001. Стеаторея в виде нейтрального жира НЕ характерна для:

Недостаточного поступления желчи в ДПК

Заболеваний поджелудочной железы

Ускоренного продвижения химуса по тонкому кишечнику

Ускоренного продвижения химуса по толстому кишечнику

002. Амилорея характерна для заболеваний:

Тонкой кишки

Желудка

Толстой кишки

Поджелудочной железы

003. Наиболее информативный метод исследования желудочной секреции:

24 часовая рН-метрия

24 часовая рН импедансометрия

3 часовая рН-метрия

Фракционный метод исследования внутрижелудочного рН с помощью тонкого зонда

Одномоментное исследование внутрижелудочного рН с помощью толстого зонда

004. НЕ является причиной кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при циррозе печени:

Варикозное расширение вен пищевода

Варикозное расширение вен желудка

Симптоматические язвы и эрозии желудка

Портальная гипертензионная гастропатия

Варикозное расширение геморроидальных вен

005. Наименьшее количество крови в кале, при котором обнаруживают мелену, составляет:

25 мл

500 мл

250 мл

60 мл

100 мл

006. Фракционный метод дуоденального зондирования включает фазы:

Закрытого сфинктера Одди

Пузырной желчи

Печеночной желчи

Желчи общего желчного протока

Латентный период пузырного рефлекса

Все варианты верны

007. В норме в IV (пузырную) фазу дуоденального зондирования количество выделяемой желчи не превышает:

30 мл

40 мл

50 мл

100 мл

008. При коэффициенте опорожнения желчного пузыря менее 50% от его исходного объема после желчегонного завтрака сократительная функция оценивается как:

сниженная

нормальная

повышенная

009. Камни желчного пузыря, имеющие плотность 70-75 HU по данным компьютерной томографии, оценивают как:

Рентгенонеконтрастные

Рентгеноконтрастные

Слаборентгеноконтрастные

010. Острые боли в правой половине живота без иррадиации, однократная рвота, пальпаторная болезненность в точке Мак-Бурнея, фебрильная лихорадка, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево позволяют заподозрить:

Внематочную беременность

Острый холецистит

Острый аппендицит

Правосторонний пиелонефрит

011. Для цитолитического синдрома наиболее характерны следующие биохимические изменения:

Повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы, активности аланиновой аминотрансферазы, уровня сывороточного железа

Повышение активности щелочной фосфатазы, гаммаглутамилтранспептидазы, гипербилирубинемия, повышение уровня коньюгированного билирубина

012. Особенности клинического течения острого аппендицита у пожилых людей связаны с/со:

Слабой выраженностью симптомов

Быстрым развитием деструктивных изменений

Медленным развитием деструктивных изменений

013. Лабораторные показатели, характерные для печеночного мезенхимально-воспалительного синдрома:

Гипергаммаглобулинемия, повышение в крови уровня C-реактивного белка

Повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы, активности аланиновой аминотрансферазы, уровня сывороточного железа

014. В диагностике холестатического синдрома имеют значение следующие показатели:

Повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы, активности аланиновой аминотрансферазы, уровня сывороточного железа

Повышение активности щелочной фосфатазы, гаммаглутамилтранспептидазы, гипербилирубинемия, повышение уровня коньюгированного билирубина

015. Появление билирубина в моче указывает на:

Паренхиматозную желтуху

Гемолитическую желтуху

Механическую желтуху

016.Увеличение активности амилазы в моче НЕ наблюдается при:

Обострении хронического панкреатита

Циррозе печени

Остром панкреатите

Перитоните

017.Реакция кала на скрытую кровь НЕ может быть положительной при:

Кровотечениях из опухолей ЖКТ

Кровотечениях из язвы верхних отделов ЖКТ

Приеме препаратов железа

Употреблении мяса в пищу

Употреблении яблок в пищу

018. Какие пищеварительные гормоны стимулируют секрецию панкреатического сока?

Соматостатин

Секретин

Гастрин

Холецистокинин

019. Что секретируют добавочные клетки слизистой оболочки желудка?

Гастрин

Муцин

Бикарбонаты

020. К наследственным формам гипербилирубинемий НЕ относят:

Гипербилирубинемию Калька

Синдром Криглера - Найяра

Синдром Ротора

Синдром Дабина - Джонсона

021. Значительное увеличение сывороточной амилазы Не указывает на:

Паротит

Перитонит

Острый панкреатит

Острый гепатит

022. Повышение неконъюгированного билирубина в сыворотке крови характерно для:

Гемолитической анемии

Хронического гепатита

Синдрома Жильбера

Синдрома Мейленграхта

Все варианты верны

023. Щелочная фосфатаза присутствует в:

Все варианты верны

Эпителии желчных протоков

Костях

Гепатоцитах

024. Желчные кислоты подвергаются реабсорбции в:

Подвздошной кишке

Поперечной ободочной кишке

Двенадцатиперстной кишке

025. Понижение уровня альбумина в крови наблюдается при:

Синдроме мальабсорбции

Снижении синтетической функции печени

Нефротическом синдроме

Ожоговой болезни

Все варианты верны

026. Ограничения биопсии печени в оценке выраженности фиброза печени:

Все варианты верны

Наличие противопоказаний

Возможность развития осложнений

Невозможность проведения в амбулаторных условиях

Невозможность оценки показателей в динамике

Результат зависит от места взятия биопсии, размера биоптата

Результат зависит от интерпретации морфолога

027. Желчный пузырь сокращается под влиянием:

Панкреатического сока

Гастрина

Секретина

Холецистокинина

028. Размер портальной вены на выдохе, являющийся по данным трансабдоминального УЗИ, признаком наличия синдрома портальной гипертензии:

8 мм

10 мм

12 мм

15 мм

029. Тест, рекомендованный Российской гастроэнтерологической ассоциацией, для диагностики внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы:

Эластаза 1 в кале

Количественное определение содержания жира в кале

Копрограмма

Тест Лунда

Двойной тест Шиллинга

030. К полипам желудка, имеющим злокачественный потенциал, относят:

Воспалительные

Фиброидные

Гиперпластические

Спорадические полипы желез дна желудка

Аденомы

031. К истинным полипам желчного пузыря относят:

Холестериновые полипы

Гиперпластические полипы

Аденомиозные полипы

Воспалительные полипы

Аденомы

032. Для уточнения данных о характере процесса в билиопанкреатодуоденальной зоне и цитологической верификации более всего подходит:

УЗИ ОБП с чрезкожной пункцией

ЭндоУЗИ с тонкоигольной аспрационной пункцией

МР ХПГ

МСКТ ОБП с контрастированием

033. Спленомегалия и лихорадка неясного генеза дают основание заподозрить:

Инфекционный эндокардит

Инфекционный мононуклеоз

Аутоиммунный гепатит

Первичный билиарный холангит

Все варианты верны

034. Слабость, сухость во рту, однократная рвота, затруднения при глотании, расплывчатая неясность зрения, двоение в глазах, головокружение, шаткость походки, дизартрическая речь, двусторонний птоз верхних век, мидриаз, анизокория, болезненный при пальпации живот, в анамнезе указание на употребление грибов домашнего консервирования дают основание заподозрить:

Мозговой инсульт

Острый гастроэнтерит

Ботулизм

Менингит

Энцефалит

035. Для иерсиниоза характерно:

Все варианты верны

Артралгии, артриты с затяжным и рецидивирующим течением

Субфебрильная лихорадка

Неустойчивый стул

Боли в животе

036. Материал, НЕ подлежащий бактериологическому исследованию у больных пищевыми токсикоинфекциями:

Каловые массы

Рвотные массы

Моча

Остатки пищевых продуктов

037. Пациента необходимо тестировать на ВИЧ-инфекцию при наличии у него:

Рецидивирующей генерализованной герпетической инфекции

Рецидивирующих бактериальных инфекций

Генерализованного кандидоза

Туберкулеза

Все варианты верны

038. К пищевой непереносимости относят:

Все варианты верны

Дефицит лактазы

Псевдоаллергические реакции

Пищевую аллергию

Глютеновую энтеропатию

039. Клинические методы диагностики пищевой аллергии:

Базофильный тест Шелли

Кожные пробы

Элиминационные диеты

Реакция бласттрансформации

040. Поражение печени при саркоидозе трудно дифференцировать с:

Алкогольной болезнью печени

Первичным билиарным холангитом

Вирусным гепатитом В

Неалкогольной жировой болезнью печени

041. Для больных гипотиреозом характерны:

Диарея

Тахикардия

Пернициозная анемия

Запоры

042. При диффузном токсическом зобе выявляют:

Все варианты верны

Поражение пищевода

Диарею

Поражение печени

043. К вирусным гепатитам с фекально-оральным механизмом передачи относят:

Вирусный гепатит А

Вирусный гепатит С

Вирусный гепатит В

Вирусный гепатит Д

044. На бактериологическое исследование при холере посылают:

Каловые массы

Кровь

Мочу

Рвотные массы

045. Особенности вирусного гепатита Д:

Парентеральная передача инфекции

Для репродукции вируса необходимо наличие HBs антигена

Возможность вируса размножаться самостоятельно

Течение процесса в виде коинфекции и суперинфекции

046. Наиболее рано обнаруживаемое изменение в биохимическом анализе крови у больных с вирусным гепатитом С:

Гипертрансаминаземия

Гипербилирубинемия

Удлинение протромбинового времени

Повышение щелочной фосфатазы

047. Пациент 30 лет жалуется на температуру 38,8° более 2 дней, повторную рвоту, стул 7-8 раз в день, пенистый. Известно, что накануне заболевания в кафе ели суши, заболел еще один член семьи. Какое заболевание наиболее вероятно?

Ротавирусная инфекция

Сальманеллез

Дизентерия

Брюшной тиф

048. К спазмолитикам НЕ относят следующие лекарственные препараты:

Пинаверия бромид

Папаверина гидрохлорид

Отилония бромид

Мебеверина гидрохлорид

Итоприда гидрохлорид

049. К группе пребиотиков НЕ относят:

Дюфалак

Мукофальк

Закофальк

Нормазе

Бифиформ

050. Показание к назначению панкреатина:

Синдром избыточного бактериального роста

Язвенная болезнь желудка и ДПК

Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью

Хронический панкреатит внутрисекреторной недостаточностью

051. Первичная профилактика кровотечений у больных циррозом печени классов А и В по Child-Pugh при ВРВП 1 степени и/или при портальной гастропатии проводится путем назначения:

Неселективных бета-адреноблокаторов

Селективных бета-адреноблокаторов

Пролонгированных нитратов

Пролонгированных антагонистов кальция

052. Схема эрадикационной терапии Н. рylori 2 линии НЕ включает:

Висмута трикалия дицитратт

Метронидазол

Ингибитор протонной помпы

Квамател

Тетрациклин

053. Какой антацид целесообразно назначить пациенту при запоре?

Mg-содержащий

Al-содержащий

054. Какой лекарственный препарат является S-изомером омепрозола?

Пантопразол

Эзомепразол

Рабепразол

Ланзопразол

055. К слабительным препаратам стимулирующего действия относятся:

Касторовое масло

Прукалоприд

Лактулоза

Псиллиум

Бисакодил

056. Терапия при отечно-асцитическом синдроме контролируется:

Взвешиванием больного

Определением уровня натрия и калия в сыворотке крови

Измерением уровня креатинина крови

Измерением окружности живота

057. К калий-сберегающим диуретикам относят:

Триамтерен

Фуросемид

Торасемид

Спиронолактон

058. Ферментный препарат, который содержит компоненты желчи:

Мезим-форте

Фестал

Пангрол

Креон

059. Схема эрадикационной терапии Н. рylori 1 линии включает:

Вентер

Амоксициллин

Ингибитор протонной помпы

Гастроцепин

Кларитромицин

060. Наиболее эффективные препараты при синегнойной инфекции:

Нитрофураны

Эхинокандины

Тетрациклины

Аминогликозиды

061. Препарат, используемый для лечения лямблиоза с поражением желчных путей:

Гентамицин

Левомицетин

Амоксициллин

Фуразолидон

062. Препараты, НЕ обладающие цитопротективным действием в отношении слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки:

Висмута трикалия дицитрат

Диосмектид

Витамины группы В

Сукральфат

Ребамипид

063. Начальные дозы ферментных препаратов для проведении заместительной терапии при хроническом панкреатите с внешнесекреторной недостаточностью:

10-25 тыс. ЕД липазы в три основных и 5-10 тыс. ЕД липазы в два дополнительных приема пищи

25-40 тыс. ЕД липазы в три основных и 10-25 тыс. ЕД липазы в два дополнительных приема пищи

40-80 тыс. ЕД липазы в три основных и 25-40 тыс. ЕД липазы в два дополнительных приема пищи

064. Препараты, обеспечивающие максимальную концентрацию УДХК в желчи при литолитической терапии ЖКБ?

Леводекса

Урдокса

Урсофальк

Урсосан

065. Обеспечивают максимальную эффективность заместительной терапии при внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы - \_\_\_ препараты панкреатина:

Минимикросферические

Таблетированные

066. При заместительной терапии внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы расчет дозы препарата производят по содержанию:

Липазы

Дополнительных компонентов

Амилазы

Протеазы

067. Клинические показания для проведения заместительной ферментной терапии при хроническом панкреатите:

Все варианты верны

Верифицированная стеаторея

Полифекалия

Нутриитивная недостаточность

Перенесенный панкреонекроз с признаками внешнесекреторной недостаточности

Перенесенные оперативные вмешательства на ПЖ с признаками внешнесекреторной недостаточности

068. Препарат, относящийся к селективным холинолитикам:

Атропин сульфат

Гиосцина бутилбромид

Платифиллин гидротартрат

Пинаверия бромид

069. Медикаментозную литотрипсию при холестериновом холецистолитиазе проводят с применением:

Холиевой кислоты

Литохолевой кислоты

Дегидрохолевой кислоты

Урсодезоксихолевой кислоты

070. Прямое повреждающее действие на слизистую верхних отделов ЖКТ НЕ оказывают:

НПВП

Атромбоцитарные препараты

Бисфосфонаты

Препараты железа

Аскорбиновая кислота

Н2 - гистаминоблокаторы

071. Снижают тонус нижнего пищеводного сфинктера и эффективность клиренса пищевода:

Пролонгированные нитраты

Антагонисты кальция

ГКС

Бета-агонисты

Холинолитики

Ксантины

Прокинетики

072. Группы слабительных препаратов, относящиеся к наиболее безопасным при длительном использовании:

Объемные слабительные

Осмотические слабительные

Стимулирующие слабительные

Смягчительные слабительные

Нервно-мышечные слабительные

073. Препараты, рекомендованные РГА для лечения СРК с запорами:

Псиллиум

Лактулоза

Макрогол

Препараты, содержащие александрийский лист

074. Спазмолитик из группы блокаторов Na+ каналов:

Отилония бромид

Мебеверина гидрохлорид

Дротаверина гидрохлорид

Гиосцина бутилбромид

075. Спазмолитики из группы блокаторов Сa+ каналов:

Мебеверина гидрохлорид

Дротаверина гидрохлорид

Пинаверия бромид

Гиосцина бутилбромид

076. За организацию лечебного питания в отделении несет ответственность:

Старшая медицинская сестра

Буфетчица

Заведующий отделением

Сестра-хозяйка

077. После установления клинического диагноза диету назначает:

Лечащий врач

Дежурный врач

Заведующий приемным отделением

Заведующий отделением

078. Механическое щажение ЖКТ обеспечивается:

Снижением содержания в пище растительной клетчатки

Снижением содержания в пище животной соединительной ткани

Тепловой обработкой, обеспечивающей максимальное размягчение животных и растительных тканей и исключающей образование грубой корочки

Измельчением продуктов

Все варианты верны

079. Химическое щажение желудочно-кишечного тракта обеспечивается исключением:

Все варианты верны

Экстрактивных веществ

Органических кислот

Эфирных масел

080. Для купирования болевого синдрома при синдроме раздраженного кишечника НЕ применяют:

Мебеверина гидрохлорид

Гиосцина бутилбромид

Пинаверия бромид

Квамател

081. Для приготовления слизистого отвара НЕ используют крупу:

Перловую

Рисовую

Овсяную

Манную

082. Препараты каких групп используют в лечении дискинезии желчного пузыря?

