

01. Дисфагия может наблюдаться
1. при грыже пищеводного отверстия диафрагмы
  2. при ахалазии кардии
  3. при склеродермии
  4. при раке пищевода
  5. при всех перечисленных заболеваниях
02. Клинические проявления грыжи пищеводного отверстия диафрагмы обусловлены
1. недостаточностью кардии
  2. рефлюксом желудочного содержимого в пищевод
  3. рефлюкс-эзофагитом
  4. всем перечисленным
  5. верно 1) и 2)
03. Жгучие боли у основания мечевидного отростка с иррадиацией в область сердца, возникающие и усиливающиеся через полчаса после еды, при физической нагрузке и наклоне туловища; они не купируются полностью алмагелем. Отмечаются также отрыжка воздухом, приступы удушья, кашель. При рентгенологическом исследовании с бариевой взвесью - рефлюкс контрастной массы из желудка в пищевод. Все перечисленное позволяет заподозрить
1. аксиальную (скользящую) грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит
  2. рак пищевода
  3. бронхиальную астму
  4. хронический гастрит
  5. ахалазию кардии
04. У больного с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в последнее время изменилась клиническая картина заболевания: исчезла изжога и регургитация, появилась дисфагия при употреблении плотной пищи, пропал аппетит, больной стал терять в весе. Предполагаемый диагноз
1. развитие рака пищевода
  2. развитие рака желудка
  3. ущемление грыжи
  4. формирование пищевода Барретта
  5. формирование язвы нижней трети пищевода
05. Для подтверждения диагноза при неэрозивной рефлюксной болезни достаточно выполнить
1. эзофагогастродуоденоскопию
  2. рентгенологическое исследование пищевода и желудка с пробами на наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
  3. тест с ингибиторами протонной помпы

4. интрагастральную рН-метрию
  5. всё перечисленное
06. К факторам, повреждающим слизистую оболочку пищевода при гастро-эзофагеальном рефлюксе относятся
1. соляная кислота и трипсин желудочного сока
  2. желчные кислоты
  3. панкреатические ферменты
  4. всё перечисленное
  5. верно 1) и 2)
07. Типичный симптомокомплекс рефлюкса включает
1. изжогу
  2. отрыжку и срыгивание
  3. одинофагию
  4. верно всё перечисленное
  5. верно 1) и 2)
08. При неэрозивной рефлюксной болезни и ст. I/A ингибиторы протоновой помпы применяются
1. на протяжении 4 недель в стандартной дозе
  2. на протяжении 4-8 недель в стандартной дозе
  3. на протяжении 4 недель в удвоенной дозе
  4. на протяжении 8 недель в половинной дозе
  5. на протяжении 4 недель в стандартной дозе и ещё 12 недель в половинной дозе
09. При выявлении рефлюкс-эзофагита В-D/2-4 ст. ингибиторы протоновой помпы назначаются на
1. 4 недели в стандартной дозе с последующим приёмом половинной дозы на протяжении не менее 16-24 недель в половинной дозе
  2. 8 недель в стандартной дозе с последующим приёмом половинной дозы не менее 8-12 недель
  3. 8 недель в стандартной дозе с последующим приёмом половинной дозы на протяжении не менее 16-24 недель в половинной дозе
  4. 8 недель в удвоенной дозе с последующим приёмом стандартной дозы на протяжении не менее 16-24 недель в половинной дозе
  5. 8 недель в удвоенной дозе с последующим приёмом половинной дозы на протяжении не менее 24-48 недель в половинной дозе
10. Хирургическое лечение гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) показано
1. при осложнённом течении ГЭРБ
  2. если пациенту с неосложнённым течением ГЭРБ по тем или иным объективным либо субъективным причинам не может быть проведена консервативная терапия ГЭРБ
  3. при неэффективности консервативной терапии ГЭРБ
  4. верно всё перечисленное

5. верно 1) и 2)

11. Выберите описание изменений слизистой оболочки (СО) пищевода, соответствующих стадии С рефлюкс-эзофагита по Лос-Анджелесской классификации

