНОСЯТ

- 1)+ слизистые супы
- 2) томатный соус
- 3) консервы
- 4) яйца, сваренные вкрутую

834. В ОСТРОЙ ФАЗЕ РЕЦИДИВА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ПЕРВЫЕ 3-5 ДНЕЙ ПИЩА ПРИНИМАЕТСЯ В

- 1)+ жидком, кашецеобразном виде
- 2) тушеном виде
- 3) отварном виде кусочками
- 4) слегка поджаренном виде

835. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭЗОФАГИТА, ВЫЗВАННОГО МИКРООРГАНИЗМОМ РОДА CANDIDA, ПРИМЕНЯЮТ _____ СРЕДСТВА

- 1)+ противогрибковые
- 2) противовирусные
- 3) антибактериальные
- 4) противопаразитарные

836. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРИЕМЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ омепразола
- 2) сукральфата
- 3) метилурацила
- 4) алгедрата в сочетании с магнезия гидроксидом

837. ПРИ ДИСПЕПСИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ИНФЕКЦИЕЙ HELICOBACTER PYLORI, НАЗНАЧАЮТ ИНГИБИТОР ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ____ МГ 2 РАЗА В СУТКИ + АМОКСИЦИЛИН ____ МГ 2 РАЗА В СУТКИ + КЛАРИТРОМИЦИН ____ МГ 2 РАЗА В СУТКИ

- 1)+ 20; 1000; 500
- 2) 20; 500; 500
- 3) 20; 1000; 1000
- 4) 10; 1000; 1000

838. СХЕМА ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ ИНГИБИТОРА ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ____ МГ 2 РАЗА В СУТКИ, АМОКСИЦИЛЛИНА _____ МГ 2 РАЗА В СУТКИ, КЛАРИТРОМИЦИНА _____ МГ 2 РАЗА В СУТКИ

- 1)+ 20; 1000; 500
- 2) 10; 1000; 500
- 3) 20; 500; 500
- 4) 10; 1000; 1000

839. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ ингибиторы протонной помпы
- 2) алюминийсодержащие гастропротекторы
- 3) блокаторы дофаминовых рецепторов
- 4) блокаторы H₂-рецепторов гистамина

840. ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА РАЦИОНАЛЬНО НАЗНАЧАТЬ АНТАЦИДЫ, КОТОРЫЕ ПРИНИМАЮТ

- 1)+ через 1,5-2 часа после еды
- 2) во время еды
- 3) вне зависимости от приема пищи
- 4) за 30 минут до еды

841. В СХЕМЕ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ H. PYLORI ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ кларитромицин
- 2) левофлоксацин
- 3) эритромицин
- 4) азитромицин

842. К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ, КОТОРАЯ РЕКОМЕНДОВАНА К СОВМЕСТНОМУ ПРИМЕНЕНИЮ С НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ОТНОСЯТ

- 1)+ ингибиторы протонной помпы
- 2) антациды
- 3) прокинетики
- 4) гепатопротекторы

843. РЕБАМИПИД ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гастропротектором
- 2) ингибитором протонной помпы
- 3) блокатором H₂-гистаминовых рецепторов
- 4) спазмолитиком

844. РЕЖЕ ДРУГИХ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ЭРОЗИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЖЕЛУДКА ПРИЕМ

- 1)+ парацетамола
- 2) индометацина
- 3) диклофенака
- 4) ацетилсалициловой кислоты

845. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НПВП-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГАСТРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ омепразол
- 2) фамотидин
- 3) висмута трикалия дицитрат
- 4) ранитидин

846. РИСК РАЗВИТИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НАИБОЛЕЕ НИЗКИЙ ПРИ ПРИЕМЕ

- 1)+ целекоксиба
- 2) индометацина
- 3) ацетилсалициловой кислоты
- 4) ибупрофена

847. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ язвенная болезнь желудка
- 2) бронхиальная астма
- 3) неспецифический язвенный колит
- 4) аутоиммунный тиреоидит

848. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ, ВЫЗВАННЫМ АЛЮМИНИЙ-СОДЕРЖАЩИМИ АНТАЦИДАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ запор
- 2) ринит
- 3) пиелонефрит
- 4) энцефалит

849. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МАЛТ-лимфома желудка
- 2) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- 3) функциональная диспепсия
- 4) синдром раздраженной кишки

850. ПРЕПАРАТОМ, ИМЕЮЩИМ НАИМЕНЬШИЙ РИСК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ДРУГИМИ КСЕНОБИОТИКАМИ НА УРОВНЕ СИСТЕМЫ CYP450, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пантопразол
- 2) омепразол
- 3) эзомепразол
- 4) лансопразол

851. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОГО ЭЗОФАГИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ флуконазол
- 2) висмута трикалия дицитрат
- 3) ципрофлоксацин
- 4) метронидазол

852. В СХЕМУ ЭРАДИКАЦИОННОЙ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ВХОДИТ

- 1)+ амоксициллин
- 2) тетрациклин
- 3) левофлоксацин
- 4) ципрофлоксацин

853. РИСК РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НИЖЕ ПРИ ПРИЕМЕ

- 1)+ мелоксикама
- 2) ибупрофена
- 3) ацетилсалициловой кислоты
- 4) индометацина

854. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ рабепразол
- 2) рифаксимин
- 3) дротаверина гидрохлорид
- 4) лактулоза

855. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ РЕБАМИПИДА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ индукции синтеза эндогенных простагландинов E2 и GI2 в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта
- 2) блокировке протонного насоса в париетальных клетках слизистой оболочки желудка
- 3) торможении выработки соляной кислоты и пепсина за счет блокады H^{2} -гистаминовых рецепторов
- 4) снижении моторики желудочно-кишечного тракта

856. К ПРЕПАРАТАМ, СНИЖАЮЩИМ ПРОДУКЦИЮ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ, ОТНОСЯТ

- 1)+ омепразол
- 2) сукральфат
- 3) мебеверин
- 4) урсодезоксихолевую кислоту

857. НА ВЫБОР СПОСОБА НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЕ

- 1)+ желудочно-кишечного тракта
- 2) иммунной системы
- 3) сердечно-сосудистой системы
- 4) мочевой системы

858. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ПРИ СИНДРОМЕ ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ БОЛИ ОТНОСЯТ

- 1)+ антисекреторные средства
- 2) панкреатические ферменты
- 3) желчегонные средства
- 4) S-аденозилметионин

859. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С HELICOBACTER PYLORI, ПОКАЗАНА

- 1)+ эрадикационная терапия
- 2) монотерапия ингибиторами протонной помпы
- 3) длительная терапия антацидами
- 4) поддерживающая терапия блокаторами $H2$ -рецепторов гистамина

860. ГАСТРОПРОТЕКТИВНЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЕТ

- 1)+ висмута трикалия дицитрат
- 2) метоклопрамид
- 3) домперидон
- 4) дротаверин

861. ЗА 2 НЕДЕЛИ ДО ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ HELICOBACTER PYLORI НУЖНО ПРЕКРАТИТЬ ПРИЕМ

- 1)+ ингибиторов протонной помпы
- 2) антацидов
- 3) альгинатов
- 4) пищеварительных ферментов

862. В СХЕМУ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ВХОДИТ

- 1)+ кларитромицин
- 2) тетрациклин
- 3) ципрофлоксацин
- 4) левофлоксацин

863. ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПОКАЗАНО

- 1)+ дробное питание
- 2) назначение апоморфина
- 3) ограничение животных белков
- 4) исключение поваренной соли

864. В СХЕМАХ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ левофлоксацин
- 2) цефтриаксон
- 3) ванкомицин
- 4) флуконазол

865. ОБОСТРЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПРИЕМЕ

- 1)+ нестероидных противовоспалительных средств
- 2) препаратов висмута трикалия дицитрата
- 3) ингибиторов ангиопревращающего фермента
- 4) желчегонных препаратов

866. В СХЕМУ ЭРАДИКАЦИОННОЙ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ВТОРОЙ ЛИНИИ ВХОДИТ

- 1)+ тетрациклин
- 2) амоксициллин
- 3) кларитромицин
- 4) ампициллин

867. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ОСНОВАН НА

- 1)+ ингибировании активности H^+/K^+ - АТФазы
- 2) блокаде H_2 -рецепторов гистамина
- 3) блокаде М-холинергических рецепторов
- 4) нейтрализации соляной кислоты

868. С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ СЕКРЕЦИИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА И СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ МИНЕРАЛЬНУЮ ВОДУ НАЗНАЧАЮТ ЗА 1-1,5 ЧАСА ДО ЕДЫ _____ В ДЕНЬ

- 1)+ 3 раза
- 2) 2 раза
- 3) 5 раз
- 4) 1 раз

869. БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ С ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЖЕЛУДКА НАЗНАЧАЮТ ПИТЬЕВЫЕ _____ СУЛЬФАТНЫЕ КАЛЬЦИЕВО-МАГНИЕВО-НАТРИЕВЫЕ ВОДЫ

- 1)+ слабо- и среднеминерализованные
- 2) высокоминерализованные
- 3) пресные
- 4) рассольные

870. ПИТЬЕВЫЕ СЛАБО- И СРЕДНЕМИНЕРАЛИЗОВАННЫЕ УГЛЕКИСЛЫЕ ГИДРОКАРБОНАТНЫЕ НАТРИЕВЫЕ ВОДЫ НАЗНАЧАЮТ БОЛЬНЫМ С

- 1)+ повышенной секреторной функцией желудка
- 2) гипотонией кишечника и запорах
- 3) гипокинезией желчного пузыря
- 4) хроническим эзофагитом

871. БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ СО СНИЖЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЖЕЛУДКА НАЗНАЧАЮТ СРЕДНЕ- И ВЫСОКОМИНЕРАЛИЗОВАННЫЕ _____ ВОДЫ

- 1)+ хлоридно-натриевые
- 2) натриево-кальциевые
- 3) кальциево-магниевые-натриевые
- 4) железистые

872. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ МОЖЕТ ПРОХОДИТЬ В СООТВЕТСТВИИ С _____ РЕЖИМОМ

- 1)+ тонизирующим
- 2) постельным
- 3) релаксирующим
- 4) домашним

873. МИНЕРАЛЬНУЮ ВОДУ НАЗНАЧАЮТ ЗА 15 – 20 МИНУТ ДО ЕДЫ 3 РАЗА В ДЕНЬ С ЦЕЛЬЮ

- 1)+ повышения секреции желудочного сока и соляной кислоты
- 2) снижения секреции желудочного сока и соляной кислоты
- 3) стимуляции внешнесекреторной функции поджелудочной железы
- 4) уменьшения воспалительных явлений после операций на желудке

874. С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ СЕКРЕЦИИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА И СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ МИНЕРАЛЬНУЮ ВОДУ НАЗНАЧАЮТ _____ 3 РАЗА В ДЕНЬ

- 1)+ за 1-1,5 часа до еды
- 2) через 30 минут после еды
- 3) во время приёма пищи
- 4) через 1-1,5 часа после еды

875. С ЦЕЛЬЮ СТИМУЛЯЦИИ СЕКРЕЦИИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА И СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ МИНЕРАЛЬНУЮ ВОДУ НАЗНАЧАЮТ _____ 3 РАЗА В ДЕНЬ

- 1)+ за 15-20 минут до еды
- 2) во время приёма пищи
- 3) через 15 минут после еды
- 4) за 1 час до еды

876. БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ С ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЖЕЛУДКА НАЗНАЧАЮТ ПИТЬЕВЫЕ СЛАБО- И СРЕДНЕМИНЕРАЛИЗОВАННЫЕ _____ ВОДЫ

- 1)+ сульфатные кальциево-магниевые-натриевые
- 2) гидрокарбонатные натриевые
- 3) радоновые
- 4) йодные

877. БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ СО СНИЖЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЖЕЛУДКА НАЗНАЧАЮТ СРЕДНЕ- И ВЫСОКОМИНЕРАЛИЗОВАННЫЕ _____ ВОДЫ

- 1)+ гидрокарбонатные натриевые
- 2) фторсодержащие
- 3) сероводородные
- 4) борсодержащие

878. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПАЦИЕНТАМ С

- 1)+ болезнью Менетрие
- 2) атопическим дерматитом
- 3) стеатозом печени
- 4) хроническим бронхитом

879. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПАЦИЕНТАМ С

- 1)+ новообразованиями желудка
- 2) остеоартрозом суставов
- 3) синдромом Ротора
- 4) атеросклерозом сосудов

880. С ЦЕЛЬЮ СТИМУЛЯЦИИ СЕКРЕЦИИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА И СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ МИНЕРАЛЬНУЮ ВОДУ НАЗНАЧАЮТ ЗА 15 – 20 МИНУТ ДО ЕДЫ _____ В ДЕНЬ

- 1)+ 3 раза
- 2) 2 раза
- 3) 1 раз
- 4) 4 раза

881. ПИТЬЕВЫЕ СЛАБО- И СРЕДНЕМИНЕРАЛИЗОВАННЫЕ УГЛЕКИСЛЫЕ СУЛЬФАТНЫЕ КАЛЬЦИЕВО-МАГНИЕВО-НАТРИЕВЫЕ ВОДЫ НАЗНАЧАЮТ БОЛЬНЫМ С

- 1)+ повышенной секреторной функцией желудка
- 2) пониженной секреторной функцией желудка
- 3) железодефицитной анемией
- 4) заболеваниями печени

882. СРЕДНЕ- И ВЫСОКОМИНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ГИДРОКАРБОНАТНЫЕ НАТРИЕВЫЕ ВОДЫ НАЗНАЧАЮТ БОЛЬНЫМ

- 1)+ со сниженной секреторной функцией желудка
- 2) с гиперкинезией желчного пузыря
- 3) с повышенной секреторной функцией желудка
- 4) со сниженной внешнесекреторной функцией поджелудочной железы

883. СРЕДНЕ- И ВЫСОКОМИНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ХЛОРИДНО-НАТРИЕВЫЕ ВОДЫ НАЗНАЧАЮТ БОЛЬНЫМ

- 1)+ со сниженной секреторной функцией желудка
- 2) при выраженном рефлюкс-эзофагите
- 3) с усиленной двигательной функцией кишечника
- 4) после операций на желудке

884. БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ С ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЖЕЛУДКА НАЗНАЧАЮТ ПИТЬЕВЫЕ СЛАБО- И СРЕДНЕМИНЕРАЛИЗОВАННЫЕ _____ ВОДЫ

- 1)+ углекислые натриево-кальциевые
- 2) хлоридно-натриевые
- 3) железистые
- 4) сероводородные

885. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПАЦИЕНТАМ С

- 1)+ полипозом желудка
- 2) псориатическими высыпаниями
- 3) синдромом Жильбера
- 4) бронхиальной астмой

886. МИНЕРАЛЬНУЮ ВОДУ НАЗНАЧАЮТ ЗА 1-1,5 ЧАСА ДО ЕДЫ 3 РАЗА В ДЕНЬ С ЦЕЛЮЮ

- 1)+ снижения секреции желудочного сока и соляной кислоты
- 2) восстановления функции печени
- 3) лечения диареи
- 4) стимуляции функции кишечника

887. ПРИ ГИПЕРАЦИДНОМ ГАСТРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ МИНЕРАЛЬНЫМИ ВОДАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ гидрокарбонатные
- 2) хлоридные
- 3) натриевые
- 4) гидрокарбонатно-хлоридные

888. ПАЦИЕНТАМ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЧЕРЕЗ _____ ПОСЛЕ СТИХАНИЯ ОБОСТРЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- 1)+ 2-3 месяца
- 2) 1 месяц
- 3) 5-6 месяцев
- 4) 12 месяцев

889. К КИНЕЗИОТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ медицинский массаж
- 2) фитотерапия
- 3) лечебная грязь
- 4) наблюдение психологом

890. БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ С ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЖЕЛУДКА НАЗНАЧАЮТ ПИТЬЕВЫЕ _____ УГЛЕКИСЛЫЕ ГИДРОКАРБОНАТНЫЕ НАТРИЕВЫЕ ВОДЫ

- 1)+ слабо- и среднеминерализованные
- 2) высокоминерализованные
- 3) повышенной минерализации
- 4) рассольные

891. БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ С ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЖЕЛУДКА НАЗНАЧАЮТ ПИТЬЕВЫЕ СЛАБО- И СРЕДНЕМИНЕРАЛИЗОВАННЫЕ _____ ВОДЫ

- 1)+ углекислые гидрокарбонатные натриевые
- 2) фторсодержащие
- 3) борсодержащие
- 4) бромные

892. К КИНЕЗИОТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ средства лечебной физкультуры
- 2) разнообразные диеты
- 3) консультации психолога
- 4) ванны с минеральной водой

893. ПИТЬЕВЫЕ СЛАБО- И СРЕДНЕМИНЕРАЛИЗОВАННЫЕ УГЛЕКИСЛЫЕ НАТРИЕВО-КАЛЬЦИЕВЫЕ ВОДЫ НАЗНАЧАЮТ БОЛЬНЫМ С

- 1)+ повышенной секреторной функцией желудка
- 2) гипотонией кишечника и запорах
- 3) хроническим некалькулезном холецистите
- 4) пониженной секреторной функцией желудка

894. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ МОЖЕТ ПРОХОДИТЬ В СООТВЕТСТВИИ С _____ РЕЖИМОМ

- 1)+ щадящим
- 2) постельным
- 3) активным
- 4) рабочим

895. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ _____ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ

- 1)+ натриево-хлоридные
- 2) натриево-гидрокарбонатные
- 3) натриево-сульфатно-гидрокарбонатные
- 4) радоновые

896. К САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЭТАПУ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ фитотерапия
- 2) контрольная гастроскопия
- 3) взятие анализов крови
- 4) консультация врача

897. СУТОЧНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА В РАЦИОНЕ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ (В МГ/СУТКИ)

- 1)+ 300
- 2) 150
- 3) 400
- 4) 500

898. В ПИТАНИИ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЗАПРЕЩАЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ мясо жареное в панировке
- 2) рыбу отварную
- 3) томатную пасту
- 4) мясной бульон

899. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ организацию правильного питания, труда и отдыха
- 2) нормализацию массы тела
- 3) постоянный прием поддерживающих доз препаратов
- 4) проведение эзофагогастродуоденоскопии 2 раза в год

900. ВСАСЫВАНИЕ ЖЕЛЕЗА В КИШЕЧНИКЕ НАИБОЛЕЕ ИНТЕНСИВНО ПРОИСХОДИТ ИЗ

- 1)+ мяса
- 2) яблок
- 3) моркови
- 4) сыра

901. В РАЦИОНЕ ЗДОРОВОГО ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ПРИМЕРНОЕ СООТНОШЕНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ И ЖИВОТНЫХ БЕЛКОВ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ

- 1)+ 1:1
- 2) 1:2
- 3) 2:1
- 4) 1:1,5

902. РЕПАРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ УСИЛИВАЮТСЯ ПРИ ПОВЫШЕНИИ

- 1)+ квоты белка
- 2) потребления соли
- 3) квоты углеводов
- 4) квоты жира

903. ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ ОБСЛЕДОВАНИЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- 1)+ 2 раза в год
- 2) каждые 4 месяца
- 3) 1 раз в 2 года
- 4) ежемесячно

904. К ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ЖЕЛУДКА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ аденокарцинома
- 2) лимфосарком
- 3) фибросаркома
- 4) миосаркома

905. ПРОТИВОЯЗВЕННЫЙ ЭФФЕКТ КАПУСТНОГО СОКА ОБУСЛОВЛЕН НАЛИЧИЕМ В НЕМ

- 1)+ s-метилметионина
- 2) аскорбиновой кислоты
- 3) филлохинонов
- 4) фолиевой кислоты

906. ДОКАЗАНО, ЧТО ВОЗДЕЙСТВИЕ ВНЕШНИХ АЛЛЕРГЕНОВ ЯВЛЯЕТСЯ ПУСКОВЫМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ

- 1)+ эозинофильного эзофагита
- 2) гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- 3) хронического атрофического гастрита
- 4) неспецифического язвенного колита

907. В ПИЩЕВОМ РАЦИОНЕ ОПТИМАЛЬНЫМ СООТНОШЕНИЕМ БЕЛКОВ, ЖИРОВ И УГЛЕВОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ 1:1:4
- 2) 1:1:2
- 3) 2:1:4
- 4) 2:2:3

908. СТРОГО ВЕГЕТАРИАНСКИЙ РАЦИОН МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ДЕФИЦИТУ ВИТАМИНА

- 1)+ B₁₂
- 2) B₁
- 3) C
- 4) PP

909. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОЖНО ПРОВОДИТЬ

- 1)+ через 2-3 месяца после стихания обострения
- 2) не ранее 6 месяцев после стихания обострения
- 3) сразу после рубцевания язвенного дефекта
- 4) через месяц от начала лечения обострения

910. ДЕТИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ В ТЕЧЕНИЕ ____ ЛЕТ РЕМИССИИ

- 1)+ 5
- 2) 4
- 3) 3
- 4) 2

911. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ борьбу с курением и злоупотреблением алкоголя
- 2) проведение эзофагогастродуоденоскопии 2 раза в год
- 3) нормализацию массы тела
- 4) постоянный прием поддерживающих доз препаратов

912. ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОМ РЕФЛЮКСЕ НЕОБХОДИМО

- 1)+ снижение массы тела при ее избытке
- 2) горизонтальное положение сразу после еды
- 3) выполнение физических упражнений, связанных с напряжением мышц брюшного пресса
- 4) обязательный прием пищи перед сном

913. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ высокое содержание афлотоксина в пище
- 2) высокое содержание в диете молока и молочных продуктов
- 3) достаточное содержание в диете овощей, фруктов и бобовых культур
- 4) высокое содержание в диете витаминов и антиоксидантов

914. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ЕЖЕГОДНО В ТЕЧЕНИЕ _____ ЛЕТ С МОМЕНТА ПОСЛЕДНЕГО ОБОСТРЕНИЯ

- 1)+ 5
- 2) 2
- 3) 7
- 4) 4

Тема 5. Заболевания поджелудочной железы.

1. ПЕРВИЧНАЯ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ УТРАТЫ АЦИНАРНОЙ ТКАНИ В ОБЪЕМЕ (В %)

- 1)+ 90 и более
- 2) 30-50
- 3) 50-70
- 4) 70-80

2. ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ АКТИВНОСТЬ

- 1)+ эластазы кала
- 2) липазы кала
- 3) эластазы крови
- 4) липазы крови

3. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ

- 1)+ фекальную эластазу
- 2) уровень амилазы в сыворотке крови
- 3) уровень липазы в сыворотке крови
- 4) альфа-1-антитрипсин, амилазу

4. СОЧЕТАНИЕ СТЕАТОРЕИ И ГИПЕРГЛИКЕМИИ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ЗАБОЛЕВАНИИ

- 1)+ поджелудочной железы
- 2) желудка
- 3) тонкой кишки
- 4) печени

5. УРОВЕНЬ ФЕКАЛЬНОЙ ЭЛАСТАЗЫ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЙ О ТЯЖЕЛОЙ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ/Г)

- 1)+ 50
- 2) 150
- 3) 250
- 4) 350

6. "МИШЕНЬЮ" ДЛЯ ЭЛАСТАЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ нейтральные аминокислоты
- 2) ароматические аминокислоты
- 3) эфиры холестерина
- 4) триглицериды

7. АМИЛОРЕЯ, КРЕАТОРЕЯ, СТЕАТОРЕЯ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ

- 1)+ панкреатите
- 2) гастрите
- 3) гепатите
- 4) холецистите

8. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ПОСТУПЛЕНИИ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА В ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНУЮ КИШКУ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НАРУШАЕТСЯ ПЕРЕВАРИВАНИЕ

- 1)+ жира
- 2) белка
- 3) углеводов
- 4) клетчатки

9. У ЧЕЛОВЕКА В СУТКИ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ ПРИМЕРНО _____ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА

- 1)+ 1,5 литра
- 2) 0,5 литра
- 3) 3 литра
- 4) 5 литров

10. ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ СИНТЕЗ И ВЫДЕЛЕНИЕ

- 1)+ липазы
- 2) пепсина
- 3) инсулина
- 4) глюкагона

11. ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В АНАЛИЗЕ КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1)+ повышение уровня амилазы
- 2) повышение уровня белка
- 3) снижение уровня амилазы
- 4) снижение уровня холестерина

12. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ КАЛ

- 1)+ жирный
- 2) дегтеобразный
- 3) кровянистый
- 4) обесцвечен

13. ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОВЫШАЕТСЯ АНТИГЕН

- 1)+ углеводный (раковый) СА 19-9
- 2) углеводный (раковый) СА 125
- 3) углеводный (раковый) СА 15-3
- 4) плоскоклеточного рака (SCCA)

14. КРЕАТОРЕЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ хронического панкреатита
- 2) болезни Крона
- 3) дискинезии желчного пузыря
- 4) ишемического колита

15. НА СНИЖЕНИЕ PH В ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА ОТВЕЧАЕТ

- 1)+ увеличением уровня продукции бикарбонатов
- 2) увеличением уровня амилазы и липазы в сыворотке крови
- 3) увеличением уровня глюкозы крови
- 4) снижением уровня продукции бикарбонатов

16. МАКСИМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО ДИАМЕТРА ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА В ОБЛАСТИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

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

17. КОЛЬЦЕВИДНАЯ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА ПРИВОДИТ К СДАВЛЕНИЮ ПРОСВЕТА

- 1)+ двенадцатиперстной кишки
- 2) пилорического отдела желудка
- 3) общего желчного протока
- 4) антрального отдела желудка

18. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ определение уровня ферментов поджелудочной железы в крови
- 2) сбор данных анамнеза, жалоб и осмотра больного
- 3) рентгенологический
- 4) ультразвуковое исследование

19. ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ И ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ

- 1)+ альфа-амилаза
- 2) АСТ и АЛТ
- 3) билирубин
- 4) щелочная фосфатаза

20. ПОКАЗАТЕЛЕМ, НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЯ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стеаторея
- 2) липаза крови
- 3) амилаза мочи
- 4) амилаза крови

21. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОСЛЕДСТВИЯМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ОТНОСЯТ

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

22. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЧИНАМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ желчнокаменную болезнь, патологию желчевыводящих путей
- 2) носительство пилорического хеликобактера
- 3) гиперкальцемию
- 4) гипертриглицеридемию

23. К КЛЕТКАМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ВЫРАБАТЫВАЮЩИМ ФЕРМЕНТЫ, ОТНОСЯТ

- 1)+ ацинарные клетки
- 2) клетки каликреиновой системы
- 3) d-клетки
- 4) g-клетки