Антибиотики

Антациды

Спазмолитики

УДХК

Ферменты

083. Группы препаратов, применяемые для индукции ремиссии при болезни Крона:

Глюкокортикостероиды

Биологические препараты

Иммуносупрессоры

5-аминосалициловой кислоты

Антибактериальные препараты

Все варианты верны

084. К числу водорастворимых витаминов относят:

токоферол

тиамин

рибофлавин

кальциферол

кобаламин

пиридоксин

085. Строго вегетарианский рацион может привести к дефициту:

Витамина B12

Витамина B1

Витамина C

Биотина

086. Биологическая роль кальция связана с его участием в:

Построении костной ткани

Построении нервной ткани

Регуляции свертывания крови

Переносе кислорода

087. Основными функциями железа в организме человека является участие его в:

Окислительно-восстановительных реакциях

Образовании гемоглобина

Переносе кислорода

Регуляции свертывания крови

088. Группы препаратов, НЕ применяемые для поддержания ремиссии при болезни Крона:

Глюкокортикостероиды

Биологические препараты

Иммуносупрессоры

5-аминосалициловой кислоты

089. Сточная потребность витамина В6 составляет:

1,8-2,0 мг

До 100 мг

5-10 мг

3,3-5,0 мг

090. В рационе здорового взрослого человека примерное соотношение растительных и животных белков должно составлять:

10% и 90%.

1/2 и ½.

80 г и 10 г.

1/3 и 2/3.

091. К незаменимым аминокислотам НЕ относятся:

Изолейцин

Лейцин

Лизин

Метионин

Триптофан

Валин

Аргинин

Аланин

092. К сложным углеводам относят:

Некрахмальные полисахариды (пищевые волокна)

Крахмал

Глюкозу

Фруктозу

093. К дисахаридам относят:

Лактозу

Сахарозу

Глюкозу

Мальтозу

094. Суточная потребность витамина В1 составляет:

0,5-1,0 мкг

1,1-2,1 мг

15-20 мг

5-10 мг

095. Суточная потребность витамина С составляет:

100-200 мг

5-10 мг

70-100 мг

0,5-1,0 мкг

096. Ахалазии кардии это:

Идиопатическое нервно-мышечное заболевание, проявляющееся функциональным нарушением проходимости кардии

Хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов пищеводно-желудочной зоны и характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод содержимого желудка, а иногда и ДПК

097. При эозинофильном эзофагите имеет этиопатогенетическое влияние:

Все варианты верны

Воздействие воздушных и пищевых аллергенов (триггеров)

Генетическая предрасположенность

Патология иммунного ответа

098. Эндоскопические признаки эозинофильного эзофагита:

Белесоватые участки экссудативного налета на поверхности слизистой оболочки

Очаговый отек слизистой оболочки

Продольная линейная исчерченность

Наличие фиксированных концентрических сужений пищевода

Формирование специфических стриктур

Эрозии дистального отдела пищевода

099. Морфологические признаки эозинофильного эзофагита:

15 эозинофилов в поле зрения микроскопа при большом увеличении

10 эозинофилов в поле зрения микроскопа при большом увеличении

Расположение эозинофилов в поверхностных слоях эпителия

Внеклеточные эозинофильные гранулы

100. К эзофагитам инфекционной природы НЕ относят:

Туберкулезный

Сифилитический

Вирусный

Кандидозный

Эозинофильный

101. В лечении ахалазии кардии применяют:

Нитраты

Блокаторы кальциевых каналов

Спазмолитики

Инъекции ботулотоксина

Миотомию Геллера

102. Снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера при ГЭРБ обусловлено:

Инволютивными изменениями

Пищевыми продуктами

Табакокурением

Приемом алкоголя

Лекарственными препаратами

Все варианты верны

103. Согласно Лос-Анджелесской классификации, один (или более) дефектов слизистой пищевода, выходящий за вершины соседних складок слизистой, занимающий менее чем 75% окружности пищевода являются признаками:

А стадии ГЭРБ

B стадии ГЭРБ

С стадии ГЭРБ

D стадии ГЭРБ

104. Принципы курсового и поддерживающего лечения С/D стадий ГЭРБ:

Длительность курсового приема стандартных доз ИПП не менее 8 недель

Длительность курсового приема стандартных доз ИПП не менее 4 недель

Поддерживающий прием ИПП в режиме "по требованию"

Поддерживающий прием половинной дозы ИПП в режиме ежедневного приема на период 16-24 недели, затем - в режиме "по требованию"

105. Длинный сегмент пищевода Барретта - это...

Состояние, проявляющееся перестройкой в области гастроэзофагеального перехода и дистального отдела пищевода многослойного плоского эпителия на эпителий кишечного типа, протяженностью более 3 см

Состояние, проявляющееся перестройкой в области гастроэзофагеального перехода и дистального отдела пищевода многослойного плоского эпителия на эпителий кардиального желудочного типа, протяженностью более 3 см:

Состояние, проявляющееся перестройка в области гастроэзофагеального перехода и дистал.отдела пищевода многослойного плоского эпителия на эпителий фундального желудочного типа, протяженностью более 3см

106. К внепищеводным синдромам ГЭРБ, с установленной ассоциацией, согласно Монреальской классификации, относят:

Рефлюкс кашель синдром

Рефлюкс ларингит синдром

Рефлюкс фарингит синдром

Рефлюкс синусит синдром

Рефлюкс бронхиальная астма синдром

Рефлюкс эрозии эмали зубов синдром

Идиопатический фиброз легких

Рецидивирующий средний отит

107. Немедикаментозное лечение ГЭРБ включает рекомендации:

Все варианты верны

Подъема головного конца кровати во время сна

Частого дробного питания

Отсутствие горизонтального положения тела в течение 2-3 часов после приема пищи

Отказ от курения и приема алкоголя

Контроль массы тела

108. Медикаметозное лечение ГЭРБ включает прием:

Ингибиторов протонной помпы

Альгинатов

Прокинетиков

Препаратов УДХК

Спазмолитиков

109. Для хронического аутоиммунного гастрита характерны:

Локализация воспаления в слизистой оболочке в фундальном отдела и теле желудка

Атрофия желудочных желез

Гипергастринемия, ахлоргидрия

Антитела к протонной помпе париетальных клеток

Антитела к внутреннему фактору Кастла

Все варианты верны

110. Для рефлюкс-гастрита гастрита характерны:

Все варианты верны

Локализация воспаления в слизистой оболочке антрального отдела желудка

Желчь в просвете желудка

Утолщение складок слизистой антрального отдела желудка

Патология панкреато-билиарной зоны

Нарушение моторики антродуоденального отдела желудка

111. Морфологические признаки рефлюкс-гастрита:

Истощение муцина

Фовеолярная гиперплазия

Отек и пролиферация гладкомышечных клеток в собственной пластинки

Пучки гиперпластической гладкой мускулатуры располагаются перпендикулярно к поверхности

Псевдопилорическая метаплазия

112. Морфологические признаки аутоиммунного гастрита:

Псевдопилорическая метаплазия

Кишечная метаплазия

Потеря железистых структур

Пролиферация энтерохромаффиноподобных клеток

Пучки гиперпластической гладкой мускулатуры располагаются перпендикулярно к поверхности

113. Ключевым методом, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, является:

Анализ желудочного сока

Рентгеноскопия

Гастроскопия

Гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка

pH-метрия

114. Главные клетки слизистой оболочки желудка вырабатывают:

Соляную кислоту

Пепсиноген

Муцин

115. При хроническом аутоиммунном гастрите с секреторной недостаточностью и пернициозной анемией назначают:

Препараты, повышающие секрецию соляной кислоты

Цитопротекторы

Солкосерил

Заместительную терапию витамином B12

116. Эрадикационная терапия 2 линии Н. рylori, назначаемая только гастроэнтерологом, включает:

Ингибитор протонной помпы

Метронидазол

Тетрациклин

Висмута трикалия дицитрат

Амоксициллин

Левофлоксацин

117. Неинвазивные методы диагностики инфекции Н. рylori:

Уреазный дыхательный тест

Серологический метод

Выявление хеликобактерного антигена в кале

ПЦР исследование биоптата

118. Оценка эффективности эрадикации Н. рylori проводится не ранее чем

через \_\_ недель(и) после окончания лечения:

4.

6.

8.

119. При кандидозном эзофагите флуконазол следует назначать:

Верный ответ: 1

С начальной дозы 400 мг, затем по 200 мг один раз в день в течение 2–3 недель

С начальной дозы 200 мг, затем по 100 мг один раз в день в течение 2–3 недель

С начальной дозы 600 мг, затем по 300 мг один раз в день в течение 2–3 недель

120. Виды симптоматических гастродуоденальных язв:

«Стрессовые»

Лекарственные

Эндокринные

Дисциркуляторно-гипоксические (старческие)

Токсические

При заболеваниях органов пищеварения и некоторых внутренних органов

Все варианты верны

121. Самая частая причина стеноза привратника у взрослых:

Язвенная болезнь желудка и ДПК

Гипертрофия мышц привратника

Рак желудка

Доброкачественный полип желудка

122. При пенетрации язвы в поджелудочную железу в крови повышается уровень:

Амилазы

Глюкозы

Липазы

Щелочная фосфатазы

123. Лечение эзофагита, вызванного вирусом простого герпеса включает:

Ацикловир

Флуконазол

Ципрофлоксацин

124. Приемы повышения эффективности эрадикационной терапии Н. рylori

первой линии НЕ включают:

Продолжительность терапии не менее 14 дней

Выбор ИПП в схемах эрадикационной терапии

Применение препаратов висмута

Применение пробиотиков

Применение ребамипида

Применение антацидов

Строгое соблюдение схемы

125. У больного, длительно страдающего язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице 12-перстной кишки, в последнее время появились тяжесть после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, потеря веса. Можно предположить:

Функциональный стеноз

Рак желудка

Органический стеноз пилоро-дуоденальной зоны

Пенетрацию язвы

126. Принципы лечения рефлюкс-гастрита:

Эрадикация H.pylori

Гастропротекция

Антидепрессанты

Связывание желчных кислот и модификация пула желчных кислот

Заместительная терапия препаратами железа

Антирефлюксные препараты

127. Немодифицируемые факторы, снижающие эффективность эрадикационной терапии:

Развитие резистентности H.pylori к антибактериальным компонентам схемы

эрадикационной терапии

Внутриклеточная локализация бактерии

Наличие кокковых форм бактерии

Патогенные штаммы H.pylori

Табакокурение

128. Компоненты медикаментозной терапии функциональной диспепсии:

Эрадикация H.pylori

ИПП

Прокинетики

Антидепрессанты

Спазмолитики

129.К показаниям для проведения эрадикации H. pylori не относят:

Язвенную болезнь желудка и ДПК

MALT - лимфома желудка

Гастропатию, индуцированная приемом НПВС

Состояния после операции по поводу РЖ и после эндоскопической резекции

ранних злокачественных новообразований желудка

Хронический панкреатит

130. Ключевые факторы риска язв и кровотечений из слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ у больных, получающих антитромбоцитарные препараты:

Все варианты верны

Пожилой возраст

Язвенная болезнь желудка и/или ДПК в анамнезе

Кровотечение из ВО ЖКТ в анамнезе

Инфекция Н. pylori

Доза препарата

Совместный прием двух и более антитромбоцитарных препаратов, антикоагулянтов, ГКС, НПВП

131. Гастрин секретируется клетками:

Антрального отдела желудка

Фундального отдела желудка

Бруннеровских желез

Тела желудка

132. Эндоскопические признаки рефлюкс-гастрита:

Отек и гиперемия антрального отдела желудка

Желчь в просвете желудка

Утолщение складок слизистой антрума

Эрозии антрального отдела желудка

Снижение складчатости слизистой

133. Лечение демпинг-синдрома включает:

Белковую диету

Антихолинергические средства

Диету с высоким содержанием жиров

Диету с высоким содержанием углеводов

134. Диагностические критерии постпрандиального дистресс-синдрома:

Беспокоящее чувство полноты после еды, возникающее после приема обычного объема пищи, по крайне мере, несколько раз в неделю

Быстрая насыщаемость (сытость), в связи с чем невозможно съесть обычную пищу до конца, по меньшей мере, несколько раз в неделю

Вздутие в верхней части живота или тошнота после еды или чрезмерная отрыжка

Изжога

135. Диагностические критерии синдрома эпигастральной боли:

Беспокоящая боль или жжение, локализованные в эпигастрии, как минимум умеренной интенсивности с частотой не менее одного раза в неделю

Боль обычно появляется или наоборот уменьшается после приема пищи, но может возникать и натощак

Быстрая насыщаемость (сытость), в связи с чем невозможно съесть обычную пищу до конца, по меньшей мере, несколько раз в неделю

136. Симптомы тревоги, исключающие диагноз функциональной диспепсии:

Дисфагия

Рвота с кровью, мелена, гематохезия

Лихорадка

Немотивированное похудание

Симптомы диспепсии впервые возникли в возрасте старше 45 лет

Все варианты верны

137. Верно ли утверждение: "Хронический гастрит, обнаруженный при эндоскопическом исследовании и подтвержденный гистологически, и клинический симптомокомплекс, характерный для функциональной диспепсии, могут и должны комбинироваться при постановке общего диагноза и шифроваться по МКБ-10 с использованием как рубрики "хронический гастрит", так и рубрики "функциональное расстройство желудка"?

Да

Нет

138. Биомаркеры атрофического гастрита:

Гастрин 17

Пепсиноген I

Пепсиноген II

Отношение пепсиногена I к пепсиногену II

Антитела к H. pylori

139. Риск заражения H. pylori увеличивают:

Низкий социально-экономический статус

Скученность проживания

Плохие санитарные условия

Низкий уровень гигиены

Все варианты верны

140. Рентгенологически гастроптоз проявляется следующими признаками:

Все варианты верны

Эвакуация замедлена

Вялая перистальтика

Антропилорический отдел располагается на уровне или ниже пупка

141. Заражение H. pylori не происходит:

Орально-оральным путем

Фекально-оральным путем

Гастро-оральным путем

Воздушно-капельным путем

При недостаточной обработке эндоскопического оборудования

142. «Золотым стандартом» обследования пациентов при подозрении на ахалазию кардии является:

Высокоразрешающая манометрия

24 часовая рН импедансометрия

Контрастная рентгенологическое исследование

Эзофагоскопия с биопсией

143. Доза амоксициллина при проведении эрадикационной терапии H. pylori 1 линии:

250 мг х 2 раза

1000 мг х 2 раза

500 мг х 2 раза

144. Лечение агастральных больных с пептической язвой анастомоза включает:

Антисекреторные препараты

Цитопротекторы

Ферментные препараты

Антациды

145. Не является фактором риска дистального рака желудка:

Инфекция H. pylori

Злоупотребление солью

Табакокурение

Наследственность

Вегетерианство

146. Что типично для действия М-холиноблокаторов?

Снижение секреции бронхиальных и пищеварительных желез

Снижение тонуса гладких мышц внутренних органов

Повышенная секреция бронхиальных и пищеварительных желез

Брадикардия

Тахикардия

Повышение тонуса гладких мышц внутренних органов

147. Омепразол относится к группе препаратов:

Блокаторов гистаминовых рецепторов 2 типа

Симпатомиметиков

Блокаторов гистаминовых рецепторов 1 типа

Блокаторов протонного насоса

M-холиноблокаторов

Адреноблокаторов

148. Париетальные клетки слизистой оболочки желудка секретируют:

Гастромукопротеид (фактор Касла)

Соляную кислоту

Молочную кислоту

Пепсиноген

Муцин

149. Что необходимо применять на высоте проявления демпинг-синдрома?

Глюкокортикоиды

**Дигидрохлорида пирензепин**  
Новокаин, анестезин

Горизонтальное положение больного

150. Какое утверждение можно считать правильным:

Все варианты верны

Эрадикация H. pylori излечивает неатрофический хронический гастрит, может привести регрессу атрофического гастрита и снижает риск развития рака желудка

У пациентов с кишечной метаплазией, эрадикация H. pylori не снижает риск развития рака желудка, но уменьшает воспаление и атрофию и, следовательно, ее следует выполнять

151. У лиц с аллергией на бета-лактамы для первой линии эрадикационной терапии возможна схема:

ИПП, кларитромицин, амоксициллин

ИПП, кларитромицин, метронидазол

ИПП, тетрациклин, метронидазол и висмута трикалия дицитрата

152. Роль ИПП в схемах эрадикации Helicobacter pylori:

Увеличивают периода полураспада антибиотиков

Уменьшают объем желудочного сока, что способствует увеличению концентрации антибиотиков

Создают благоприятные условия к делению H.pylori, когда бактерия становиться наиболее восприимчивой к действию антибиотиков

Оказывают бактерицидное действие в отношении инфекта

Снижают вязкость желудочной слизи, повышая проникновение антибактериальных препаратов в слой слизи

Все варианты верны

153. Развитию каких заболеваний способствует инфекция Н. рylori?