1. один (или более) участок повреждённой СО, который распространяется на СО между двумя (или более) складками, но захватывает менее 75% окружности пищевода
2. один (или более) участок повреждённой СО, размером более 5 мм, который не захватывает СО между складками
3. один (или более) участок повреждённой СО, размером до 5 мм, который не захватывает СО между складками
4. один (или более) участок повреждённой СО, который захватывает более 75% окружности пищевода
5. наличие рубцовых стриктур пищевода, язвы пищевода и кровотечение из язв пищевода, пищевод Баррета

12. Обратившегося на приём пациента беспокоит изжога реже 1 раза в неделю. При ЭГДС изменений в пищеводе не выявлено. Выберите верное утверждение

1. пациент страдает гастро-эзофагеальной рефлюксной болезнью и нуждается в терапии антацидами или альгинатами «по требованию»
2. пациент не страдает гастро-эзофагеальной рефлюксной болезнью и в лечении не нуждается
3. пациент страдает гастро-эзофагеальной рефлюксной болезнью и нуждается в курсе терапии ингибиторами протонной помпы в стандартной дозе в течении 4 недель с последующей терапией антацидами или альгинатами «по требованию»
4. пациент страдает гастро-эзофагеальной рефлюксной болезнью и нуждается в терапии ингибиторами протонной помпы в течении 4 недель
5. пациент не страдает гастро-эзофагеальной рефлюксной болезнью и нуждается в терапии ингибиторами протонной помпы «по требованию»

13. Parietalные клетки слизистой оболочки желудка секретируют

1. соляную кислоту
2. молочную кислоту
3. гастромукопротеид
4. муцин
5. пепсиноген

14. Эндокринные клетки, входящие в состав эпителиальной выстилки фундальных желез желудка, вырабатывают

1. серотонин
2. гистамин

3. глюкагон
  4. соматостатин
  5. все перечисленное
15. Кислотность желудочного сока снижают
1. соматостатин
  2. секретин
  3. глюкагон
  4. инсулин
  5. верно 1), 2), 3)
16. К предраковым заболеваниям относятся все перечисленные, кроме
1. хронического гастрита с атрофией слизистой
  2. полипов желудка на широком основании
  3. дисплазии слизистой желудка
  4. эрозивного гастрита
  5. метаплазии слизистой оболочки желудка
17. Ведущими механизмами ульцерогенеза являются
1. моторно-эвакуаторные нарушения
  2. действие кислотно-пептического фактора
  3. состояние защитного слизистого барьера
  4. обратная диффузия ионов водорода
  5. всё перечисленное
18. Для постбульбарной язвы характерно
1. боли через 3-4 часа после еды
  2. боли с иррадиацией в левое и/или правое подреберье
  3. "пульсирующие" боли
  4. кровотечения
  5. все перечисленное
19. Подтвердить пенетрацию язвы могут все перечисленные симптомы, кроме
1. появления ночных болей
  2. уменьшения ответной реакции на антисекреторную и антацидную терапию
  3. появления болей в спине
  4. усиления болей
  5. изменения характерного ритма язвенных болей
20. У больного, длительно страдающего язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, в последнее время изменилась клиническая картина: появилась тяжесть после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, потеря веса.
- Можно думать о следующем осложнении
1. органическом стенозе пилородуоденальной зоны
  2. функциональном стенозе

3. малигнизации язвы
  4. пенетрации язвы
  5. перфорации язвы
21. Медикаментозные язвы вызываются следующими лекарственными препаратами
1. кортикостероидами
  2. ацетилсалициловой кислотой
  3. индометацином
  4. резерпином
  5. всеми перечисленными
22. Рефлюкс-эзофагит возникает вследствие заброса в пищевод
1. желудочного сока
  2. желчи
  3. кишечного содержимого
  4. верно 1) и 2)
  5. верно 1), 2), 3)
23. К функциональным постгастрорезекционным расстройствам относятся
1. демпинг-синдром
  2. гипогликемический синдром
  3. постгастрорезекционная дистрофия
  4. функциональный синдром приводящей петли
  5. все перечисленные
24. Основными методами диагностики демпинг-синдрома являются
1. рентгеноскопия
  2. гастроскопия
  3. определение уровня серотонина в крови
  4. верно 1) и 2)
  5. верно 1) и 3)
25. Основными методами диагностики дуоденостаза являются
1. рентгеноскопия
  2. гастроскопия
  3. баллонный метод исследования моторики
  4. верно 1), 2), 3)
  5. верно 1) и 3)
26. Перед выполнением уреазного теста антибиотики не должны применяться
1. в течении 48 часов
  2. в течении 72 часов
  3. в течении 1 недели
  4. в течении 2 недель
  5. в течении 4 недель
27. Перед выполнением уреазного теста антациды не должны применяться