24. ВЫРАЖЕННОЕ ПОВЫШЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОЙ АМИЛАЗЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ острого панкреатита
- 2) рака поджелудочной железы
- 3) тонкокишечной непроходимости
- 4) пенетрирующей язвы двенадцатиперстной кишки

25. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ полифекалия
- 2) сахарный диабет
- 3) кахексия
- 4) «панкреатическая холера»

26. ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА (ПО РЕНСОНУ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ уровень глюкозы в сыворотке крови
- 2) количество тромбоцитов
- 3) цветовой показатель крови
- 4) уровень амилазы сыворотки крови

27. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ НА КУРСОВУЮ КОРТИКОСТЕРОИДНУЮ ТЕРАПИЮ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ _____ ПАНКРЕАТИТА

- 1)+ аутоиммунного
- 2) идиопатического
- 3) билиарного
- 4) тропического

28. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ рецидивирующих приступов боли в эпигастрии
- 2) гиперамилаземии
- 3) постоянной боли в эпигастрии, уменьшающейся после еды
- 4) нейтрофильного лейкоцитоза

29. ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЭЛАСТАЗЫ КАЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛУЖИТ ДЛЯ

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

30. ПОВЫШЕНИЕ IGG4 БОЛЕЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ аутоиммунного панкреатита
- 2) первичного билиарного холангита
- 3) синдрома раздраженного кишечника
- 4) болезни Вильсона-Коновалова

31. ЛАБОРАТОРНЫЙ СИМПТОМ «КРЕАТОРЕЯ» ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1)+ повышенное содержание в кале мышечных волокон
- 2) повышенное содержание в кале нейтрального жира
- 3) повышение содержания в кале липазы
- 4) наличие остатков непереваренной пищи в кале

32. К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ЧЕРТАМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ симптомы экзокринной недостаточности
- 2) повышение аминотрансфераз
- 3) гепатомегалию
- 4) желтуху

33. К ПРИЗНАКАМ ВНУТРИСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ гипергликемию
- 2) снижение массы тела
- 3) стеаторею
- 4) дефицит жирорастворимых витаминов

34. В ПЛАЗМЕ КРОВИ НАИБОЛЬШАЯ АНТИПРОТЕАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ КРОВИ ПРИХОДИТСЯ НА

- 1)+ альфа1-антитрипсин
- 2) альфа1-кислый гликопротеин
- 3) альфа2-антиплазмин
- 4) альфа2-макроглобулин

35. БОЛИ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ

- 1)+ носят опоясывающий характер, усиливаются в положении на спине
- 2) локализуются в правом подреберье, с иррадиацией под правую лопатку
- 3) локализуются в левом подреберье. усиливаются сразу после еды
- 4) носят колющий характер, усиливаются после физической нагрузки

36. ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ В АНАЛИЗЕ МОЧИ НАБЛЮДАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ

- 1)+ диастазы
- 2) белка
- 3) билирубина
- 4) эритроцитов

37. СКРИНИНГОВЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПАТОЛОГИЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ультразвуковое исследование
- 2) биопсия поджелудочной железы
- 3) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- 4) компьютерная томография

38. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ В СЛЮНЕ И ПОТЕ НАТРИЯ, ХЛОРА И КАЛИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ кистозном фиброзе поджелудочной железы
- 2) раке поджелудочной железы
- 3) хроническом панкреатите
- 4) сахарном диабете

39. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ желтуха
- 2) боль
- 3) похудание
- 4) рвота

40. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОЙ АМИЛАЗЫ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА

- 1)+ острый панкреатит
- 2) кишечную непроходимость
- 3) острый гепатит
- 4) сахарный диабет

41. ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сахарный диабет
- 2) язвенная болезнь
- 3) цирроз печени
- 4) гастродуоденит

42. ДЛЯ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ дефицита жирорастворимых витаминов
- 2) тромбоцитопении
- 3) лейкопении
- 4) гиперамилаземии

43. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ОТСУТСТВУЕТ

- 1)+ секреторная диарея
- 2) креаторея
- 3) стеаторея
- 4) абдоминальная боль

44. К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НЕ ПРИВОДИТ

- 1)+ гипотиреоз
- 2) патология большого дуоденального сосочка
- 3) алкоголизм
- 4) патология желчевыводящих путей

45. А-АМИЛАЗА КАТАЛИЗИРУЕТ ГИДРОЛИЗ

- 1)+ крахмала
- 2) глюкозы
- 3) дисахаридов
- 4) клетчатки

46. ХАРАКТЕРНАЯ ТРИАДА КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ВКЛЮЧАЕТ: БОЛЬ В ЖИВОТЕ

- 1)+ метеоризм, диарею
- 2) желтуху, высокую температуру
- 3) прожилки крови в кале, слизь в кале
- 4) рвоту «кофейной гущей», мелены

47. АКТИВНОСТЬ ЛИПАЗЫ В КРОВИ ПОВЫШЕНА ПРИ

- 1)+ панкреатите
- 2) холецистите
- 3) протеинурии
- 4) желтухе

48. КОГДА ВЕЛИЧИНА PH В ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКЕ ДЕРЖИТСЯ НИЖЕ 4.0, НЕОБРАТИМО ИНАКТИВИРУЕТСЯ

- 1)+ липаза
- 2) химотрипсиноген
- 3) колипаза
- 4) трипсин

49. ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ В ПОТЕ БОЛЬНЫХ СОДЕРЖИТСЯ БОЛЬШЕ, ЧЕМ В НОРМЕ

- 1)+ натрия
- 2) фосфора
- 3) кальция
- 4) магния

50. ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ С ПРИЗНАКАМИ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, РАЗВИВАЕТСЯ В РАМКАХ

- 1)+ муковисцидоза
- 2) синдрома Дауна
- 3) синдрома Марфана
- 4) первичного амилоидоза

51. ПРОСТЕЙШИМ МЕТОДОМ ОБНАРУЖЕНИЯ КАЛЬЦИНОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ обзорная рентгенография брюшной полости
- 2) лапароскопия
- 3) лапаротомия
- 4) холангиография

52. РАЗДЕЛЕННАЯ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА (PANCREAS DIVISUM) ПРОТЕКАЕТ

- 1)+ бессимптомно
- 2) с болью в эпигастрии
- 3) с диспептическими расстройствами
- 4) с желтухой

53. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ алкоголизм
- 2) травма живота
- 3) цирроз печени
- 4) прием кортикостероидов

54. "ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ" ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ОЦЕНКА

- 1)+ потовой пробы
- 2) амилазы крови
- 3) аминокислот в стуле
- 4) жира в стуле

55. УРОВЕНЬ АМИЛАЗЫ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ДОСТИГАЕТ МАКСИМУМА

- 1)+ через 24 часа
- 2) в течение 3 часов
- 3) на 3-4 сутки
- 4) на 4-5 сутки

56. КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВОЗМОЖНА НА ОСНОВАНИИ

- 1)+ секретин-панкреозиминового теста
- 2) определения в крови панкреатических ферментов
- 3) копрологического анализа
- 4) исследования желудочной секреции

57. ПРИЗНАКИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ ПОТЕРЕ _____ % ФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ ПАРЕНХИМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1)+ 80-90
- 2) 10-20
- 3) 30
- 4) 50

58. ШОК И КОЛЛАПС ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ ВЫЗВАНЫ

- 1)+ ферментной токсемией
- 2) отеком поджелудочной железы
- 3) сдавлением дистального отдела холедоха
- 4) билиарной гипертензией

59. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ БИОХИМИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ

- 1)+ липазы
- 2) химотрипсина
- 3) трипсиногена
- 4) глюкозы

60. К ВОЗМОЖНЫМ ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ КИСТ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ перенесенный острый панкреатит
- 2) острую интоксикацию алкоголем
- 3) травмы брюшной полости
- 4) перенесенные абдоминальные инфекции

61. ЖЕЛТУХА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1)+ сдавлением общего желчного протока увеличенной головкой поджелудочной железы
- 2) дуоденостазом
- 3) холедохолитиазом
- 4) развитием гепатита

62. АКТИВНОСТЬ ТРИПСИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ остром панкреатите
- 2) язвенной болезни
- 3) перитоните
- 4) остром аппендиците

63. ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ СЫВОРОТОЧНОЙ АМИЛАЗЫ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА

- 1)+ острый панкреатит
- 2) бронхопневмонию
- 3) хронический гастрит
- 4) сахарный диабет

64. ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ИНСУЛИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ поджелудочная железа
- 2) печень
- 3) желудок
- 4) двенадцатиперстная кишка

65. ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ УРОВЕНЬ АМИЛАЗЫ КРОВИ ДОСТИГАЕТ МАКСИМУМА ЧЕРЕЗ (В ЧАСАХ)

- 1)+ 12-30
- 2) 1-2
- 3) 72-90
- 4) 90 -120

66. ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА ОБЯЗАТЕЛЬНО ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ

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

67. ОЦЕНКА ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОВЕДЕНА НА ОСНОВАНИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1)+ фекального химотрипсина
- 2) амилазы в моче
- 3) трипсина в крови
- 4) липазы в крови

68. ОСОБЕННОСТЯМИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ В

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

69. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПАТОЛОГИЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ УЗИ-сканирование органов брюшной полости
- 2) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- 3) компьютерная томография органов брюшной полости
- 4) биопсия поджелудочной железы под УЗИ-контролем

70. К ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ наличие псевдокист
- 2) конкременты в протоках
- 3) кальцификацию поджелудочной железы
- 4) развитие фиброза

71. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ экзокринная недостаточность поджелудочной железы
- 2) сахарный диабет I типа
- 3) механическая желтуха
- 4) дисбиоз кишечника

72. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ боль в верхней половине живота
- 2) гипергликемия
- 3) механическая желтуха
- 4) рвота

73. ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ алкоголь
- 2) злоупотребление мясной пищей
- 3) недоедание
- 4) переутомление

74. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАЗДЕЛЕННОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ асимптомное течение
- 2) диспепсический синдром
- 3) желтуха
- 4) болевой синдром

75. КОПРОЛОГИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стеаторея
- 2) йодофильная микрофлора
- 3) амилорея
- 4) креаторея

76. ПРИЗНАКОМ ВНУТРИСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипергликемия натощак
- 2) наличие креатореи в кале
- 3) частый жидкий стул
- 4) желтуха

77. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГАСТРИНОМА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1)+ поджелудочной железе
- 2) желудке
- 3) тощей кишке
- 4) подвздошной кишке

78. БОЛЕЗНЕННОСТЬ В ТОЧКЕ МЕЙО-РОБСОНА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ

- 1)+ тела и хвоста поджелудочной железы
- 2) головки поджелудочной железы
- 3) селезеночного угла толстой кишки
- 4) желчного пузыря

79. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1)+ панкреатической эластазы в кале
- 2) растительной клетчатки в кале
- 3) амилазы в моче
- 4) липазы в крови

80. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ РЕЦИДИВА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО СЛУЖИТ

- 1)+ определение активности альфа-амилазы в сыворотке крови
- 2) копрологическое исследование
- 3) обзорная рентгенография органов брюшной полости
- 4) эзофагогастродуоденоскопия

81. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КАЛЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ стеаторею, креаторею и амилорею
- 2) большое количество слизи
- 3) увеличение количества перевариваемой клетчатки
- 4) уменьшение уровня стеркобилина

82. ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ закупорка желчевыводящих путей, большого дуоденального сосочка и панкреатических протоков
- 2) недостаточность желудочной секреции или ахилия
- 3) ишемическое повреждение головного мозга
- 4) заболевания почек, приводящие к развитию острой почечной недостаточности

83. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ТЕСТОМ, ОТРАЖАЮЩИМ СОСТОЯНИЕ ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ концентрация эластазы-1 в кале
- 2) D-ксилозный тест
- 3) активность трипсина, липазы и амилазы в сыворотке крови
- 4) копрологическое исследование

84. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ИМЕЕТ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ____ КРОВИ

- 1)+ уровень амилазы и уровень липазы в
- 2) уровень глюкозы в
- 3) уровень билирубина в
- 4) кислотно-основное состояние

85. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» СРЕДИ НЕПРЯМЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ количественное определение содержания жира в кале
- 2) определение в крови уровня липазы
- 3) исследование желчи
- 4) контроль за весом

86. ОПОЯСЫВАЮЩИЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ хронического панкреатита
- 2) язвы желудка
- 3) хронического гепатита
- 4) хронического дуоденита

87. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФОРМЫ И ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лапароскопия
- 2) обзорная рентгенография брюшной полости
- 3) эзофагогастродуоденоскопия
- 4) определение содержания амилазы в крови и моче

88. В ОПРЕДЕЛЕНИИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНО ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ ¹³C-триглицеридный дыхательный тест
- 2) липазы в крови
- 3) амилазы в моче
- 4) амилазы в крови

89. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ боль в верхней половине живота
- 2) рвота накануне съеденной пищей
- 3) желтуха
- 4) метеоризм

90. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие болей в животе
- 2) тошнота
- 3) отсутствие стула
- 4) диарея

91. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ алкоголь и болезни билиарной системы
- 2) лекарственные препараты
- 3) кишечные инфекции
- 4) эндокринные заболевания

92. ХАРАКТЕРНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ИСТИННОЙ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие эпителиальной выстилки на внутренней поверхности стенки
- 2) наличие перегородок внутри
- 3) сферическая форма
- 4) студнеподобное содержимое

93. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хронический алкоголизм
- 2) камни в почках
- 3) сидячий образ жизни
- 4) избыточное потребление сладкой пищи

94. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АМИЛАЗЫ В КРОВИ В 5-10 РАЗ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА

- 1)+ острый панкреатит
- 2) сахарный диабет
- 3) кишечную непроходимость
- 4) острый гепатит

95. ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАКРЕАТИТА ПРОВОЦИРУЕТ

- 1)+ прием алкоголя и жирной пищи
- 2) физическая нагрузка
- 3) прием белковой пищи
- 4) переутомление

96. ГЛАВНЫЙ ПАНКРЕАТИЧЕСКИЙ ПРОТОК ОТКРЫВАЕТСЯ В ПРОСВЕТ

- 1)+ нисходящей части двенадцатиперстной кишки
- 2) луковицы двенадцатиперстной кишки
- 3) горизонтальной части двенадцатиперстной кишки
- 4) восходящей части двенадцатиперстной кишки

97. ДЛЯ АУТОИММУННОГО ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ УРОВНЯ

- 1)+ IgG4
- 2) IgG
- 3) IgA
- 4) IgM

98. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ компьютерная томография органов брюшной полости
- 2) обзорная рентгенография брюшной полости
- 3) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- 4) эзофагогастродуоденоскопия

99. ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНАЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ муковисцидозе
- 2) синдроме Дауна
- 3) синдроме Марфана
- 4) первичном амилоидозе

100. АБСОЛЮТНАЯ ЭКЗОКРИННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1)+ деструкции ацинарных клеток
- 2) падения интрадуоденального уровня pH менее 4
- 3) моторных расстройств двенадцатиперстной и тонкой кишки
- 4) избыточного бактериального роста в тонкой кишке

101. БОЛЕЗНЕННОСТЬ В ТОЧКЕ ДЕЖАРДЕНА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ

- 1)+ панкреатите
- 2) холецистите
- 3) дуодените
- 4) гастрите

102. ПЕРВИЧНАЯ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА

- 1)+ обструкцией главного панкреатического протока
- 2) повышенной секрецией соляной кислоты
- 3) повреждением панкреатических островков
- 4) снижением уровня панкреатического полипептида

103. РИСК РАЗВИТИЯ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗНАЧИТЕЛЬНО ВЫШЕ ПРИ _____ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

- 1)+ наследственном
- 2) алкогольном
- 3) билиарнозависимом
- 4) лекарственном

104. НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ДАЕТ

- 1)+ интраоперационная панкреатография
- 2) пункционная биопсия
- 3) холангиография
- 4) визуальный осмотр

105. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ КТ брюшной полости с контрастированием
- 2) обзорная рентгенография брюшной полости
- 3) сцинтиграфия
- 4) панкреатоскопия

106. ВЫЯВЛЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВЫПОТА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ОЧАГОВ ЖИРОВОГО НЕКРОЗА НА БРЮШИНЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ

- 1)+ острого панкреатита
- 2) перфорации язвы желудка
- 3) мезентериального тромбоза
- 4) повреждения полого органа

107. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АСЦИТА, ВЫЗВАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИЛИ ПЕЧЕНИ, НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ТЕСТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ абдоминальный парацентез
- 2) обзорная рентгенография брюшной полости
- 3) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- 4) ультразвуковое исследование брюшной полости

108. СЛЕДСТВИЕМ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ФИБРОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

- 1)+ мальабсорбции
- 2) Золлингера – Эллисона
- 3) Жильбера
- 4) холестаза

109. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ОТ ЛЕЧЕНИЯ КОРТИКОСТЕРОИДАМИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ _____ ПАНКРЕАТИТА

- 1)+ аутоиммунного
- 2) алкогольного
- 3) билиарнозависимого
- 4) идиопатического

110. ПРИ АУТОИММУННОМ ПАНКРЕАТИТЕ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В 50% СЛУЧАЕВ ВЫЯВЛЯЮТ АУТОАНТИТЕЛА К

- 1)+ лактоферрину и карбоангидразе
- 2) митохондриям
- 3) рибонуклеопротеинам
- 4) тиреоглобулину

111. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ МИКРОКАЛЬЦИНАТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ компьютерная томография
- 2) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- 3) обзорная рентгенография брюшной полости
- 4) ангиография

112. ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЕТ ОБНАРУЖИТЬ

- 1)+ кальцификацию железы
- 2) наличие кист
- 3) расширение общего панкреатического протока
- 4) опухоль

113. НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПАТОЛОГИЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ультразвуковое исследование
- 2) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- 3) биопсия поджелудочной железы
- 4) обзорная рентгенография брюшной полости

114. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ОТНОСЯТ К ТИПУ

- 1)+ III С
- 2) I
- 3) II
- 4) IV

115. ПЕРВАЯ СТУПЕНЬ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ ультразвуковое исследование
- 2) эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию
- 3) магнитно-резонансную томографию
- 4) ангиографию

116. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ПАНКРЕАТИТА ЛЕЖИТ

- 1)+ активация панкреатических ферментов в тканях железы
- 2) инфицирование секрета поджелудочной железы
- 3) нарушение кровообращения
- 4) снижение синтеза протеолитических ферментов

117. К КОСВЕННЫМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ отек и гиперемия задней стенки желудка
- 2) кровоизлияние на передней стенке желудка
- 3) острые язвы желудка
- 4) острые язвы двенадцатиперстной кишки

118. ПРИ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ

- 1)+ раздутой газом поперечной ободочной кишки
- 2) свободного газа в брюшной полости
- 3) уровней жидкости в кишке (чаши Клойбера)
- 4) жидкости в брюшной полости

119. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ МОЖНО ВЫЯВИТЬ

- 1)+ наличие плеврального выпота слева
- 2) медиастинальную эмфизему
- 3) смещение средостения
- 4) изменение корней легких

120. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ КОМПЛЕКСОМ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ исследование панкреатических ферментов в крови, УЗИ поджелудочной железы, копрологическое исследование
- 2) общий анализ крови и мочи, эзофагогастродуоденоскопия
- 3) копрологическое исследование, исследование желудочной секреции, рентгенологическое исследование желудка и 12-перстной кишки
- 4) общий анализ крови, колоноскопия

121. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПАТОЛОГИЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1)+ ультразвуковое исследование
- 2) ЭРХПГ
- 3) биопсию поджелудочной железы
- 4) обзорную рентгенографию брюшной полости

122. СИМПТОМ КЕРТЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ локальным мышечным напряжением над пупком в области правой и левой прямых мышц соответственно проекции поджелудочной железы
- 2) болезненностью при пальпации в левом реберно-позвоночном углу
- 3) сглаженностью округлости в верхнем левом квадранте живота за счет атрофии подкожно-жировой клетчатки
- 4) желтовато-цианотичной окраской кожи в области пупка

123. БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ В ТОЧКЕ МЕЙО-РОБСОНА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО

- 1)+ панкреатита
- 2) холецистита
- 3) дуоденита
- 4) гастрита

124. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ультразвуковое исследование
- 2) исследование пассажа бария по тонкой кишке
- 3) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- 4) ангиография

125. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ТЕСТОМ, ОТРАЖАЮЩИМ СОСТОЯНИЕ ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ определение концентрации эластазы-1 в кале
- 2) D-ксилозный тест
- 3) определение трипсина, липазы в сыворотке крови
- 4) определение амилазо-креатининового коэффициента

126. ДЛЯ АУТОИММУННОГО ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

- 1)+ IgG4
- 2) аминотрансфераз
- 3) щелочной фосфатазы
- 4) гастрин

127. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ВЫСОК РИСК РАЗВИТИЯ

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

128. СЕРОВАТЫЙ С ЖИРНЫМ БЛЕСКОМ, ЗЛОВОННЫЙ, ПЛОХО СМЫВАЕМЫЙ С УНИТАЗА СТУЛ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ БЫВАЕТ ВСЛЕДСТВИИ

- 1)+ стеатореи
- 2) увеличения стеркобилина
- 3) амилореи
- 4) креатореи

129. ПАНКРЕАТОГЕННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ДИАБЕТА I И II ТИПА ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ

- 1)+ гипогликемии
- 2) кетоацидоза
- 3) макроангиопатии
- 4) микроангиопатии

130. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ желчнокаменная болезнь
- 2) беременность
- 3) злоупотребление сахарами
- 4) травма живота

131. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕТРОГРАДНАЯ ПАНКРЕАТИКОХОЛАНГИОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ СОСТОЯНИЕ _____ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1)+ протоковой системы
- 2) паренхимы
- 3) контуров
- 4) размеров

132. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЭНДОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ

- 1)+ гликозилированного гемоглобина Hb1c
- 2) гликогена в сыворотке крови
- 3) амилазы в сыворотке крови
- 4) крахмала в кале

133. НЕЗАВИСИМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ курение
- 2) возраст
- 3) прием большого количества углеводов
- 4) физическая нагрузка

134. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повреждение ее паренхимы с развитием фиброза
- 2) недостаточная выработка пепсина
- 3) повышенная секреция соляной кислоты
- 4) повреждение панкреатических островков (островков Лангерганса)

135. РИСК РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ увеличении длительности заболевания
- 2) более высоком потреблении жиров
- 3) дефиците цинка в организме
- 4) уменьшении приема углеводов

136. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА БОЛЬ

- 1)+ носит опоясывающий характер, усиливается после еды и в положении на спине
- 2) локализуется преимущественно в околопупочной области, уменьшается после приема пищи
- 3) локализуется преимущественно в области левого подреберья, усиливается в положении сидя
- 4) локализуется преимущественно в области правого подреберья, усиливается в положении на боку

137. НА ОСНОВАНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖНО КОСВЕННО СУДИТЬ О

- 1)+ экзокринной недостаточности
- 2) эндокринной недостаточности
- 3) состоянии протокой системы
- 4) наличии кистозных изменений

138. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ МОЖНО ВЫЯВИТЬ

- 1)+ высокое стояние и ограничение подвижности диафрагмы
- 2) смещение средостения
- 3) изменение корней легких
- 4) медиастинальную эмфизему

139. СИМПТОМ КУЛЛЕНА-ГРЮНВАЛЬДА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ желтовато-цианотичной окраской кожи в области пупка
- 2) локальным мышечным напряжением над пупком в области правой и левой прямых мышц соответственно проекции поджелудочной железы
- 3) сглаженностью округлости в верхнем левом квадранте живота за счет атрофии подкожно-жировой клетчатки
- 4) резкой болезненностью у наружного края левой прямой мышцы живота

140. ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЖЕЛТУХИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АУТОИММУННОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ увеличение головки поджелудочной железы
- 2) повышенное разрушение эритроцитов
- 3) нарушение функции печени
- 4) нарушение функции желчного пузыря

141. ОДНИМ ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижение массы тела
- 2) гипергликемия
- 3) сухость кожных покровов
- 4) кожный зуд

142. СТАНДАРТОМ ПРЯМОЙ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЧИТАЮТ

- 1)+ секретин-панкреозиминный тест
- 2) анализ на фекальную эластазу
- 3) дыхательный тест C-MTG-VT
- 4) общий анализ кала

143. СИМПТОМ КУРВУАЗЬЕ-ТЕРРЬЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ рака головки поджелудочной железы
- 2) хронического панкреатита
- 3) хронического холецистита
- 4) калькулезного холецистита

144. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КАЛЬЦИФИКАТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ компьютерная томография
- 2) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- 3) обзорная рентгенография брюшной полости
- 4) ангиография

145. У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

- 1)+ муковисцедоз
- 2) хронический гастрит
- 3) болезнь Гиршпрунга
- 4) синдром Жильбера

146. СИМПТОМ МЕЙО-РОБСОНА ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ болезненностью при пальпации в левом реберно-позвоночном углу
- 2) сглаженностью округлости в верхнем левом квадранте живота за счет атрофии подкожно-жировой клетчатки
- 3) желтовато-цианотичной окраской кожи в области пупка
- 4) локальным мышечным напряжением над пупком в области правой и левой прямых мышц соответственно проекции поджелудочной железы

147. НАСЛЕДСТВЕННЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ ранним дебютом
- 2) поздним дебютом
- 3) стертой клинической картиной
- 4) отсутствием осложнений

148. НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ ИМЕЕТ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ С

- 1)+ кистозными очагами
- 2) кальцификатами
- 3) фиброзными изменениями
- 4) диффузными изменениями паренхимы

149. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ ПОВЫШАЕТ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ТОЧНОСТЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ С

- 1)+ минимальными изменениями
- 2) кальцификатами в протоках
- 3) зонами некроза
- 4) экзокринной недостаточностью

150. В ПЕРВЫЕ ТРОЕ СУТОК ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии
- 2) ультразвукового исследования
- 3) лапароскопии
- 4) эзофагогастродуоденоскопии

151. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ АУТОИММУННОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ ДАННЫЕ, ПОЛУЧЕННЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

- 1)+ компьютерной томографии
- 2) гастродуоденоскопии
- 3) ангиографии
- 4) лапароскопии

152. СВИДЕТЕЛЬСТВОМ АУТОИММУННОЙ ПРИРОДЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ АУТОАНТИТЕЛ К

- 1)+ лактоферрину
- 2) рибонуклеопротеинам
- 3) митохондриям
- 4) тиреоглобулину

153. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышение давления в протоках поджелудочной железы
- 2) внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы
- 3) недостаточное кровообращение в поджелудочной железе
- 4) токсическое действие алкоголя на головной мозг

154. СТЕАТОРЕЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ СТУЛА

- 1)+ с жирным блеском
- 2) зеленого цвета
- 3) с кислым запахом
- 4) с тяжами слизи

155. РАЗВИТИЕ ЖЕЛТУХИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ВЫЗВАНО

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

156. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ формирование псевдокист
- 2) реактивный артрит
- 3) плевральный выпот слева
- 4) острая язва желудка

157. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ВЫЯВЛЕНИЯ ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ компьютерная томография
- 2) ультразвуковое исследование
- 3) обзорная рентгенография брюшной полости
- 4) ангиография

158. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПРОТОВОЙ СИСТЕМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ

- 1)+ МРХПГ
- 2) УЗИ
- 3) КТ
- 4) обзорную рентгенографию брюшной полости

159. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ злоупотребление алкоголем
- 2) хронические вирусные инфекции
- 3) избыточную массу тела
- 4) желчекаменную болезнь

160. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1)+ шок
- 2) артериальная гипертензия
- 3) тромбоз печеночной вены
- 4) гемолитическая анемия

161. ОДНИМ ИЗ ЧАСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ ЖЕЛТУХИ

- 1)+ подпеченочной
- 2) печеночной
- 3) надпеченочной
- 4) смешанной

162. НА РАННИХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоУЗИ
- 2) УЗИ
- 3) ЭРХПГ
- 4) ангиография

163. У ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ ЛИЦ ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ ОБЫЧНО МАНИФЕСТИРУЕТ

- 1)+ резкой абдоминальной болью
- 2) пожелтением кожных покровов
- 3) появлением галлюцинаций
- 4) респираторным дистресс-синдромом

164. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ злоупотребление алкоголем
- 2) чрезмерная физическая нагрузка
- 3) курение
- 4) работа в ночную смену

165. У ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ ЛИЦ ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЧАСТО СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1)+ гипергликемией
- 2) портальной гипертензией
- 3) гемолитической анемией
- 4) асцитом

166. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА И ЕГО ВЕТВЕЙ, ПРИМЕНЯЮЩИМСЯ В ХОДЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ЭРХПГ
- 2) УЗИ
- 3) КТ
- 4) МРТ

167. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ С ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НАБЛЮДАЕТСЯ СТУЛ

- 1)+ кашицеобразный, маслянистый
- 2) водянистый с хлопьями
- 3) скудный, фрагментированный
- 4) жидкий, с примесью алой крови

168. ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭКЗОКРИННОЙ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВОЗМОЖНО ИССЛЕДОВАНИЕ В КАЛЕ

- 1)+ нейтрального жира
- 2) скрытой крови
- 3) билирубина
- 4) стеркобилина

169. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ СЛЕДУЕТ ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ НА НАЛИЧИЕ

- 1)+ экзокринной и/или эндокринной недостаточности
- 2) гемолитической анемии
- 3) гипогликемии
- 4) поликистоза почек

170. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышение активности амилазы в крови и моче
- 2) анемия
- 3) гипербилирубинемия
- 4) повышение уровня щелочной фосфатазы

171. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ АУТОИММУННОГО ПАНКРЕАТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ подпеченочную желтуху
- 2) резкое похудание
- 3) отвращение к мясной пище
- 4) длительные запоры

172. АУТОИММУННЫЙ ПАНКРЕАТИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ АУТОАНТИТЕЛ К

- 1)+ карбоангидразе
- 2) митохондриям
- 3) тиреоглобулину
- 4) рибонуклеопротеинам

173. У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ

- 1)+ муковисцидоз
- 2) синдром Дубина – Джонсона
- 3) болезнь Уипла
- 4) дисахаридазодефицитные энтеропатии

174. В ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВКЛЮЧАЮТСЯ

- 1)+ панкреатические ферменты
- 2) кортикостероиды
- 3) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- 4) препараты месалазина

175. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургический
- 2) консервативный
- 3) рентгенологический
- 4) химиотерапевтический

176. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА И СОХРАНЕНИИ ВЫРАЖЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА СЛЕДУЮЩЕМ ЭТАПЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ

- 1)+ эндоскопическое стентирование
- 2) резекцию поджелудочной железы
- 3) маргинальную невротомию
- 4) продольную панкреатоеюностомию

177. ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОЗА ПОЛИФЕРМЕНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ СОСТАВЛЯЕТ НА ОСНОВНОЙ ПРИЕМ ПИЩИ

- 1)+ 25 000 – 40 000 ед. липазы, 10 000 – 25 000 ед. на перекус
- 2) 15 000 – 10 000 ед. липазы, 3 000 – 5 000 ед. на перекус
- 3) 5 000 – 10 000 ед. липазы, 3 000 – 5 000 ед. на перекус
- 4) 3 000 – 5 000 ед. липазы без дополнительной коррекции перекусов

178. ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ И ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА РАЗРЕШАЕТСЯ УПОТРЕБЛЯТЬ В ПИЩУ

- 1)+ паровые котлеты из говядины или курицы
- 2) бульоны мясные, рыбные, грибные и крепкие овощные
- 3) салат из свежей капусты
- 4) жареное мясо

179. ПОКАЗАНИЕМ К СТЕНТИРОВАНИЮ ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ расположение стриктур в головке поджелудочной железы
- 2) множественные стриктуры главного панкреатического протока
- 3) наличие кальцинатов в протоках
- 4) выраженное уплотнение паренхимы поджелудочной железы

180. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН ПОЛУЧАТЬ ЛИПАЗУ С ОСНОВНЫМ ПРИЕМОМ ПИЩИ В ДОЗЕ НЕ МЕНЕЕ (В ТЫС. МЕ)

- 1)+ 25-40
- 2) 10-24
- 3) 1-2
- 4) 5-7

181. БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ЛАТЕНТНОГО ТЕЧЕНИЯ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ ДИЕТЫ С

- 1)+ высоким содержанием белков
- 2) преобладанием легкоусвояемых углеводов
- 3) преобладанием жиров
- 4) повышенным содержанием железа

182. В ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ октреотид
- 2) ведолизумаб
- 3) висмута трикалия дицитрат
- 4) магния гидроксид

183. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С НАЛИЧИЕМ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургический
- 2) консервативная терапия
- 3) рентгенотерапия
- 4) химиотерапия

184. МЕТОДОМ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопический
- 2) хирургический
- 3) консервативный
- 4) рентгенотерапевтический

185. ПРИ ПАНКРЕАТОГЕННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ препараты инсулина
- 2) бигуаниды
- 3) препараты сульфанилмочевины
- 4) ингибиторы альфа-глюкозидазы

186. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ФОРМАМИ ФЕРМЕНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ минимикросферы размером 1,0-1,2 мм
- 2) микросферы размером 1,8-2,0 мм
- 3) минитаблетки размером 2,2-2,5 мм
- 4) таблетки

187. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОКОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБЕСПЕЧЕН

- 1)+ смесью для энтерального питания
- 2) пищей с высоким содержанием жиров
- 3) продуктами, богатыми глютенем
- 4) свежими овощами и фруктами

188. ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ГЛАВНЫМ ПРИНЦИПОМ ДИЕТОТЕРАПИИ В ПЕРВЫЙ ДЕНЬ ОБОСТРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ голод
- 2) редкие приемы пищи
- 3) энтеральное питание
- 4) обильное питание

189. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА В ФАЗЕ РЕМИССИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ полиферментные препараты
- 2) кортикостероиды
- 3) антиферментную терапию
- 4) антисекреторные препараты

190. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ панкреатическую гипертензию в сочетании со стойким болевым синдромом
- 2) сахарный диабет
- 3) недостаточность внешнесекреторной функции поджелудочной железы
- 4) тромбоз воротной вены

191. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНЫ _____ ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- 1)+ высокодозные микрогранулированные
- 2) высокодозные таблетированные
- 3) низкодозные микрогранулированные
- 4) низкодозные таблетированные

192. БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ЛАТЕНТНОГО ТЕЧЕНИЯ ПОКАЗАНА ДИЕТА

- 1)+ щадящая углеводно-белковая
- 2) с преобладанием углеводов
- 3) с преобладанием жиров
- 4) по основному варианту

193. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ панкреатические ферменты
- 2) антисекреторные препараты
- 3) прокинетики
- 4) спазмолитики

194. РАННЯЯ ВНУТРИВЕННАЯ ГИДРАТАЦИЯ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ

- 1)+ кристаллоидами в первые 12-24 часа
- 2) коллоидами в первые 12-24 часа
- 3) кристаллоидами в сочетании с антибактериальной терапией
- 4) доступными растворами в течение 48 часов

195. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ парацетамол
- 2) ацетилсалициловую кислоту
- 3) морфин
- 4) прокаин (новокаин)

196. ПОКАЗАНИЕМ К ПОЛНОМУ ПАРЕНТЕРАЛЬНОМУ ПИТАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ ОСТРЫЙ

- 1)+ панкреатит
- 2) гастрит
- 3) энтероколит
- 4) колит

197. СКОРОСТЬ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ МОЖНО УМЕНЬШИТЬ ПУТЕМ

- 1)+ отказа от приема алкоголя
- 2) исключения приема жирной пищи
- 3) назначения диеты с увеличенным количеством белка
- 4) ограничения приема жидкости

198. ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ ферментные препараты
- 2) месалазин
- 3) гепатопротекторы
- 4) холеретики

199. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ нестероидные противовоспалительные препараты
- 2) ингибиторы протеазы
- 3) ферменты
- 4) ингибиторы протонной помпы

200. В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАНКРЕАТИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ХИЛОМИКРОНЕМИЕЙ И ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЕЙ, ПРИМЕНЯЮТСЯ

- 1)+ фибраты
- 2) ферментные препараты
- 3) селективные спазмолитики
- 4) прокинетики

201. ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ БОЛИ В ЖИВОТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПАРАЦЕТАМОЛ В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ (В МГ)

- 1)+ 3000
- 2) 1000
- 3) 500
- 4) 250

202. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ псевдокистах с наличием клинических проявлений
- 2) осложненных геморрагических псевдокистах
- 3) бессимптомном расширении главного панкреатического протока
- 4) неосложненных псевдокистах

203. ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ФЕРМЕНТНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ МОЖНО СУДИТЬ ПО УМЕНЬШЕНИЮ

- 1)+ стеатореи
- 2) боли
- 3) активности липазы в сыворотке крови
- 4) активности амилазы в моче

204. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ С НАЛИЧИЕМ СИМПТОМНЫХ КИСТ И ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ хирургического лечения
- 2) лекарственной терапии
- 3) динамического наблюдения
- 4) физиотерапии

205. С ЦЕЛЬЮ КОМПЕНСАЦИИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ минимикросферы панкреатина
- 2) висмута трикалия дицитрат
- 3) апротинин
- 4) соматостатин

206. КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРЕДПОЛАГАЕТ ПЕРВООЧЕРДНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ ферментных препаратов
- 2) прокинетиков
- 3) пробиотиков
- 4) 5-аминосалициловой кислоты

207. БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ЛАТЕНТНОГО ТЕЧЕНИЯ ПОКАЗАНА ДИЕТА С

- 1)+ высоким содержанием белков
- 2) общим полноценным рационом
- 3) высоким содержанием жиров
- 4) ограничением углеводов

208. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ФЕРМЕНТНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

- 1)+ уменьшению симптомов мальабсорбции
- 2) повышению аппетита
- 3) уменьшению интенсивности болей
- 4) увеличению содержания стеркобилина в кале

209. В ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ ферменты (панкреатин)
- 2) кортикостероиды
- 3) сосудистые препараты
- 4) ингибиторы АПФ

210. ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО ПРИНИМАТЬ

- 1)+ во время еды
- 2) за 20 мин до еды
- 3) через 40 мин после еды
- 4) через 7-8 часов после еды

211. ПРИ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ЦЕЛЬЮ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- 1)+ гастропанкреатодуоденальная резекция
- 2) резекция поджелудочной железы
- 3) криодеструкция опухоли
- 4) химиолучевое лечение

212. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ РЕЦИДИВЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1)+ наркотических анальгетиков
- 2) ненаркотических анальгетиков
- 3) нестероидных противовоспалительных препаратов
- 4) ингибиторов протонной помпы

213. ТРЕТЬИМ ЭТАПОМ РАСШИРЕНИЯ ДИЕТЫ ДЛЯ БОЛЬНОГО С ПАНКРЕАТИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ БЛЮД, СОДЕРЖАЩИХ

- 1)+ жиры
- 2) растительные белки
- 3) клетчатку
- 4) минералы

214. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ ингибиторы протонной помпы
- 2) глюкокортикостероиды
- 3) сульфаниламиды
- 4) месалазин

215. ОБЩЕПРИНЯТЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ПСЕВДОКИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие осложнений
- 2) отсутствие осложнений
- 3) размер кисты
- 4) наличие конкрементов в протоках

216. ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ панкреатин
- 2) урсодезоксихолевая кислота
- 3) висмута трикалия дицитрат
- 4) алюминия гидроксид

217. КАКИЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ ПАНКРЕАТИНА (В ПЕРЕСЧЕТЕ НА ЛИПАЗУ) РЕКОМЕНДУЮТСЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

- 1)+ более 150 000 Ед
- 2) 30 000-50 000 Ед
- 3) 50 000-100 000 Ед
- 4) 100 000-150 000 Ед

218. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕЖДЕ ВСЕГО НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ ферментные препараты
- 2) спазмолитики
- 3) антибиотики
- 4) обезболивающие

219. В СЛУЧАЕ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ ФЕРМЕНТНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В СХЕМУ ЛЕЧЕНИЯ НУЖНО ДОБАВИТЬ

- 1)+ ингибиторы протонной помпы
- 2) спазмолитики
- 3) антибактериальные препараты
- 4) седативные средства

220. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ ингибиторы протонной помпы
- 2) антибиотики
- 3) прокинетики
- 4) антациды

221. ВКЛЮЧЕНИЕ ИНГИБИТОРА ПРОТОННОЙ ПОМПЫ В СХЕМУ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1)+ недостаточным ответом на ферментные препараты
- 2) повышенной бактериальной колонизацией кишечника
- 3) развитием эндокринной недостаточности
- 4) усилением изжоги

222. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ АНАЛЬГЕТИКОМ ПЕРВОГО УРОВНЯ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ парацетамол
- 2) нестероидный противовоспалительный препарат
- 3) морфин
- 4) промедол

Тема 6. Заболевания тонкой и толстой кишки.

1. ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дивертикулит
- 2) рак толстой кишки
- 3) язвенный колит
- 4) запор

2. ОБИЛЬНАЯ ПОТЕРЯ БЕЛКА ЧЕРЕЗ СТЕНКУ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ экссудативной энтеропатии
- 2) муковисцидозе
- 3) дисахаридазной недостаточности
- 4) целиакии

3. ХРОНИЧЕСКАЯ ДИАРЕЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ БОЛЕЕ (НЕДЕЛЯ)

- 1)+ 2-4
- 2) 4-6
- 3) 6-8
- 4) 8-10

4. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КОЛИТ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ кала на токсины A и B *Cl. difficile*
- 2) копрограммы на амилорею и стеаторею
- 3) рентгенограммы органов брюшной полости
- 4) клинического анализа крови

5. ПРИ ЦЕЛИАКИИ ПОВЫШАЕТСЯ РИСК РАЗВИТИЯ

- 1)+ лимфомы тонкой кишки
- 2) хронического панкреатита
- 3) гепатоцеллюлярного рака
- 4) болезни Крона

6. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПОЧТИ ВСЕГДА ЗАТРАГИВАЕТ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ _____ КИШКИ

- 1)+ прямой
- 2) двенадцатиперстной
- 3) подвздошной
- 4) тощей

7. ПРИ ПОДГОТОВКЕ КИШЕЧНИКА ДЛЯ КОЛОНОСКОПИИ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ вазелиновое масло
- 2) фортранс
- 3) дюфалак
- 4) пикопреп

8. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ вздутие живота и диарею при употреблении злаков
- 2) опоясывающие боли в животе и рвоту с примесью желчи
- 3) метеоризм и неустойчивый стул при употреблении молочных продуктов
- 4) частый стул с примесью крови и боли в левой части живота

9. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬПРОТЕКТИНА В КАЛЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ воспалительном заболевании кишечника
- 2) недостаточном поступлении желчи в кишку
- 3) синдроме раздраженного кишечника
- 4) нарушении переваривания пищи в желудке

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИШЕМИЧЕСКИЙ КОЛИТ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1)+ селезеночном изгибе
- 2) слепой кишке
- 3) прямой кишке
- 4) печеночном изгибе

11. В ТАБЛИЦЕ ИНДЕКСА АКТИВНОСТИ (ИНДЕКСА МЕЙО) ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ АТАКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОТСУТСТВУЕТ

- 1)+ частота сердечных сокращений в 1 минуту
- 2) общая оценка состояния врачом
- 3) состояние слизистой оболочки кишки
- 4) примесь крови и слизи в стуле

12. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ НАЛИЧИИ

- 1)+ ворсинчатого полипа
- 2) запоров
- 3) геморроя
- 4) болезни Крона

13. ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ КОЛИТЕ ЯЗВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1)+ нисходящем отделе ободочной кишки
- 2) печеночном изгибе ободочной кишки
- 3) слепой кишке
- 4) правой половине поперечной ободочной кишки

14. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ *Clostridium difficile*
- 2) *Streptococcus pyogenes*
- 3) *Helicobacter pylori*
- 4) *Enterococcus faecalis*

15. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ОБЯЗАТЕЛЬНО ВОВЛЕКАЕТСЯ _____ КИШКА

- 1)+ прямая
- 2) двенадцатиперстная
- 3) подвздошная
- 4) тощая

16. ДЛЯ РАКА СРЕДНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ частые тенезмы с отхождением крови и слизи
- 2) боли в правой подвздошной области и над лоном
- 3) боли за грудиной и затрудненное прохождение пищи
- 4) инфильтрат в правой подвздошной области и анемия

17. У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕЛИАКИЕЙ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ

- 1)+ железodefицитная анемия
- 2) талассемия
- 3) эритроцитоз
- 4) сидеробластная анемия

18. ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИНДЕКС БЕСТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ

- 1)+ болезни Крона
- 2) язвенном колите
- 3) синдроме раздраженного кишечника
- 4) ишемическом колите

19. СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ отсутствием симптомов ночью
- 2) изнуряющей диареей, температурой
- 3) появлением крови в каловых массах
- 4) повышением температуры тела более 37,5 °C

20. БОЛЬНОЙ С СИМПТОМАМИ: ДИАРЕЯ, ВЗДУТИЕ УРЧАНИЕ, ПЕРЕЛИВАНИЕ В ЖИВОТЕ, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ОБРАЗЦОВА И РАСПЛАСТАННЫЙ ЖИВОТ, С ДЕТСТВА ПИТАНИЕ ПОНИЖЕННОЕ, КОЖА И СЛИЗИСТЫЕ БЛЕДНЫЕ, НОГТИ ЛОМКИЕ, ГОЛЕНИ ПАСТОЗНЫЕ, МОЖНО ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ

- 1)+ целиакия
- 2) синдром раздраженной кишки
- 3) болезнь Гордона
- 4) болезнь Уиппла

21. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кишечная непроходимость
- 2) кровотечение
- 3) повышенный риск малигнизации
- 4) развитие токсического мегаколона

22. ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ УРОВЕНЬ

- 1)+ антител к тканевой трансглутаминазе в крови
- 2) непереваренного глиадина/ретикулина в кале
- 3) свободных дезаминированных пептидов глютена в моче
- 4) альфа-амилазы (птиалина) в виде L-изомера в слюне

23. КИШЕЧНИК НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЗАСЕЛЯЕТСЯ БИФИДОБАКТЕРИЯМИ НА _____ ДЕНЬ

- 1)+ 2-3
- 2) 1-2
- 3) 4-5
- 4) 6-7

24. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АНТИТЕЛ К ТКАНЕВОЙ ТРАНСГЛЮТАМИНАЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ глютенной энтеропатии
- 2) язвенном колите
- 3) болезни Крона
- 4) синдроме раздраженного кишечника

25. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЫПРОТЕКТИНА В КАЛЕ ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ

- 1)+ «болезнь Крона»
- 2) «аскаридоз»
- 3) «синдром раздраженного кишечника»
- 4) «глютеночная энтеропатия»

26. ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЁННОЙ КИШКИ ОТМЕЧАЮТСЯ

- 1)+ функциональные расстройства
- 2) органические изменения
- 3) наследственные нарушения
- 4) аномалии развития кишечника

27. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дисплазия слизистой оболочки толстой кишки
- 2) прием глюкокортикоидов и иммуносупрессоров
- 3) развитие псориаза и псориатического артрита
- 4) развитие псевдополипоза толстой кишки

28. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ В АНАЛИЗАХ КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ
- 2) анемия, лейкопения, тромбоцитопения
- 3) эритроцитоз, лейкоцитоз, тромбоцитопения
- 4) лейкопения, лимфоцитоз, ускорение СОЭ

29. ДЛЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ частое присутствие крови в кале
- 2) наличие лейкопении и тромбоцитопении
- 3) снижение свертываемости крови
- 4) наличие клостридий в кале

30. ВНЕКИШЕЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ узловатая эритема
- 2) экссудативный перикардит
- 3) сахарный диабет
- 4) аутоиммунный панкреатит

31. УХУДШЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИИ ВЫЗЫВАЕТ

- 1)+ ячмень
- 2) гречиха
- 3) рис
- 4) кукуруза

32. У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ, ПОЛИАРТРАЛГИЕЙ, АХЛОРГИДРИЕЙ, ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ, ЛИХОРАДКОЙ, ДИАРЕЕЙ, БЫСТРЫМ ИСТОЩЕНИЕМ, МЕНИНГИТОМ МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ

- 1)+ болезнь Уиппла
- 2) болезнь Крона
- 3) болезнь Гордона
- 4) лимфосаркому

33. В КРИТЕРИЯХ ПО TRUELOVE-WITTS ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ АТАКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОТСУТСТВУЕТ

- 1)+ общая оценка состояния врачом
- 2) частота дефекаций с кровью
- 3) уровень гемоглобина
- 4) частота сердечных сокращений в 1 минуту

34. ВСАСЫВАНИЕ ПРОДУКТОВ РАСЩЕПЛЕНИЯ БЕЛКА В ТОНКОМ КИШЕЧНИКЕ ПРОИСХОДИТ В ВИДЕ

- 1)+ аминокислот
- 2) липопротеидов
- 3) гликопротеидов
- 4) полипептидов

35. У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕЛИАКИЕЙ (НЕТРОПИЧЕСКОЙ СПРУ) ДИАРЕЯ УСИЛИВАЕТСЯ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ В ПИЩУ

- 1)+ белых сухарей
- 2) риса
- 3) кукурузы
- 4) мяса

36. КАЛОВЫЕ МАССЫ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА СОДЕРЖАТ ХОРОШО ЗАМЕТНУЮ ПРИМЕСЬ

- 1)+ слизи
- 2) крови
- 3) гноя
- 4) жира

37. К ОСНОВНОМУ КЛИНИЧЕСКОМУ СИМПТОМУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ частый жидкий стул с примесью крови
- 2) чувство тяжести в эпигастрии
- 3) боль в правом подреберье
- 4) рвоту, приносящую облегчение

38. ДИАГНОЗ «СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА» ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ наличии крови в кале
- 2) стуле чаще 3 раз в неделю
- 3) чувстве неполного опорожнения кишечника
- 4) стуле реже 3 раз в неделю

39. ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ длительное применение антибиотиков
- 2) пищевая токсикоинфекция
- 3) злоупотребление алкоголем
- 4) *Helicobacter pylori*

40. ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КОЛИТ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТЕРАПИИ

- 1)+ антибиотиками
- 2) прокинетиками
- 3) спазмолитиками
- 4) антикоагулянтами

41. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ «СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ» МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН НА ОСНОВАНИИ ПОЛНОГО КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И

- 1)+ исключения других заболеваний
- 2) гистологического подтверждения
- 3) иммуногистохимического анализа
- 4) заключения ирригоскопии

42. ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ГЛЮТЕНОВУЮ ЭНТЕРОПАТИЮ (ЦЕЛИАКИЮ) ПОКАЗАНО БОЛЬНЫМ

- 1)+ сахарным диабетом 1 типа
- 2) алиментарным ожирением
- 3) наследственной гиперхолестеринемией
- 4) первичным наследственным гемохроматозом

43. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие самостоятельного стула
- 2) увеличение живота в размерах
- 3) видимая перистальтика
- 4) примесь крови в кале

44. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ОТНОСЯТ

- 1)+ полипы кишечника
- 2) геморрой
- 3) дивертикулярную болезнь кишечника
- 4) язву кишечника

45. ДИАРЕЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ТОНКОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ наличием полифекалии
- 2) наличием слизи в кале
- 3) болезненными позывами
- 4) скудным объемом каловых масс

46. 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

47. К МОРФОЛОГИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ АКТИВНОСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ инфильтрацию нейтрофилами слизистой оболочки кишки
- 2) наличие пролиферативной активности фибробластов
- 3) тромбоцитарную инфильтрацию слизистой оболочки кишки
- 4) наличие рубцовых изменений слизистой оболочки

48. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ПОРАЖАЮТСЯ

- 1)+ все слои кишечника
- 2) слизистый и подслизистый слои
- 3) подслизистый и мышечный слои
- 4) мышечный слой и серозная оболочка

49. НЕ ВЫЗЫВАЕТ УХУДШЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ ЦЕЛИАКИИ УПОТРЕБЛЕНИЕ

- 1)+ кукурузы
- 2) пшеницы
- 3) ржи
- 4) овса

50. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЕТСЯ

- 1)+ слизистая оболочка
- 2) мышечный слой оболочки
- 3) серозная оболочка
- 4) вся стенка кишки

51. ДЛЯ БОЛЕЗНИ УИППЛА НЕ ХАРАКТЕРНА

- 1)+ нефропатия
- 2) полифекалия
- 3) лихорадка
- 4) диарея

52. ПРИ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТА К АНАЛИЗУ КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ ИЗ ПИТАНИЯ ИСКЛЮЧАЮТ

- 1)+ мясо
- 2) хлеб
- 3) молоко
- 4) манную кашу

53. ПЕРИСТАЛЬТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ЖЕЛУДКА СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ _____ В МИНУТУ

- 1)+ 3 сокращения
- 2) 4 сокращения
- 3) 5 сокращений
- 4) 6 сокращений

54. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАКОЛОН, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рвота
- 2) затрудненное отхождение газов
- 3) прогрессирующее вздутие живота
- 4) чередование поносов и запоров