Язвенная болезнь ДПК

Язвенная болезнь желудка

Рак желудка

Лимфома желудка

Хронический панкреатит

154. Последовательность изменений слизистой оболочки желудка у пациента, инфицированного Н. рylori:

Неатрофический гастрит, атрофический гастрит, кишечная метаплазия, дисплазия, аденокарцинома желудка

Неатрофический гастрит, атрофический гастрит, дисплазия, кишечная метаплазия, аденокарцинома желудка

155. Последовательность изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода при ГЭРБ в отсутствии контроля патологии:

Неэрозивная рефлюксная болезнь, эрозивная рефлюксная болезнь, кишечная метаплазия, дисплазия, аденокарцинома пищевода

Неэрозивная рефлюксная болезнь, эрозивная рефлюксная болезнь, дисплазия, кишечная метаплазия, аденокарцинома пищевода

156. Основное отличие симптоматических язв от язвенной болезни:

Локализация язвы

Кровотечение

Отсутствие рецидивирующего течения при устранении этиологического фактора

Часто пенетрируют

Величина язвы

157. Доза кларитромицина при проведение эрадикационной терапии 1 линии Н. рylori составляет:

100 мг х 4 раза

1000 мг х 2 раза

250 мг х 2 раза

500 мг х 2 раза

158. Цитопротективными действиями в отношении слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки НЕ обладают:

Мизопростол

Ребамипид

Висмута трикалия дицитрат

Витамины группы B

Сукральфат

159. Атрофия слизистой оболочки желудка может быть результатом:

Все варианты верны

Аутоиммунного гастрита

Н.рylori-ассоциированного гастрита

Рефлюкс-гастрита

160. Основные патогенетические механизмы ГЭРБ:

Недостаточность кардии

Рефлюкс желудочного содержимого в пищевод

Воспаление слизистой оболочки дистального отдела пищевода

Все варианты верны

161. Образование язвенного дефекта в слизистой оболочке желудка/12-перстной кишки наименее вероятно у:

35-летней женщины с ревматоидным артритом, постоянно принимающей НПВП

65-летнего мужчины с острым нарушением мозгового кровообращения

22-летнего юноши с циррозом печени в исходе вирусного гепатита В

19-летней девушки с сахарным диабетом 1 типа и гликемией 15,0 ммоль/л

35-летнего мужчины, получившего ожоги III степени 45% поверхности тела

162. Микроскопические признаки эзофагита:

Гиперплазия базального слоя эпителия

Удлинение сосочков

Клеточная инфильтрация

Расширение межэпителиальных пространств

Кишечная метаплазия

163. Ингибитор протонной помпы декслансопразол является:

Правовращающим изомером лансопразола

Левовращающим изомером лансопразола

Правовращающим изомером омепразола

Левовращающим изомером омепразола

164. Демпинг-синдром возникает после:

Все варианты верны

Резекции желудка по Бильрот I

Ваготомии и пилоропластики

Резекции желудка по Бильрот II

Селективной проксимальной ваготомии с антрумэктомией

165. При демпинг-синдроме после приема пищи не возникает:

Слабость, вялость, повышенная потливость

Повышение артериального давления

Брадикардия

Головные боли

166. Ключевые факторы риска развития пищевода Барретта и аденокарциномы пищевода:

Мужской пол

Женский пол

Возраст старше 50 лет

Избыточная масса тела

Абдоминальное ожирение

Курение

167. Какие утверждения в отношении гиперпластических полипов (ГПП) являются правильными:

ГПП являются одними из самых распространенных типов полипов в желудке

Как правило бессимптомны и случайно выявляются при ФЭГДС

Если размер ГПП более 1,0 см, эндоскопическая резекция рекомендуется из-за возможности кровотечения и злокачественного потенциала полипа.

Регулярный эндоскопический контроль может быть рассмотрен в случае малых ГПП.

Искоренение инфекции H. pylori у пациентов с H. pylori-позитивным ГПП считается их оптимальной стратегией ведения

168. Классификация хронических гепатитов не включает:

Установление этиологического фактора

Определение активности (биохимической/гистологической)

Определение стадии фиброза

Определение степени тяжести

169. Факторы риска неблагоприятного течения алкогольной болезни печени:

Все варианты верны

Вид алкогольных напитков, доза и тип потребления алкоголя

Женский пол

Полиморфизм генов, кодирующих АДГ и цитохром P-450

Ожирение

Сочетание с вирусным поражением печени

170. Какие утверждения в определении неалкогольной жировой болезни печени верны?

Спектр клинико-морфологических изменений печени хронического течения, представленных стеатозом, стеатогепатитом и циррозом печени

Ассоциирована с феноменом инсулинорезистентности и гиперинсулинемии

Употребление алкоголя пациентами в дозах не более 40 г чистого этанола в сутки для мужчин и не более 20 г - для женщин

Употребление алкоголя пациентами в дозах более 40 г чистого этанола в сутки для мужчин и более 20 г - для женщин

171. Механизмы развития стеатоза печени при НАЖБП:

Все варианты верны

Увеличение поступления свободных жирных кислот (СЖК) в гепатоциты за счет избыточного приема насыщенных жирных кислот с пищей

Увеличение поступления СЖК в гепатоциты за счет липолиза из адипоцитов

Липогенез de novo из пищевых моносахаридов (глюкозы, фруктозы)

Снижение скорости b-окисления СЖК в митохондриях

Снижение синтеза или секреции ЛПОНП

172. Факторы риска прогрессирования НАЖБП:

Возраст

Выраженность компонентов метаболического синдрома

Женский пол

Пищевые факторы

Синдром ночного обструктивного aпноэ

Генетические факторы

Все варианты верны

173. Методы диагностики фиброза печени:

Биопсия печени

Сывороточные биомаркеры

УЗ/МР – эластография

МСКТ ОБП

174.Какие утверждения в отношении гемахроматоза верны?

Наследственное, генетически обусловленное заболевание

Характеризуется нарушением метаболизма железа

Характеризуется нарушением метаболизма меди

Встречается чаще у женщин

Исходом является развитие цирроза печени

175. Причины избыточного количества железа в крови при гемохроматозе:

Все варианты верны

Увеличение всасывания железа из кишечника

Неспособность печени метаболизировать железо

Расстройство экскреции железа из организма

176.Лечение наследственного гемохроматоза включает:

Все варианты верны

Диету с ограничением продуктов, содержащих железо

Препараты, связывающие железо и способствующие его выведению

Отказ от алкоголя

Кровопускание

177. Факторы риска развития лекарственно поражения печени:

Все варианты верны

Женский пол

Пожилой и старческий возраст

Генетическая детерминированность

Фоновые заболевания печени

Количество принимаемых препаратов и их дневная доза препарата

Особенности метаболизма препарата

Межлекарственные взаимодействия

178.Антитела, характерные для аутоиммунного гепатита:

Антитела к микросомальному антигену печени и почек-1

Антимитохондриальные антитела

Антинуклеарные антитела

Антитела к австралийскому антигену

Антитела к гладкой мускулатуре

179.Изменения лабораторных показателей, наиболее характерные для НАЖБП:

АсАТ/АлАТ (коэффициент Де Ритиса) более или равный 2

Повышение уровня АлАТ не более 3 ВПН

Повышение уровня индекса HOMA-IR

Повышение объема эритроцитов

Повышение уровня мочевой кислоты

Повышение уровня ГГТП

Повышение уровня карбогидратного дефицитного трансферрина

180. Преобладающий симптом внутрипеченочного холестаза беременных:

Боль

Анорексия

Кожный зуд

Лихорадка

Рвота

181. Изменения лабораторных показателей, наиболее характерные для алкогольной болезни печени:

АсАТ/АлАТ (коэффициент Де Ритиса) более или равный 2

Повышение уровня АлАТ не более 3 ВПН

Повышение уровня индекса HOMA-IR

Повышение объема эритроцитов

Повышение уровня мочевой кислоты

Повышение уровня ГГТП

Повышение уровня карбогидратного дефицитного трансферрина

182. При каком количестве баллов, согласно классификационной системе оценки тяжести цирроза печени Child - Turcotte - Pugh, диагностируют субкомпенсированный цирроз печени:

3-5 баллов

5-6 баллов

7-9 баллов

10-15 баллов

183. Факторы риска развития гепатоцеллюлярной карциномы у лиц с хроническим гепатитом В:

С-генотип HBV

Высокая степень виремии

Пожилой возраст

HBeAg-реверсия

Отягощенный анамнез по ГЦК

184. Внепеченочные проявления, наиболее характерные для HCV инфекции:

Все варианты верны

Смешанная криоглобулинемия

B-клеточная лимфома

Гломерулонефрит

Артралгии/миалгии

Иммунная тромбоцитопения

Поздняя кожная порфирия

Красный плоский лишай

185.В развитии очередного эпизода печеночной энцефалопатии при циррозе печени участвуют триггерные факторы:

Пищеводно-желудочные кровотечения

Применение гепатотоксичных препаратов

Прием алкоголя

Хирургические вмешательства

Инфекции

Чрезмерное употребление пищевого белка

Запоры

Все варианты верны

186. Ключевые механизмы развития синдрома печеночно-клеточной недостаточности:

Уменьшение массы функционирующей паренхимы печени в результате

массивного некроза гепатоцитов

Нарушение кислотно-щелочного равновесия и электролитного состава крови

Циркуляция крови по портокавальным анастамозам

187.Осложнения синдрома портальной гипертензии:

Кровотечение из варикознорасширенных вен пищевода, желудка и прямой кишки

Портальная гипертензионная гастропатия

Отечно-асцитический синдром

Гепаторенальный синдром

Гипонатриемия разведения

Портальная кардиомиопатия

Гепатопульмональный синдром

Присоединение вторичных инфекций

188. По классификации Международного асцитического общества

выделяют\_\_\_ степени асцита.

2.

3.

4.

189. Диагностические критерии резистентного асцита:

Все варианты верны

Пациент нуждается в интенсивной терапии мочегонными препаратами при соблюдении диеты с содержанием соли до 5,2 г/с.

Отсутствие ответа на лечение: снижение массы тела менее 0,8 кг каждые 4 дня

Ранний рецидив: возврат асцита 2-3-й степени в течение 4 нед. от начала лечения

Осложнения, связанные с приемом диуретических препаратов

190. Препараты, применяемые для лечения аутоиммунного гепатита:

Кортикостероиды

Азатиоприн

Оксафенамид

Интерферон

191. Психометрическое тестирование для выявления минимальной клинической энцефалопатии включает:

Все варианты верны

Тест связи чисел, число-символ

Тест линии и тест обведения пунктирных фигур

Тест подчерка

Арифметический тест

Тест пересказа

192. Рациональные мероприятия в лечении асцита 2-й степени при циррозе печени включают:

Прием пищи с повышенным содержанием белка

Спиронолактон в начальной дозе 100 мг/с, максимальной 400 мг/с. Шаг 100 мг в неделю. При неэффективности монотерапии спиронолактоном (потеря веса менее 2 кг в неделю) или гиперкалиемии добавляют 40 мг фуросемида ежедневно (шаг 40 мг в неделю, максимально 160 мг/с)

Комбинация спиронолактона и фурасемида (100:40 мг)

Ограничение суточного потребления жидкости до 1 литра

Ограничение поступающего с пищей натрия до 4,6–6,9 г соли/с, что означает приготовление пищи без добавления соли

193. Медикаментозное лечение алкогольного гепатита включает:

Абстиненцию

Нутритивную поддержку

Решение вопроса о назначении преднизолона/пентоксифиллина

Гепатопротекторы/Антиоксиданты

Все варианты верны

194. Показания для начала применения преднизолона при алкогольном гепатите:

Индекс Мадрея > 32

Индекс MELD > 21

Наличие печеночной энцефалопатии

Желудочно-кишечное кровотечение

Повышениие креатинина в сыворотке крови

Неконтролируемая инфекция

195. В рамках модификации образа жизни при НАЖБП рекомендуемый процент снижения массы тела от исхлдной на стадии стеатогепатита:

3-5%

7-10%

12-15%

196.Основные задачи лечения печеночной энцефалопатии:

Диета с ограничением животного белка

Диета с ограничением поваренной соли и жидкости

Уменьшение образования аммиака в кишечнике

Стимулирование обезвреживания аммиака в печени и мышцах

197. Опасности объемного парацентеза в отсутствие адекватного восполнения альбуминов (8 г на каждый литр удаленной асцитической жидкости):

Все варианты верны

Быстрое накопление жидкости

Повышение портального давления

Гепаторенальный синдром

Дилюционная гипонатриемия

198. Чем проявляется синдром гиперспленизма?

Спленомегалией

Эритроцитопенией

Повышением креатинина

Лейкопенией

Тромбоцитопенией

199. Лечение дилюционной гипонатриемии включает:

При уровне Na ниже 125 ммоль/л отмену диуретических препаратов

При уровне Na ниже 135 ммоль/л отмену диуретических препаратов

При уровне Na ниже 120 ммоль/л ограничение введения жидкости до

1-1,5 л, потребления натрия не более 2 г/с, что соответствует 5 г/с соли.

Назначение гипертонических солевых растворов нецелесообразно из-за их низкой эффективности, дополнительного увеличения объема внеклеточной жидкости, опасно судорожным синдромом, псевдобульбарным параличом, квадриплегией, смертью.

Назначение гипертонических солевых растворов возможно только при тяжелой гипонатриемии – менее 110 ммоль/л.

200. Показатель адекватности ограничения воды и соли при гипонатриемии разведения:

За сутки увеличение уровня Na на 0,5-2 ммоль/л

За сутки быстрый рост уровня Na более, чем на 2 ммоль/л

201. Препараты выбора при лечении внебольничного спонтанного бактериального перитонита:

Цефалоспорины III поколения

Фторхинолоны

Бета-лактамы

Аминогликазиды

202. Щелочная фосфатаза может быть повышена при заболеваниях:

Печени

Костей

Почек

Плаценты

Все варианты верны

203.Причины развития вторичной НАЖБП:

Все варианты верны

Алкогольная болезнь печени

Вирусный гепатит С

Прием лекарственных препаратов

Голодание

Быстрое снижение массы тела

Синдром мальабсорбции

Парентеральное питание

Наложение межкишечных анастомозов

204. Сведения о диспансерном наблюдении вносятся:

В учетную форму N 025/у

В учетную форму N 030/у

В учетную форму N 131/у

205. Портальная гипертензия характеризуется давлением в портальной вене выше:

3 мм рт.ст.

5 мм рт.ст.

10 мм рт.ст.

206. Порто-кавальные анастомозы, характерные для синдрома портальной гипертензии, формируются в системах:

Пищеводно-желудочного венозного сплетения

Околопупочных вен

Геморроидального венозного сплетения

Мезентериальных вен

207.Признаки синдрома портальной гипертензии, выявляемые при осмотре пациента:

Сосудистые звездочки

Расчесы

Пальмарная эритема

Аллопеции

Снижение оволосения или облысение подмышек, лобка

Атрофия молочных желез

Гинекомастия

Атрофия мышц верхнего плечевого пояса

Варикозное расширение вен пищевода

208. Антитела, характерные для первичного билиарного цирроза (холангита):

Антитела к микросомальному антигену печени и почек-1

Антимитохондриальные антитела

Антинуклеарные антитела: anti-gp210, anti-sp100, аnti-centromere

Антитела к австралийскому антигену

Антитела к гладкой мускулатуре

Антитела к HBe-антигену

209. При первичном билиарном циррозе (холангите)применяют:

D-пеницилламин

Урсодезоксихолевую кислоту

Преднизолон

Метотрексат

210. Для первичного билиарного цирроза (холангита) характерен симптомокомплекс:

Желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие уровни щелочной фосфатазы, холестерина

Желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокие трансаминазы и

нормальная щелочная фосфатаза

Гепатомегалия, гиперхолестеринемия, нормальные трансаминазы

Желтуха, боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

211. ПСХ часто сочетается с:

Все варианты верны

СКВ

Ревматоидным артритом

Синдромом Шегрена

Саркоидозом

Аутоиммунным тиреоидитом

Целиакией

Язвенным колитом

212. Для аутоиммунного гепатита характерен симптомокомплекс:

Желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие щелочная фосфатаза, холестерин

Желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокие трансаминазы и нормальная щелочная фосфатаза

Желтуха, гепатоспленомегалия, увеличенные трансаминаз, гипергаммаглобулинемия, положительная реакция на антинуклеарные антитела

Гепатомегалия, гиперхолестеринемия, нормальные трансаминазы

Желтуха, боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

213. Медикаментозная терапия, замедляющая прогрессирование ПСХ:

D-пеницилламин

Урсодезоксихолевая кислота

Кортикостероиды

Азатиоприн

Метотрексат

214. Для болезни Вильсона - Коновалова не характерно:

Аутосомно-рециссивным типом наследования

Дебютирует чаще в молодом возрасте

Избыточное накопление в организме меди

Избыточное накопление в организме железа

215. Клинические формы болезни Вильсона - Коновалова:

Брюшная

Ригидно-аритмогиперкинетическая

Дрожательно-ригидная

Дрожательная

Экстрапирамидно-корковая

Все варианты верны

216. Офтальмологические симптомы, характерные для болезни Вильсона - Коновалова:

Золотисто-коричневатое окрашивание лимба десцеметовой оболочки роговиц

Зеленоватое окрашивание лимба десцеметовой оболочки роговицы

Синеватое окрашивание лимба десцеметовой оболочки роговицы

Катаракта

Коньюнктивит

217. Больной 45 лет жалуется на постоянную тупую боль в правом подреберье, увеличение живота, отеки нижних конечностей, общую слабость. Много курит, в прошлом в течение 15 лет злоупотреблял алкоголем. Об-но: субиктеричность склер, телеангиоэктазии на коже туловища, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка на 3-4 см. выступает из-под края реберной дуги. Живот увеличен в размерах, в горизонтальном положении распластывается. В наибольшей степени приведенные данные свидетельствуют о развитии у пациента:

Печеночной энцефалопатии

Печеночно-почечной недостаточности

Портальной гипертензии

Трансформации цирроза печени в рак

Сердечной недостаточности

218. Проявления алкогольной болезни печени:

Стеатогепатит

Цирроз печени

Гранулематозный гепатит

Фиброз печени

Стеатоз печени

219. Для алкогольного гепатита характерно:

Все варианты верны

Прогрессирующая желтуха, болезненная гепатомегалия,слабость, похудание.