1. в течении 48 часов
  2. в течении 72 часов
  3. в течении 1 недели
  4. в течении 2 недель
  5. в течении 4 недель
28. Перед выполнением уреазного теста ингибиторы протонной помпы не должны применяться
1. в течении 48 часов
  2. в течении 72 часов
  3. в течении 1 недели
  4. в течении 2 недель
  5. в течении 4 недель
29. Изолированное снижение уровня гастрина-17 в крови наблюдается при
1. язвенной болезни желудка с локализацией язв в теле или дне желудка
  2. язвенной болезни желудка с локализацией язв в антральном отделе
  3. язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
  4. атрофии слизистой оболочки тела и дна желудка
  5. атрофии слизистой оболочки антрального отдела желудка
30. Какие группы препаратов не рекомендуется использовать в лечении функциональной диспепсии в форме постпрандиального дистресс-синдрома
1. ингибиторы протонной помпы
  2. антациды
  3. спазмолитики и прокинетики
  4. антидепрессанты
  5. антибиотики
31. Важнейшими факторами патогенеза функциональной диспепсии является
1. расстройства двигательной функции желудка и двенадцатиперстной кишки
  2. избыточная кислотная продукция слизистой оболочкой желудка
  3. расстройства взаимодействия по оси головной мозг-органы желудочно-кишечного тракта
  4. верно всё вышеперечисленное
  5. верно 1) и 3)
32. Какой из симптомов не может быть использован самостоятельно при постановке диагноза функциональной диспепсии
1. эпигастральная боль
  2. эпигастральное жжение
  3. чувство переполнения в эпигастрии, возникающее при приеме обычного количества пищи
  4. чувство быстрой насыщаемости, не дающее завершить прием пищи
  5. тошнота

33. К наследственным формам доброкачественных гипербилирубинемий относят
1. синдром Криглера - Найяра (Наджара)
  2. синдром Ротора
  3. синдром Дубина (Дабина) - Джонсона
  4. постгепатитную гипербилирубинемия Калька
  5. верно а), б), в)
34. Повышение содержания неконъюгированного (несвязанного, свободного) билирубина в сыворотке крови характерно для всех перечисленных заболеваний, кроме
1. гемолитической анемии
  2. функциональной гипербилирубинемии Жильбера
  3. синдрома Криглера - Найяра (Наджара)
  4. хронического активного гепатита
  5. талассемии
35. Активность аланиновой трансаминазы в крови повышается при всех перечисленных заболеваниях, кроме
1. хронического активного гепатита
  2. активного цирроза печени
  3. инфаркта миокарда
  4. жирового гепатоза
  5. хронического холестатического гепатита
36. Гипоальбуминемия характерна
1. для цирроза печени
  2. для острой атрофии печени
  3. для гепатомы
  4. для хронического персистирующего гепатита
  5. верно а) и б)
37. В диагностике холестатического синдрома имеют значение все перечисленные показатели, кроме
1. повышения активности щелочной фосфатазы крови
  2. повышения прямого (связанного) билирубина крови
  3. повышения холестерина
  4. повышения активности g-глутамилтранспептидазы
  5. повышения непрямого (свободного) билирубина крови
38. Лабораторным показателем, характеризующим синдром Жильбера, является
1. увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина
  2. билирубинурия
  3. увеличение активности трансаминаз
  4. ретикулоцитоз
  5. гипоальбуминемия