55. В ЗОНЕ АНОРЕКТАЛЬНОГО КАНАЛА РАСПОЛОЖЕНЫ _____ СКЛАДКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ продольные
- 2) поперечные
- 3) косые
- 4) кольцевые

56. ВОРСИНЧАТЫЕ ПОЛИПЫ ВСТРЕЧАЮТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО В

- 1)+ прямой и сигмовидной кишках
- 2) поперечной ободочной кишке
- 3) восходящей кишке
- 4) слепой кишке

57. ОТДЕЛОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ, В КОТОРОМ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ ВОРСИНЧАТЫЕ ОПУХОЛИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прямая кишка
- 2) поперечно-ободочная кишка
- 3) нисходящая кишка
- 4) слепая кишка

58. ДИВЕРТИКУЛЁЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТ _____ КИШКУ

- 1)+ сигмовидную
- 2) нисходящую
- 3) поперечную ободочную
- 4) слепую

59. МАКСИМАЛЬНАЯ СТЕПЕНЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ наличием спонтанной ранимости, изъязвлений
- 2) наличием смазанного сосудистого рисунка
- 3) отсутствием сосудистого рисунка
- 4) отёком подслизистого слоя

60. К ФОРМАМ МЕГАКОЛОНА НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ мегацекум
- 2) долихомегаколон
- 3) мегаколон
- 4) мегаректум

61. ЦИРКУЛЯРНЫЕ СКЛАДКИ КЕРКРИНГА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНЫ В

- 1)+ начальном отделе тощей кишки
- 2) дистальном отделе тощей кишки
- 3) двенадцатиперстной кишке
- 4) подвздошной кишке

62. СИМПТОМЫ ГИПОВОЛЕМИИ ПОЯВЛЯЮТСЯ, КОГДА КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРЕВЫШАЕТ (МЛ)

- 1)+ 500
- 2) 300
- 3) 750
- 4) 1000

63. БОЛЬНЫЕ С ДИАГНОЗОМ «ДОЛИХОКОЛОН» ПРЕДРАСПОЛОЖЕНЫ К

- 1)+ завороту кишки
- 2) инвагинации
- 3) злокачественным новообразованиям
- 4) выпадению прямой кишки

64. ТРАНСЛОКАЦИЯ КИШЕЧНЫХ БАКТЕРИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ

- 1)+ мезаденита
- 2) болезни Крона
- 3) язвенного колита
- 4) парапроктита

65. ДЛЯ ПОЛИПОВ ПРИ СИНДРОМЕ ГАРДНЕРА ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ, КАК

- 1)+ аденопапилломатозный или аденоматозный полип
- 2) гиперпластический полип
- 3) ювенильный полип
- 4) полип Пейтца – Егерса

66. ОТДЕЛОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ, В КОТОРОМ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ РАК, ЯВЛЯЕТСЯ _____ КИШКА

- 1)+ прямая
- 2) сигмовидная
- 3) нисходящая
- 4) поперечная ободочная

67. НЕБОЛЬШИЕ ПОЛИПЫ НА ШИРОКОМ ОСНОВАНИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ _____ КИШКИ

- 1)+ правой половины толстой
- 2) прямой
- 3) поперечной ободочной
- 4) слепой

68. ВО ФРОНТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ПРЯМАЯ КИШКА ИМЕЕТ

- 1)+ 3 изгиба
- 2) 1 изгиб
- 3) 4 изгиба
- 4) 5 изгибов

69. ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ИСКЛЮЧАЮТ

- 1)+ аллергическую крапивницу
- 2) первичный склерозирующий холангит
- 3) аутоиммунный гепатит
- 4) узловатую эритему

70. К ПОЛИПАМ ТОЛСТОЙ КИШКИ, РЕЖЕ ВСЕГО МАЛИГНИЗИРУЮЩИМСЯ, ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ ювенильные
- 2) гиперпластические
- 3) аденоматозные
- 4) аденопапилломатозные

71. К ПРИЧИНАМ ПЕРВИЧНЫХ ЗАПОРОВ МОЖНО ОТНЕСТИ

- 1)+ аномалию развития интрамуральной нервной системы толстой кишки
- 2) трещины прямой кишки
- 3) нежелательные эффекты лекарственных препаратов
- 4) патологию нервной системы (детский церебральный паралич, психогенный запор, spina bifida)

72. ПОЛИПЫ ПРИ СИНДРОМЕ ПЕЙТЦА – ЕГЕРСА ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В

- 1)+ тонкой кишке
- 2) толстой кишке
- 3) пищеводе
- 4) двенадцатиперстной кишке

73. БАРИЕВАЯ ВЗВЕСЬ НАЧИНАЕТ ПОРЦИОННО ПОСТУПАТЬ В СЛЕПУЮ КИШКУ ЧЕРЕЗ _____ ПОСЛЕ ЕЕ ПРИЕМА

- 1)+ 3,5-4 часа
- 2) 2,5-3 часа
- 3) 1,5-2 часа
- 4) 5,5-6 часов

74. ПРИ ВОСПАЛЕНИИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ БОЛЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ

- 1)+ левой подвздошной
- 2) правой подреберной
- 3) правой подвздошной
- 4) околопупочной

75. ЧАЩЕ ВСЕГО В ТОЛСТОЙ КИШКЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1)+ мелкие полипы на широком основании
- 2) крупные полипы на широком основании
- 3) мелкие полипы на ножке
- 4) крупные полипы на ножке

76. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОЛИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ КАЛ

- 1)+ скудный, жидкий
- 2) дегтеобразный
- 3) с примесью чистой крови
- 4) обильный, жидкий

77. У ДЕВОЧКИ-ПОДРОСТКА ПОСЛЕ БЫСТРОЙ ПРИБАВКИ РОСТА ПОЯВИЛОСЬ ОЩУЩЕНИЕ ТЯЖЕСТИ В ЭПИГАСТРИИ, ТОШНОТА И ОТРЫЖКА ВОЗДУХОМ ВСКОРЕ ПОСЛЕ ЕДЫ, НЕСКОЛЬКО УМЕНЬШАВШИЕСЯ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА НА ЖИВОТЕ, ЧТО ПОТРЕБОВАЛО ИСКЛЮЧЕНИЯ

- 1)+ аорто-мезентериальной компрессии
- 2) дискинезии желчевыводящих путей
- 3) хронического гастрита
- 4) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

78. ПРИЗНАКОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЦЕЛИАКИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лихорадка
- 2) истощение
- 3) метеоризм
- 4) диарея

79. К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ХАРАКТЕРНЫМ ТОЛЬКО ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА, ОТНОСЯТ

- 1)+ саркоидные гранулемы
- 2) грануляционную ткань
- 3) наличие атипии и анаплазии эпителия
- 4) гистиоцитарную инфильтрацию

80. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО И НАИБОЛЕЕ БЫСТРО ФОРМИРУЕТ КИШЕЧНУЮ ОБЛИТЕРАЦИЮ

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

81. ПОЗЫВ НА ДЕФЕКАЦИЮ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1)+ повышении давления в прямой кишке
- 2) повышении давления в сигмовидной кишке
- 3) сокращении внутреннего анального сфинктера
- 4) сокращении наружного анального сфинктера

82. К СИСТЕМНЫМ ПРИЗНАКАМ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ снижение массы тела более чем на 10% в течение последнего месяца
- 2) лейкоцитоз
- 3) лихорадку
- 4) ускорение скорости оседания эритроцитов

83. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАКОЛОН НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ компьютерная томография органов брюшной полости
- 2) колоноскопия
- 3) ирригоскопия
- 4) пальцевое исследование прямой кишки

84. СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛАГАТЬ У КАЖДОГО ПАЦИЕНТА С ЖАЛОБАМИ НА

- 1)+ метеоризм, спастические боли и диарею
- 2) метеоризм, спастические боли и запоры
- 3) потерю массы тела, спастические боли и запоры
- 4) полиартралгии, спастические боли и запоры

85. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНТЕРИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ КАЛ

- 1)+ обильный, жидкий
- 2) дегтеобразный
- 3) с примесью чистой крови
- 4) обесцвеченный

86. ДИАГНОЗ «БОЛЕЗНЬ УИППЛА» МОЖЕТ БЫТЬ ПОСТАВЛЕН НА ОСНОВАНИИ

- 1)+ биопсии тонкой кишки
- 2) макроскопической картины слизистой оболочки тонкой кишки
- 3) характерной клинической картины заболевания
- 4) биопсии желудка

87. СРЕДИ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРЕОБЛАДАЮТ

- 1)+ единичные
- 2) множественные
- 3) полипоз кишки
- 4) малигнизированные

88. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ХАРАКТЕРА ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАКОЛОН НЕТ НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВОДИТЬ

- 1)+ определение хеликобактерной инфекции
- 2) анализ кала на токсины *Cl. difficile*
- 3) эзофагогастродуоденоскопию
- 4) компьютерную томографию органов брюшной полости, малого таза

89. ПРИ ДИФFUЗНОМ ПОЛИПОЗЕ РЕЖЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЕТСЯ РАК В _____ КИШКЕ

- 1)+ слепой
- 2) восходящей
- 3) нисходящей
- 4) сигмовидной

90. АНГИОДИСПЛАЗИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ В _____ КИШКЕ

- 1)+ слепой
- 2) прямой
- 3) сигмовидной
- 4) поперечно-ободочной

91. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аденома
- 2) фиброма
- 3) ангиома
- 4) липома

92. У ВЗРОСЛЫХ СУЩЕСТВУЕТ _____ ВАРИАНТ РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

- 1)+ типичный («детский»)
- 2) молниеносный
- 3) хронический
- 4) рецидивирующий

93. СЕГМЕНТАРНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ЛИНЕЙНЫЕ ЯЗВЫ ДО СЕРОЗНОЙ ОБОЛОЧКИ СО СВИЩАМИ И СПАЙКАМИ ВЫСТУПАЮТ ПРИЗНАКАМИ

- 1)+ болезни Крона
- 2) псевдомембранозного колита
- 3) лучевого поражения кишечника
- 4) ишемического колита

94. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ АЛОЙ КРОВИ В СТУЛЕ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ анальная трещина
- 2) постинфекционный колит
- 3) геморрагический васкулит
- 4) меккелев дивертикул

95. ТОЛСТАЯ КИШКА МОЖЕТ АБСОРБИРОВАТЬ ЗА СУТКИ МАКСИМАЛЬНО ДО _____ ЛИТРОВ ЖИДКОСТИ

- 1)+ 6
- 2) 5
- 3) 4
- 4) 3

96. К ПОЛИПАМ ТОЛСТОЙ КИШКИ, МАЛИГНИЗИРУЮЩИМСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО, ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ ворсинчатые
- 2) ювенильные
- 3) гиперпластические
- 4) полипы Пейтца – Егерса

97. ИСКЛЮЧЕНИЕ ВНЕКИШЕЧНЫХ ПРИЧИН ВТОРИЧНОГО МЕГАКОЛОН НЕ ТРЕБУЕТ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩИ

- 1)+ врача-хирурга
- 2) врача-эндокринолога
- 3) врача-невролога
- 4) врача-психиатра

98. К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ крипт-абсцессы
- 2) саркоидные гранулемы
- 3) гемосидеринсодержащие макрофаги
- 4) фибробластную инфильтрацию собственной пластинки слизистой

99. НАЛИЧИЕ ГЛУБОКИХ ЩЕЛЕВИДНЫХ ЯЗВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ болезни Крона
- 2) язвенного колита
- 3) солитарной язвы прямой кишки
- 4) лучевого поражения кишечника

100. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АГАНГЛИОЗ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЗАХВАТЫВАЕТ

- 1)+ ректосигмоидный отдел толстой кишки
- 2) тонкую кишку
- 3) антральный отдел желудка
- 4) пищевод

101. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ изменение гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки
- 2) увеличение диаметра кишки
- 3) вид «бульжной мостовой»
- 4) выраженная гаустрация во всех отделах кишки

102. ЧАЩЕ ВСЕГО ДИВЕРТИКУЛЫ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ В КИШКЕ

- 1)+ сигмовидной
- 2) прямой
- 3) нисходящей
- 4) поперечно-ободочной

103. РЕЗУЛЬТАТОМ КОПРОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие элементов воспаления
- 2) наличие иодофильной флоры
- 3) наличие большого количества лейкоцитов
- 4) наличие мышечных волокон без исчерченности

104. В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА

- 1)+ изменения отсутствуют
- 2) выявляется лейкоцитоз
- 3) выявляется гипохромная анемия
- 4) выявляется лимфоцитоз

105. АБСОЛЮТНЫМ ДОКАЗАТЕЛЬСТВОМ ДИАГНОЗА «БРЮШНОЙ ТИФ» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выделение гемокультуры
- 2) положительная реакция Видаля
- 3) положительный результат РНГА с сальмонеллезным диагностикумом
- 4) положительный результат РНГА с брюшно-тифозным диагностикумом

106. ЯВЛЕНИЕ ГИПЕРСЕНСИБИЛИЗАЦИИ К ГЛЮТЕНУ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ПРИ

- 1)+ целиакии
- 2) язвенном колите
- 3) болезни Крона
- 4) болезни Уиппла

107. ТИПИЧНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КАРЦИНОИДА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ упорные поносы, приступы одышки, гиперемия кожных покровов
- 2) мучительные запоры, приступообразная бледность
- 3) рвота, папулезная сыпь, приступы гипертермии
- 4) левожелудочковая недостаточность, спленомегалия

108. В ТОНКОЙ КИШКЕ БЕЛКИ РАСЩЕПЛЯЮТСЯ ДО

- 1)+ аминокислот
- 2) гликопротеидов
- 3) липопротеидов
- 4) полипептидов

109. САМОЙ МАЛЕНЬКОЙ АДсорбирующей единицей слизистой тонкой кишки является

- 1)+ микроворсинка
- 2) бокаловидная клетка
- 3) цилиндрическая клетка (энтероцит)
- 4) ворсинка

110. Основным клиническим признаком синдрома раздражённого кишечника (согласно последним рекомендациям) является

- 1)+ боль в животе
- 2) запор
- 3) понос
- 4) метеоризм

111. При язвенном колите в патологический процесс вовлекается _____ стенки кишки

- 1)+ слизистая оболочка
- 2) подслизистая оболочка
- 3) серозная оболочка
- 4) мышечный слой

112. Синдром раздражённого кишечника обычно развивается в возрасте (в годах)

- 1)+ 30-50
- 2) 15-18
- 3) 20-25
- 4) 55-60

113. Пальпируемый инфильтрат брюшной полости является клиническим признаком

- 1)+ болезни Крона
- 2) болезни Уиппла
- 3) хронического дизентерийного колита
- 4) язвенного колита

114. В кишечной стенке холестерин с жирными кислотами образует

- 1)+ эстеры холестерина
- 2) холин
- 3) фосфолипиды
- 4) лецитин

115. В диагностике синдрома мальабсорбции при хронической диарее большей информативностью обладает

- 1)+ биохимическое исследование крови
- 2) ректороманоскопия
- 3) копрологическое исследование
- 4) рентгенологическое исследование

116. ТЕНЕЗМЫ ПРИ ДЕФЕКАЦИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ _____ КИШКИ

- 1)+ прямой
- 2) слепой
- 3) ободочной
- 4) тонкой

117. ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КОЛИТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АССОЦИИРОВАН С

- 1)+ *Clostridium difficile*
- 2) *Klebsiella oxytoca*
- 3) *Staphylococcus aureus*
- 4) *Clostridium perfringens*

118. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, ИМЕЮЩИМ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ, ОТНОСЯТ

- 1)+ изменения гаустрации, вплоть до её исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки
- 2) мешковидные выпячивания по контуру кишки
- 3) увеличение диаметра кишки
- 4) картину «булыжной мостовой»

119. ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ КОЛИТЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1)+ селезеночный угол ободочной кишки
- 2) печеночный угол ободочной кишки
- 3) нисходящая кишка
- 4) сигмовидная кишка

120. ГОРМОНАЛЬНАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ В СЛУЧАЕ ТЯЖЁЛОЙ АТАКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В СЛУЧАЕ ОТСУТСТВИЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ДИНАМИКИ ОТ ЛЕЧЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЕ ЧЕМ (ДНЕЙ)

- 1)+ 7
- 2) 3
- 3) 10
- 4) 14

121. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ ПОЛИПЫ

- 1)+ на узком основании
- 2) на широком основании
- 3) на длинной ножке
- 4) ворсинчатые

122. ОТДЕЛОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ, В КОТОРОМ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ ДИВЕРТИКУЛЫ, ЯВЛЯЕТСЯ _____ КИШКА

- 1)+ сигмовидная
- 2) слепая
- 3) поперечно-ободочная
- 4) прямая

123. ДЛЯ ДИЗЕНТЕРИИ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ

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

124. КРУПНЫЕ ПОЛИПЫ НА НОЖКАХ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ _____ КИШКИ

- 1)+ левой половины толстой
- 2) поперечной ободочной
- 3) правой половины толстой
- 4) прямой

125. ОСНОВНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ БОЛЕЗНИ УИППЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие ШИК-положительных макрофогов
- 2) увеличение межэпителиальных лимфоцитов
- 3) укорочение ворсин
- 4) лимфопролиферативная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки

126. РЕЗЕРВУАРИТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ

- 1)+ тонкокишечного резервуара
- 2) илеоанального резервуарного анастомоза
- 3) сохраненной прямой кишки
- 4) слепой кишки

127. У ЛИЦ С ВРОЖДЕННОЙ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТМЕЧАЕТСЯ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА, СКОПЛЕНИЕ ГАЗОВ И ДИАРЕЯ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ

- 1)+ молока
- 2) черного хлеба
- 3) капусты
- 4) сладостей

128. КАРЦИНОИД МОЖЕТ ЛОКАЛИЗОВАТЬСЯ В

- 1)+ аппендиксе
- 2) слюнных железах
- 3) селезенке
- 4) брыжейке ободочной кишки

129. НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопия желудка с биопсией слизистой оболочки дистальных отделов двенадцатиперстной кишки
- 2) рентгенологическое исследование тонкой кишки
- 3) ультразвуковое исследование кишечника
- 4) микробиологическое исследование аспирата тонкой кишки

130. НОРМАЛЬНЫЙ ТЕСТ НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К D-КСИЛОЗЕ ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ всасывательной функции тонкой кишки
- 2) функции печени
- 3) функции поджелудочной железы
- 4) всасывательной функции толстой кишки

131. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

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

132. СКОЛЬКО ВЫДЕЛЯЮТ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА?

- 1)+ 4
- 2) 5
- 3) 3
- 4) 2

133. В ЭТИОЛОГИИ ЦЕЛИАКИИ ИГРАЕТ РОЛЬ ВЕЩЕСТВО

- 1)+ глиадин
- 2) салицилат
- 3) гистидин
- 4) гистамин

134. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ Римскими
- 2) Европейскими
- 3) Берлинскими
- 4) Парижскими

135. ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА, АССОЦИИРОВАННОМ С ПЕРЕНЕСЁННЫМ СТРЕССОМ, НАБЛЮДАЕТСЯ В

- 1)+ проекции ободочной кишки
- 2) правом подреберье
- 3) правой подвздошной области
- 4) эпигастральной области

136. ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ЛИМФОЦИТАРНЫЙ КОЛИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ДИФФУЗНЫМ УВЕЛИЧЕНИЕМ ЧИСЛА МЕЖЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ЛИМФОЦИТОВ, КОТОРОЕ СОСТАВЛЯЕТ БОЛЕЕ ____ НА 100 ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

- 1)+ 24
- 2) 38
- 3) 50
- 4) 42

137. ДИВЕРТИКУЛЫ ЧАЩЕ ОБРАЗУЮТСЯ В

- 1)+ ободочной кишке
- 2) тонкой кишке
- 3) пищеводе
- 4) желудке

138. АНАТОМИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЕМ, ЛЕЖАЩИМ В ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВРОЖДЕННОГО МЕГАКОЛОНА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие нервных ганглиев в дистальной части ободочной кишки
- 2) атрезия прямой кишки
- 3) отсутствие внутреннего ректального сфинктера
- 4) отсутствие перистальтики ободочной кишки

139. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ДИАРЕИ ПРИ ЦЕЛИАКИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гиперосмолярный
- 2) экссудативный
- 3) гиперсекреторный
- 4) гипермоторный

140. ПРИ ДИВЕРТИКУЛЕЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ОСЛОЖНЕНИЯ В ВИДЕ

- 1)+ дивертикулита
- 2) образования опухолей
- 3) свободной перфорации
- 4) ограниченной перфорации

141. ПРИ ОБШИРНОЙ РЕЗЕКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ МЕНЬШЕ ВСЕГО НАРУШАЕТСЯ ВСАСЫВАНИЕ

- 1)+ соли и воды
- 2) углеводов
- 3) витамина В12
- 4) жира

142. ПРИ ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИИ В ТОНКОЙ КИШКЕ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1)+ слизистая оболочка
- 2) подслизистый слой
- 3) мышечный слой
- 4) серозная оболочка

143. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРИ БОЛЕЗНИ УИППЛА ПО ДАННЫМ КТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ внутрибрюшная лимфаденопатия
- 2) наличие множественных кист печени
- 3) увеличение головки поджелудочной железы
- 4) долихоколон

144. ДЛЯ БОЛЕЗНИ УИППЛА НЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ нефропатии
- 2) лихорадки
- 3) полифекалии
- 4) полисерозитов

145. ЧАЩЕ ВСЕГО СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА СОЧЕТАЕТСЯ С

- 1)+ функциональной диспепсией
- 2) долихосигмой
- 3) спаечной болезнью органов брюшной полости
- 4) целиакией

146. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ биопсия тонкой кишки
- 2) рентгенологическое исследование тонкой кишки
- 3) на толерантность к глюкозе
- 4) на адсорбцию D-ксилозы

147. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ боль в животе
- 2) ректальное кровотечение
- 3) диарея в ночное время
- 4) вздутие живота

148. В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА

- 1)+ изменения отсутствуют
- 2) выявляют гипопроотеинемию
- 3) выявляют электролитные нарушения
- 4) выявляют непрямую гипербилирубинемию

149. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПАТОЛОГИИ ТОНКОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопия с биопсией
- 2) ультрасонография
- 3) видеокапсульная эндоскопия
- 4) ирригоскопия

150. ПРИЗНАКОМ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭНТЕРОПАТИИ ПРИ ЦЕЛИАКИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипопроteinемия
- 2) гиповитаминоз
- 3) снижение гемоглобина
- 4) остеопороз

151. К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ синдром раздраженной кишки
- 2) язвенный колит
- 3) дивертикулярная болезнь
- 4) спаечная болезнь

152. ПИК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ ПРИХОДИТСЯ НА (В ГОДАХ)

- 1)+ 30-40
- 2) 15-25
- 3) 50-60
- 4) 65-75

153. СУЩЕСТВУЕТ ____ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМЫ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА

- 1)+ 4
- 2) 5
- 3) 3
- 4) 2

154. ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КОЛИТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АССОЦИИРОВАН С

- 1)+ *Clostridium difficile*
- 2) *Clebsiella oxytoca*
- 3) *Staphylococcus aureus*
- 4) *Clostridium perfringens*

155. КИШЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ХАРАКТЕРНОЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНЫМ ПОЛИКИСТОЗОМ ПОЧЕК, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дивертикулёз
- 2) рак
- 3) заворот
- 4) целиакия

156. САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ОТХОЖДЕНИЕ ЧЛЕНИКОВ ПАРАЗИТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ тениаринхоза
- 2) дифиллоботриоза
- 3) стронгилоидоза
- 4) аскаридоза

157. ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ перенесенная ранее кишечная инфекция
- 2) операция на брюшной полости в анамнезе
- 3) непереносимость глютена
- 4) заболевание центральной нервной системы

158. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие гранулём в стенке кишки и лимфатических узлах (или микрогранулём)
- 2) истончение слизистой оболочки
- 3) уплощение поверхностного эпителия
- 4) уменьшение количества бокаловидных клеток

159. ПРИЗНАКОМ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭНТЕРОПАТИИ ПРИ ЦЕЛИАКИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипоальбуминемия
- 2) дефицит витамина D
- 3) анемия
- 4) остеопороз

160. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- 1)+ изменения гаустрации, вплоть до исчезновения
- 2) множественных гаустраций
- 3) наличия вида «бульжной мостовой»
- 4) мешковидных выпячиваний по контуру кишки

161. ПРАВАЯ ПОЛОВИНА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ КРОВΟΣНАБЖАЕТСЯ ИЗ _____ АРТЕРИИ

- 1)+ верхней брыжеечной
- 2) селезёночной
- 3) нижней брыжеечной
- 4) правой почечной

162. ЗАПОРОМ ПО БРИСТОЛЬСКОЙ ШКАЛЕ КАЛА СЧИТАЮТСЯ ____ ТИПЫ КАЛА

- 1)+ I и II
- 2) IV-VI
- 3) VI-VII
- 4) V-VII

163. К ПУСКОВОМУ МЕХАНИЗМУ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА ОТНОСЯТ

- 1)+ длительные стрессовые ситуации
- 2) нарушение продукции ферментов
- 3) нарушение всасывания желчных кислот
- 4) воздействие солей тяжелых металлов

164. СХОДНУЮ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ИМЕЕТ

- 1)+ туберкулёз толстой кишки
- 2) эозинофильный энтероколит
- 3) псевдомембранозный колит
- 4) язвенный колит

165. КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ОСНОВАНА НА

- 1)+ изменении формы стула
- 2) объеме пораженной кишки
- 3) длительности запора
- 4) метеоризме

166. ВНЕКИШЕЧНЫМ (СИСТЕМНЫМ) ПРОЯВЛЕНИЕМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА, НЕ СВЯЗАННЫМ С АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ первичный склерозирующий холангит
- 2) гангренозная пиодермия
- 3) афтозный стоматит
- 4) иридоциклит

167. СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ БОЛЬЮ В ЖИВОТЕ В

- 1)+ левых отделах
- 2) правом подреберье
- 3) эпигастральной области
- 4) околопупочной области

168. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ШИГЕЛЛЕЗА ПОХОЖА НА

- 1)+ язвенный колит
- 2) дивертикулит
- 3) сальмонеллез
- 4) аденомиоз

169. ОСЛОЖНЕНИЕМ ЦЕЛИАКИИ ЯВЛЯЮТСЯ _____ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1)+ онкологические
- 2) воспалительные
- 3) офтальмологические
- 4) сердечно-сосудистые

170. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ биопсия тонкой кишки
- 2) тест Шиллинга
- 3) тест на толерантность к глюкозе
- 4) биопсия толстой кишки

171. ГОРМОНАЛЬНАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ В СЛУЧАЕ ТЯЖЁЛОЙ АТАКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В СЛУЧАЕ ОТСУТСТВИЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ДИНАМИКИ СО СТОРОНЫ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, НЕСМОТРИ НА ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМНЫХ ГКС, В ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЕ ЧЕМ ____ ДНЕЙ

- 1)+ 7
- 2) 3
- 3) 10
- 4) 14

172. ПОРАЖЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ В _____ % СЛУЧАЕВ

- 1)+ 100
- 2) 25-50
- 3) 50-70
- 4) 70-85

173. ЧАЩЕ ВСЕГО СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА СОЧЕТАЕТСЯ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ

- 1)+ функциональная диспепсия
- 2) долихосигма
- 3) спаечная болезнь органов брюшной полости
- 4) целиакия

174. РИСК КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ВОЗРАСТАЕТ ЧЕРЕЗ ____ ЛЕТ ОТ ДЕБЮТА ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1)+ 6-8
- 2) 4-5
- 3) 11-15
- 4) 20-25

175. ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ боль в животе
- 2) кровь в стуле
- 3) рвота
- 4) отрыжка

176. ДЛЯ РОТАВИРУСНОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА ХАРАКТЕРНЫ ИСПРАЖНЕНИЯ

- 1)+ зловонного, пенистого характера
- 2) калового характера
- 3) кашицеобразного характера
- 4) с примесью слизи и крови

177. ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА, АССОЦИИРОВАННОГО С ПЕРЕНЕСЁННЫМ ШИГЕЛЛЕЗОМ, НАБЛЮДАЕТСЯ В

- 1)+ проекции сигмовидной кишки
- 2) эпигастральной области
- 3) правой подвздошной области
- 4) околопупочной области

178. ПИК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ ____ (В ГОДАХ)

- 1)+ 20-30
- 2) 30-40
- 3) 40-50
- 4) 50-60

179. ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ОКОНЧАТЕЛЬНЫМ ХОЗЯИНОМ, В КОТОРОМ ПАРАЗИТИРУЕТ ВЗРОСЛАЯ ОСОБЬ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ собака
- 2) кошка
- 3) крупный рогатый скот
- 4) человек

180. ВОДЯНИСТАЯ ДИАРЕЯ ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ МОЛЛЮСКОВ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА

- 1)+ *Vibrio Cholerae*
- 2) *E. coli*
- 3) *Giardia*
- 4) *Salmonella*

181. РЕПРОДУКТИВНЫМ НАРУШЕНИЕМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЦЕЛИАКИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ невынашивание беременности
- 2) поликистоз яичников
- 3) обильные месячные
- 4) ранний климакс

182. ПРИЧИНОЙ БОЛЕЗНИ УИППЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ *Tropheryma whippelii*
- 2) *Salmonella enteritidis*
- 3) *Shigella flexneri*
- 4) *Helicobacter pylori*

183. ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ астено-вегетативный синдром
- 2) полиартрит
- 3) остеопороз
- 4) афтозный стоматит

184. ДЛЯ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ С ДЛИТЕЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ СВОЙСТВЕННО РАЗВИТИЕ

- 1)+ анемии
- 2) желтухи
- 3) гиперпротеинемии
- 4) лимфоцитоза

185. НОРМАЛЬНЫЙ ТЕСТ С D-КСИЛОЗОЙ ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ всасывательной функции тонкой кишки
- 2) всасывательной функции толстой кишки
- 3) функции печени
- 4) функции поджелудочной железы

186. ПРИ ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИИ В ТОНКОЙ КИШКЕ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1)+ слизистая оболочка
- 2) подслизистый слой
- 3) мышечный слой
- 4) серозная оболочка

187. СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА ЧАЩЕ ДИАГНОСТИРУЮТ У

- 1)+ женщин от 20 до 40 лет
- 2) детей
- 3) подростков
- 4) женщин в менопаузе

188. ПРИ ДИФИЛЛОБОТРИОЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ДЕФИЦИТ

- 1)+ витамина B₁₂
- 2) жирорастворимых Vit (витаминов)
- 3) меди
- 4) железа

189. ДЛЯ ПАТОЛОГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ В КОПРОГРАММЕ

- 1)+ слизи, лейкоцитов, эритроцитов
- 2) мышечных волокон
- 3) крахмала, нейтрального жира
- 4) жирных кислот, мыла

190. К ВОЗМОЖНЫМ ФАКТОРАМ ПАТОГЕНЕЗА СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ психоэмоциональный стресс
- 2) лактазная недостаточность
- 3) непереносимость глютена
- 4) дефицит внутреннего фактора Касла

191. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ КАПСУЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ анемия неясного генеза
- 2) рвота типа «кофейной гущи»
- 3) дегтеобразный стул
- 4) наличие следов алой крови в стуле

192. К ИСТИННО ТОНКОКИШЕЧНЫМ ФЕРМЕНТАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ энтерокиназа
- 2) щелочная фосфатаза
- 3) липаза
- 4) амилаза

193. К КРАЙНЕ РЕДКОМУ ОСЛОЖНЕНИЮ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСЯТ

- 1)+ перфорацию в свободную брюшную полость
- 2) внутренний свищ
- 3) прикрытую перфорацию
- 4) абсцесс брюшной полости

194. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА В ТОНКОЙ КИШКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дыхательный водородный тест
- 2) посев кишечного содержимого
- 3) уреазный дыхательный тест
- 4) ПЦР-исследование кала

195. ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ЛИМФОЦИТАРНОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ЛИМФОЦИТОВ СРЕДИ 100 ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК

- 1)+ > 20
- 2) > 15
- 3) > 10
- 4) > 5

196. ГЕЛЬМИНТОЗОМ, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО НАПОМИНАЕТ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ И БОЛЕЗНЬ КРОНА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трихоцефалез
- 2) кишечный шистосомоз
- 3) стронгилоидоз
- 4) тениаринхоз

197. К ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ДАННЫМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ БОЛЕЗНЬ КРОНА И ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ, ОТНОСЯТ

- 1)+ эпителиоидные гранулемы
- 2) диффузное воспаление слизистой
- 3) крипт-абсцессы
- 4) атрофию слизистой

198. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ боль в животе только днём
- 2) кровь в стуле
- 3) боль в животе ночью
- 4) прогрессирующая потеря веса

199. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ КОЛОНОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стул с примесью крови
- 2) обесцвечивание стула
- 3) панкреатическая стеаторея
- 4) рвота «кофейной гущей»

200. ЧАЩЕ ВСЕГО ДИВЕРТИКУЛЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ В _____ КИШКЕ

- 1)+ сигмовидной
- 2) нисходящей
- 3) поперечно-ободочной
- 4) прямой

201. ФЕКАЛЬНЫЙ КАЛЬПРОТЕКТИН ЯВЛЯЕТСЯ БИОМАРКЕРОМ ВОСПАЛЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

- 1)+ кишечника
- 2) пищевода
- 3) желудка
- 4) желчного пузыря

202. ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ токсический мегаколон
- 2) хронический панкреатит
- 3) септический шок
- 4) пилорический стеноз

203. ОБРАЗОВАНИЕ КАЛОВЫХ КАМНЕЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ

- 1)+ острой кишечной непроходимости
- 2) хронического билиарного панкреатита
- 3) синдрома раздражённого кишечника
- 4) повышенной перистальтики кишечника

204. ВОДОРОДНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ТЕСТ ИСПОЛЬЗУЮТ В ДИАГНОСТИКЕ

- 1)+ лактазной недостаточности
- 2) язвенной болезни
- 3) хронического панкреатита
- 4) болезни Крона

205. ВНЕКИШЕЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ТЕРМИНАЛЬНОГО ИЛЕИТА, СВЯЗАННЫМ С АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ артропатия
- 2) миокардит
- 3) стеатоз печени
- 4) холелитиаз

206. СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ удовлетворительным общим состоянием больного
- 2) дефицитом витаминов группы В
- 3) гипохромной анемией
- 4) пеллагроидными изменениями кожи

207. СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА В ТОНКОЙ КИШКЕ УСТАНОВЛИВАЮТ С ПОМОЩЬЮ ДЫХАТЕЛЬНОГО ТЕСТА

- 1)+ водородного
- 2) уреазного
- 3) кислородного
- 4) азотного

208. НАЛИЧИЕ ПРИМЕСИ АЛОЙ КРОВИ В КАЛЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ геморроя
- 2) рака желудка
- 3) лимфосаркомы кишечника
- 4) рака толстой кишки

209. ТОКСИЧЕСКАЯ ДИЛАТАЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ

- 1)+ язвенном колите
- 2) врождённой долихосигме
- 3) дивертикулёзе толстой кишки
- 4) полипозе толстой кишки

210. АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННАЯ ДИАРЕЯ ЧАЩЕ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1)+ *Clostridium difficile*
- 2) *Clostridium perfringens*
- 3) *Klebsiella oxytoca*
- 4) *Candida albicans*

211. НАИБОЛЬШИЕ ТРУДНОСТИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО КОЛИТА ПРЕДСТАВЛЯЕТ

- 1)+ болезнь Крона
- 2) рак толстой кишки
- 3) полипоз
- 4) дивертикулит

212. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ колоноскопия с биопсией
- 2) ультразвуковое исследование
- 3) обзорная рентгенография
- 4) анализ на фекальный кальпротектин

213. ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, ПОЛИПОЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ПЯТНА ДЫМЧАТОГО ЦВЕТА НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА И КОЖНЫХ ПОКРОВАХ ПОЗВОЛЯЮТ ДУМАТЬ О

- 1)+ синдроме Пейтца-Егерса
- 2) болезни Рандю-Ослера
- 3) циррозе печени
- 4) болезни Уиппла

214. ТОКСИЧЕСКИЙ МЕГАКОЛОН ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ

- 1)+ язвенного колита
- 2) язвенной болезни
- 3) хронического панкреатита
- 4) желчнокаменной болезни

215. ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ НЕОБХОДИМА БИОПСИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

- 1)+ тонкой кишки
- 2) пищевода
- 3) толстой кишки
- 4) желудка

216. У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ДИАРЕЯ ВОЗНИКАЕТ

- 1)+ утром после завтрака
- 2) в ночное время суток
- 3) после физической нагрузки
- 4) после любого приёма пищи

217. ПСЕВДОПОЛИПЫ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ

- 1)+ язвенном колите
- 2) дивертикулярной болезни
- 3) глютенной энтеропатии
- 4) хроническом панкреатите

218. ВЫЯВЛЕННАЯ ПРИ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КИШКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ С КРИПТАЛЬНЫМИ АБСЦЕССАМИ И ПОВЕРХНОСТНЫМИ ЯЗВАМИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ язвенного колита
- 2) болезни Крона
- 3) синдрома избыточного бактериального роста
- 4) синдрома раздраженного кишечника

219. РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛИТА И КОЛОНОПАТИЙ ИМЕЕТ

- 1)+ гистологическое исследование слизистой толстой кишки
- 2) эндоскопическое исследование толстой кишки
- 3) ирригоскопия с тугим наполнением толстой кишки
- 4) характер клинических проявлений заболевания

220. ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1)+ кишечник
- 2) печень
- 3) поджелудочная железа
- 4) желчный пузырь

221. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ боль в животе
- 2) диарея в ночное время
- 3) вздутие живота
- 4) ректальное кровотечение

222. ОСНОВОЙ ПАТОГЕНЕЗА ЦЕЛИАКИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ непереносимость белков злаковых культур
- 2) аллергия на белок коровьего молока
- 3) врожденная лактазная недостаточность
- 4) непереносимость углеводистых продуктов

223. ВОДЯНИСТАЯ ДИАРЕЯ И СХВАТКООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ ПОСЛЕ ПРИЕМА АНТИБИОТКОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ псевдомембранозного колита
- 2) синдрома раздраженного кишечника
- 3) синдрома избыточного бактериального роста
- 4) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

224. МОНИТОРИНГ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА ВОЗМОЖЕН НА ОСНОВАНИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ

- 1)+ кальпротектина
- 2) амилазы
- 3) стеркобилина
- 4) нейтрального жира

225. ПОЯВЛЕНИЕ ВОДЯНИСТОЙ ДИАРЕИ И СХВАТКООБРАЗНЫХ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ ПОСЛЕ ПРИЕМА АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ псевдомембранозного колита
- 2) синдрома раздраженного кишечника
- 3) синдрома избыточного бактериального роста
- 4) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

226. ДИАГНОЗ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПОДТВЕРЖДАЕТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ крипт-абсцессов
- 2) трансмурального поражения стенки кишки
- 3) периаанальных свищей
- 4) межкишечных свищей

227. ГРАНУЛЕМАТОЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КИШКИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ болезни Крона
- 2) язвенного колита
- 3) синдрома избыточного бактериального роста
- 4) синдрома раздраженного кишечника

228. НАЛИЧИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ язвенного колита
- 2) дивертикулярной болезни
- 3) первичного запора
- 4) билиарного панкреатита

229. ПСЕВДОМЕМБРАННОЗНЫЙ КОЛИТ ВЫЗЫВАЕТ

- 1)+ *Clostridium difficile*
- 2) *Tropheryma whippelli*
- 3) *Helicobacter pylori*
- 4) *Salmonella spp*

230. ТОКСИЧЕСКИЙ МЕГАКОЛОН И ПЕРФОРАЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ МОГУТ БЫТЬ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

- 1)+ псевдомембранозного колита
- 2) глютеневой энтеропатии
- 3) синдрома раздраженного кишечника
- 4) синдрома избыточного бактериального роста

231. ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ язвенного колита
- 2) лимфоцитарного колита
- 3) синдрома раздраженного кишечника
- 4) глютенной энтеропатии

232. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ исчезновение гаустрации, сужение просвета кишки
- 2) множественные гаустрации, петлистость кишки
- 3) мешковидные выпячивания по контуру кишки
- 4) вид «бульжной мостовой», межкишечные свищи

233. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кровь в кале
- 2) тошнота
- 3) изжога
- 4) рвота

234. СЕРОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ЦЕЛИАКИИ ЯВЛЯЮТСЯ АНТИТЕЛА К

- 1)+ тканевой транскламиназе
- 2) кардиолипину
- 3) париетальным клеткам
- 4) тиреоглобулину

235. ИНФИЛЬТРАЦИЮ СОБСТВЕННОЙ ПЛАСТИНКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МАКРОФАГАМИ И ЛИПИДАМИ И НАЛИЧИЕ РАСШИРЕННЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ ОТНОСЯТ К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ

- 1)+ болезни Уиппла
- 2) язвенной болезни
- 3) язвенного колита
- 4) пищевода Баретта

236. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ АНАЛИЗА КАЛА НА ТОКСИНЫ A, B CLOSTRIDIUM DIFFICILE ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ

- 1)+ «псевдомембранозный колит»
- 2) «синдром раздраженного кишечника»
- 3) «синдром избыточного бактериального роста»
- 4) «язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки»

237. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ПРИ КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННОМ ДИВЕРТИКУЛЕЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ боль в животе
- 2) запор
- 3) понос
- 4) слизь в кале

238. ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ БИОПТАТОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ УЧАСТКИ НЕКРОЗА ЭПИТЕЛИЯ, ИНФИЛЬТРИРОВАННОГО ПОЛИМОРФНОЯДЕРНЫМИ ЛЕЙКОЦИТАМИ, С СОХРАНЕННЫМИ НИЖНИМИ ОТДЕЛАМИ КРИПТ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ псевдомембранозного колита
- 2) болезни Уиппла
- 3) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
- 4) хронического панкреатита

239. ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В КАЛЕ ВОЗМОЖНА ПРИМЕСЬ

- 1)+ слизи
- 2) крови
- 3) сукровицы
- 4) гноя

240. СЕРОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ЦЕЛИАКИИ ЯВЛЯЮТСЯ АНТИТЕЛА К

- 1)+ эндомизию
- 2) париетальным клеткам
- 3) тиропероксидазе
- 4) кардиолипину

241. ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ГЛАЗ, КОЖИ, СУСТАВОВ) ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ болезни Крона
- 2) язвенной болезни
- 3) хронического панкреатита
- 4) хронического холецистита

242. ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прямая кишка
- 2) подвздошная кишка
- 3) тощая кишка
- 4) илеоцекальный угол

243. ВОДОРОДНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ТЕСТ ИСПОЛЬЗУЮТ В ДИАГНОСТИКЕ

- 1)+ синдрома избыточного бактериального роста
- 2) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
- 3) хронического аутоиммунного панкреатита
- 4) флегмонозного рефлюкс-эзофагита

244. ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ГЛАЗ, КОЖИ, СУСТАВОВ) ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ язвенного колита
- 2) язвенной болезни
- 3) хронического панкреатита
- 4) хронического холецистита

245. КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ФОРМИРОВАНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО КОНГЛОМЕРАТА И АБСЦЕССА ЯВЛЯЮТСЯ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

- 1)+ болезни Крона
- 2) язвенной болезни
- 3) хронического гепатита
- 4) хронического холецистита

246. БОЛЕНЬ УИППЛА ВЫЗЫВАЕТ

- 1)+ *Tropheryma whippelii*
- 2) *Helicobacter pylori*
- 3) *Salmonella spp*
- 4) *Clostridium difficile*

247. СЕРОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ЦЕЛИАКИИ ЯВЛЯЮТСЯ АНТИТЕЛА К

- 1)+ тканевой трансглутаминазе
- 2) кардиолипину
- 3) париетальным клеткам
- 4) тиреоглобулину

248. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА УЧИТЫВАЮТ ЗНАЧЕНИЯ

- 1)+ кальпротектина
- 2) амилазы
- 3) гастрина
- 4) липазы

249. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ ИНДЕКС БЕСТА РАВЕН (В БАЛЛАХ)

- 1)+ 450 и более
- 2) 150 и менее
- 3) 150 - 300
- 4) 301 - 450

250. РИСК РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ НАИМЕНЬШИЙ ПРИ

- 1)+ проктите
- 2) левостороннем колите
- 3) тотальном колите
- 4) проктосигмоидите

251. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ ИССЛЕДУЮТ

- 1)+ антитела к эндомизию
- 2) антитела к стрептолизину
- 3) антинуклеарный фактор
- 4) антитела к митохондриям

252. СООТВЕТСТВЕННО КРИТЕРИЯМ ОБЩЕСТВА ПО ИЗУЧЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА ПРИ АССОЦИАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ ТЯЖЁЛОЙ АТАКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА СООТВЕТСТВУЕТ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ _____ В МИНУТУ

- 1)+ 90-120
- 2) 65-75
- 3) 80-85
- 4) 50-60

253. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ИНДЕКС БЕСТА РАВЕН (В БАЛЛАХ)

- 1)+ 150 - 300
- 2) 150 и менее
- 3) 301 - 450
- 4) 450 и более

254. ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ симптом «бульжной мостовой»
- 2) непрерывное поражение слизистой оболочки
- 3) контактная ранимость
- 4) отсутствие сосудистого рисунка

255. ПОД ЛЕВОСТОРОННИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ПОНИМАЮТ ПОРАЖЕНИЕ _____ КИШКИ

- 1)+ прямой, сигмовидной и нисходящей
- 2) восходящей, сигмовидной и прямой
- 3) поперечной ободочной и прямой
- 4) поперечной ободочной и слепой

256. ПОД РЕТРОГРАДНЫМ ИЛЕИТОМ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПОНИМАЮТ ПОРАЖЕНИЕ _____ КИШКИ

- 1)+ подвздошной
- 2) восходящей толстой
- 3) сигмовидной
- 4) прямой

257. К ХРОНИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ кишечный свищ
- 2) кишечное кровотечение
- 3) перфорация кишки
- 4) токсическая дилатация ободочной кишки

258. АНТИДИАРЕЙНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лоперамид
- 2) метоклопрамид
- 3) бисакодил
- 4) дротаверин

259. ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ язвенного колита
- 2) псевдомембранозного колита
- 3) синдрома раздраженного кишечника
- 4) дизентерии

260. ПРИ ТОТАЛЬНОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ВОСПАЛЕНИЕ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ПРОКСИМАЛЬНЕЕ

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

261. ПРИ ОЦЕНКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА ПО ИНДЕКСУ АКТИВНОСТИ БЕСТА УЧИТЫВАЕТСЯ

- 1)+ лихорадка
- 2) изжога
- 3) снижение аппетита
- 4) рвота

262. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ В МИНУТУ

- 1)+ 80-90
- 2) 60-75
- 3) 95-120
- 4) более 120

263. ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНА ТЕМПЕРАТУРА _____ (В ГРАДУСАХ ЦЕЛЬСИЯ)

- 1)+ 38-40
- 2) 36,6
- 3) 37 - 37,5
- 4) более 40

264. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЧАСТОТА СТУЛА СОСТАВЛЯЕТ _____ РАЗ В СУТКИ

- 1)+ 4-6
- 2) менее 4
- 3) 7-14
- 4) 15 и более

265. ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХАРАКТЕРНА ТЕМПЕРАТУРА _____ (В ГРАДУСАХ ЦЕЛЬСИЯ)

- 1)+ 37-38
- 2) 36,6
- 3) 38,5-40
- 4) более 40

266. К ХРОНИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ стриктура кишки
- 2) кишечное кровотечение
- 3) перфорация кишки
- 4) токсическая дилатация ободочной кишки

267. ОСНОВНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атрофия ворсинок тонкой кишки
- 2) наличие крипт-абсцессов в тонкой кишке
- 3) гипертрофия ворсинок тонкой кишки
- 4) лимфоплазмочитарная инфильтрация слизистой тонкой кишки

268. К ЧАСТЫМ ПРИЗНАКАМ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ диарею и гиповитаминоз
- 2) боли в эпигастрии и борборигмы
- 3) снижение аппетита и ситофобию
- 4) запоры и метеоризм

269. ПРИ ОЦЕНКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА ПО ИНДЕКСУ АКТИВНОСТИ БЕСТА УЧИТЫВАЕТСЯ

- 1)+ боль в животе
- 2) изжога
- 3) тошнота
- 4) рвота

270. ПРИ ОЦЕНКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА ПО ИНДЕКСУ АКТИВНОСТИ БЕСТА УЧИТЫВАЕТСЯ

- 1)+ снижение массы тела
- 2) изжога
- 3) вздутие живота
- 4) рвота

271. ТРАНСМУРАЛЬНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ болезни Крона
- 2) псевдомембранозного колита
- 3) язвенного колита
- 4) синдрома раздраженного кишечника

272. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ И ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гематохезия
- 2) боль
- 3) вздутие
- 4) запор

273. ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ ЧАЩЕ ДИАГНОСТИРУЮТ У

- 1)+ молодых людей
- 2) лиц среднего возраста
- 3) пожилых людей
- 4) долгожителей

274. К ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ перфорация кишки
- 2) инфильтрат брюшной полости
- 3) стриктура кишки
- 4) внутренний кишечный свищ

275. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ИНДЕКС БЕСТА РАВЕН (В БАЛЛАХ)

- 1)+ 301 - 450
- 2) 150 и менее
- 3) 150 - 300
- 4) 450 и более

276. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ

- 1)+ подвздошная кишка
- 2) пищевод
- 3) желудок
- 4) двенадцатиперстная кишка

277. ПОД ДИСТАЛЬНЫМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ПОНИМАЮТ ПОРАЖЕНИЕ _____ КИШКИ

- 1)+ прямой
- 2) нисходящей
- 3) поперечной ободочной
- 4) восходящей

278. ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прерывистое поражение кишки
- 2) непрерывное поражение слизистой оболочки
- 3) контактная ранимость
- 4) отсутствие сосудистого рисунка

279. ДЛЯ ТОНКОКИШЕЧНОЙ ДИАРЕИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ большой объем каловых масс
- 2) небольшой объем каловых масс
- 3) наличие ложных позывов на дефекацию
- 4) наличие примеси слизи в кале

280. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ _____ КИШКИ

- 1)+ прямой
- 2) двенадцатиперстной
- 3) восходящей
- 4) подвздошной

281. ПРИ ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИИ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ПОРАЖАЮТСЯ

- 1)+ эпителиальные клетки
- 2) энтерохромаффинные клетки
- 3) лимфатические сосуды
- 4) кровеносные сосуды

282. ПРИ ОЦЕНКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА ПО ИНДЕКСУ АКТИВНОСТИ БЕСТА УЧИТЫВАЕТСЯ

- 1)+ жидкий стул
- 2) изжога
- 3) вздутие живота
- 4) рвота

283. ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ИНДЕКС БЕСТА РАВЕН (В БАЛЛАХ)

- 1)+ 150 и менее
- 2) 150 - 300
- 3) 301 - 450
- 4) 450 и более

284. ЗАПОР ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ХАРАКТЕРНЫХ ПРИЗНАКОВ

- 1)+ долихомегасигмы
- 2) полипов сигмовидной кишки
- 3) язвенного колита
- 4) болезни Крона

285. У БОЛЬНЫХ С ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МЕТЕОРИЗМ И ДИАРЕЯ ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ

- 1)+ молока
- 2) сладостей
- 3) хлеба
- 4) картофеля

286. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ОПУХОЛЕВОЙ СТРИКТУРЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сигмоскопия
- 2) ирригоскопия
- 3) компьютерная томография брюшной полости
- 4) чрескожная ультрасонография брюшной полости

287. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ СИМПТОМОВ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ диарея
- 2) изжога
- 3) запор
- 4) дисфагия

288. СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЗАПОРА

- 1)+ наличием боли в животе
- 2) затруднением дефекации
- 3) снижением частоты дефекаций
- 4) наличием твердого кала

289. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ анемии
- 2) лейкоза
- 3) геморрагического синдрома
- 4) эритремии

290. ПРИ ПОЛНОЙ АГЛЮТЕНОВОЙ ДИЕТЕ РАЗРЕШАЕТСЯ УПОТРЕБЛЕНИЕ

- 1)+ молока, мяса, гречки, риса
- 2) растительного масла, колбасных изделий, майонеза
- 3) пельменей, рыбных консервов, картофеля-фри
- 4) чёрного хлеба, йогурта, мясных консервов

291. ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ линейная язва
- 2) непрерывное поражение слизистой оболочки
- 3) контактная ранимость
- 4) отсутствие сосудистого рисунка

292. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие саркоидоподобных гранул
- 2) наличие крипт-абсцессов
- 3) отсутствие бокаловидных клеток
- 4) поверхностное воспаление слизистой

293. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ В МИНУТУ

- 1)+ 60-80
- 2) 85-90
- 3) 95-120
- 4) более 120

294. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСЯТ

- 1)+ «бульжную мостовую»
- 2) чаши Клойбера
- 3) «матовое стекло»
- 4) отсутствие гаустрации

295. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ БОЛИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ левая подвздошная область
- 2) эпигастральная область
- 3) правая подвздошная область
- 4) левое подреберье

296. ХРОНИЧЕСКАЯ ДИАРЕЯ, КРОВЬ В КАЛЕ, НОЧНАЯ ДЕФЕКАЦИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ

- 1)+ язвенного колита
- 2) глютеновой энтеропатии
- 3) дивертикулярной болезни
- 4) хронического панкреатита

297. ВИТАМИН В₁₂ ВСАСЫВАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В

- 1)+ дистальном отделе подвздошной кишки
- 2) тощей кишке
- 3) двенадцатиперстной кишке
- 4) желудке

298. ЗАПОР ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ХАРАКТЕРНЫХ ПРИЗНАКОВ

- 1)+ гипотиреоза
- 2) гиперкортицизма
- 3) жёлчнокаменной болезни
- 4) внешнесекреторной панкреатической недостаточности

299. ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ болезнью Крона
- 2) желчекаменной болезнью
- 3) язвенной болезнью
- 4) циррозом печени

300. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, РИСК РАЗВИТИЯ КОТОРОГО УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЛЕЧЕНОЙ ЦЕЛИАКИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аденокарцинома тонкой кишки
- 2) лимфоцитарный колит
- 3) карциноид тонкой кишки
- 4) пищевая аллергия

301. ПОД ХРОНИЧЕСКИМ НЕПРЕРЫВНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПОНИМАЮТ ОТСУТСТВИЕ БОЛЕЕ ЧЕМ _____ ПЕРИОДОВ РЕМИССИИ НА ФОНЕ АДЕКВАТНОЙ ТЕРАПИИ

- 1)+ 6-месячных
- 2) 2-месячных
- 3) 4-месячных
- 4) 12-месячных

302. МАРКЕРОМ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ВЫСТУПАЕТ

- 1)+ С-реактивный белок
- 2) щелочная фосфатаза
- 3) сывороточный калий
- 4) сывороточный альбумин

303. ЦЕЛЬЮ ОБЗОРНОГО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ВЫСТУПАЕТ

- 1)+ распознавание токсического мегаколона
- 2) выявление источника кровотечения
- 3) выявление холедохолитиаза
- 4) диагностика колоректального рака

304. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД

- 1)+ компьютерной энтероколонографии
- 2) лучевой остеоденситометрии
- 3) цветной доплеросонографии
- 4) фиброэластометрии

305. ПОДГОТОВКУ К ПРОВЕДЕНИЮ КОЛОНОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- 1)+ полиэтиленгликолем
- 2) листьями сенны
- 3) препаратами фосфо-соды
- 4) касторовым маслом

306. СНИЖЕНИЕ КРОВотоКА ПО НИЖНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ

- 1)+ ишемического колита
- 2) псевдомембранозного колита
- 3) синдрома малабсорбции
- 4) язвенного колита

307. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ТОТАЛЬНОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА РАЗВИВАЕТСЯ

- 1)+ железодефицитная анемия
- 2) почечная недостаточность
- 3) дыхательная недостаточность
- 4) гиперамилазурия

308. НОЧНАЯ ДИАРЕЯ ТИПИЧНА ДЛЯ

- 1)+ язвенного колита
- 2) синдрома раздраженного кишечника
- 3) функциональной диспепсии
- 4) дивертикулярной болезни толстой кишки

309. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДОСТОВЕРНОГО ДИАГНОЗА ЛУЧЕВОГО КОЛИТА НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ

- 1)+ анамнеза заболевания и колоноскопии
- 2) микробиологического исследования кала
- 3) анамнеза заболевания и биохимического анализа крови
- 4) биохимического анализа крови, СЭА, CA_{125} , CA_{19-9} , CA_{242}

310. РАЗЛИТОЙ ПЕРИТОНИТ МОЖЕТ БЫТЬ ОСЛОЖНЕНИЕМ _____ ВАРИАНТА ИШЕМИЧЕСКОГО КОЛИТА

- 1)+ гангренозного
- 2) стенозирующего
- 3) транзиторного
- 4) инфильтративного

311. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОБОСТРЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ ректосигмоскопии без подготовки
- 2) полной колоноскопии под седацией
- 3) ультразвукового исследования прямой кишки
- 4) ирригоскопии с двойным контрастированием

312. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ДИВЕРТИКУЛОВ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ локальное повышение внутрикишечного давления
- 2) аганглиоз
- 3) ишемия
- 4) замедление перистальтики

313. ТЕСТ ТОЛЕРАНТНОСТИ К D-КСИЛОЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ФУНКЦИЮ

- 1)+ тонкой кишки
- 2) поджелудочной железы
- 3) толстой кишки
- 4) печени

314. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ВЫСТУПАЕТ

- 1)+ колоноскопия с биопсией
- 2) ультразвуковое исследование толстой кишки
- 3) исследование онкомаркеров
- 4) компьютерная энтероколонография

315. ПОД ОСТРЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПОНИМАЮТ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЕНЕЕ ____ МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ЕГО ДЕБЮТА

- 1)+ 6
- 2) 2
- 3) 4
- 4) 12

316. ПОВЫШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

- 1)+ длительное течение заболевания
- 2) присоединение клостридиальной инфекции
- 3) присоединение цитомегаловирусной инфекции
- 4) прием пуриновых производных

317. ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЁЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ токсическая дилатация кишки
- 2) механическая кишечная непроходимость
- 3) трещина заднего прохода
- 4) гангренозная пиодермия

318. В ГРУППУ РИСКА ПО ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОМУ КОЛИТУ ВХОДЯТ ЛИЦА

- 1)+ инфицированные ВИЧ
- 2) злоупотребляющие алкоголем
- 3) страдающие туберкулёзом
- 4) получающие терапию месалазином

319. ПЕРИНУКЛЕАРНЫЕ АНТИНЕЙТРОФИЛЬНЫЕ ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИЕ АНТИТЕЛА ПРЕОБЛАДАЮТ ПРИ

- 1)+ язвенном колите
- 2) болезни Крона
- 3) дивертикулярной болезни
- 4) целиакии

320. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАЗВИТИЕ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИЛАТАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ВЫПОЛНЯЮТ

- 1)+ обзорное рентгенологическое исследование
- 2) экстренную колоноскопию с биопсией
- 3) ультразвуковое исследование с доплеронографией
- 4) ирригоскопию с двойным контрастированием

321. ПОВЫШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ НАЛИЧИЕ

- 1)+ колоректального рака у близких родственников
- 2) проявлений тяжелой почечной недостаточности
- 3) тяжелого суставного синдрома
- 4) частых инфекционных заболеваний

322. СИМПТОМ «ОТПЕЧАТКА БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА» ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ _____ КОЛИТА

- 1)+ ишемического
- 2) язвенного
- 3) лучевого
- 4) псевдомембранозного

323. ПОВЫШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ НАЛИЧИЕ

- 1)+ первичного склерозирующего холангита
- 2) частых рецидивирующих пневмоний
- 3) аутоиммунного тереоидита
- 4) перенесенной в детстве дизентерии

324. ПОД ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПОНИМАЮТ НАЛИЧИЕ БОЛЕЕ ЧЕМ _____ ПЕРИОДОВ РЕМИССИИ НА ФОНЕ АДЕКВАТНОЙ ТЕРАПИИ

- 1)+ 6-месячных
- 2) 3-месячных
- 3) 2-месячных
- 4) 12-месячных

325. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ ЦЕЛИАКИИ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН НА ОСНОВАНИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО

- 1)+ клинического эффекта аглютеновой диеты
- 2) результата кло-теста
- 3) результата водородного дыхательного теста
- 4) результата лактозотолерантного теста

326. МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДИСПЛАЗИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ВЫСТУПАЕТ _____ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ гистологическое
- 2) эндоскопическое
- 3) ультразвуковое
- 4) рентгенологическое

327. ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кишечное кровотечение
- 2) узловатая эритема
- 3) первичный склерозирующий холангит
- 4) гангренозная пиодермия

328. МАРКЕРОМ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ВЫСТУПАЕТ

- 1)+ уровень кальпротектина
- 2) уровень сывороточного железа
- 3) наличие альфа-фетопротеина
- 4) уровень сывороточной липазы

329. ПОВЫШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

- 1)+ наличие тотальной формы язвенного колита
- 2) наличие вирусного гепатита С
- 3) продолжительное лечение месалазином
- 4) наличие внекишечных кожных поражений

330. ТЕНЕЗМЫ ТИПИЧНЫ ДЛЯ

- 1)+ язвенного колита
- 2) болезни Уиппла
- 3) целиакии
- 4) лимфомы кишки

331. К ВНЕКИШЕЧНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА, НЕ СВЯЗАННЫМ С АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯТ

- 1)+ псориаз
- 2) афтозный стоматит
- 3) иридоциклит
- 4) узловатую эритему

332. ВНЕКИШЕЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ узловатая эритема
- 2) кишечное кровотечение
- 3) рак толстой кишки
- 4) токсическая дилатация кишки

333. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ РАДИАЦИОННОГО ПОРАЖЕНИЯ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШОК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лучевая терапия
- 2) работа с радиоактивными веществами
- 3) пребывание в зоне воздействия сверхвысокой частоты
- 4) частый приём радоновых ванн

334. ОДНИМ ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ РЕЗЕКЦИИ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ жёлчнокаменная болезнь
- 2) железодефицитная анемия
- 3) синдром избыточного бактериального роста
- 4) демпинг-синдром

335. ВНЕКИШЕЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА, СВЯЗАННЫМ С АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ узловатая эритема
- 2) тромбоз периферических вен
- 3) амилоидоз
- 4) холелитиаз

336. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ТОЛСТОМ КИШЕЧНИКЕ ИМЕЮТ _____ ХАРАКТЕР

- 1)+ протяженный
- 2) сегментарный
- 3) точечный
- 4) линейный

337. МИНИМАЛЬНЫМИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМИ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ КОЛИТ

- 1)+ микроскопический
- 2) ишемический
- 3) язвенный
- 4) лучевой

338. РЕАБСОРБЦИЯ ЖЁЛЧНЫХ КИСЛОТ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В

- 1)+ подвздошной кишке
- 2) тощей кишке
- 3) двенадцатиперстной кишке
- 4) проксимальных отделах толстой кишки

339. ВНЕЗАПНОЕ УМЕНЬШЕНИЕ БОЛИ И НАРАСТАНИЕ СИМПТОМОВ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ токсической дилатации кишки
- 2) профузном кровотечении
- 3) развитии первичного склерозирующего холангита
- 4) развитию рака толстой кишки

340. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СНИЖЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атеросклероз брыжеечной артерии
- 2) тромбоз брыжеечной артерии
- 3) артерио-мезентериальная компрессия
- 4) узелковый периартериит

341. НАЛИЧИЕ БЛЯШКОВИДНЫХ НАЛЁТОВ НА СЛИЗИСТОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ псевдомембранозного колита
- 2) язвенного колита
- 3) лучевого колита
- 4) болезни Крона

342. ОДНИМ ИЗ ПОСЛЕДСТВИЙ РЕЗЕКЦИИ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ диарея
- 2) железодефицитная анемия
- 3) демпинг-синдром
- 4) внешнесекреторная панкреатическая недостаточность

343. ДИСПЛАЗИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ГРОЗИТ РАЗВИТИЕМ

- 1)+ колоректального рака
- 2) тяжелого кровотечения
- 3) стеноза кишки
- 4) перфорации толстой кишки

344. ОДНИМ ИЗ ПОСЛЕДСТВИЙ РЕЗЕКЦИИ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ В₁₂-дефицитная анемия
- 2) синдром избыточного бактериального роста
- 3) внешнесекреторная панкреатическая недостаточность
- 4) демпинг-синдром

345. ПРИ РЕФРАКТЕРНОМ К ЛЕЧЕНИЮ ТЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ИСКЛЮЧАЮТ

- 1)+ клостридиальную инфекцию
- 2) сопутствующие поражения желудка
- 3) первичный склерозирующий холангит
- 4) болезни почек

346. ДЕБЮТ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ дизентерией
- 2) туляремией
- 3) бруцеллезом
- 4) гепатитом А

347. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЛУЧЕВОМ КОЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ язвенный дефект
- 2) лимфопения
- 3) повреждение мезентериальных артерий
- 4) угнетение плазменного гемостаза

348. ПРОТЯЖЕННОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ УСТАНАВЛИВАЮТ СООТВЕТСТВЕННО МОНРЕАЛЬСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ НА ОСНОВАНИИ ПРОВЕДЕНИЯ

- 1)+ колоноскопии
- 2) компьютерной томографии кишечника
- 3) гистологического изучения биопсийного материала
- 4) ультрасонографии брюшной полости

349. ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БОЛЕЗНИ УИПЛА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

- 1)+ деменции
- 2) экстрапирамидного гиперкинеза
- 3) эпилепсии
- 4) алопеции

350. К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ сливные наложения фибрина, полностью покрывающие поверхность слизистой
- 2) псевдополипы
- 3) щелевидные язвы
- 4) крипт-абсцессы

351. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ НА РАЗВЕРНУТОЙ СТАДИИ БОЛЕЗНИ УИПЛА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С

- 1)+ болезнью Крона
- 2) палиндромным ревматизмом
- 3) амилоидозом кишки
- 4) болезнью Вальдмана

352. К ДОКАЗАННЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ С. DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ энтеральное питание через назогастральный зонд
- 2) перенесенный гепатит А в анамнезе
- 3) высокий уровень холестерина крови
- 4) раннее прекращение грудного вскармливания пациента

353. ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ ОТМЕЧАЕТСЯ _____ ДИАРЕЯ

- 1)+ гиперкинетическая
- 2) экссудативная
- 3) секреторная
- 4) осмотическая

354. К ФАКТОРАМ РИСКА РЕЦИДИВА С. DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ тяжелое течение первого эпизода заболевания
- 2) длительный прием статинов по поводу гиперлипидемии
- 3) высокий уровень холестерина и триглицеридов крови
- 4) прием пробиотических препаратов

355. К НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНОМУ СПОСОБУ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ С. DIFFICILE ОТНОСИТСЯ

- 1)+ ИФА для определения токсинов в кале
- 2) бактериологический анализ кала
- 3) обнаружение возбудителя в биоптатах толстой кишки
- 4) обнаружение антител к возбудителю в анализе крови

356. К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ многочисленные кровоизлияния в слизистой оболочке
- 2) уменьшение количества лимфоцитов в слизистой оболочке
- 3) эозинофильную инфильтрацию слизистой оболочки
- 4) утолщение мышечного слоя

357. К ДОКАЗАННЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ С. DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ воспалительное заболевание кишечника
- 2) высокий уровень железа крови
- 3) прием нестероидных противовоспалительных средств
- 4) менопауза

358. ЭКССУДАТИВНАЯ ДИАРЕЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ язвенном колите
- 2) хроническом панкреатите
- 3) синдроме раздраженной кишки
- 4) целиакии

359. У ПАЦИЕНТОВ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ «БОЛЕЗНЬ КРОНА» ВИДЕОКАПСУЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОРАЖЕНИЯ _____ КИШКИ

- 1)+ тонкой
- 2) сигмовидной
- 3) слепой
- 4) прямой

360. ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ БОЛЕЗНИ УИПЛА НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ БИОПСИИ ИЗ _____ КИШКИ

- 1)+ тонкой
- 2) луковицы двенадцатиперстной
- 3) сигмовидной
- 4) слепой

361. К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ расширение просвета крипт
- 2) уменьшение количества лимфоцитов в слизистой
- 3) эозинофильная инфильтрация слизистой
- 4) утолщение мышечного слоя

362. К ДОКАЗАННЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ С. DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ операция на органах желудочно-кишечного тракта
- 2) высокий уровень холестерина крови
- 3) наличие у пациентки абортов в анамнезе
- 4) высокий уровень амилазы мочи

363. К ФАКТОРАМ РИСКА РЕЦИДИВА С. DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ продолжение приема антибиотиков, не связанное с терапией С.difficile
- 2) прием статинов
- 3) высокий уровень трансаминаз крови и изменения в липидном профиле
- 4) наличие онкологического заболевания и назначаемой по его поводу лучевой терапии в анамнезе

364. К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ скопление фибрина, муцина и нейтрофилов между криптами
- 2) эозинофильная инфильтрация слизистой
- 3) сужение просвета крипт
- 4) уменьшение количества лимфоцитов в слизистой

365. К ПРОГНОСТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ С. DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ возраст более 65 лет, повышение уровня креатинина крови
- 2) молодой возраст, повышение уровня амилазы крови
- 3) возраст более 35 лет, повышение уровня холестерина крови
- 4) возраст более 45 лет, повышение уровня триглицеридов крови

366. К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ плотно спаянные очаговые наложения желтоватого света
- 2) щелевидные язвы
- 3) признаки атрофии слизистой
- 4) точечные эрозии

367. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ С. DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ТЕРАПИЯ

- 1)+ антибиотиками
- 2) иммуносупрессорами
- 3) глюкокортикостероидами
- 4) пробиотиками

368. К ОСНОВНЫМ ФАКТОРАМ ВИРУЛЕНТНОСТИ БАКТЕРИИ CLOSTRIDIUM DIFFICILE ОТНОСЯТ

- 1)+ токсин А и токсин В
- 2) экзотоксин токсического шока С
- 3) фибринолизин и цитотоксин
- 4) гемолизины

369. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ НА НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ БОЛЕЗНИ УИППЛА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С

- 1)+ палиндромным ревматизмом
- 2) болезнью Вальдмана
- 3) амилоидозом кишки
- 4) болезнью Крона

370. ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА БОЛЕЗНИ УИППЛА ТРЕБУЕТСЯ ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ ПЦР на *Tropheryma whippelii*
- 2) посев кала на микрофлору
- 3) анализ на кальпротектин
- 4) водородный дыхательный тест

371. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ БОЛЕЗНИ УИППЛА НА РАЗВЁРНУТОЙ ЕЁ СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тонкокишечная диарея
- 2) лихорадка
- 3) боль в левом подреберье
- 4) артралгия

372. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ОГРАНИЧИВАЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕМ _____ КИШКИ

- 1)+ только толстой
- 2) только слепой
- 3) только тонкой
- 4) тонкой и толстой

373. К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ некроз слизистой оболочки и подслизистого слоя
- 2) сужение просвета крипт
- 3) эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки
- 4) уменьшение количества лимфоцитов в слизистой оболочке

374. К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ бляшкоподобные наложения желтоватого цвета
- 2) щелевидные язвы
- 3) псевдополипы
- 4) точечные эрозии с фибрином

375. К ДОКАЗАННЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ C. DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ пожилой возраст (более 65 лет)
- 2) прием статинов
- 3) высокий уровень железа крови
- 4) высокий уровень амилазы мочи

376. ВТОРЫМ ПО ЧАСТОТЕ, ПОСЛЕ ТОНКОКИШЕЧНОЙ ДИАРЕИ, ПРИЗНАКОМ БОЛЕЗНИ УИППЛА НА РАЗВЁРНУТОЙ ЕЁ СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лихорадка
- 2) эритема
- 3) артралгия
- 4) хейлит

377. ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПОРАЖЕНИЯ ЛЁГКИХ ПРИ БОЛЕЗНИ УИППЛА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

- 1)+ экссудативного плеврита
- 2) бронхиальной обструкции
- 3) абсцесса
- 4) эмфиземы

378. К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ кровоточащие при попытке удаления пленки
- 2) изъязвленные псевдополипы
- 3) признаки атрофии слизистой
- 4) точечные эрозии с фибрином

379. К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ включение части крипт в фибриновую мембрану
- 2) сужение просвета крипт
- 3) эозинофильная инфильтрация слизистой
- 4) уменьшение количества лимфоцитов в слизистой

380. СКРИНИНГОВЫМ МЕРОПРЯТИЕМ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ анализ кала на скрытую кровь
- 2) колоноскопия
- 3) ректороманоскопия
- 4) определение фекального кальпротектина

381. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РЕЦИДИВА БОЛЕЗНИ КРОНА ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ

- 1)+ Rutgeerts
- 2) Бостон
- 3) Мейо
- 4) Truelove-Witts

382. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ И РАННИМ ПРИЗНАКОМ БОЛЕЗНИ УИППЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ суставной синдром
- 2) тонкокишечная диарея
- 3) боль в животе
- 4) полилимфаденопатия

383. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ *Clostridium difficile*
- 2) *Staphylococcus aureus*
- 3) *Clostridium tetani*
- 4) *Shigella boydii*

384. КАК РЕЦИДИВ CLOSTRIDIUM DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННОЙ БОЛЕЗНИ РАСЦЕНИВАЕТСЯ

- 1)+ повторное развитие заболевания менее чем через 8 недель после окончания терапии
- 2) повторное развитие заболевания в течение полугода после окончания терапии
- 3) отсутствие ответа на терапию
- 4) сохранение лихорадки в течение недели после разрешения диареи

385. РИСК РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ПОВЫШАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1)+ табакокурения
- 2) алкоголизма
- 3) приема статинов
- 4) инсоляции

386. К ФАКТОРАМ РИСКА РЕЦИДИВА C. DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ возраст более 65 лет
- 2) прием пробиотиков
- 3) высокий уровень холестерина крови
- 4) наличие сопутствующей H.pylori-инфекции

387. К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ сочетание продольно ориентированных и поперечно направленных язв
- 2) отечная, разрыхленная, гиперемированная слизистая оболочка
- 3) обязательное поражение прямой кишки
- 4) наличие микроабсцессов

388. ПРИ ГАСТРИНОМЕ ОТМЕЧАЕТСЯ _____ ДИАРЕЯ

- 1)+ секреторная
- 2) экссудативная
- 3) моторная
- 4) осмотическая

389. РИСК РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ПОВЫШАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1)+ ожирения
- 2) инсоляции
- 3) диеты с высоким содержанием пищевых волокон
- 4) алкоголизма

390. БОЛЕЗНЬ УИПЛА НАБЛЮДАЮТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО У

- 1)+ мужчин-европеоидов
- 2) женщин-европеоидов
- 3) афроамериканцев
- 4) афроамериканок

391. К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ полнокровие сосудов в мышечном слое
- 2) уменьшение количества лимфоцитов в слизистой
- 3) эозинофильная инфильтрация слизистой
- 4) утолщение мышечного слоя

392. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГЛАЗ ПРИ БОЛЕЗНИ УИПЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ увеит
- 2) катаракта
- 3) атрофия сетчатки
- 4) астигматизм

393. К ФАКТОРАМ РИСКА РЕЦИДИВА C. DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ наличие более 1 рецидива в анамнезе
- 2) прием статинов
- 3) высокий уровень холестерина крови
- 4) наличие сопутствующей H.pylori-инфекции

394. ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ CLOSTRIDIUM DIFFICILE ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фекально-оральный
- 2) контактный
- 3) аэрогенный
- 4) трансмиссивный

395. ПРЕМОРБИДНЫМ ФОНОМ ДЛЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ синдром Элерса – Данло
- 2) гипоганглиоз толстой кишки
- 3) синдром короткой кишки
- 4) гаустрация толстой кишки

396. К ДОКАЗАННЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ C. DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ наличие сахарного диабета
- 2) перенесенный гепатит E в анамнезе
- 3) прием статинов
- 4) высокий уровень триглицеридов крови

397. К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ наложение фибриновых масс с большими скоплениями нейтрофилов
- 2) уменьшение количества лимфоцитов в слизистой
- 3) утолщение мышечного слоя
- 4) эозинофильная инфильтрация слизистой

398. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ТУБЕРКУЛЕЗ КИШЕЧНИКА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ колоноскопия с биопсией
- 2) фиброгастродуоденоскопия
- 3) МСКТ органов малого таза
- 4) ирригоскопия

399. СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

- 1)+ является функциональной патологией
- 2) может протекать без болевого синдрома
- 3) характерен для детей грудного возраста
- 4) всегда проявляется диареей

400. ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

- 1)+ поражения исключительно слизистой оболочки толстой кишки
- 2) воспаления, затрагивающего все слои оболочки кишки
- 3) сегментарного очагового воспалительного процесса в толстой кишке
- 4) эрозивно-язвенного поражения исключительно в илеоцекальной области

401. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЦЕЛИАКИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ генетическая детерминированность
- 2) нерегулярное питание
- 3) употребление дисахаридов
- 4) употребление жирной пищи

402. ЯВЛЕНИЕ ГИПЕРСЕНСИБИЛИЗАЦИИ К ГЛЮТЕНУ ПРЕЖДЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ целиакии
- 2) язвенном колите
- 3) болезни Крона
- 4) болезни Уиппла

403. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АГАНГЛИОЗ ЗАХВАТЫВАЕТ

- 1)+ ректосигмоидальный отдел кишки
- 2) все отделы толстой кишки
- 3) илеоцекальную область кишки
- 4) поперечноободочную кишку

404. ДИАГНОЗ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПО ДАННЫМ МОРФОЛОГИИ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ

- 1)+ выявлением абсцессов крипт
- 2) наличием поражения всей стенки кишки
- 3) увеличением числа бокаловидных клеток
- 4) мозаичностью поражения кишки

405. ЦЕЛИАКИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ

- 1)+ диареей
- 2) изжогой
- 3) кашицеобразным стулом с примесью крови
- 4) рвотой

406. НАИБОЛЕЕ РЕДКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БОЛЕЗНИ КРОНА, ТРЕБУЮЩИМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ токсическая дилатация ободочной кишки
- 2) стриктура кишки
- 3) инфильтрат брюшной полости
- 4) внутренний или наружный кишечный свищ

407. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ спазмолитики
- 2) глюкокортикостероиды
- 3) иммуносупрессоры
- 4) биологическую (антицитокиновую) терапию

408. ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ (АНТИЦИТОКИНОВОЙ) ТЕРАПИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

- 1)+ врача-фтизиатра
- 2) врача-кардиолога
- 3) врача-уролога
- 4) врача-эндокринолога

409. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРМИНАЛЬНОГО ИЛЕИТА ЛЁГКОЙ АТАКИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

- 1)+ будесонид
- 2) сульфасалазин
- 3) преднизолон
- 4) азатиоприн

410. ПРИ ЛЮБОМ ВАРИАНТЕ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛИ В ЖИВОТЕ ВОЗМОЖНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ антидепрессантов
- 2) местноанестезирующих препаратов
- 3) противовоспалительных препаратов
- 4) слабительных средств

411. ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА В ЛЕГКОЙ ФОРМЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ПРИМЕНЕНИЯ МЕТРОНИДАЗОЛА

- 1)+ перорально
- 2) внутримышечно
- 3) внутривенно
- 4) ректально в свечах

412. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кишечная непроходимость
- 2) наличие внутренних свищей
- 3) наличие внешних свищей
- 4) инфильтрат в животе

413. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ванкомицин
- 2) цефотаксим
- 3) кларитромицин
- 4) фуразолидон

414. ОСЛОЖНЕНИЕМ, КОТОРОЕ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кишечное кровотечение
- 2) острая кишечная непроходимость
- 3) перфорация кишки
- 4) пролежень толстой кишки каловым камнем

415. ПРЕПАРАТОМ ПРОКИНЕТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ домперидон
- 2) смектит
- 3) месалазин
- 4) папаверин

416. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ СМЕКТИТА ДИОКТАЭДРИЧЕСКОГО МОЖНО ОТНЕСТИ

- 1)+ запор
- 2) кожный зуд
- 3) вздутие живота
- 4) тошноту и рвоту

417. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургический
- 2) химиотерапевтический
- 3) физиотерапевтический
- 4) лучевой

418. СРЕДСТВОМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ месалазин
- 2) преднизолон
- 3) амоксициллин
- 4) дротаверин

419. ДОПОЛНИТЕЛЬНО НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ЛЕЧЕНИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАКОЛОНА

- 1)+ массаж живота
- 2) очистительные клизмы
- 3) электростимуляцию накожную и ректальную
- 4) иглорефлексотерапию

420. ПРИНЦИПОМ ДИЕТОТЕРАПИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАПОРАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ обогащение рациона пищевыми волокнами
- 2) ограничение жидкости до 1-1,5 л
- 3) ограничение цельного молока
- 4) обогащение рациона животными жирами

421. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА, РЕЗИСТЕНТНАЯ К ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМ, ВКЛЮЧАЕТ ИММУНОСУПРЕССОРЫ И

- 1)+ генно-инженерные биологические препараты
- 2) препараты 5-аминосалициловой кислоты
- 3) антидепрессанты
- 4) ингибиторы протонной помпы

422. ПЛАНОВОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАКОЛОНА ДОЛЖНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ В

- 1)+ специализированных колопроктологических центрах
- 2) областных клинических больницах
- 3) хирургическом отделении центральной районной больницы
- 4) хирургическом отделении городских больниц

423. ПРИ ПОНОСЕ НАЗНАЧАЮТ ДИЕТУ №

- 1)+ 4
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 3

424. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ПОКАЗАНИЕ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ КРОНА

- 1)+ кишечная непроходимость
- 2) синдром мальабсорбции
- 3) инфильтрат в животе
- 4) внутренний свищ

425. ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМ БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ, НАЗНАЧЕНИЕ КОТОРОГО ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА И ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НЕ АССОЦИИРОВАНО С РИСКОМ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ (ТУБЕРКУЛЕЗ), ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ведолизумаб
- 2) голимумаб
- 3) цертолизумаба пэгол
- 4) адалимумаб

426. БОЛЬНЫЕ С ЦЕЛИАКИЕЙ МОГУТ УПОТРЕБЛЯТЬ В ПИЩУ

- 1)+ кукурузу
- 2) макаронные изделия
- 3) ржаной хлеб
- 4) черствые изделия из пшеничного теста

427. СЛАБИТЕЛЬНЫМИ СРЕДСТВАМИ, ОПТИМАЛЬНЫМИ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАКОЛОНА, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ препараты пищевых волокон
- 2) осмотические солевые слабительные
- 3) стимулирующие слабительные
- 4) препараты такие как Прукалоприд

428. СУТОЧНАЯ НОРМА БАЛЛАСТНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПИТАНИИ СОСТАВЛЯЕТ (В Г)

- 1)+ 20-30
- 2) 40-45
- 3) 60-80
- 4) 100-150

429. НЕОПЕРИРОВАННЫЙ БОЛЬНОЙ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ДОЛЖЕН ПОЛУЧАТЬ ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ ТЕРАПИЮ

- 1)+ пожизненно
- 2) в течение 1 года после достижения стойкой ремиссии
- 3) в течение 2 лет после достижения стойкой ремиссии
- 4) в течение 5 лет после достижения стойкой ремиссии

430. БИСАКОДИЛ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ СЛАБИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ

- 1)+ усиливающих перистальтику кишечника
- 2) увеличивающих объем каловых масс
- 3) оказывающих осмотическое действие
- 4) слабо абсорбируемых ди- и олигосахаридов

431. ЦЕНТРАЛЬНОЕ МЕСТО В ЛЕЧЕНИИ ЦЕЛИАКИИ ЗАНИМАЕТ

- 1)+ аглютеновая диета
- 2) ферментная терапия
- 3) использование глюкокортикостероидов
- 4) применение антибактериальных препаратов

432. СУММАРНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ИЛИ БОЛЕЗНИ КРОНА НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ ____ НЕДЕЛЬ

- 1)+ 12
- 2) 8
- 3) 24
- 4) 6

433. ОСЛОЖНЕНИЕМ, РАЗВИВАЮЩИМСЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЁМЕ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ СЕННУ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ псевдомеланоз толстой кишки
- 2) псевдомембранозный колит
- 3) полипоз кишечника
- 4) язвенный колит

434. К СЛАБИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ РАЗДРАЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ НА НЕРВНО-МЫШЕЧНЫЙ АППАРАТ ТОЛСТОЙ КИШКИ И УСИЛИВАЮЩИМ ЕЕ ПЕРЕСТАЛЬТИКУ, НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ сорбитол
- 2) александрийский лист
- 3) корень ревеня
- 4) пурген

435. НА МОТОРИКУ ТОНКОЙ КИШКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ДЕЙСТВУЕТ

- 1)+ касторовое масло
- 2) кора крушины
- 3) изафенин
- 4) фенолфталеин (пурген)

436. «ЭТАЛОННОЙ» КОМБИНАЦИЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ванкомицин + метронидазол
- 2) метронидазол + клиндамицин
- 3) эритромицин + клиндамицин
- 4) ванкомицин + тетрациклин

437. МИНИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ИММУНОСУПРЕССОРАМИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА СОСТАВЛЯЕТ (МЕС.)

- 1)+ 3
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 6

438. ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОЙ ЛИМФАНГИЭКТАЗИИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ диету с исключением длинноцепочечных жирных кислот
- 2) пробиотики
- 3) антибактериальные препараты
- 4) повышенное содержание клетчатки в рационе

439. НА МОТОРИКУ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ

- 1)+ раствор сернокислой магнезии
- 2) касторовое масло
- 3) изафенин
- 4) бисакодил

440. К ПРЕБИОТИКАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ лактулозу
- 2) бифиформ
- 3) энтерол
- 4) линекс

441. БОЛЬНЫЕ С ЦЕЛИАКИЕЙ МОГУТ УПОТРЕБЛЯТЬ

- 1)+ картофель
- 2) макаронные изделия
- 3) черный хлеб
- 4) колбасные изделия

442. ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЛАКТУЛОЗЫ В КАЧЕСТВЕ СЛАБИТЕЛЬНОГО СРЕДСТВА ПОВЫШАЕТСЯ

- 1)+ осмолярность кишечного содержимого
- 2) сократимость гладкой мускулатуры кишки
- 3) активность слизееобразования колоноцитами
- 4) чувствительность прокинетических рецепторов кишки

443. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕВОСТОРОННЕГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЛЁГКОЙ АТАКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сульфасалазин
- 2) преднизолон
- 3) азатиоприн
- 4) буденофальк

444. ИНДУКЦИОННЫЙ КУРС ИНФЛИКСИМАБОМ ИЗ ТРЕХ ИНФУЗИЙ ПРОВОДИТСЯ ПО СХЕМЕ

- 1)+ «0-2-6»
- 2) «0-2-8»
- 3) «0-4-4»
- 4) «0-2-2»

445. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА В ОТСУТСТВИЕ ПРИЗНАКОВ ТРАНСЛОКАЦИИ КИШЕЧНЫХ БАКТЕРИЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ рифаксимин
- 2) вибрамицин
- 3) клиндамицин
- 4) тетрациклин

446. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАРЕИ В ПЕРИОД РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ ПРИ СТИХАНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В СЛИЗИСТОЙ КИШЕЧНИКА МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ ОТВАР

- 1)+ ольховых шишек
- 2) семян льна
- 3) мяты
- 4) цветов бессмертника

447. РЕКОМЕНДУЕМОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ УГЛЕВОДОВ ЗДОРОВЫМИ ЛЮДЬМИ В ПРОЦЕНТАХ ОТ СУТОЧНОЙ КАЛОРИЙНОСТИ РАЦИОНА СОСТАВЛЯЕТ (В %)

- 1)+ 55
- 2) 10
- 3) 30
- 4) 70

448. БОЛЬНЫЕ, ПОЛУЧАЮЩИЕ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, ДОЛЖНЫ ПРОХОДИТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ У ВРАЧА-ФТИЗИАТРА НЕ РЕЖЕ _____ В ГОД

- 1)+ 2 раз
- 2) 4 раз
- 3) 1 раза
- 4) 3 раз

449. В РАЦИОНЕ ЗДОРОВОГО ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ПРИМЕРНОЕ СООТНОШЕНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ И ЖИВОТНЫХ БЕЛКОВ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ

- 1)+ 1/2 и 1/2
- 2) 1/3 и 2/3
- 3) 80 г и 10 г
- 4) 10% и 90%

450. ДЛЯ ДЕКОНТАМИНАЦИИ КИШЕЧНИКА ПРИ СИНДРОМЕ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА В ТОНКОЙ КИШКЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ РИФАКСИМИН

- 1)+ 400 мг 3 раза в сутки 10 дней
- 2) 600 мг 3 раза в сутки 3 дня
- 3) 200 мг 1 раз в сутки 7 дней
- 4) 1000 мг 3 раза в сутки 10 дней

451. ПРЕПАРАТОМ, РЕЗКО ЗАМЕДЛЯЮЩИМ ПАССАЖ СОДЕРЖИМОГО КИШЕЧНИКА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лоперамид
- 2) бисакодил
- 3) метоклопрамид
- 4) ранитидин

452. К ПРЕБИОТИКАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ фруктоолигосахариды
- 2) бактерии родов *Lactobacillus* и *Bifidobacterium*
- 3) грибы рода *Saccharomyces*
- 4) грибы рода *Candida*

453. ОСНОВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ УИПЛА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ антибиотики
- 2) антацидные препараты
- 3) антисекреторные препараты
- 4) глюкокортикоиды

454. ДЕТАМ С ТОКСИЧЕСКОЙ ДИЛАТАЦИЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТЕНСИВНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ В ТЕЧЕНИЕ (В ЧАСАХ)

- 1)+ 24
- 2) 52
- 3) 60
- 4) 72

455. АГЛЮТЕНОВАЯ ДИЕТА ПРИ ЦЕЛИАКИИ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1)+ пожизненно
- 2) сроком на 1 год
- 3) до нормализации лабораторных показателей
- 4) на весь период развития клинической симптоматики

456. В ЛЕЧЕНИИ АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕИ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН

- 1)+ метронидазол
- 2) флуконазол
- 3) ципрофлоксацин
- 4) рифампицин

457. ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА С ДИАРЕЕЙ НА ЭТАПЕ ДИАГНОСТИКИ СОГЛАСНО СТАНДАРТУ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРОВОДИТСЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

- 1)+ врачом-колопроктологом
- 2) врачом-психотерапевтом
- 3) врачом-кардиологом
- 4) врачом-неврологом

458. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СТРИКТУРЫ КИШКИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ПОСЛЕ ПЕРВОГО КУРСА ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В КАЧЕСТВЕ СЛЕДУЮЩЕГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ ПОКАЗАНО

- 1)+ проведение резекции поражённого участка кишки
- 2) проведение повторного курса консервативной (гормональной) терапии
- 3) назначение генно-инженерных биологических препаратов
- 4) назначение иммуносупрессоров

459. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ФИСТУЛООБРАЗУЮЩЕЙ ФОРМЕ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфликсимаб
- 2) преднизолон
- 3) сульфасалазин
- 4) метотрексат

460. ПРИ ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИИ (ЦЕЛИАКИИ) РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСКЛЮЧИТЬ УПОТРЕБЛЕНИЕ _____ КАШИ

- 1)+ манной
- 2) рисовой
- 3) гречневой
- 4) кукурузной

461. СПАЗМОЛИТИКОМ, КОТОРЫЙ ОКАЗЫВАЕТ ЭФФЕКТ ТОЛЬКО В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ мебеверин
- 2) дротаверин
- 3) оксibuтинин
- 4) платифиллин

462. АГЛЮТЕНОВАЯ ДИЕТА ПРИ ЦЕЛИАКИИ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1)+ строго и пожизненно
- 2) сроком на 1 год
- 3) до нормализации лабораторных показателей
- 4) на весь период развития клинической симптоматики

463. АЗАТИОПРИН ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+ язвенным колитом
- 2) холециститом
- 3) гастритом
- 4) эзофагитом

464. ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА С СОМАТОФОРМНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ трициклические антидепрессанты
- 2) осмотические слабительные препараты
- 3) ингибиторы протонной помпы
- 4) ферментные препараты

465. НАСТУПЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ СОБЛЮДЕНИИ АГЛЮТЕНОВОЙ ДИЕТЫ ПРОИСХОДИТ ПРИ

- 1)+ целиакии
- 2) язвенной болезни
- 3) панкреатите
- 4) болезни Крона

466. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ спазмолитики
- 2) желчегонные
- 3) антациды
- 4) ферменты

467. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА В ТОНКОЙ КИШКЕ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ рифаксимин
- 2) омепразол
- 3) алюминия фосфат
- 4) лоперамид

468. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА С ДИАРЕЕЙ РЕКОМЕНДУЮТСЯ

- 1)+ пробиотики
- 2) ферменты
- 3) поливитамины
- 4) цитопротекторы

469. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ-ПРОКТИТЕ ЛЁГКОЙ И СРЕДНЕТЯЖЁЛОЙ АТАКИ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ суппозитории с месалазином
- 2) микроклизмы с месалазином
- 3) препараты месалазина ММХ внутрь
- 4) препараты месалазина внутрь

470. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВОДЯНИСТЫХ ДИАРЕЯХ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ регидратацию
- 2) антибактериальную терапию
- 3) дезинтоксикацию
- 4) антидиарейные средства

471. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ ванкомицин
- 2) ципрофлоксацин
- 3) цефалоспорины
- 4) аминогликозиды

472. ПОКАЗАТЕЛЕМ ПОЛНОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ УИППЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ исчезновение Шик- положительных макрофагов в биоптатах слизистой
- 2) нормализация стула и улучшение общего самочувствия
- 3) уменьшение лимфоплазмочитарной инфильтрации в биоптатах слизистой
- 4) исчезновение болей в суставах и нормализация массы тела

473. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ рифаксимин
- 2) *Saccharomyces boulardii*
- 3) смектит
- 4) гентамицин

474. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АКТИВИРОВАННОГО УГЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атония кишечника
- 2) лекарственная аллергия
- 3) хроническая интоксикация
- 4) пищевое отравление

475. ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К КОЛОНОСКОПИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ макрогол
- 2) октреотид
- 3) эзомепразол
- 4) лансопразол

476. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРИЦ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ албендазол
- 2) йодин
- 3) метронидазол
- 4) ивермектин

477. НАИБОЛЕЕ РЕДКИМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ токсическая дилатация ободочной кишки
- 2) стриктура кишки
- 3) инфильтрат брюшной полости
- 4) внутренний или наружный кишечный свищ

478. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ЛОПЕРАМИДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аллергический колит
- 2) острый язвенный колит
- 3) кишечная непроходимость
- 4) псевдомембранозный колит

479. ПРЕПАРАТОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗМЯГЧЕНИЮ КАЛОВЫХ МАСС И УВЕЛИЧЕНИЮ ИХ ОБЪЕМА ПРИ ЗАПОРЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лактитол
- 2) лоперамид
- 3) мебеверин
- 4) рифаксимин

480. НАЗНАЧЕНИЕ _____ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ МОЖЕТ МАСКИРОВАТЬ ПРИЗНАКИ ДЕГИДРАТАЦИИ

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

481. ЭНТЕРАЛЬНОЕ ИСКУССТВЕННОЕ ПИТАНИЕ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ПРОВОДИТЬ СМЕСЬЮ

- 1)+ Modulen
- 2) Alfare
- 3) Nutrison
- 4) Nutrison Energy

482. ДИАРЕЯ НЕИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ

- 1)+ лоперамида
- 2) натрия пикосульфата
- 3) рифаксимины
- 4) нифуроксазида

483. ПРЕПАРАТОМ, СВЯЗЫВАЮЩИМСЯ С ОПИОИДНЫМИ РЕЦЕПТОРАМИ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лоперамид
- 2) пантопразол
- 3) натрия пикосульфат
- 4) метоклопрамид

484. ЦЕЛЬЮ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТИЖЕНИЕ ____ БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ МЕЙО

- 1)+ 0-2
- 2) 3-5
- 3) 6-9
- 4) 9-12

485. ДИЕТА ПРИ ЦЕЛИАКИИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ безглютеновой
- 2) безуглеводной
- 3) низкокалорийной
- 4) безбелковой

486. СУММАРНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА ГЛЮКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ИЛИ БОЛЕЗНИ КРОНА НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ ____ НЕДЕЛЬ

- 1)+ 12
- 2) 8
- 3) 24
- 4) 6

487. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ УИПЛА ЯВЛЯЕТСЯ ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРИЁМ

- 1)+ антибиотиков
- 2) адсорбентов
- 3) спазмолитиков
- 4) ферментов

488. ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ АБСЦЕССОМ, РАЗМЕРОМ БОЛЕЕ 3 СМ, РЕКОМЕНДУЮТ НАЧИНАТЬ ЛЕЧЕНИЕ С

- 1)+ пункции и дренирования абсцесса
- 2) резекции участка толстой кишки
- 3) консервативной терапии антибиотиками
- 4) выведения колостомы

489. АНТИДОТОМ ЛОПЕРАМИДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ налоксон
- 2) фамотидин
- 3) эзомепразол
- 4) натрия пикосульфат

490. ПРИ СОБЛЮЖДЕНИИ АГЛЮТЕНОВОЙ ДИЕТЫ ИСКЛЮЧАЮТ

- 1)+ овес
- 2) рис
- 3) пшено
- 4) гречу

491. ПРЕПАРАТОМ, РЕКОМЕНДОВАННЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА С ДИАРЕЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лоперамид
- 2) гимекромон
- 3) панкреатин
- 4) омепразол

492. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ЛОПЕРАМИДА ЯВЛЯЕТСЯ

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

493. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ СЛАБИТЕЛЬНЫХ МОГУТ БЫТЬ СВЯЗАНЫ С ТАКИМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ КАК

- 1)+ размягчение кишечного содержимого и увеличение его объема
- 2) уменьшение объема кишечного содержимого за счет дегидратации
- 3) угнетение хеморецепторов слизистой оболочки толстой кишки
- 4) снижение тонуса и моторики гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта

494. ОСМОТИЧЕСКИМ СЛАБИТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лактулоза
- 2) бисакодил
- 3) ранитидин
- 4) псиллиум

495. АНТИБИОТИКОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ШИГЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ципрофлоксацин
- 2) клиндамицин
- 3) метранидазол
- 4) хлорамфеникол

496. ПРИ ДОСТИЖЕНИИ РЕМИССИИ НЕОПЕРИРОВАННЫЙ БОЛЬНОЙ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

- 1)+ остаётся на постоянной пожизненной поддерживающей (противорецидивной) терапии
- 2) получает противорецидивную терапию в течение 1 года после достижения стойкой ремиссии
- 3) в противорецидивной терапии не нуждается
- 4) получает противорецидивную терапию 2 раза в год по 8 недель

497. МИНИМАЛЬНЫЙ ПРИЁМ ИММУНОСУПРЕССОРОВ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 3 месяца
- 2) 1 месяц
- 3) 2 недели
- 4) 6 месяцев

498. ЭФФЕКТИВНОЙ МЕСТНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ПЕРИАНАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЮТСЯ СУППОЗИТОРИИ С

- 1)+ метронидазолом
- 2) месалазином
- 3) преднизолоном
- 4) индометацином

499. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА ПРИВЛЕКАЕТСЯ СПЕЦИАЛИСТ

- 1)+ врач-психотерапевт
- 2) врач-эндокринолог
- 3) врач-уролог
- 4) врач-хирург

500. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ месалазин
- 2) фталазол
- 3) левомицетин
- 4) панкреатин

501. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛИМФОЦИТАРНОГО КОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ топические глюкокортикостероиды
- 2) препараты месалазина
- 3) системные глюкокортикостероиды
- 4) иммуносупрессоры

502. В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ стероидные гормоны
- 2) витаминотерапию
- 3) диету
- 4) нитрофураны

503. АТОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ТАКОГО ПРЕПАРАТА КАК

- 1)+ бисакодил
- 2) адеметионин
- 3) магния сульфат
- 4) аторвастатин

504. У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА С ЗАПОРАМИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ НЕ БОЛЕЕ 2 НЕДЕЛЬ

- 1)+ экстракт сенны
- 2) лактулозу
- 3) подорожник овальный
- 4) макрогол

505. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЁМЕ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ СЕННУ, РАЗВИВАЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕ

- 1)+ псевдомеланоз толстой кишки
- 2) псевдомембранозный колит
- 3) эрозивный колит
- 4) язвенный колит

506. В ПЕРИОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ ПОКАЗАН ПРИЁМ ПРЕПАРАТОВ

- 1)+ кальция
- 2) калия
- 3) магния
- 4) натрия

507. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПАЦИЕНТУ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ будесонид
- 2) лоперамид
- 3) дротаверин
- 4) панкреатин

508. ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРИЁМ АНТИБИОТИКОВ ШИРОКОГО СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ

- 1)+ псевдомембранозного колита
- 2) синдрома раздражённого кишечника
- 3) болезни Крона
- 4) синдрома избыточного бактериального роста

509. АЗАТИОПРИН ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+ болезнью Крона
- 2) целиакией
- 3) гастритом
- 4) эзофагитом

510. МЕТРОНИДАЗОЛ СЛУЖИТ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ

- 1)+ псевдомембранозного колита
- 2) эрозивного эзофагита
- 3) синдрома раздраженного кишечника
- 4) хронического панкреатита

511. ПРИ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОБЫЧНАЯ КРАТНОСТЬ ВВЕДЕНИЯ ИНФЛИКСИМАБА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 8 недель
- 2) 2 недели
- 3) 12 недель
- 4) 16 недель

512. ЛАКТУЛОЗА СЛУЖИТ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ

- 1)+ запора
- 2) изжоги
- 3) диареи
- 4) абдоминальной боли

513. ВЕДОЛИЗУМАБ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

- 1)+ антиинтегриновых препаратов
- 2) антицитокиновых препаратов
- 3) гормональных препаратов
- 4) блокаторов янус-киназы

514. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНЫ

- 1)+ глюкокортикостероиды и иммуносупрессоры
- 2) ферменты и ингибиторы протонной помпы
- 3) спазмолитики и прокинетики
- 4) антидиарейные препараты

515. К ОСНОВНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ, НАЗНАЧАЕМЫМ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, ОТНОСЯТСЯ _____ ПРЕПАРАТЫ

- 1)+ биологические
- 2) антигистаминные
- 3) антидиарейные
- 4) ферментативные

516. ПЕРЕД НАЧАЛОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА АНТИЦИТОКИНОВЫМИ ПРЕПАРАТАМИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ диаскин-теста
- 2) цистоскопии
- 3) колоноскопии
- 4) денситометрии

517. К ПРЕПАРАТАМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ ЗАКРЕПЛЯЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ лоперамид
- 2) жженую магнезию
- 3) магнезия гидроксид
- 4) бисакодил

518. ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ (АНТИЦИТОКИНОВОЙ) ТЕРАПИИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СКРИНИНГ НА

- 1)+ туберкулез
- 2) артериальную гипертензию
- 3) рак толстой кишки
- 4) опухоль поджелудочной железы

519. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ ПРЕПАРАТОВ МЕСАЛАЗИНА ПОКАЗАНО КОНТРОЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ креатинина
- 2) мокроты
- 3) газового состава крови
- 4) уровня кальпротектина

520. В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА АЗАТИОПРИНОМ, НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ УРОВЕНЬ

- 1)+ лейкоцитов
- 2) сахара
- 3) гемоглобина
- 4) мочевой кислоты

521. К ОСНОВНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ, НАЗНАЧАЕМЫМ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, ОТНОСЯТСЯ _____ ПРЕПАРАТЫ

- 1)+ иммуносупрессивные
- 2) антигистаминные
- 3) антидиарейные
- 4) ферментативные

522. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ТЕРАПИИ CLOSTRIDIUM DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ванкомицин
- 2) кларитромицин
- 3) ципрофлоксацин
- 4) амоксициллин

523. ПРИ ИНДУКЦИОННОМ КУРСЕ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРЕДНИЗОЛОНА В ДОЗЕ 2 МГ/КГ В СУТКИ ПРОВОДЯТ _____ ДНЕЙ

- 1)+ 7
- 2) 14
- 3) 20
- 4) 30

524. ТЕРАПИЯ АМИНОСАЛИЦИЛАТАМИ (МЕСАЛАЗИН, СУЛЬФОСАЛАЗИН) ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С

- 1)+ язвенным колитом
- 2) язвенной болезнью желудка
- 3) эрозивным эзофагитом
- 4) хроническим панкреатитом

525. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА БОЛЬНЫМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ урсодезоксихолевую кислоту
- 2) азатиоприн
- 3) фолиевую кислоту
- 4) ведолизумаб

526. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ИНФЛИКСИМАБА СОСТАВЛЯЕТ ____ МГ/КГ МАССЫ ТЕЛА

- 1)+ 5
- 2) 1
- 3) 20
- 4) 0,5

527. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОКТИТА БОЛЬНЫМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ НАЗНАЧАЮТ _____ МЕСАЛАЗИНА

- 1)+ свечи
- 2) гранулы
- 3) таблетки
- 4) клизмы

528. ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ АЗАТИОПРИНОМ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ПРОДОЛЖАЮТ НЕ МЕНЕЕ

- 1)+ 2 лет
- 2) 5 лет
- 3) 6 месяцев
- 4) 3 месяцев

529. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ДИСПЛАЗИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ БОЛЬНЫМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ оперативное лечение
- 2) увеличение суточной дозы месалазина
- 3) инфликсимаб
- 4) азатиоприн