Увеличение количества нейтрофилов в крови, гипербилирубинемия (> 51,3-85,5 мкмоль/л), повышение АСТ, АСТ/АЛТ более 1,5-2.,

АСТ> 50 МЕ / л

Тромбоцитопения, увеличение ПВ, гипоальбуминемия.

220. Диагноз болезни Вильсона - Коновалова верифицируют если:

Общий уровень меди в сыворотке крови ниже 80 мкг/дл

Уровень нецерулоплазминовой меди более 50 мкг/дл

Снижении концентрации церулоплазмина ниже 20 мг/дл

Повышении экскреции меди с мочой более 100 мкг/сут

Повышении концентрации церулоплазмина выше 20 мг/дл

221. В терапии болезни Вильсона - Коновалова применяют:

D-пеницилламин

Урсодезоксихолевую кислоту

Кортикостероиды

Азатиоприн

Метотрексат

222. Синдром/болезнь Бадди-Киари - это патология, причиной которой является тромбоз или нетромботическая окклюзия:

Печеночных вен

Портальной вены

Селезеночной вены

223. Патологические состояния, вызывающие развитие синдрома/болезни Бадди-Киари:

Все варианты верны

Антифосфолипидный синдром

Беременность

Применение больших доз эстрагенов

Опухолевый процесс

Хронические воспалительные заболевания

224. Препарат с доказанной в РКИ безопасностью и эффективностью при внутрипеченочном холестазе беременных:

Преднизолон

УДХК

Эссенциальные фосфолипиды

225. HBeAg-сероконверсия - это:

Исчезновение HBeAg и появление anti-HBe у пациента, у которого ранее определялся HBeAg

Появление у пациента признаков активного воспалительного процесса в печени

Появление HBeAg у пациента, ранее негативного по данному маркеру и имевшего anti-HBe

226. Возможные осложнения при лечении отечно-асцитического синдрома у больного циррозом печени:

Портосистемная энцефалопатия, развившаяся в отсутствие других провоцирующих факторов

Повышение концентрации сывороточного креатинина более чем на 100% до уровня >2 мг/дл (> 177 мкмоль/л)

Гипонатриемия – понижение содержания сывороточного Na до уровня <125 ммоль/л

Гипокалиемия – снижение уровня сывороточного К меньше 3,5 ммоль/л

Гиперкалиемия – повышение уровня сывороточного К выше 5,5 ммоль/л

Все варианты верны

227. Развитие внутрипеченочного холестаза беременных наиболее характерно для \_\_\_\_ триместра.

I.

II.

III.

228. Нормальные показатели билирубина в крови:

0,10-0,99 мкмоль/л

2,50-8,33 мкмоль/л

8,55-20,52 мкмоль/л

15,62-30,12 мкмоль/л

229. Наследственные формы гипербилирубинемий:

Синдром Дабина - Джонсона

Синдром Ротора

Синдром Криглера - Найяра

Гипербилирубинемия Калька

230. Опросники, используемые для выявления расстройства употребления алкоголя:

Опросник CAGE

Опросник AUDIT

Опросник AUDIT-C

231. Морфологические признаки алкогольного гепатита:

Все варианты верны

Макровезикулярный стеатоз

Балонная дегенерация гепатоцитов

Тельца Мэллори-Денка

Мегамитохондрии

Воспалительный инфильтрат с полиморфноядерными нейтрофилами

Сателлитоз (нейтрофилы окружающие умирающие / мертвые гепатоциты

Билирубиностаз

232. Диагностика лекарственных поражений печени включает:

Все варианты верны

Оценку клинических признаков

Оценку лабораторных показателей

Определение типа поражения (гепатоцеллюлярное, холестатическое, смешанное)

Исключение других причин

Оценку гепатотоксичности лекарственных препаратов, БАДов, растительных средств по инструкции и данным литературы

Установление связи с приемом причинного препарата

Оценку степени тяжести

Оценку риска неблагоприятного исхода

233. Шкалы для оценки степени тяжести цирроза печени:

Child– Turcotte – Pugh

MELD (Model for End-stage Liver Disease)

MELD-Na score

Maddrey score

234. Оптимальная скорость потери веса при лечении НАЖБП:

0,5–1 кг / неделю

Менее 0,5 кг / неделю

Более 2 кг / неделю

235. Укажите верные утверждения при оверлапах аутоиммунного гепатита:

Все варианты верны

У пациентов с АИГ и ПБХ комбинированная терапия с УДХК и иммунодепрессантами рекомендуется

У больных АИГ и ПСК добавление УДХК к иммунодепрессанту можно рассматривать

У пациентов с доминирующими АИГ подход должен начинаться с иммунодепрессантов, а затем добавьте УДХК, если ответа недостаточно

236. Первичный склерозирующий холангит это:

Хроническое холестатическое заболевание печени, характеризующееся воспалением и фиброзом внутри- и внепеченочных желчных протоков, имеющее прогрессирующий характер с развитием вторичного билиарного цирроза печени, разнообразных не злокачественных и злокачественных осложнений

Хроническое, прогрессирующее аутоиммунное холестатическое заболевание печени, характеризующееся воспалением и разрушением мелких желчных протоков, сопровождающееся фиброзом и, в конечном итоге, развитием цирроза печени.

Хроническое заболевание печени неизвестной этиологии, характеризующееся перипортальным или более обширным воспалением, и протекающее со значительной гипергаммаглобулинемией и появлением в сыворотке широкого спектра аутоантител.

237. Какие утверждения в отношении доминантной стриктуры (ДС) при ПСХ верны:

ДС развиваются от 45% до 58% больных ПСХ

ДС определяются как стеноз ≤1,5 ​​мм общего желчного протока и / или ≤1,0 мм стеноз печеночного протока в пределах 2 см от бифуркации левого и правого печеночных протоков.

ДС могут быть доброкачественными и злокачественными

Все варианты верны

238. Препараты выбора для лечения внебольничной пневмонии у больного циррозом печени:

Цефалоспорины III

Аминогликазиды

Макролиды

Карбапенемы

239. На какие показатели должен ориентироваться врач при диагностике у пациента с циррозом печени гепаторенального синдрома?

Все варианты верны

Цирроз печени с асцитом

Креатинин сыворотки крови выше 1,5 мг/дл (>133 ммоль/л)

Не отмечается снижение сывороточного креатинина ниже 1,5 мг/дл (133 ммоль/л) после 2-дневной отмены диуретической терапии и введения альбумина (1 г/кг в сутки, максимально -100 г/сут)

Отсутствие других причин для развития почечной недостаточности (шок, сепсис, уменьшение объема циркулирующей плазмы, использование нефротоксичных лекарств)

Исключены паренхиматозные заболевания почек при наличии протеинурии (>500 мг/сут), микрогематурии (>50 эритоцитов в поле зрения) и/или изменений почек при УЗИ.

240. На какие клинико-лабораторные показатели должен ориентироваться врач-гастроэнтеролог при верификации у пациента алкогольной болезни печени?

Алкогольный анамнез (потребление этанола >40/20 г/c более 5 лет, мужчина, женщина, соответственно)

По опроснику AUDIT для мужчин до 60 лет> 8 баллов, женщин и мужчин старше 60 лет > 4 баллов

Физикальные маркеры (венозное полнокровие конъюнктивы, гиперемия лица с расширением сети кожных капилляров, гигантский паротит, др.)

Коэффициент Де Ритиса более или равный 2, повышение уровня ГГТП, карбогидратного дефицитного трансферрина, объема эритроцитов

Повышение билирубина, щелочной фосфатазы

241. Признаком декомпенсации ЦП является появление:

Асцита

ВРВП

Гепатомегалии

Кожного зуда

Боли в правом подреберье

242. Для вируса гепатита С справедливо все, кроме:

Является одноцепочечным РНК-содержащим вирусом, покрытым оболочкой

Характеризуется высоким уровнем репликации

Характерна генетическая гетерогенность (6 генотипов)

Передается фекально-оральным путем

Передается парентеральным и половым путем

243. Показания к обязательной отмене лекарственных средств при лекарственном поражении печени:

Повышение активности AЛT или AСT >3 × верхних пределов нормы (ВПН)

Повышение активности AЛT или AСT >3 × верхних пределов нормы (ВПН) и уровня общего билирубина >2 × ВПН или (МНО >1,5)

Повышение активности AЛT или AСT >3 × верхних пределов нормы (ВПН) и нормальном уровне общего билирубина или МНО

Повышение активности AЛT или AСT >5 × верхних пределов нормы (ВПН) \*) повышение активности щелочной фосфотазы >2 × ВПН

244. Какой метод диагностики из предложенных имеет наибольшее значение при распознавании подпеченочной (механической) желтухи?

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография

Эндоскопическое УЗИ панкреатобилиарной зоны

УЗИ органов брюшной полости

МСКТ органов брюшной полости

МРТ органов брюшной полости

Фракционное дуоденальное зондирование

245. Основные патогенетические звенья образования холестериновых камней:

Перенасыщение желчи холестерином

Нарушение динамического равновесия между антинуклеирующими и

пронуклеирующими факторами

Снижение сократительной функции желчного пузыря

Перенасыщение желчи неконъюгированным (нерастворимым) билирубином

246. Факторы риска развития холестериновых камней:

Пожилой возраст

Женский пол

Высококалорийная диета с высоким содержанием углеводов, холестерина:

диета с низким содержанием пищевых волокон, метаболический синдром и его отдельные компоненты

Диета бедная насыщенными жирами и холестерином с очень низкой калорийностью, низкобелковая диета, быстрая потеря веса

Медикаменты: эстрогены, фибраты, октреотид, цефтриаксон, препараты кальция

Беременность

Гемолиз эритроцитов (гемолитическая анемия, В12-фолиеводефицитная ане-

мия)

247. Диагноз дискинезии желчного пузыря основывается на...

Клинических данных

ТА УЗИ ОБП

УЗИ желчного пузыря с пробным завтраком

Определении уровня ТА, билирубина, липазы, амилазы сыворотки крови

Все варианты верны

248. Основные патогенетические звенья образования черных пигментных камней:

Перенасыщение желчи неконъюгированным (нерастворимым) билирубином

Перенасыщение желчи холестерином

Изменения рН желчи

Осаждение билирубина и солей кальция

249. Основные патогенетические звенья образования коричневых пигментных камней:

Замедление тока желчи по желчевыводящим путям

Перенасыщение желчи холестерином

Деконъюгация диглукуронида билирубина под влиянием бета-глюкуронидазы бактерий желчных протоков (кишечная палочка, клостридии, бактероиды)

Осаждение нерастворимого неконъюгированного билирубина.

250. В лечении дискинезии желчного пузыря применяют:

Сукральфат

Спазмолитические средства

УДХК

Н2-блокаторы гистамина

Беззондовые тюбажи

Хирургическое лечение

251. Факторы риска развития черных пигментных камней:

Пожилой возраст

СД II типа

Дислипидемии

Цирроз печени не зависимо от этиологического фактора

Гипербилирубинемии, например, синдром Жильбера

Гемолиз эритроцитов

Беременность

252. Факторы риска развития черных пигментных камней:

Инфекции желчных путей

Воспаление желчных путей

Стриктуры желчных путей

Гемолиз эритроцитов

253. Ключевые методы диагностики холедохолитиаза:

ТА УЗИ ОБП

МСКТ ОБП

Эндоскопическое УЗИ панкреатобилиарной зоны

МРХПГ

ЭРХПГ

254. Толщина стенки желчного пузыря по данным ТА УЗИ ОБП в норме составляет:

3-4 мм

1-2 мм

5-6 мм

7-8 мм

9-10 мм

255. Желчные кислоты подвергаются реабсорбции в:

Подвздошной кишке

Поперечной ободочной кишке

Двенадцатиперстной кишке

256. Проявления первой стадии ЖКБ:

Густая неоднородная желчь

Микролиты

Замазкообразная желчь

Сочетание микролитов и замазкообразной желчи

Холедохолитиаз

257. Принципы диагностики полипов желчного пузыря (ЖП):

Все варианты верны

Установить наличие патологических образований в ЖП

Исключить патологические образования в ЖП иного происхождения

Отличить полипы истинные от псевдополипов

Установить субтип полипов

Определить количество и размеры

Идентифицировать факторы риска злокачественных полипов ЖП

258. Под влиянием какого пищеварительного гормона сокращается желчный пузырь?

Секретина

Гастрина

Пепсина

Холецистокинина

259. Варианты клинических проявлений 2 стадии ЖКБ:

Все варианты верны

Латентное течение

Болевая форма

Диспептическая форма

Под маской других заболеваний

260. Осложнения ЖКБ:

Острый калькулезный холецистит

Отключенный ЖП

Эмпиема ЖП

Флегмона стенки ЖП

Перфорация ЖП

Синдром Мирицци

ГПОД

Билиарный панкреатит

Рак ЖП

261. Показания для хирургического лечения ЖКБ:

Частые приступы желчных колик

Наличие конкрементов, занимающих более 1/4 объема ЖП

Снижение сократительной функции ЖП (фракция выброса после «жирного» завтрака менее 30%)

Отключенный ЖП

Сочетание холецисто- и холедохолитиаза

Осложненное течение ЖКБ

Дискинезия желчного пузыря

262. Ультразвуковые показания для литолитической терапии препаратами УДХК 2 стадии ЖКБ:

Размеры одиночного конкремента не более 1 см

Размеры одиночного конкремента не более 2 см

Гомогенная, низкоэхогенная структура камня

Округлая или овальная форма конкремента

Поверхность конкремента, близкая к ровной, или в виде тутовой ягоды

Слабая (плохо заметная) акустическая тень позади конкремента, диаметр

Акустической тени меньше диаметра конкремента

Медленное падение конкремента при перемене положения тела

Коэффициент опорожнения ЖП не менее 30-50%

263. Функциональные методы исследования в билиорологии:

Динамическая ультразвуковая холецистография

Динамическая гепатобилиосцинтиграфия с оценкой желчесекреторной функции печени и моторно-эвакуаторной функции ЖП (стандартная и с нагрузкой)

ЭРХПГ

264. Препараты, используемые для лечения лямблиоза с поражением желчных путей:

Гентамицин

Албендазол

Фуразолидон

Метронидазол

Левомицетин

Амоксициллин

265. Лечение ЖКБ на стадии хронического калькулезного холецистита включает комбинацию:

Антибактериальных препаратов

Анальгетиков

Спазмолитиков

Прокинетиков

266. Группы антибактериальных препаратов, рекомендованных к использованию при обострении хронического калькулезного холецистита:

Бета-лактамы

Макролиды

Фторхинолоны

Нитрофураны

Аминогликазиды

267. Для локализации камней в общем желчном протоке характерны:

Обесцвеченный кал

Озноб

Лихорадка

Желтуха

Изжога

268. Причины постхолецистэктомического синдрома:

Диагностические ошибки, допущенные на дооперационном этапе во время обследования больного и/или во время операции

Технические погрешности и тактические ошибки при поведении операции, эндоскопических манипуляций

Функциональные нарушения, связанные с удалением ЖП

Дисфункция сфинктера

269. Технические погрешности и тактические ошибки при поведении операции, эндоскопических манипуляций, приводящие к развитию ПХЭС:

Резедуальные камни в культи пузырного протока и/или общего желчного протока

Травмы/лигатуры желчных протоков во время операции

Утечка желчи

Стриктуры желчных протоков

Остаток (ремнант) пузырного протока

Остаток (ремнант) желчного пузыря

Папиллярный стеноз

Дисфункция сфинктера

270. Патогенетические механизмы развития истинного ПХЭС:

Все варианты верны

Внезапное устранение рефлекторного влияния со стороны желчного пузыря

сфинктер Одди (СО)

Снижение продукции холецистокинина

Уменьшение реакции СО в ответ на холецистокинин

Развитие гипертонуса СО

271. Патофизиологические последствия развития истинного ПХЭС или дисфункции сфинктера Одди:

Все варианты верны

Дилятация холедоха с его замедленным опорожнением

Хроническая дуоденальная непроходимость

Первичная и вторичная панкреатическую недостаточность

Индукция или усугубление течения рефлюкс-гастрита, рефлюкс-эзофагита

Дисбиоз кишечника

Диарея смешанного генеза (секреторная, осмотическая, гиперкинетическая)

272. Клинические проявления ПХЭС и дисфункции сфинктера Одди:

Все варианты верны

Боль и/или ощущение дискомфорта в области правого подреберья, постоянные или возникающие периодически, различной интенсивности и продолжительности, не связанные с приемом пищи

Постоянное или периодически возникающее ощущение горечи во рту

Тошнота

Нарушения дефекации

Постоянное или периодически возникающее ощущение вздутия и урчания в животе

273. Согласно Римскому консенсусу по функциональным расстройствам органов пищеварения IV, при отсутствии органических причин вместо термина "постхолецистэктомический синдром", в качестве диагноза рекомендуется использовать термин:

«Дисфункция сфинктера Одди»

«Билиарная дискинезия»

274. Спазмолитический препарат, имеющий тропность к сфинктеру Одди:

Дротаверина гидрохлорид

Папаверина гидрохлорид

Мебеверина гидрохлорид

Домперидон

275. Эндоскопическое/хирургическое лечение органических причин ПХЭС включает:

Все варианты верны

Удаление камней из холедоха

Баллонную дилатацию холедоха

Папиллосфинктеротомию

Стентирование общего желчного и/или панкреатического протока

276. факторы риска озлокачествления полипов желчного пузыря:

Все варианты верны

Возраст> 50 лет

Первичный склерозирующий холангит

Индийская этническая принадлежность

Сидячий полип (включая очаговое утолщение стенки желчного пузыря > 4 мм)

Размеры полипа более 10 мм

Быстрый рост при динамическом наблюдении (более 1 мм в год)

277. Какие утверждения в отношении синдрома Жильбера верны?