39. Клиническими проявлениями длительно существующего холестаза при хронических болезнях печени являются все перечисленные, кроме
1. желтухи
  2. кожного зуда
  3. ксантелазм
  4. увеличенной печени с бугристой поверхностью
  5. высокого уровня активности щелочной фосфатазы сыворотки крови
40. При хроническом гепатите и циррозе печени с синдромом гиперспленизма прогностически опасными являются
1. снижение содержания эритроцитов
  2. снижение содержания тромбоцитов до  $50-30 \times 10^9/\text{л}$
  3. лейкопения
  4. отсутствие эффекта при суточной дозе преднизолона 15-20 мг
  5. ничего из перечисленного
41. Из хронических заболеваний печени классическим показанием для иммуносупрессивной терапии является
1. вторичный билиарный цирроз
  2. хронический вирусный гепатит
  3. хронический аутоиммунный гепатит
  4. первичный склерозирующий холангит
  5. верно 3) и 4)
42. При избыточном употреблении алкоголя возможными механизмами жировой дистрофии печени являются
1. повышенная мобилизация жирных кислот из жировой ткани
  2. увеличение синтеза жирных кислот в печени
  3. уменьшение выделения жиров печенью
  4. все перечисленные
  5. ничего из перечисленного
43. Для цирроза печени не характерны следующие морфологические изменения
1. некроз
  2. фиброз
  3. жировая дистрофия гепатоцитов
  4. регенерация
  5. перестройка архитектоники печени
44. Для лечения хронической печеночной энцефалопатии рекомендуется
1. лактулоза
  2. орнитетил, гепа-мерц,
  3. антибиотики для деконтаминации ЖКТ
  4. диета с низким содержанием белка
  5. все перечисленное
45. Ранними серологическими маркерами вирусного гепатита В являются
1. HBsAg, anti-HBe антитела суммарные

2. HBeAg, anti-HBc антитела класса IgM
  3. Anti-HBs антитела класса IgM и anti-HBc антитела класса IgM
  4. HBsAg, anti-HBc антитела суммарные
  5. Anti-HBs антитела класса IgG и anti-HBc антитела класса IgG
46. Гепатотоксичными дозами алкоголя считаются
1. 30 г. чистого этанола в сутки для мужчин и 10 г. для женщин
  2. 30 г. чистого этанола в сутки для мужчин и 20 г. для женщин
  3. 50 г. чистого этанола в сутки для мужчин и 25 г. для женщин
  4. 40-80 г. чистого этанола в сутки для мужчин и более 20 г. для женщин
  5. 70 г. чистого этанола в сутки для мужчин и 30 г. для женщин
47. Какой гепатопротектор предпочтительнее применять при лечении больных компенсированным и субкомпенсированным циррозом печени алкогольной этиологии
1. эссенциальные фосфолипиды
  2. адеметионин
  3. урсодезоксихолевую кислоту
  4. силимарин
  5. глицеризиновую кислоту
48. Укажите серологические изменения, характерные для аутоиммунного гепатита 1 типа
1. антинуклеарные антитела
  2. антитела к цитоплазме нейтрофилов
  3. антигладкомышечные антитела
  4. антимитохондриальные антитела
  5. верно 1) и 3)
49. Какой титр антимитохондриальных антител является диагностическим при первичном билиарном циррозе печени
1. титр  $\geq 1:16$
  2. титр  $\geq 1:32$
  3. титр  $\geq 1:20$
  4. титр  $\geq 1:40$
  5. титр  $\geq 1:80$
50. Спонтанный бактериальный перитонит у больных с циррозом печени, при отсутствии внутриабдоминального очага инфицирования, диагностируется при выявлении в асцитической жидкости
1. нейтрофилов более  $250 \times 10^3$  клеток в литре
  2. нейтрофилов более  $250 \times 10^6$  клеток в литре
  3. нейтрофилов более  $250 \times 10^3$  клеток в миллилитре
  4. лимфоцитов более  $250 \times 10^6$  клеток в литре
  5. лимфоцитов более  $250 \times 10^3$  клеток в литре
51. Какой из указанных признаков свидетельствует в пользу портальной гипертензионной природы асцита
1. наличие варикозного расширения вен пищевода II-III степени