530. ПРИ ИНДУКЦИОННОМ КУРСЕ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА СУТОЧНУЮ ДОЗУ ПРЕДНИЗОЛОНА СНИЖАЮТ В НЕДЕЛЮ ПО (В МИЛЛИГРАММАХ)

- 1)+ 5
- 2) 1
- 3) 20
- 4) 30

531. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

- 1)+** кишечных осложнений
- 2) сердечной недостаточности
- 3) дыхательной недостаточности
- 4) хронической болезни почек

532. БУДЕСОНИД РЕКОМЕНДОВАН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+** болезнью Крона
- 2) язвенной болезнью
- 3) панкреатитом
- 4) эзофагитом

533. К БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ, НАЗНАЧАЕМЫМ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА, ОТНОСИТСЯ

- 1)+** инфликсимаб
- 2) будесонид
- 3) месалазин
- 4) азатиоприн

534. ЦИТОСТАТИКИ (АЗАТИОПРИН, МЕРКАПТОПУРИН) ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+** язвенным колитом
- 2) хроническим панкреатитом
- 3) хроническим гастритом
- 4) катаральным эзофагитом

535. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ СХЕМОЙ ЛЕЧЕНИЯ С. DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ

- 1)+** ванкомицина с метронидазолом
- 2) ванкомицина со стрептомицином
- 3) метронидазола со стрептомицином
- 4) гентамицина с ципрофлоксацином

536. ПРИ ИНДУКЦИОННОМ КУРСЕ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПРЕДНИЗОЛОН НАЗНАЧАЮТ НА

- 1)+** 3 месяца
- 2) 2 месяца
- 3) 5 месяцев
- 4) 2 недели

537. У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ДИСПЛАЗИИ СЛИЗИСТОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+** колэктомии
- 2) резекции участка толстой кишки
- 3) терапии преднизолоном
- 4) частых контрольных колоноскопий

538. К БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ, НАЗНАЧАЕМЫМ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА, ОТНОСИТСЯ

- 1)+** адалимумаб
- 2) преднизолон
- 3) сульфасалазин
- 4) метотрексат

539. ПАЦИЕНТУ С СИНДРОМОМ «КОРОТКОЙ КИШКИ» ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПОЧТИ 50% ТОЛСТОЙ КИШКИ И ЧАСТИ ТОНКОЙ КИШКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОГРАНИЧЕНИЕ В ДИЕТЕ

- 1)+ оксалатов
- 2) белка
- 3) кальция
- 4) фосфатов

540. ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ДОЗА МЕСАЛАЗИНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ СОСТАВЛЯЕТ _____ Г В СУТКИ

- 1)+ 2
- 2) 0,5
- 3) 5,0
- 4) 0,25

541. КИШЕЧНЫЙ ТРАНЗИТ ПРИ ДИАРЕЕ ЗАМЕДЛЯЕТ

- 1)+ лоперамид
- 2) бисакодил
- 3) метоклопрамид
- 4) ранитидин

542. ДЛЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ СТЕРОИДОЗАВИСИМОСТИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ азатиоприн
- 2) месалазин
- 3) урсодезоксихолевую кислоту
- 4) фолиевую кислоту

543. ПРИ ТЯЖЁЛОМ ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА К СИСТЕМНЫМ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМ И ТИОПУРИНАМ ПРИСОЕДИНЯЕТСЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

- 1)+ фторхинолонами
- 2) пеницилинами
- 3) макролидами
- 4) аминогликозидами

544. ВРЕМЯ ВОЗМОЖНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИЛАТАЦИИ КИШЕЧНИКА СОСТАВЛЯЕТ НЕ БОЛЕЕ

- 1)+ 24 часов
- 2) 1 недели
- 3) 3 дней
- 4) 6 часов

545. ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПРОВОДЯТ ДЛЯ

- 1)+ оценки эффективности лечения
- 2) уточнения локализации поражения
- 3) диагностики колоректального рака
- 4) прогнозирования появления внекишечных поражений

546. ДЛЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ СТЕРОИДОЗАВИСИМОСТИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ инфликсимаб
- 2) месалазин
- 3) фолиевую кислоту
- 4) урсодезоксихолевую кислоту

547. ТОФАЦИТИНИБ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

- 1)+ блокаторов янус-киназы
- 2) антицитокиновых препаратов
- 3) ингибиторов фактора некроза опухоли
- 4) гормональных препаратов

548. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КАНЦЕРПРЕВЕНЦИИ БОЛЬНЫМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ месалазин
- 2) омепразол
- 3) панкреатин
- 4) аскорбиновую кислоту

549. ПОСЛЕ МАССИВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ШИРОКОГО СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ ВОЗРАСТАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИИ

- 1)+ *Clostridium difficile*
- 2) *Shigella flexneri*
- 3) *Lamblia intestinalis*
- 4) *Escherichia coli*

550. ПРИ ЛЕГКОМ ТЕЧЕНИИ CLOSTRIDIUM DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННОЙ БОЛЕЗНИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ КУРСОМ МЕТРОНИДАЗОЛА 500 МГ _____ РАЗ/РАЗА В СУТКИ В ТЕЧЕНИЕ _____ ДНЕЙ

- 1)+ 3; 10
- 2) 3; 3
- 3) 3; 5
- 4) 1; 10

551. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ТЕРАПИИ CLOSTRIDIUM DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ метронидазол
- 2) цефтриаксон
- 3) амоксициллин
- 4) ципрофлоксацин

552. К ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМ, НАЗНАЧАЕМЫМ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ преднизолон
- 2) инфликсимаб
- 3) месалазин
- 4) азатиоприн

553. НАИЛУЧШИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРИ ЛУЧЕВОМ КОЛИТЕ ОКАЗЫВАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ препаратов 5-аминосалициловой кислоты с системными глюкокортикоидами
- 2) низкокалорийной диеты со спазмолитиками
- 3) антидиарейных средств с ненаркотическими анальгетиками
- 4) антибиотиков с препаратами панкреатических ферментов

554. ИНФЛИКСИМАБ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

- 1)+ антицитокиновых препаратов
- 2) антиинтегриновых препаратов
- 3) гормональных препаратов
- 4) блокаторов янус-киназы

555. ИНФЛИКСИМАБ НАЗНАЧАЮТ ПАЦИЕНТАМ С

- 1)+ болезнью Крона
- 2) язвенной болезнью
- 3) хроническим панкреатитом
- 4) катаральным эзофагитом

556. ВВЕДЕНИЕ В РАЦИОН ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ДОСТАТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА КЛЕТЧАТКИ ПРИВОДИТ К

- 1)+ увеличению объема каловых масс
- 2) уменьшению объема каловых масс
- 3) снижению перистальтики кишечника
- 4) улучшению всасывания пищевых веществ

557. ПРИ ЦЕЛИАКИИ РАЗРЕШЕНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ПИТАНИИ

- 1)+ рис
- 2) пшеницу
- 3) овес
- 4) ячмень

558. ПОКАЗАНИЕМ К КОЛЭКТОМИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*-АССОЦИИРОВАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие эффекта от консервативной терапии
- 2) наличие рецидива заболевания в анамнезе
- 3) наличие поливалентной аллергии
- 4) наличие сопутствующего язвенного колита

559. ПРИ НЕТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКЕ РАССЧИТЫВАЕТСЯ С УЧЕТОМ

- 1)+ норм физиологической потребности
- 2) данных антропометрии
- 3) результатов определения состава тела
- 4) данных биохимического анализа крови

560. ПАЦИЕНТАМ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*-АССОЦИИРОВАННОЙ БОЛЕЗНИ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ ванкомицина
- 2) метронидазола
- 3) преднизолона
- 4) лоперамида

561. ПРИ ЛЕГКОМ ТЕЧЕНИИ *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*-АССОЦИИРОВАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ КУРСОМ

- 1)+ ванкомицина 125 мг 4 раза в сутки в течение 10 дней
- 2) метронидазола 500 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней
- 3) ванкомицина 125 мг 4 раза в сутки в течение 21 дня
- 4) метронидазола 500 мг 3 раза в сутки в течение 21 дня

562. ПРИ КУПИРОВАНИИ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ КИШЕЧНИКА ПРИ РАШИРЕНИИ ДИЕТЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОД «ЗИГЗАГОВ», ПРИМЕНЯЕМЫЙ

- 1)+ 1-2 раза в неделю
- 2) 3 раза в неделю
- 3) через день
- 4) через прием пищи

563. ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОГО С ДИАРЕЕЙ НАЗНАЧАЕТСЯ _____ ВАРИАНТ СТАНДАРТНОЙ ДИЕТЫ

- 1)+ щадящий
- 2) высокобелковый
- 3) низкокалорийный
- 4) основной

564. МАКСИМАЛЬНАЯ РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОЗА ОТРУБЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СОСТАВЛЯЕТ (В Г/СУТ)

- 1)+ 20
- 2) 5
- 3) 10
- 4) 15

565. ПОКАЗАНИЕМ К КОЛЭКТОМИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ CLOSTRIDIUM DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ развитие синдрома системной воспалительной реакции
- 2) наличие рецидива заболевания в анамнезе
- 3) поливалентная аллергия
- 4) наличие сопутствующего язвенного колита

566. АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ при наличии септических осложнений
- 2) для профилактики рецидивов заболевания
- 3) для остановки выраженных кровотечений
- 4) при неэффективности салицилатов

567. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕТЯЖЕЛОГО РЕЦИДИВА CLOSTRIDIUM DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ метронидазол
- 2) преднизолон
- 3) будесонид
- 4) месалазин

568. ПОКАЗАНИЕМ К КОЛЭКТОМИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ CLOSTRIDIUM DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ развитие токсического мегаколона
- 2) поливалентная аллергия
- 3) наличие рецидива заболевания в анамнезе
- 4) наличие сопутствующего язвенного колита

569. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАПОРА У БЕРЕМЕННЫХ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ лактулозу
- 2) пикосульфат натрия
- 3) бисакодил
- 4) лоперамид

570. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА CLOSTRIDIUM DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ ТЕРАПИИ МЕТРОНИДАЗОЛОМ ПОКАЗАН ПРИЕМ

- 1)+ пробиотических препаратов продолжительностью не менее 3 месяцев
- 2) ванкомицина 125 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней
- 3) ингибиторов протонной помпы 20 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней
- 4) диоктаэдрического смектита 1-2 пакетика 3 раза в день в течение 3 месяцев

571. ПРИ ЛЕГКОМ ТЕЧЕНИИ CLOSTRIDIUM DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ КУРСОМ

- 1)+ ванкомицина 125 мг 4 раза в сутки в течение 10 дней
- 2) метронидазола 500 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней
- 3) ванкомицина 125 мг 4 раза в сутки в течение 21 дня
- 4) метронидазола 500 мг 3 раза в сутки в течение 21 дня

572. ПАЦИЕНТАМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА В РАЦИОНЕ ТРЕБУЕТСЯ _____ КОЛИЧЕСТВО _____

- 1)+ увеличить; белка
- 2) уменьшить; белка
- 3) увеличить; жиров
- 4) увеличить; углеводов

573. В СТАЦИОНАРЕ БОЛЬНОМУ С ЗАПОРАМИ НАЗНАЧАЕТСЯ _____ ВАРИАНТ СТАНДАРТНОЙ ДИЕТЫ

- 1)+ основной
- 2) щадящий
- 3) низкокалорийный
- 4) высокобелковый

574. ПРИ ЛЕГКОМ ТЕЧЕНИИ CLOSTRIDIUM DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННОЙ БОЛЕЗНИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ КУРСОМ ВАНКОМИЦИНА 125 МГ

- 1)+ 4 раза в сутки в течение 10 дней
- 2) 1 раз в сутки в течение 10 дней
- 3) 2 раза в сутки в течение 21 дня
- 4) 4 раза в сутки в течение 3 дней

575. ПОКАЗАНИЕМ К КОЛЭКТОМИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ CLOSTRIDIUM DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ перфорация кишки
- 2) повышение температуры тела до фебрильных цифр в течение 7 дней
- 3) наличие рецидива заболевания в анамнезе
- 4) поливалентная аллергия

576. ПАЦИЕНТАМ С ОСЛОЖНЁННЫМ ТЕЧЕНИЕМ CLOSTRIDIUM DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННОЙ БОЛЕЗНИ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ЛИНИИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧИТЬ КОМБИНАЦИЮ МЕТРОНИДАЗОЛА 500 МГ С

- 1)+ ванкомицином 500 мг
- 2) месалазином 3,2 г
- 3) преднизолоном 60 мг
- 4) будесонидом 2,0 г

577. ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВА *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*-АССОЦИИРОВАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРОВОДИТСЯ ПО СХЕМЕ

- 1)+ ванкомицин 125 мг 4 раза в день в течение 10-14 дней, затем по 125 мг 2 раза в день в течение 7 дней, затем 125 мг 1 раз в день в течение 7 дней
- 2) метронидазол 500 мг каждые 8 часов в сочетании с ванкомицином 500 мг 4 раза в сутки + ванкомицин per rectum 500 мг 4 раза в сутки в течение 10 дней
- 3) ванкомицин 125 мг 4 раза в сутки + ванкомицин per rectum 500 мг 4 раза в сутки в течение 10 дней
- 4) метронидазол 500 мг каждые 8 часов в сочетании с будесонидом 2 грамма в сутки в течение 10 дней

578. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*-АССОЦИИРОВАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ пробиотический штамм *Saccharomyces boulardii*
- 2) месалазин 3,2 грамма каждый месяц в течение 10 дней
- 3) ванкомицин 125 мг 2 раза в сутки каждый месяц по 10 дней
- 4) местные формы глюкокортикостероидов

579. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОВТОРНОГО РЕЦИДИВА *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*-АССОЦИИРОВАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ванкомицин
- 2) преднизолон
- 3) месалазин
- 4) будесонид

580. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* -АССОЦИИРОВАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ ТЕРАПИИ ВАНКОМИЦИНОМ ПОКАЗАН ПРИЕМ

- 1)+ пробиотических препаратов
- 2) диоктаэдрического смектита
- 3) ингибиторов протонной помпы
- 4) метронидазола

581. БОЛЬНЫЕ С ЦЕЛИАКИЕЙ МОГУТ УПОТРЕБЛЯТЬ

- 1)+ кукурузную кашу
- 2) ржаной хлеб
- 3) изделия из пшеничного теста
- 4) ячменную кашу

582. ПРОДУКТАМИ, СОДЕРЖАЩИМИ ДОСТАТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ХОРОШО УСВАИВАЕМОГО КАЛЬЦИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ молоко и молочные продукты
- 2) овощи и фрукты
- 3) зерновые, бобовые продукты
- 4) мясо и мясные продукты

583. РЕКОМЕНДУЕМОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ УГЛЕВОДОВ ЗДОРОВЫМИ ЛЮДЬМИ В % ОТ СУТОЧНОЙ КАЛОРИЙНОСТИ РАЦИОНА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 55
- 2) 75
- 3) 30
- 4) 35

584. СКРИНИНГ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ ЧЕРЕЗ __ ЛЕТ ОТ ДЕБЮТА ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1)+ 3
- 2) 5
- 3) 9
- 4) 7

585. ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИММУНОСУПРЕССОРАМИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ

- 1)+ лейкоцитов
- 2) глюкозы крови
- 3) альбумина
- 4) холестерина

586. РИСК РАЗВИТИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ СНИЖАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1)+ соблюдения диеты с высоким содержанием пищевых волокон
- 2) полного отказа от курения
- 3) употребления большого количества красного мяса
- 4) полного воздержания от физических нагрузок

587. РЕКОМЕНДУЕМОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ БЕЛКОВ ЗДОРОВЫМИ ЛЮДЬМИ ОТ СУТОЧНОЙ КАЛОРИЙНОСТИ РАЦИОНА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 10-15
- 2) 20-30
- 3) менее 10
- 4) 35

588. ПРИ НИЗКОМ РИСКЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ СКРИНИНГОВУЮ КОЛОНОСКОПИЮ ПРОВОДЯТ КАЖДЫЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 3-4
- 2) 1-2
- 3) 7-8
- 4) 5-6

589. К ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРАМ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСЯТ

- 1)+ особенности режима питания и курение
- 2) ожирение
- 3) алкоголь
- 4) специфический вирус болезни Крона

590. ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИММУНОСУПРЕССОРАМИ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ЛЕЙКОЦИТОВ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ ежемесячно
- 2) еженедельно
- 3) 1 раз в 3 месяца
- 4) 1 раз в 6 месяцев

591. ВИТАМИНОМ, ОБЛАДАЮЩИМ КАНЦЕРОПРОТЕКТОРНЫМИ СВОЙСТВАМИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аскорбиновая кислота
- 2) тиамина гидрохлорид
- 3) цианкобаламин
- 4) пиридоксина гидрохлорид

592. К ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ обогащение рациона питания пищевыми волокнами
- 2) отказ от употребления жирной пищи
- 3) высокобелковое питание
- 4) отказ от физических нагрузок

593. В НЕОБХОДИМЫЙ МИНИМУМ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА ВХОДИТ ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ

- 1)+ пневмококковой инфекции
- 2) столбняка
- 3) гепатита А
- 4) гемофильной инфекции

594. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ОТНОСЯТ

- 1)+ полипы кишечника
- 2) геморрой
- 3) дивертикулярную болезнь кишечника
- 4) язвы кишечника

595. К ВОДОРАСТВОРИМЫМ ВИТАМИНАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ тиамин
- 2) ретинол
- 3) витамин К
- 4) витамин Е

596. ВСАСЫВАНИЕ ЖЕЛЕЗА В КИШЕЧНИКЕ НАИБОЛЕЕ ИНТЕНСИВНО ПРОИСХОДИТ ИЗ

- 1)+ мясных продуктов
- 2) яблок
- 3) сыра
- 4) фруктов

597. ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ скрининг на туберкулез
- 2) вакцинация против кори
- 3) вакцинация против гепатита В
- 4) скрининг на псориаз

598. К ЖИРОРАСТВОРИМЫМ ВИТАМИНАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ витамин К
- 2) тиамин
- 3) пиридоксин
- 4) никотиновую кислоту

599. В ГРУППУ РИСКА ПО ЦЕЛИАКИИ ВХОДЯТ

- 1)+ родственники 1 и 2 степеней родства
- 2) лица, страдающие пищевой аллергией
- 3) европеоиды, длительное время прожившие в тропиках
- 4) лица, длительное время леченные иммунодепрессантами

600. РЕКОМЕНДУЕМОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ ЖИРОВ ЗДОРОВЫМИ ЛЮДЬМИ ОТ СУТОЧНОЙ КАЛОРИЙНОСТИ РАЦИОНА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 20-30
- 2) 10-15
- 3) менее 10
- 4) 35

601. РАЗВИТИЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНО С

- 1)+ полипозом толстой кишки
- 2) язвенной болезнью
- 3) хроническим энтеритом
- 4) хроническим панкреатитом

602. ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ КАРЦИНОМЫ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ препаратов 5-аминосалициловой кислоты
- 2) ацетилсалициловой кислоты
- 3) ингибиторов протонной помпы
- 4) нестероидных противовоспалительных препаратов

603. К ПРИНЦИПАМ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ соответствие содержания пищевых веществ в рационе физиологическим потребностям
- 2) сбалансированность пищевых веществ по белкам, жирам, углеводам без учета калорийности рациона
- 3) повышение энергетической ценности рациона над суточным энерготратам организма
- 4) разнообразие пищевых продуктов и блюд в рационе без учета потребностей организма

604. ПАЦИЕНТАМ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ В СТАДИИ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЫПОЛНЕНИЕ КОЛОНОСКОПИИ НЕ РЕЖЕ, ЧЕМ КАЖДЫЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 3
- 2) 4
- 3) 2
- 4) 5

605. ОСНОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

- 1)+ запоров
- 2) диареи
- 3) дисфагии
- 4) метеоризма

Тема 7. Общественное здоровье и здравоохранение.

1. НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПАЦИЕНТА НАПРАВЛЯЕТ

- 1)+** врачебная комиссия
- 2) консилиум специалистов
- 3) лечащий врач
- 4) главный врач

2. АККРЕДИТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ОДИН РАЗ В (В ГОДАХ)

- 1)+** 5
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 2

3. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЯТИЛЕТНИЙ ПЛАН ОБУЧЕНИЯ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ НЕ МЕНЕЕ (В ЧАСАХ)

- 1)+** 250
- 2) 180
- 3) 144
- 4) 50

4. ПОД МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ БОЛЕЗНЕЙ ПОНИМАЮТ

- 1)+** систему рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями
- 2) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу
- 3) перечень диагнозов в определенном порядке
- 4) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке

5. СТРАХОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПОЗВОЛЯЕТ ЗАЩИТИТЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

- 1)+** гражданской
- 2) уголовной
- 3) персонифицированной
- 4) дисциплинарной

6. ЕСЛИ ТРУДОСПОСОБНОСТЬ БОЛЬНОГО ВОССТАНОВИЛАСЬ ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАКРЫВАЮТ

- 1)+** в день выписки из стационара
- 2) днем обращения больного к врачу в поликлинику
- 3) через 3 дня после выписки
- 4) через 1 день после выписки

7. ОСНОВАНИЕМ ДОПУСКА К МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+** диплом о получении высшего или среднего медицинского образования, сертификат (свидетельство об аккредитации специалиста), лицензия
- 2) свидетельство об окончании курсов, сертификат, лицензия
- 3) диплом о получении высшего или среднего медицинского образования, свидетельство об окончании курсов, лицензия
- 4) диплом о получении высшего или среднего медицинского образования, свидетельство об окончании курсов

8. ГРАЖДАНИН, ИМЕЮЩИЙ СТРАХОВОЙ ПОЛИС ОМС, МОЖЕТ ПОЛУЧИТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

- 1)+** в любой поликлинике Российской Федерации
- 2) только в территориальной поликлинике
- 3) только в поликлинике населенного пункта
- 4) в ведомственном медицинском учреждении

9. АТТЕСТАЦИЯ ВРАЧА-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА НА ПРИСВОЕНИЕ ЕМУ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ СТАЖЕ РАБОТЫ ВРАЧОМ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ (КАБИНЕТА) НЕ МЕНЕЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 7
- 2) 10
- 3) 12
- 4) 15

10. АНАЛИЗ ПОРТФОЛИО СПЕЦИАЛИСТА ПРОВОДИТСЯ ПРИ

- 1)+ периодической аккредитации
- 2) первичной аккредитации
- 3) первичной специализированной аккредитации
- 4) сертификации специалиста

11. АТТЕСТАЦИЯ ВРАЧА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА НА ПРИСВОЕНИЕ ЕМУ ПЕРВОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ СТАЖЕ РАБОТЫ НЕ МЕНЕЕ (ЛЕТ)

- 1)+ пяти
- 2) трех
- 3) семи
- 4) десяти

12. СПЕЦИАЛИСТЫ МОГУТ ПРЕТЕНДОВАТЬ НА ПРИСВОЕНИЕ БОЛЕЕ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ЧЕРЕЗ (В ГОДАХ)

- 1)+ 2
- 2) 1
- 3) 5
- 4) 7

13. ИНФОРМАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПРЕДОСТАВЛЕНА ЛИЦУ, ДОСТИГШЕМУ ВОЗРАСТА (В ГОДАХ)

- 1)+ 15
- 2) 14
- 3) 16
- 4) 18

14. В ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ, ПРИНЯТОЕ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ВХОДЯТ ЭЛЕМЕНТЫ

- 1)+ физического, социального и психологического благополучия
- 2) возможности трудовой деятельности
- 3) наличия или отсутствия болезней
- 4) наличия благоустроенного жилища

15. СОГЛАСНО СТАНДАРТУ ОСНАЩЕНИЯ В КАБИНЕТЕ ВРАЧА-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА НЕ ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ прибора для проведения внутрижелудочной рН-метрии
- 2) набора для оказания неотложной пом
- 3) ростомера и напольных весов
- 4) негатоскопа и сантиметровой ленты

16. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ НЕОБХОДИМА ДЛЯ

- 1)+ изучения состояния здоровья населения
- 2) принятия конкретного, обоснованного решения
- 3) регистрации определенного изучаемого явления
- 4) оперативного управления ЛПУ

Тема 8. Принципы организации гастроэнтерологической службы.

1. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ СОСТАВЛЯЮТ (ДЕНЬ)

- 1)+ 5-7
- 2) 10-14
- 3) 2-3
- 4) 7-10

2. АТТЕСТАЦИЯ ВРАЧА-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА НА ПРИСВОЕНИЕ ЕМУ ПЕРВОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ СТАЖЕ РАБОТЫ НЕ МЕНЕЕ ____ ЛЕТ

- 1)+ 5
- 2) 3
- 3) 7
- 4) 10

3. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ЛЕЧЕНИЕ

- 1)+ амбулаторное без выдачи листа нетрудоспособности
- 2) стационарное
- 3) амбулаторное с выдачей листа нетрудоспособности
- 4) оперативное

4. АТТЕСТАЦИЯ ВРАЧА-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА НА ПРИСВОЕНИЕ ЕМУ ВТОРОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ СТАЖЕ РАБОТЫ НЕ МЕНЕЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 3
- 2) 5
- 3) 7
- 4) 10

5. АТТЕСТАЦИЯ ВРАЧА-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА НА ПРИСВОЕНИЕ ЕМУ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ СТАЖЕ РАБОТЫ НЕ МЕНЕЕ ____ ЛЕТ

- 1)+ 7
- 2) 3
- 3) 5
- 4) 10

6. КАБИНЕТ ВРАЧА-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОРГАНИЗУЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ КАБИНЕТА

- 1)+ ультразвуковой диагностики
- 2) рентгенологического
- 3) эндоскопического
- 4) функциональной диагностики

7. ЧИСЛО ДОЛЖНОСТЕЙ ВРАЧА-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА НА 100 000 ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ИЗ РАСЧЕТА _____ СТАВКИ

- 1)+ 1.4
- 2) 1.0
- 3) 0.7
- 4) 0.5

Table of Contents

Тема 1. Анатомия и физиология желудочно-кишечного тракта. Методы обследования пациентов гастроэнтерологического профиля. Основные синдромы при заболеваниях системы пищеварения.	2
Тема 2. Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей.	52
Тема 3. Заболевания печени.	87
Тема 4. Заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.	196
Тема 5. Заболевания поджелудочной железы.	310
Тема 6. Заболевания тонкой и толстой кишки.	338
Тема 7. Общественное здоровье и здравоохранение.	413
Тема 8. Принципы организации гастроэнтерологической службы.	415