Разновидность доброкачественной непрямой гипербилирубинемии

Разновидность доброкачественной прямой гипербилирубинемии

Обусловлен наследственным дефектом промоторной области гена 1UТ 1А1,

кодирующего фермент уридиндифосфат-глюкуронилтрансферазу

278. Тактика ведения больных на первой стадии ЖКБ:

Все варианты верны

При билиарном сладже в форме взвешенных гиперэхогенных частиц при отсутствии клинической симптоматики необходимо назначение диетотерапии (дробное питание и ограничение употребления легкоусвояемых углеводов и холестеринсодержащих продуктов, диета богатая пищевыми волокнами), повышение физической активности, контроль массы тела. Динамическое наблюдение с повторным проведением УЗИ через 3 мес. При сохранении БС к диетотерапии необходимо добавить медикаментозное лечение.

При билиарном сладже в форме эхонеоднородной желчи с наличием сгустков и замазкообразной желчью вне зависимости от клинической симптоматики необходимо проведение консервативной терапии.

279. Медикаментозное лечение ЖКБ на первой стадии:

Монотерапия УДХК

Комбинированная терапия УДХК и мебеверина гидрохлорид

280. Механизм действия УДХК при ЖКБ:

Все варианты верны

Изменение структуры пула желчных кислот - увеличению доли УДХК в желчи от менее 3% до более 60%.

Уменьшение насыщенности желчи холестерином за счет угнетения его абсорбции в кишечнике, подавления синтеза в печени и понижения секреции в желчь

Повышение растворимости холестерина в желчи

Уменьшение литогенного индекса желчи.

281. Какие утверждения в отношении холедохолитиаза верны:

Все варианты верны

Частота холедохолитиаза составляет 8-20%, в пожилом и старческом возрасте – 30–35%.

Чаще выявляют вторичные, чем первичные камни в ОЖП.

Клинически может протекать бессимптомно (10–20%) или иметь выраженные симптомы (болевой синдром - билиарная колика, механическая желтуха, лихорадка).

282. Укажите дозы спазмолитических препаратов, применяемые для купирования билиарной колики:

Мебеверина гидрохлорид по 200 мг 2 раза в день за 20 мин до еды

Мебеверина гидрохлорид по 100 мг 2 раза в день за 20 мин до еды

Гиосцина бутилбромид по 10–20 мг 3 раза в день до еды

Гиосцина бутилбромид по 5 мг 3 раза в день до еды

Гимекромон по 200–400 мг 3 раза в день за полчаса до еды

Гимекромон по 100 мг 3 раза в день за полчаса до еды

283. Схема применения УДХК при дискинезии желчного пузыря и дисфункции сфинктера Одди:

В виде курсового лечения в дозе 10 мг на 1 кг массы тела в 2 приема после еды

В виде курсового лечения в дозе 10-15 мг/кг массы тела на ночь

284. Укажите верные утверждения в отношении холестериновых полипов желчного пузыря:

Все варианты верны

Составляют 60–70% всех полипоидных поражений ЖП.

Преимущественно встречаются у повторнородящих женщин в возрасте 40–50 лет.

Чаще множественные (64,7%), чем одиночные. Их диаметр обычно не превышают 10 мм (2–10 мм), они могут иметь ножку – чаще очень тонкую ножку. Полип холестерина прикреплен к стенке ЖП как «шарик на стене». Не дают акустической тени.

Возникают в отсутствие холецистита, но сочетаются с холестерозом ЖП в 60% случаев.

Развиваются как результат нарушения метаболизма холестерина.

Очаговая дисплазия низкой степени выраженности наблюдается редко и всегда ограничивается полипом.

285. Диспансерному наблюдению подлежат лица:

Все варианты верны

Страдающие отдельными хроническими неинфекционными и инфекционными заболеваниями или имеющие высокий риск их развития

Находящиеся в восстановительном периоде после перенесенных острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений).

286. Причинные факторы развития хронического панкреатита:

Табакокурение и злоупотребление алкоголем

Генетические факторы

Перенесенный тяжелый острый панкреатит, рецидивирующий острый панкреатит

Иммунные факторы

Метаболические факторы

Факторы, затрудняющие или полностью препятствующие току содержимого

панкреатических протоков

Все варианты верны

287. Для липолиза в ДПК необходимо присутствие следующих факторов:

Липазы

Щелочного рН

Кислого рН

Желчи

288. Клинические формы хронического панкреатита:

Болевая

Диспепсическая

Сочетанная

Латентная

289. Периферические механизмы развития болевого синдрома при хроническом панкреатите:

Все варианты верны

Повышение давления в протоковой системе

Воспалительно-деструктивные поражение паренхимы

Периневрит. Воспалительное повреждение оболочек нервов

Ишемия поджелудочной железы

Прогрессирующий фиброз поджелудочной железы со сдавлением нервных окончаний

Внутрипанкреатические осложнения с развитием псевдокист и внешние

Панкреатические осложнения

290. Центральные механизмы развития болевого синдрома при хроническом панкреатите:

Все варианты верны

Центральная сенсибилизация корковая

Центральная сенсибилизация на уровне спинного мозга

Нарушение центральной ингибирующей модуляции боли

291. Препараты выбора для лечения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы:

Панкреатин в капсулах с кишечнорастворимыми пеллетами

Панкреатин таблетированный

Панкреатин в капсулах с кишечнорастворимыми микротаблетками

Панкреатин минимикросферический

292. Возможные причины развития кист в поджелудочной железе:

Хроническая интоксикация

Ранее перенесенный острый панкреатит

Травма брюшной полости

Гипертоническая болезнь

293. Ведущими симптомами для кист поджелудочной железы следует считать:

Все варианты верны

Нарушение оттока панкреатического сока

Боли

Симптомы сдавления других органов

294. Возможные осложнения кист поджелудочной желез:

Разрыв стенки

Кровоизлияние в полость кисты

Инфицирование

Сахарный диабет

Злокачественное перерождение

295.Основные патогенетические механизмы синдрома внешнесекреторной недостаточности при хроническом панкреатите:

Уменьшение массы функционирующей паренхимы вследствие ее атрофии и фиброза

Нарушение поступления панкреатического секрета в ДПК из-за повышения его вязкости или наличия препятствий к его оттоку

Снижение секреции бикарбонатов, защищающих ферменты от инактивации и разрушения соляной кислотой

Все варианты верны

296. Клинические проявления синдрома внешнесекреторной недостаточности при хроническом панкреатите:

Вздутие живота

Полифекалия

Стеаторея, креаторея, амилорея

Признаки дефицита макро- и микронутриентов (снижение массы тела/кахексия, гипотрофия и атрофия мышц, остеопороз и др.)

Запоры

297. К какому типу относится панкреатогенный сахарный диабет согласно классификации американской диабетологической ассоциации?

I типа

II типа

III типа

298. Механизм развития внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите - атрофия или замещение соединительной тканью \_\_\_ клеток:

Глюкагонпродуцирующих

Инсулинпродуцирующих

Глюкагонпродуцирующих и инсулинпродуцирующих

299. Что продуцируют альфа клетки островков Лангерганса?

Глюкагон

Инсулин

Соматостатин

Гастрин

Панкреатический полипептид

300. Что продуцируют бета клетки островков Лангерганса?

Глюкагон

Инсулин

Соматостатин

Гастрин

Панкреатический полипептид

301. Иррадиация боли при хроническом панкреатите:

Правый полупояс

Левый полупояс

Опоясывающие боли

Левый реберно-позвоночный угол

Левая половина грудной клетки

В паховую область

302. Метод выбора для диагностики хронического панкреатита на ранних стадия, доступный в рутинной клинической практике:

МСКТ ОБП

Эндоскопическое УЗИ панкреатобилиарной зоны

МРТ ОБП

МР ХПГ

ЭР ХПГ

Трансабдоминальное УЗИ ОБП

303. Может ли обнаружение при ФЭГДС симптома "манной крупы" явиться основанием для верификации диагноза хронического панкреатита?

Да

Нет

304. Уровень панкреатической эластазы 1 в кале, свидетельствующий об отсутствие внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы:

< 200 мкг/г кала

< 100 мкг/г кала

> 200 мкг/г кала

> 100 мкг/г кала

305. Согласно рекомендациям РГА внешнесекреторную недостаточность поджелудочной железы целесообразно определять путем оценки содержания:

Эластазы 1 в кале

Липазы в кале

Химотрипсина в кале

306. Какие пищеварительные гормоны стимулируют секрецию панкреатического сока?

Холецистокинин

Гастрин

Соматостатин

Секретин

307. Содержание панкреатической эластазы-1 в кале 35 мкг/г кала свидетельствует о \_\_ внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы:

Норме

Легкой степени

Средней степени

Тяжелой степени

308 Внутрисекреторную недостаточность поджелудочной железы целесообразно определять путем оценки:

Концентрации гликированного гемоглобина

Уровня глюкозы крови натощак

Проведения нагрузочной пробы с глюкозой

309. Задачи консервативного лечения хронического панкреатита:

Все варианты верны

Модификация образа жизни

Этиотропное купирование болевого синдрома

Лечение недостаточности внешнесекреторной функции поджелудочной железы

Лечение эндокринной недостаточности на ранних стадиях до развития

осложнений

310. Этиотропное купирование боли при билиарнозависимом хроническом панкреатите включает:

Препараты УДХК

Спазмолитики

Анальгетики

Прокинетики

Панкреатические ферменты

ИПП

311. Механизмы влияния ферментных препаратов на купирование боли при хроническом панкреатите:

Увеличение концентрации экзогенных ферментов в ДПК

Торможение секреции секретина и холецистокинина

Ингибирование панкреатической секреции

Снижение внутрипротокового и тканевого панкреатического давления

Уменьшение отека паренхимы

Все варианты верны

312. В какой из ситуаций не следует ожидать повышения уровня альфа-амилазы в сыворотке крови?

26-летний мужчина с острым алкогольным панкреатитом и наличием псевдокисты в теле поджелудочной железы

36-летняя женщина с холедохолитиазом, механической желтухой и опоясывающей болью в мезогастрии

12-летняя девочка с острым инфекционным паротитом

55-летний мужчина с хроническим панкреатитом с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы

35-летний мужчина с обострением болевой формы хронического панкреатита впервые диагностированного 2 года назад

313. Начальные дозы ферментных препаратов для проведении заместительной терапии при хроническом панкреатите:

25-40 тыс. ЕД липазы в три основных и 10-25 тыс. ЕД липазы в два дополнительных приема пищи

40-80 тыс. ЕД липазы в три основных и 25-40 тыс. ЕД липазы в два дополнительных приема пищи

10-25 тыс. ЕД липазы в три основных и 5-10 тыс. ЕД липазы в два дополнительных приема пищи

314. Дополнительные группы препаратов, применение которых, по мнению экспертов РГА, способствует купированию боли при хроническом панкреатите:

Все варианты верны

Прегабалин

Антиоксиданты

Антидепрессанты

315. Клинические критерии адекватности заместительной терапии:

Прибавка веса

Снижение выраженности вздутия живота

Нормализация дефекации

Повышение уровня панкреатической эластазы 1 в кале

316. Длительность заместительной терапии при хроническом панкреатите с внешнесекреторной недостаточностью:

Пожизненная

Полгода

3 месяца

Год

2 недели

317. Лечение панкреатогенного сахарного диабета проводит с применением:

Инсулинотерапии

Сахароснижающих препаратов

318. Какие утверждения в отношении панкреатогенного сахарного диабета являются правильными:

Все варианты верны

Большинству пациентов требуется назначение инсулина

В процессе инсулинотерапии целевой уровень глюкозы должен соответствововать таковому при СД 1-го типа

В случаях нахождения на инсулинотерапии важно избегать гипогликемии

319. К осложнениям хронического панкреатита относят:

Нарушение оттока желчи

Портальную гипертензию

Появление псевдокист

Протоковые камни

Пневмонию

Асцит

Эксудативный плеврит

Все варианты верны

320. Какие утверждения в отношении питания больного с хроническим панкреатитом являются правильными:

Пациенты с ХП с нормальным нутритивным статусом должны придерживаться сбалансированной диеты.

Пациентам с ХП следует рекомендовать потреблять пищу в пять небольших приемов в день.

У пациентов с ХП нет необходимости в ограничении жиров в рационе.

У пациентов с ХП необходимо ограничивать количество жиров в рационе.

Жирорастворимые и водорастворимые витамины, а также минералы, такие как магний, железо, селен и цинк должны контролироваться (если доступно) и вводится, если низкие концентрации обнаружены или если возникают клинические признаки дефицита.

Энтеральное питание через зонд следует назначать пациентам с трофологической недостаточностью, которые не отвечают на оральную нутритивную поддержку.

321.Оценка нутритивного статуса у больного хроническим панкреатитом включает:

ИМТ

Определение мышечной массы и массы жировой ткани

Абсолютное число лимфоцитов, концентрацию гемоглобина

Общий белок и белковые фракции, преальбумин, ретинол-связывающий белок

Амилазу крови и мочи

322.У лиц с недостаточностью лактазы отмечаются вздутие живота, урчание в животе и диарея при потреблении:

Яиц

Молока

Овощей

Фруктов

Курицы

Мяса

323.При аглютеновой диете разрешают:

Масло

Картофель

Рис

Яйца

Хлеб

324. Биопсия слизистой оболочки тонкой кишки НЕ является важным диагностическим методом при:

Болезни Крона

Болезни Уиппла

Язвенном колите

Глютеновой энтеропатии

325. При глютеновой энтеропатии в тонкой кишке поражается:

Серозный слой

Подслизистый слой

Мышечный слой

Слизистая оболочка

326. Лечение левостороннего или тотального язвенного колита легкой атаки включает:

Месалазин перорально

Месалазин ректально

Месалазин перорально и ректально

Месалазин перорально и ректально в сочетании с топическими или системными кортикостероидами ректально

327. При язвенном колите в патологический процесс вовлекается:

Слизистая оболочка

Слизистая и подслизистая оболочки

Серозная оболочка

Мышечный слой кишки

Вся стенка кишки

328. Терапия глютеновой энтеропатии включают:

Панкреатические ферменты

Глюкокортикоиды

Заместительную терапию

Аглютеновую диету

329. Для глютеновой энтеропатии характерны:

Гипопротеинемия

Гиперлипидемия

Гипохромная анемия

330.В механизмах развития синдрома экссудативной энтеропатии имеют значение:

Все варианты верны

Повышенное содержание белков в секрете тонкой кишки

Увеличение выделения белка с калом

Изменение архитектоники лимфатических сосудов слизистой и подслизистой оболочек тонкой кишки

331. Самой маленькой адсорбирующей единицей слизистой тонкой кишки является:

Цилиндрическая клетка (энтероцит)

Ворсинка

Бокаловидная клетка

Микроворсинка

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

Углеводов

Кальция

Витамина B12

Жиров

Соли и воды

333. При колоноскопии у мужчины 31 года на отрезке от прямой кишки до селезеночного угла обнаружены язвенные дефекты слизистой, псевдополипы. Что из приведенного в наибольшей степени верно?

Характерна диарея в утренние часы после пробуждения

Среди причин развития заболевания - Clostridium difficillе

Не переносит глютен

Высока вероятность язвенного колита

Повышен риск развития аденокарциномы толстой кишки

334. Визуализация слизистой оболочки тонкой кишки возможна с применением:

Все варианты верны

Фиброгастродуоденоскопии

Двухбалонной энтероскопии

Капсульной эндоскопии

Фиброколоноилеоскопии

335. Морфологические признаки болезни Крона:

Глубокие щелевидные язвы, проникающие в подслизистую основу или мышечный слой

Крипт-абсцессы

Саркоидные гранулемы (скопления эпителиоидных гистиоцитов без очагов некроза и гигантских клеток)

Псевдополипы

Трансмуральная воспалительная инфильтрация с лимфоидной гиперплазией во всех слоях кишечной стенки

336. Морфологические признаки язвенного колита:

Глубокие щелевидные язвы, проникающие в подслизистую основу или мышечный слой

Крипт-абсцессы

Саркоидные гранулемы (скопления эпителиоидных гистиоцитов без очагов некроза и гигантских клеток)

Псевдополипы

Трансмуральная воспалительная инфильтрация с лимфоидной гиперплазией во всех слоях кишечной стенки

Деформация и укорочение крипт

Уменьшение числа бокаловидных клеток

Базальный плазмоцитоз, базальные лимфоидные скопления

337. Факторы, относящиеся к этиопатогенезу СРК:

Все варианты верны

Висцеральная гиперчувствительность

Нарушение моторики

Перенесенная кишечная инфекция, дисфункция иммунной системы кишечника нарушение кишечной микробиоты

Нарушение продукции нейротранмиттеров

Нарушение функции ЦНС

Генетические факторы

338. Гормональная резистентность при болезни Крона это:

В случае тяжелой атаки - сохранение активности заболевания, несмотря на в/в введение ГКС в дозе, эквивалентной преднизолону 2 мг/кг/сутки в течение более, чем 7 дней

В случае среднетяжелого обострения - сохранение активности заболевания пероральном приеме ГКС в дозе, эквивалентной преднизолону

0,75 мг/кг/сутки в течение 4 недель

Увеличение активности болезни при уменьшении дозы ГКС ниже дозы, эквивалентной 10-15 мг преднизолона в сутки в течение 3 месяцев от начала лечения: или возникновение рецидива болезни в течение 3 месяцев после окончания лечения ГКС

339. Гормональная зависимость при болезни Крона это:

В случае тяжелой атаки - сохранение активности заболевания, несмотря на в/в введение ГКС в дозе, эквивалентной преднизолону 2 мг/кг/сутки в течение более, чем 7 дней

В случае среднетяжелого обострения - сохранение активности заболевания

пероральном приеме ГКС в дозе, эквивалентной преднизолону 0,75 мг/кг/ сутки в течение 4 недель

Увеличение активности болезни при уменьшении дозы ГКС ниже дозы, эквивалентной 10-15 мг преднизолона в сутки в течение 3 месяцев от начала лечения: или возникновение рецидива болезни в течение 3 месяцев после окончания лечения ГКС

340. При синдроме мальабсорбции могут выявлять нарушения обменных процессов:

Жирового

Пигментного

Белкового

Углеводного

Минерального

341. Показания к оперативному лечению при болезни Крона:

Все варианты верны

Острые осложнения (кишечное кровотечение, перфорация кишки и токсическая дилатация ободочной кишки)

Хронические осложнения (стриктуры, инфильтрат брюшной полости, внутренние или наружные кишечные свищи и наличие неоплазия

Неэффективность консервативной терапии (наличие гормональной зависимости и резистентности]

Задержка физического развития

342. К наследственным ферментопатиям относят:

Глютеновую энтеропатию

Лактазную недостаточность

Болезнь Хартнупа

Синдром Менкеса

Все варианты верны

343. Какие исследования необходимы для верификации диагноза глютеновой энтеропатии?

Определение антител к тканевой трансглутаминазе

Определение антител к эндомизию

Определение антител к глиадину

Биопсия слизистой тонкой кишки

Биопсия слизистой толстой кишки

344. Реакция кала на скрытую кровь может быть положительной при:

Все варианты верны

Язвенном колите

Кровотечениях из язвы тонкой кишки

Употреблении мяса в пищу

Кровотечениях из пищевода, желудка

345.Повышение риска возникновения какой патологии наиболее вероятно у пациента с глютеновой энтеропатией?

Аутоиммунных заболеваний

Сердечно-сосудистых заболеваний

Внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы

Злокачественных опухолей ЖКТ

346. Какие препараты относят к селективным миотропным спазмолитикам?

Дротаверина гидрохлорид

Пинаверия бромид

Мебеверина гидрохлорид

Папаверина гидрохлорид

Гиосцина бутилбромид

347. Какие препараты относят к селективным нейротропным спазмолитикам?

Дротаверина гидрохлорид

Пинаверия бромид

Мебеверина гидрохлорид

Папаверина гидрохлорид

Гиосцина бутилбромид

348. Чаще всего дивертикулез толстой кишки обнаруживают в:

Поперечной ободочной кишке

Прямой кишке

Сигмовидной кишке

Слепой кишке

Нисходящей кишке

349. Наиболее частый симптом при дивертикулезе толстой кишки:

Диарея

Запоры

Боли в животе

Метеоризм

350. При дивертикулезе толстой кишки наиболее часто встречаются следующие осложнения:

Образование опухоли

Образование фистулы

Свободная перфорация

Дивертикулит

351. Триада Сейнта включает сочетание дивертикулеза толстой кишки со следующими заболеваниями:

Желчекаменной болезнью

Хроническим аппенидицитом

Диафрагмальной грыжей

Язвенной болезнью

352. Ложные дивертикулы это:

Дивертикулы, в которых прослеживаются все слои полого органа

Дивертикулы, в стенке которых отсутствует мышечный и подслизистый слой

353. Методы обследования при подозрении на дивертикулярную болезнь:

Все варианты верны

Обзорной рентгенографии брюшной полости (в положении стоя и лежа)

Энтероколоноскопия

КТ-энтероколонография

УЗИ ОБП

Контрастное рентгенологическое исследование тонкого кишечника

Ирригоскопия

354. Классификакция болезни Крона содержит следующие разделы:

Все варианты верны

Локализация поражения

Распространенность поражения

Фенотипический вариант

Характер течения

Ответ на гормональную терапию

Фазу течения заболевания (ремиссия, рецидив/атака)

355. Консервативное лечение дивертикулулярной болезни включает:

Все варианты верны

Высокошлаковую диету с дополнительным введением в рацион нерастворимых растительных волокон

Слабительные препараты

Спазмолитики

Рифаксимин

Месалазин

Пробиотики

356. Показаниями к хирургическому лечению дивертикулулярной болезни являются:

Все варианты верны

Перфорация

Кишечное кровотечение

Кишечная непроходимость

357. К группе осмотических слабительных препаратов относят:

Пищевые волокна, псиллиум, метилцеллюлозу, карбоксиметилцеллюлозу

Магний, сульфат калия и фосфатные соли

Плохо всасывающиеся сахара (лактулозу, сорбит, маннит)

Полиэтиленгликоль

Производные дифенилметана: фенолфталеин, бисакодил, натрия пикосульфат

Антрахиноны: сенна, каскара Саграда, алоэ, ревень

Минеральное масло

5-HT 4 агонистов

358. К группе объемных слабительных препаратов относят:

Пищевые волокна, псиллиум, метилцеллюлозу, карбоксиметилцеллюлозу

Магний, сульфат калия и фосфатные соли

Плохо всасывающиеся сахара: лактулозу, сорбит, маннит

Полиэтиленгликоль

Производные дифенилметана: фенолфталеин, бисакодил, натрия пикосульфат

Антрахиноны: сенна, каскара Саграда, алоэ, ревень

Минеральное масло

5-HT 4 агонистов

359. К группе стимулирующих слабительных препаратов относят:

Пищевые волокна, псиллиум, метилцеллюлозу, карбоксиметилцеллюлозу

Магний, сульфат калия и фосфатные соли

Плохо всасывающиеся сахара: лактулозу, сорбит, маннит

Полиэтиленгликоль

Производные дифенилметана: фенолфталеин, бисакодил, натрия пикосульфат

Антрахиноны: сенна, каскара Саграда, алоэ, ревень

Минеральное масло

5-HT 4 агонистов

360. Наиболее частой злокачественной трансформации подвергается следующие формы полипов толстой кишки:

Гиперпластические полипы

Воспалительные полипы

Фиброзные полипы

Тубулярные аденомы

Ворсинчатые аденомы

361. Диагностика полипоза толстой кишки основана на:

Все варианты верны

Результатах фиброколоноскопии с прицельной биопсией

Клинической симптоматике

Результатах рентгенологического исследования

362. В отношении полипов толстой кишки верно следующее положение:

Удалению подлежат полипы размерами от 1 см и более

Размеры полипов не определяют тактики лечения

Все полипы должны быть удалены эндоскопически или хирургически

Удалению подлежат только аденоматозные полипы

Удалению подлежат полипы размерами от 2 см и более

363. Критерии диагностики болезни Гиршпрунга:

Все варианты верны

Запоры в анамнезе с детского возраста

Наличие зоны относительного сужения в дистальных отделах толстой кишки с супрастенотическим расширением на ирригограммах

Отсутствие ректоанального рефлекса при манометрии

Положительная реакция слизистой прямой кишки на ацетилхолиэстеразу

364. Консервативное лечение долихоколон с нарушением транзита по толстой кишке:

Все варианты верны

Добавление в рацион питания пищевых волокон

Соблюдение водно-питьевого режима

Проведение лечебной физкультуры

Физиотерапевтическое лечение (электростимуляция толстой кишки, иглорефлексотерапия)

Медикаментозная терапия (назначение средств, увеличивающих объем кишечного содержимого, осмотических слабительных препаратов, прокинетиков

365. Часто рецидивирующим течением при болезни Крона считают патологию с частотой рецидивов в год:

1 раз в год или реже

2 и более раз в год

3 и более раз в год

366. Мелена может появиться при нахождении источника кровотечения в следующих отделах ЖКТ:

Слепой кишке

Желудке

Пищеводе

ДПК

367. Принятый внутрь барий в норме поступает в слепую кишку через:

12 часов

4-6 часов

2 часа

1 час

8 часов

368. В норме рН каловых масс находится в пределах:

2.2-2.5

3.8-4.5

5.0-6.2

7.5-8.2

6.8-7.3

369. Биопсия слизистой оболочки толстой кишки является информативным диагностическим методом при следующих заболеваниях:

Полипоз толстой кишки

Рак толстой кишки

Язвенный колит

Амилоидоз

Дивертикулез

370. Клиническая ремиссия - отсутствие симптомов болезни Крона соответствует значению индекса активности болезни Крона:

< 150 баллов

< 200 баллов

< 300 баллов

371. Какие утверждения в отношении современной концепции развития болезни Крона верны?

Все варианты верны

Развиваются под влиянием факторов окружающей среды

У генетически предрасположенных лиц

При взаимодействии иммунной системы хозяина и микрофлоры, обитающей в

просвете кишки

Проявляется неспособностью иммунной системы, ассоциированной со слизистой оболочкой кишечника, контролировать воспалительный процесс

372. Наиболее поражаемые отделы ЖКТ при болезни Крона:

Пищевод, желудок, ДПК

Только тонкий кишечник

Только толстый кишечник

Тонкий и часть толстого кишечника

Прямая кишка

Аноректальная зона

373. Типичные кишечные симптомы, характерные для болезни Крона:

Все варианты верны

Диарея

Кровь в каловых массах

Боль в животе

Пальпируемый инфильтрат в брюшной полости

Потеря массы тела

Лихорадка

374. Эндоскопические критерии диагностики болезни Крона:

Все варианты верны

Регионарное (прерывистое) поражение слизистой оболочки

Симптом "булыжной мостовой" (сочетание глубоких продольно ориентированных язв и поперечно направленных язв с островками отечной гиперемированной слизистой оболочкой)

Линейные язвы (язвы-трещины) афты

В некоторых случаях - стриктуры и устья свищей

375. Верно ли утверждение, что слабительные растительного происхождения более безопасны, чем синтетические слабительные?

Да

Нет

376. Поражение прямой и сигмовидной кишки при язвенном колите наблюдаются:

В 25-50% случаев

В 85-100% случаев

В 50-70% случаев

В 70-85% случаев

В 10-20% случаев

377. Критерии осложненного течения инфекции C. difficile:

Все варианты верны

Водянистая диарея с кровью

Гипотензия

Лихорадка более 38,5 °C

Илеус

Изменение сознания

Лейкоциты >25×109/л или < 2×109/л

Органная недостаточность (необходимость искусственной вентиляции легких, почечная недостаточность и др.)

378. Факторы риска развития инфекции C. difficile:

Все варианты верны

Пожилой возраст

Длительность пребывания в стационаре

Коморбидность

Полифармация

Дневная доза антибактериальных препаратов (АБП)

Длительность применения АБП

Число АБП

Вид АБП

379.Какие утверждения в отношении медикаментозного лечения легкой/средней тяжести течение C. difficile-ассоциированной болезни верны:

Метронидазол 500 мг 3 раза в сутки на протяжении 10 дней

В том случае если к 5–7-му дню терапии не удается добиться улучшения в самочувствии пациента, показана смена антибиотика на ванкомицин в дозе 125 мг 4 раза в сутки на 10 дней

При непереносимости метронидазола лечение следует начинать с ванкомицина в дозе 125 мг 4 раза в сутки на 10 дней

Беременным и кормящим женщинам при наличии явной клиники назначают ванкомицин в дозе 125 мг 4 раза в сутки

Пациентам назначают ванкомицин 125 мг 4 раза в сутки в сочетании с метронидазолом 500 мг 3 раза в день на срок до 10 дней

380. Основные клинические симптомы язвенного колита:

Слабой или умеренной интенсивности боли в животе

Кровь в кале

Диарея

Тенезмы

Ночная дефекация

Лихорадка

Изжога

381. К нежелательным явлениям после приема лактулозы относят:

Транзиторный метеоризм

Усугубление запора

Потерю жидкости и электролитов

Нарушение всасывания витаминов и микроэлементов

Боли в животе

382. Синбиотики - это препараты, содержащие...

Одновременно пробиотики и пребиотики

В своем составе несколько видов пробиотических бактерий

383. Оценочная система для определения степени тяжести рецидива/атаки язвенного колита:

Критерии Truelove-Witts

Индекс Беста

Индекс Мейо

384. Осложнения язвенного колита:

Рак толстой кишки

Перфорация толстой кишки

Кровотечение из толстой кишки

Стриктура толстой кишки

Токсическая дилатация толстой кишки

385. Осложнения болезни Крона:

Рак

Перфорация

Кровотечение

Стриктура

Токсическая дилатация толстой кишки

Свищи

Абсцессы

Инфильтраты

386. Значение индекса Беста, соответствующее среднетяжелой атаке болезни Крона:

150-300 баллов

301-450 баллов

450-550 баллов

более 550 баллов

387. При язвенном колите диагностическое значение имеют следующие рентгенологические признаки:

Множественные гаустрации

Вид "булыжной мостовой"

Мешковидные выпячивания по контуру кишки

Изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки

388. Эндоскопические признаки поражения толстой кишки при язвенном колите:

Все варианты верны

Непрерывное воспаление, ограниченное слизистой оболочкой

Начинается в прямой кишке, распространяется проксимально, имеет четкую границу

Гиперемия и отек слизистой оболочки

Отсутствие сосудистого рисунка

Поверхностные дефекты слизистой оболочки

Контактная кровоточивость

389. Цели терапии болезни Крона:

Все варианты верны

Индукция ремиссии и ее поддержание без постоянного приема ГКС

Профилактика осложнений

Предупреждение операции, а при прогрессировании процесса и развитии опасных для жизни осложнений - своевременное назначение хирургического лечения

390. Факторы риска развития оппортунистических инфекций при болезни Крона:

Все варианты верны

Прием лекарственных средств: ГКС, иммуносупрессоров, биологических препаратов

Возраст старше 50 лет

Сопутствующие заболевания: хронические заболевания легких, алкоголизм, органические заболевания головного мозга, сахарный диабет

391. Индукционная терапия болезни Крона илеоцекальной локализации легкой степени атаки включает назначение:

Месалазина внутрь

Месалазина ректально

Топических кортикостероидов

Системных ГКС

392. Необходимый минимум вакцинопрофилактики при болезни Крона:

Все варианты верны

Рекомбинантная вакцина против HBV

Поливалентная инактивированная пневмококковая вакцина

Трехвалентная инактивированная вакцина против вируса гриппа

Для женщин до 26 лет, при отсутствии вируса на момент скрининга рекомендуется вакцинация от вируса папилломы человека

393. Терапия язвенного колита левостороннего или тотального среднетяжелой степени атаки включает назначение:

Месалазина внутрь

Месалазина ректально

Комбинации месалазина внутрь и ректально

ГКС ректально

ГКС (системные или топические) внутрь

Комбинации системных или топических ГКС и азатиоприна или 6-меркаптопурина +/- месалазин внутрь

Биологической терапии и азатиоприна или 6-меркаптопурина

Антибакериальных препаратов

394. Субтипы СРК:

СРК с запором

СРК с диареей

Смешанный СРК

Неклассифицированный СРК

Болевая форма СРК

395. Какие утверждения для характеристики болевого синдрома при СРК верны?

Локализация чаще в подвздошных областях

Интенсивность боли от легкого дискомфорта до кишечной колики

Боль чаще появляется сразу после еды и самостоятельно купируется или

стихает после дефекации и отхождении газов

Отсутствует в ночное время, не нарушает сон

У женщин боли могут усиливать во время менструации

Чаще беспокоит в ночное время

396. Индукционная терапия болезни Крона илеоцекальной локализации среднетяжелой степени атаки включает назначение:

Месалазина внутрь

Топических кортикостероидов

Топических кортикостероидов или системных кортикостероидов + АБП в сочетании с азатиоприном или 6 меркаптопурином или метатрексатом

Системных ГКС

Биологической терапии препаратами моноклональных антител к ФНО-альфа или к интегринам или к интерлейкину 12/23

397. При назначении гормональной терапии при язвенном колите или болезни Крона необходимо учитывать следующее:

Все варианты верны

Постепенное снижение дозы стероидов до полной отмены

Суммарная продолжительность терапии не более 12 недель

Сопутствующий прием препаратов кальция, витамина Д, ИПП

В период терапии контроль глюкозы крови

398. Внекишечные проявления СРК:

Все варианты верны

Раннее насыщение

Тошнота

Фибромиалгия

Дизурия

Диспареуния

Боль в пояснице

Головная боль

Ощущение неполного вдоха

399. В развитии дисбактериоза кишечника имеют значение:

Все варианты верны

Нарушение внешнесекреторной функции поджелудочной железы

Недостаточность продукции соляной кислоты

Изменения рН кишечного содержимого

Прием ИПП

400. Для нормализации состава кишечной флоры при дисбактериозе используют:

Пробиотики

Эубиотики

Антибиотики широкого спектра

Пребиотики

Синбиотики

ИПП

401. При грибковом поражении толстой кишки следует назначить:

Ципрофлоксацин

Цефобол

Натамицин

402. Какие утверждения в отношении дисбиоза верны?

Все варианты верны

Клинико-микробиологический синдром, характеризующийся устойчивым дефицитом нормобиоты и избыточным ростом оппортунистической микробиоты кишечника

Развивающийся в результате срыва адаптационных механизмов

Вносит большой вклад в появление кишечных симптомов и иммунологических

нарушений

403. Патоморфологические изменения при ишемическом колите начинаются с/со:

Подслизистого слоя

Мышечного слоя

Субсерозного слоя

Слизистой оболочки

404. Клинические проявления дисбиоза кишечника:

Все варианты верны

Синдром гиповитоминозов

Синдром мальдигестии

Синдром мальабсорбции

Синдром "иммунодефицита»

405. В качестве пробиотиков чаще всего применяют бактерии родов:

Все варианты верны

Lactobacillus

Bifidobacterium

Streptococcus

Bacillus

некоторые виды E. coli

грибы рода Saccharomyces

406. Задачи лечения дисбиоза кишечника:

Все варианты верны

Устранение причинного фактора

Диета

Элиминация условно-патогенной микрофлоры

Пробиотические препараты

Заместительная терапия (коррекция дефицита витаминов и нутриентов)

407. Пробиотики - это препараты, содержащие...

Все варианты верны

Представителей только одного вида бактерий (моновидовые, моноштаммовые)

Ассоциацию нескольких видов микроорганизмов (мультивидовые)

Ассоциацию штаммов одного вида (мультиштаммовые)

408. Согласно современным требованиям, бактерии, входящие в состав в пробиотиков, должны обладать следующими свойствами:

Все варианты верны

Оставаться резистентными к действию желчных кислот, соляной кислоте и панкреатическим ферментам и сохранять жизнеспособность при прохождении через ЖКТ

Способностью адгезироваться к эпителию СО кишечника:

Быстро размножаться и колонизировать кишечник:

Иметь натуральное происхождение и быть безопасными при применении у человека

Обладать антагонизмом к патогенным и потенциально патогенным микроорганизмам

Оставаться стабильными при хранении

409. Диагностические критерии СРК:

Рецидивирующая боль в животе или дискомфорт (неприятные ощущения, не описанные как боли]

Изменение частоты стула

Изменение формы стула

Натуживание при дефекации

Императивный позыв или чувство неполного опорожнения, выделение слизи или вздутие

Соответствие критериям должно соблюдаться в течение не менее 3 последних 3 месяцев (при общей продолжительности жалоб не менее 6 месяцев)

410. Немедикаментозное лечение СРК включает:

Все варианты верны

Регулярный прием пищи с модификацией диеты

Регулярность и комфортность дефекаций

Физическую активность

Общественную деятельность

411. Для СРК с диарей и смешанного варианта рекомендованы диеты:

Аглютеновая

Низко FODMAP - содержащая

Вегетарианство

412. Ведущий симптом при СРК:

Боли в животе

Ректальные кровотечения

Вздутие аерхней половины живота

Поносы в ночное время

413. Лечение СРК с диареей предусматривает применение:

Препаратов, тормозящих продвижение химуса по ЖКТ

Энтеросорбентов

Кишечных антисептиков

Пробиотиков

Слабительных

414. В механизмах развития СРК энтеральная нейро-эндокринная дисфункция проявляется:

Все варианты верны

Инфильтрацией слизистой толстого кишечника тучными клетками, ассоциированными в первую очередь с выработкой гистамина

Высокими уровнями провоспалительных цитокинов (ФНО-α, ИЛ-1β, ИЛ-6,

ИЛ-8) и снижением противовоспалительных цитокинов — ИЛ 10.

Изменением качественного и количественного состава кишечной микрофлоры

415. Какие группы антидепрессантов следует назначать при СРК с запором:

Трициклические антидепрессанты

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

416. Вторичный амилоидоз кишечника может развиться при:

Сифилисе

Остеомиелите

Бронхоэктазах

Туберкулезе

417. Какие группы антидепрессантов следует назначать при СРК с диареей:

Трициклические антидепрессанты

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

418. Диагностические критерии функционального запора должны включать 2 и более из следующих признаков:

Натуживание в течение более 25% дефекаций

Шероховатый или твердый стул (1-2 тип каловых масс по Бристольской шкале) более 25% дефекаций

Ощущение аноректальной обструкции более 25% дефекаций

Мануальные манипуляции для облегчения более 25% дефекаций\*) менее 3 спонтанных дефекаций в неделю

Абдоминальная боль

419. "Лаксативная болезнь" – это:

Все варианты верны

Симптомокомплекс, развивающийся на фоне длительного приема стимулирующих слабительных

Характеризующийся местными (кишечными) связанными с нарушением водного и электролитного баланса

Общими расстройствами связанными с нарушением водного и электролитного баланса

420. Патогенез лаксативной болезни:

Все варианты верны

Прием раздражающих слабительных

Потеря жидкости

Усиление реабсорбции воды почками

Снижение уровня калия ведет к снижению моторики кишечника с развитием "ленивой кишки" (инертной, гипотоничной)

Усиление запора

Увеличение дозы слабительных

Зависимость стула от приема слабительных

421. Для клинической картины болезни Уиппла характерны:

Все варианты верны

Симптомы нарушенного всасывания

Нервно-психические расстройства

Артропатии

Полисерозиты

Лимфаденопатия

422. Диагностическими признаками болезни Уиппла являются:

Отек, гиперемия, резкое утолщение складок тонкой кишки за счет лимфостаза

Инфильтрация собственной пластинки слизистой тощей кишки крупными пенистыми PAS-положительными клетками (PAS-положительными макрофагами)

Ворсинки булавовидной формы за счет большого количества лимфы, жира, жирных кислот

Мелкие грамположительные бациллы в слизистой оболочке тонкой кишки

Снижение уровня белка, кальция, калия в сыворотке крови

Лейкоцитоз, повышение СОЭ

Саркоидные гранулемы (скопления эпителиоидных гистиоцитов без очагов некроза и гигантских клеток)

423. Ишемический колит - это состояние:

Обусловленное неадекватной перфузией толстого кишечника

Ведущее к ишемическим изменениям, варьирующим от повреждения слизистой оболочки до трансмурального некроза стенки кишки

424. Какие утверждения в отношении ишемического колита являются верными?

Все варианты верны

При ишемическом колите прежде всего поражается слизистая оболочка - она особенно чувствительна к состояниям гипоксии, что обусловлено высокой активностью происходящих в ней метаболических процессов

При нарастании степени ишемии повреждение распространяется в сторону подслизистого и мышечного слоев

При тяжелых формах возникают глубокие, трансмуральные повреждения стенки кишки

425. Формы ишемического колита:

Все варианты верны

Обратимая ишемическая колопатия

Преходящий ишемический колит

Хронический язвенный колит

Ишемическая стриктура

Гангрена кишечника

Фульминантный панколит

426. Какие утверждения в отношении диагностики ишемического колита верны?

Все варианты верны

Колоноскопия используется минимально, преимущественно ограничиваясь дистальными отделами

Колоноскопию не следует проводить у пациентов, имеющих признаки острого перитонита или признаков необратимого ишемического повреждения

КТ с внутривенном и пероральном контрастированием является методом выбора для пациентов с подозрением на ишемию толстой кишки с целью оценки локализации и тяжести колита

427. Задачи лечения ишемического колита:

Все варианты верны

Коррекция дислипидемии

Восстановление кровотока в стенке кишки

Нормализация моторных нарушений и стула кишечника

Восстановление трофики слизистой оболочки толстой кишки

Нормализация состава кишечных бактерий

428. Клинико-лабораторный диагноз инфекции C. difficile, включает в себя:

Все варианты верны

Наличие диареи, определяемой как 3 или более эпизодов неоформленного стула за 24 и менее часов подряд

Положительный результат на наличие: токсигенных штаммов C. difficile и ее токсинов или колоноскопических или гистологических находок, демонстрирующих псевдомембранозный колит

Историю лечения противомикробными или противоопухолевыми препаратами в течение предыдущих 8 недель

429. Клинические формы инфекции C. difficile:

Все варианты верны

Асимптомная колонизация

Clostridium difficile ассоциированная диарея

Clostridium difficile ассоциированный колит

Псевдомембранозный колит

Фульминантная Clostridium difficile инфекция

Внекишечные формы инфекции

430. Решающим в диагностике амилоидоза кишечника является:

Клиническая симптоматика

Рентгенологическое исследование

Эндоскопическое исследование

Биопсия слизистой оболочки

431.Вторичный туберкулез кишечника развивается при туберкулезе:

Все варианты верны

Легких

Половых органов

Почек

432. Методы диагностики СИБР:

Интестиноскопия с аспирацией содержимого тонкого кишечника и посевом аспирата на питательную среду

Анализ биоптата слизистой оболочки тонкой кишки  
Водородные дыхательные тесты с глюкозой и лактулозой

Кал на дисбиоз

Молекулярно-генетические методы: ПЦР-диагностика, хроматография, секвенирование

433. Препарат комбинированного действия растительного происхождения, рекомендованный для лечения сочетания СРК и ФД:

STW 3

STW 5

STW 7

STW 9

434. Трансмуральное, сегментарное, гранулематозное воспаление характерно для:

Болезни Крона

Глютеновой энтеропатии

Язвенного колита

435. Фактор риска развития синдрома избыточного бактериального роста (СИБР):

Длительный прием ингибиторов протонной помпы

Длительный прием прокинетиков

Длительный прием спазмолитиков

Длительный прием ингибиторов АПФ

436. Терапевтический эффект ГКС при курсовой терапии болезни Крона следует оценивать через:

2-4 недели

4-6 недель

6-8 недель

437. При БК внекишечные проявления выявляют у\_\_\_ больных:

24-40%

5-10%

50-70%

100%

438. СРК с запорами диагностируют если:

Более чем в 25% дефекаций форма стула 1-2 типа по Бристольской шкале и менее, чем в 25% дефекаций - 6-7 по Бристольской шкале

Более чем в 25% дефекаций форма стула 1-2 типа по Бристольской шкале

Более чем в 25% дефекаций форма стула 6-7 типа по Бристольской шкале и менее, чем в 25% дефекаций – 1-2 по Бристольской шкале

Более чем в 25% дефекаций форма стула 6-7 типа по Бристольской шкале

439. Максимальная длительность назначения стимулирующих слабительных:

7 дней

14 дней

21 день

28 дней

440. Для деконтаминации кишечника при синдроме избыточного бактериального роста в тонкой кишке применяют рифаксимин в дозе:

400 мг 3 раза в сутки

600 мг 2 раза в сутки

800 мг 3 раз в сутки

200 мг 4 раза в сутки

441. Ключевые факторы риска развития аденокарциномы пищевода:

Все варианты верны

Потребление белковой пищи

Длительное течение ГЭРБ

Мужской пол

Курение

Пожилой возраст

Избыточная масса тела и абдоминальное ожирение

442. К предраковым заболеваниям рака пищевода относят:

Эозинофильный эзофагит

Пищевод Барретта

Полипы пищевода

ГПОД

Дивертикулы пищевода

Ахалазию кардии

Лейкоплакию пищевода

443. К доброкачественным эпителиальным образованиям пищевода относят:

Воспалительный полип

Фиброваскулярный полип

Гликогеновый акантоз эпителия

Саркому Капоши

444. Рак пищевода можно заподозрить, если у пациента:

Все варианты верны

Анамнез дисфагии менее 4 месяцев

Дисфагия прогрессирует

Дисфагия появляется чаще при приеме твердой, чем жидкой пищи

Имеется потеря массы тела

445. Основные методы диагностики рака пищевода:

Эзофагоскопия

Фармакологические пробы

Морфологическое исследование биопсийного материала

Рентгенологическое исследование пищевода с барием

МСКТ органов грудной клетки

446. Повышенная вероятность малигнизации характерна для:

Все варианты верны

Полипов желудка на широком основании

Множественных полипов желудка

Полипов желудка размерами более 1 см

Быстрорастущих полипов (более 1 мм в год)

447. Тактика ведения больного с полипами пищевода включает:

Полипэктомию

Динамическое наблюдение 1 раз в 6 месяцев

Хирургическое лечение

448. Ключевые факторы риска развития аденокарциномы желудка:

Все варианты верны

Инфекция H. pylori

Потребление соли

Низкий уровень потребления овощей и фруктов

Курение

Наследственность по раку желудка

449. Синдром "малых признаков" при раке желудка включает:

Все варианты верны

Апатию

Слабость

Снижение трудоспособности

Потерю аппетита

450. Классификация рака желудка по эндоскопическим признакам включает:

Все варианты верны

Диффузный инфильтративный

Полипозный

Инфильтративно-язвенный

Язвенный

451. Каскад P. Correa включает:

Все варианты верны

Неатрофический гастрит

Атрофический гастрит

Кишечную метаплазию

Дисплазию легкой степени

Дисплазию тяжелой степени

452. Нужно ли проводить эрадикацию H. pylori у пациентов с предыдущей неоплазией желудка, уже леченных эндоскопической или субтотальной резекцией желудка?

Да

Нет

453. Аденокарцинома пищевода считается высокодифференцированной при сохраненной доле железистых структур:

Более 95%

50-95%

Менее 50%

454. Заболевания с потенциалом для развития гепатоцеллюлярной карциномы:

Все варианты верны

Хронический вирусный гепатит В

Хронический вирусный гепатит С

Алкогольная болезнь печени

Неалкогольная жировая болезнь печени

Лекарственное поражение печени

Наследственный гемохроматоз

Болезнь Вильсона-Коновалова

455. Симптом Вирхова, обнаруживаемый у ряда пациентов с раком желудка, - это пальпируемый увеличенный, мягкий безболезненный лимфатический узел в:

Левой надключичной области

Правой надключичной области

Левой подмышечной области

Правой подмышечной области

456. Факторы риска рака желчного пузыря:

Все варианты верны

ЖКБ длительностью более 20 лет

размеры желчных камней более 3 см

"фарфоровый" желчный пузырь

Полипы желчного пузыря

ПСХ

457. Какие утверждения в отношении полипов фундальных желез верны:

Могут возникать спородически

Наблюдается у пациентов, принимающих ИПП

Могут быть частью семейного аденоматозного полипоза

Имеют малые размеры (до 5 мм)

Располагаются на слизистой в виде узелка без ножки

Не подвергаются озлокачествлению

458. Для наследственного диффузного рака желудка характерно:

Мутация в гене E-cadherin (CDH1).

Пожизненный риск рака желудка достигает 80%.

Аутосомно-доминантный тип наследования

Ассоциирован с инфекцией H.pylori

Не ассоциирован с инфекцией H.pylori

Чаще диагностируют в возрасте 40-60 лет

Соотношение М:Ж = 1:1.

Отсутствуют предраковые изменения СОЖ

Присутствуют предраковые изменения СОЖ

Высоко инвазивная диффузная опухоль без изъязвлений, с поздними проявлениями и плохим прогнозом

459. Гастроинтестиностромальная опухоль:

Все варианты верны

Имеет сферическую, хорошо очерченную форму

Образование в толще стенки желудка, пролабирующее в просвет, слизистая над ним может быть изъязвлена

Часто располагается внутрибрюшинно, соединяясь с опухолью в стенке тонкой перемычкой

При гистологическом исследовании выявляются веретинообравзные клетки

Опухоли менее 3 см, содержащие менее 5 фигур митоза в 50 полях зрения имеют низкий потенциал агрессивного роста

460. Синдромы полипоза толстой кишки:

Все варианты верны

Семейный аденоматозный полипоз

Синдром Пейтца-Егерса

Синдром ювенильного полипоза

Синдром Коудена

Синдром Кронкайда-Канады

461. Тактика ведения больного с полипами желчного пузыря на ножке менее 1 см и стабильными размерами в течение 5 лет включает:

Динамическое УЗ наблюдение 1 раз в год

Полипэктомию

Холецистэктомию

462. Какие утверждения в отношении аденом желчного пузыря верны:

Истинные полипы

Псевдополипы

На их долю приходится 4% полипоидных поражений

Имеют тенденцию быть единичными

Они могут возникнуть в любом месте стенки ЖП, но 88% аденом локализованы в дистальной половине ЖП

Могут сопровождаться желчными камнями

Приблизительно 1/4 аденом становятся злокачественными (6–36%)

Риск развития рака имеют полипы превышающие 1 см в диаметре. Он составляет 25–75%

Считается, что все аденомы диаметром более 12 мм содержат раковые клетки

463. Факторы риска развития рака поджелудочной железы:

Все варианты верны

Мужской пол

Пожилой возраст

Курение

Злоупотребление алкоголем

Наследственность

Хронический панкреатит

464. Рак тонкой кишки метастазирует в:

Все варианты верны

Регионарные лимфоузлы

Легкие

Почки

Кости

465. Факторы риска колоректального рака:

ВЗК

Дивертикулярная болезнь

Глютеновая энтеропатия

Пожилой возраст

Курение

Особенности питания

Наследственность

Полипы толстой и прямой кишки

Дисбиоз кишечника

Запоры

466. Особенности питания, неблагоприятные в отношении риска развития колоректального рака:

Избыточное потребление животных жиров

Избыточное потребление животных белков

Потребление рафинированных углеводов

Низкое содержание в пище растительной клетчатки

Высокое содержание в пище растительной клетчатки

Низкое содержание в пище полиненасыщенных жиров

467. Симптомы, повышающие вероятность диагностики колоректального рака:

Все варианты верны

Гематохезия

Запоры

Тенезмы

«Лентовидные» каловые массы

Боли в животе

Снижение массы тела

468. Для синдрома Пейтца-Егерса характерно:

Полипы расположены на протяжение всего ЖКТ

Самая частая локализация полипов – тонкий кишечник

Обычно менее 50 полипов

Размеры полипов вариабельны (от нескольких мм до нескольких см)

Имеется генетическая предрасположенность

Отсутствует генетическая предрасположенность

469. К нейроэндокринным опухолям поджелудочной железы относят:

Гастриному

Соматостатиному

Глюкагоному

Випому

Инсулиному

Фиброму

470. Самые частые расположение карциноидных опухолей (карциноидов):

ДПК

Подвздошная кишка

Тощая кишка

471. Какое утверждение в отношении синдрома Золлингера - Эллисона верно?

Клинический синдром, обусловленный гипергастринемией, ассоциированной с продукцией гастрина гастринпродуцирующей опухолью - гастриномой

Клинический синдром, ассоциированный с продукцией вазоактивного интестинального пептида випомой

472. Самая частая локализация гастрином:

ДПК

Поджелудочная железа

Тело желудка

Тощая кишка

Ворота селезенки

Печень

473. Основные клинические проявления синдрома Золлингера-Эллисона:

Эрозивно-язвенное поражение желудка и ДПК

Изжога

Рефлюкс-эзофагит

Диарея

Запоры

474. Диагностика синдрома Золлингера - Эллисона включает:

Все варианты верны

Визуализацию гастриномы

Верификацию гиперпродукции гастрина и соляной кислоты

Оценку состояния СО ВО ЖКТ

475. Карциноид обычно располагается в:

Серозной оболочке

Мышечном слое

Слизистой оболочке

Подслизистом слое

476. Цели медикаментозной терапии синдрома Золлингера – Эллисона:

Верный ответ: 1, 2

Снижение гиперсекреции соляной кислоты

Контроль роста опухоли и ее метастатической активности

477. ЖКБ ассоциируют с ростом вероятности развития раков других органов пищеварения:

Все варианты верны

Некардиального рака желудка

Карциноида тонкого кишечника

Рака печени

Рака поджелудочной железы

478. Рак поджелудочной железы чаще развивается из:

Эпителия ацинозной ткани

Островков Лангерганса

Межуточной ткани

Эпителия панкреатических протоков

479. Рак поджелудочной железы чаще локализуется в:

Хвосте

Теле

Головке

480. При раке хвоста поджелудочной железы чаще встречаются следующие симптомы:

Механическая желтуха

Боль

Потеря в весе и потеря аппетита

Метеоризм

481. Варианты гепатоцеллюлярной карциномы:

Все варианты верны

Большая солитарная опухоль

Мультифокальная печеночно-клеточная карцинома с одним большим опухолевым узлом и несколькими более мелкими узлами

Диффузная опухолевая инфильтрация

482. Методы диагностики гепатоцеллюлярной карциномы:

Все варианты верны

Альфа-фетопротеин

УЗИ печени

МСКТ печени

МРТ печени

Тонкоигольная чрескожная биопсия (или другой метод взятия) с последующим цитологическим исследованием

483. Наибольшую вероятность малигнизации имеет расположенная в толстой кишке:

Тубулярная аденома

Ворсинчатая аденома

Тубулярно-ворсинчатая аденома

484. Наибольшую вероятность малигнизации имеют:

Одиночные полипы

Групповые полипы

Рассеянные полипы

Диффузный полипоз

485. Часто дают метастазы в печень опухоли, локализующиеся в:

Желудке

Легких

Толстой кишке

Поджелудочной железе

Пищеводе

486.Диагностика семейного полипоза включает:

Все варианты верны

Пальцевое исследование прямой кишки

Ректороманоскопию

Колоноскопию с множественной биопсией

Гастроскопию

Рентгенологическое исследование с барием

Генетическое исследование

487. Альфа-фетопротеин может быть повышен при:

Циррозе печени

Хроническом гепатите

Остром гепатите

ГЦК

488. Метод выбора в лечении карциноида:

Антигистаминные средства

Хирургическое лечение

Антагонисты серотонина

Рентгенотерапия

489. Наиболее специфические онкомаркеры для рака прямой кишки:

РЭА

СА 19-9

Са 125

490. Злокачественные осложнения первичного склерозирующего холангита:

Все варианты верны

Холангиокарцинома

Колоректальный рак

Рак желчного пузыря

Рак поджелудочной железы

ГЦК

491. В морфологической диагностике гастроинтестинальных стромальных опухолей наибольшее значение имеет:

Световая микроскопия

Электронная микроскопия

Иммунофенотипирование с определением CD-117 и DOG-1\*

492. Гепатомегалия, спленомегалия и мелена вызывают подозрение на:

Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода у больного циррозом печени

Осложненную кровотечением язвенную болезнь ДПК

Осложненную кровотечением язвенную болезнь желудка

Язвенный колит

Острую мезентериальную ишемию

493. В случае кровотечения из верхних отделов ЖКТ самым информативным диагностическим методом является:

рН-метрия

Лабораторные исследования

Эндоскопия

Рентгенологическое исследование

494. Первичная профилактика кровотечений у больных циррозом печени классов А и В по Child-Pugh при ВРВП 1 степени и/или при портальной гастропатии проводится путем назначения:

Неселективных бета-адреноблокаторов

Селективных бета-адреноблокаторов

Пролонгированных нитратов

Пролонгированных антагонистов кальция

495. Острые, нарастающие по интенсивности, жгучего характера боли в эпигастральной области, артериальная гипотония, тахикардия, нейтрофильный лейкоцитоз обосновывают необходимость прежде всего исключить:

Острый холецистит

Острый панкреатит

Острый аппендицит

Атипичную форму инфаркта миокарда

496. Острые боли внизу живота, тахикардия, артериальная гипотония и анемия, внезапно возникшие у женщины молодого возраста, позволяют заподозрить:

Острую дизентерию

Осложнения язвенного колита

Ущемленную паховую грыжу

Острый аппендицит

Внематочную беременность

497. Характерные симптомы разрыва аневризмы брюшного отдела аорты:

Все варианты верны

Нарастающая анемия

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости - изменение контура аорты и ее кальциноз

Падение АД

Острые боли в животе

498. Боли в левом подреберье с иррадиацией в спину, возникшие после обильного приема пищи, пальпаторная болезненность в зонах Шоффара и Губергрица, понос без примеси крови, слабость, минимальная или умеренная амилаземия позволяют заподозрить:

Обострение хронического панкреатита

Острый панкреатит

Острый гастрит

Язвенную болезнь в фазе обострения

499. В клинической картине брюшной жабы имеют значение:

Все варианты верны

Боли в животе после еды

Диарея

Вздутие живота

Прогрессирующее похудание

500. Препараты, применяемые для купирования болевого синдрома при обострении хронического панкреатита:

Ингибиторы протонной помпы

Морфин

Аллохол

Панкреатические ферменты

Баралгин

Парацетомол

Трамадол

501. При остром течении синдрома Бадда - Киари наблюдают:

Все варианты верны

Рвоту

Интенсивные боли в эпигастральной области и в правом подреберье

Желтуху

502. Дифференциальный диагноз синдрома Бадда - Киари проводится с:

Все варианты верны

Веноокклюзионной болезнью

Тромбозом воротной вены

503.Показания для назначения преднизолона больному с алкогольным гепатитом:

Индекс Маддрея > 32 баллов

Индекс MELD > 21 баллов

Наличие печеночной энцефалопатии

Желудочно-кишечное кровотечение

Признаки острого повреждения почек

Неконтролируемая инфекция

504. В случае массивного кровотечения из ВРВП баллонная тампонада варикозных узлов пищевода проводится с помощью зонда:

Сенгстейкена - Блейкмора

Линтона - Нахласса

505. При печеночной коме поздним и более частым нарушением кислотно-щелочного равновесия является:

Респираторный ацидоз

Метаболический алкалоз

Метаболический ацидоз

Респираторный алкалоз

506. Для клинической оценки глубины печеночной комы используется:

Шкала Маддрея

Шкала Лилля

Шкала Глазго

507. Какие утверждения в отношение немедикаментозного ведения эпизода печеночной энцефалопатии верны:

Целесообразно ограничение поступления животного белка с пищей

Целесообразно исключить поступление животного белка с пищей

После ликвидации эпизода печеночной энцефалопатии суточное количество белка должно быть увеличено до 80–100 г/сут.

Рекомендуется избегать гипомобильности и постепенно увеличить физическую активность, чтобы предотвратить и / или снизить саркопению

Рекомендуется максимально ограничит физическую активность пациента

508. Доза L-орнитин-L-аспартата для внутривенного введения при печеночной коме на 400 мл физ. р-ра в/в капельно:

5-10 г/с

10-20 г/с

20-30 г/с

509. Принципы лечения острого кровотечения из ВРВП:

Системное АД больше 100 мм рт ст

Восполнение ОЦК, используя введение свежезамороженной плазмы

Восполнение ОЦК, используя введение коллоидов и кристалоидов

Гемотрансфузии до уровня гемоглобина 70-80 г/л

Раннее проведение ФЭГДС

Медикаментозное лечение как можно раньше, желательно еще во время транспортировки в лечебное учреждение

510. Разрыв селезенки наблюдается при:

Все варианты верны

Повреждении нижних ребер слева

Тупой травме живота

Миелопролиферативных заболеваниях

511. Острые боли в левом подреберье и болезненная пальпация увеличенной селезенки позволяют заподозрить заболевания:

Острый панкреатит

Перфорацию язвы ДПК

Инфаркт селезенки

Тромбоз селезеночной вены

512. Дифференциальный диагноз инфаркта селезенки проводится со следующими заболеваниями:

Все варианты верны

Левосторонний диафрагмальный плеврит

Инфаркт миокарда

Острый панкреатит

Левосторонняя почечная колика

513. Ранние осложнения острого панкреатита:

Все варианты верны

Шок и коллапс

Септические осложнения

Тромбозы

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

48-72 часа

24 часа

12 часов

515. Диспансерное наблюдение устанавливается в течение 3-х рабочих дней после:

Все варианты верны

Установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях

Получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях

516. Баллонная тампонада варикозно-расширенных вен желудка выполняется с помощью зонда:

Сенгстейкена - Блейкмора

Линтона - Нахласса

517. Механическая кишечная непроходимость включает следующие виды:

Инвагинация

Обтурационная

Спаечная

Странгуляционная

Спастическая

518. Токсическое поражение печени может быть диагностировано у лиц, работающих в:

Все варианты верны

Сельском хозяйстве, имеющих контакт с пестицидами, фунгицидами, инсектицидами

На химическом производстве

В клининговых компаниях, имеющих контакт с обезжиривателями, чистящими растворителями

В фармацевтической промышленности

В анестезиологии

В автомобиле- и авиастроении

519. При инородных телах пищевода возможны следующие осложнения:

Подкожная эмфизема

Пневмоторокс

Перфорация

Ахалазия кардии

Медиастенит

520. Инструментальные повреждения пищевода возможны при:

Чрезпищеводной кардиостимуляции

Бужировании и введении зонда

Эзофагоскопии

521. Шкала Маддрея для определения краткосрочного прогноза летального исхода у больного с алкогольным гепатитом включает:

Протромбиновое время пациента

Протромбиновое время лабораторного контроля

Общий билирубин

Креатинин крови

522. Признаками перфорации язвы желудка являются следующие симптомы:

Отсутствие печеночной тупости

Гиперперистальтика

Ригидность передней брюшной стенки

Рвота

Сильнейшая боль в эпигастрии

523. Для острого калькулезного холецистита характерны следующие изменения:

Нейтрофильный лейкоцитоз и ускорение СОЭ

Повышение активности щелочной фосфатазы

Гипербилирубинемия

Гипергликемия

524. Абсолютные показания к оперативному лечению при остром холецистите:

Калькулезный характер

Перфорация желчного пузыря

Гангрена или флегмона

525. Причины возникновения острого холангита:

Все варианты верны

Стеноз Фатерова соска

Опухоль желчных путей

Инфекция и паразитарная инвазия

Желчнокаменная болезнь

526. В течении синдрома Бадда - Киари различают:

Все варианты верны

Подострую форму

Хроническую форму

Острую форму

527. Для тромбоза мезентериальных сосудов характерны следующие симптомы:

Диарея

Неинтенсивные боли в животе

Рвота с примесью крови

Интенсивные боли в животе

528. Основные симптомы при низкой кишечной непроходимости:

Задержка стула и газов

Рвота

Болевой синдром

529. При подозрении на механическую непроходимость дистального отдела тонкой кишки рентгенологическое исследование следует начать с:

Ирригоскопии

Обзорного снимка брюшной полости

Исследования желудка и 12-перстной кишки

Пассажа бария по тонкой кишке

530. Атипичные формы острого аппендицита возможны при расположении червеобразного отростка:

Все варианты верны

Ретроцекально

Под печенью

В малом тазу

531. Количество должностей врача-гастроэнтеролога устанавливается из расчёта \_ прикрепленного взрослого населения:

70000.

35000.

10000.

5000.

532. Должность врача гастроэнтерологического отделения стационара устанавливается из расчёта: один врач на \_\_ больных

15.

20.

25.

30.

533. К внекишечным проявлениям воспалительных заболеваний кишечника относят:

Костно-суставные синдромы

Кожно-слизистые синдромы

Глазные синдромы

Поражение сердечно-сосудистой системы

Поражения легких

Поражение печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы

Поражение почек

Все варианты верны