2. наличие декомпенсированного цирроза печени
  3. уровень альбумина в сыворотке крови менее 10 г/л
  4. значение сывороточно-асцитического градиента альбумина (СААГ) 1,1 г/дл и более
  5. верно 2) и 3)
52. Укажите стартовую дозу преднизолона при лечении аутоиммунных гепатитов
1. 1 мг/кг массы тела в сутки
  2. 1,5 мг/кг массы тела в сутки
  3. 1-1,5 мг/кг массы тела в сутки
  4. 60 мг/сут.
  5. 60-90 мг/сут.
53. Укажите дозу урсодезоксихолевой кислоты при лечении первичного склерозирующего холангита
1. 10-15 мг/кг массы тела в сутки
  2. 8-10 мг/кг массы тела в сутки
  3. 13-15 мг/кг массы тела в сутки
  4. 20-25 мг/кг массы тела в сутки
  5. до 10 мг/кг массы тела в сутки
54. Укажите препараты, рекомендованные для лечения первичного билиарного цирроза
1. урсодезоксихолевая кислота
  2. будесонид
  3. адеметионин
  4. верно 1) и 2)
  5. верно 1), 2), 3)
55. Желчный пузырь сокращается под влиянием
1. гастрина
  2. панкреатического сока
  3. холецистокинина
  4. секретина
  5. всех перечисленных факторов
56. Острому холециститу соответствует симптомокомплекс
1. желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокая активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина
  2. желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы
  3. желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-г-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
  4. желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз

5. желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз
57. Гипокинетическая форма дискинезии желчного пузыря характеризуется
1. ноющими болями в правом подреберье
  2. удлинением, расширением, замедленным опорожнением желчного пузыря, выявленных при рентгенологическом исследовании
  3. частым сочетанием с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и гастродуоденитом
  4. всем перечисленным
  5. верно 2) и 3)
58. Хронический холецистит может осложняться
1. холангитом
  2. холелитиазом
  3. водянкой желчного пузыря
  4. перитонитом
  5. всем перечисленным
59. При подозрении на хронический калькулезный холецистит с целью уточнения диагноза необходимо провести
1. дуоденальное зондирование
  2. внутривенную холецистографию
  3. обзорную рентгенографию органов брюшной полости
  4. ультразвуковое исследование
  5. верно 2) и 4)
60. Укажите основные патофизиологические механизмы развития дискинезий желчного пузыря и сфинктера Одди
1. висцеральная гиперчувствительность
  2. воспаление в стенке желчного пузыря
  3. нарушение моторики желчного пузыря и сфинктера Одди
  4. верно всё перечисленное
  5. верно 1) и 3)
61. Укажите основную причину развития дискинезии сфинктера Одди у больных, перенесших холецистэктомию
1. повышение объёмной нагрузки на общий желчный проток и сфинктер Одди
  2. повреждение невралжных путей регуляции тонуса сфинктера Одди в ходе операции
  3. оставление длинной культи пузырного протока в ходе операции
  4. висцеральная гиперчувствительность
  5. нарушение моторики желчного пузыря и сфинктера Одди
62. Максимальное сокращение желчного пузыря в норме происходит
1. через 30-40 мин. после приёма пищи
  2. через 40-60 мин. после приёма пищи
  3. через 60-120 мин. после приёма пищи

4. через 20-30 мин. после приёма пищи
  5. через 15-30 мин. после приёма пищи
63. Для исключения механической обструкции общего желчного протока и зоны сфинктера Одди необходимо выполнить
1. биохимическое исследование крови с определением уровней АСТ, АЛТ, ЛДГ
  2. биохимическое исследование крови с определением уровней щелочной фосфатазы, билирубинов общего, прямого, непрямого,  $\gamma$ -глутамилтранспептидазы
  3. ФЭГДС с осмотром зоны большого дуоденального соска
  4. магнитно-резонансную холангиопанкреатографию
  5. билиосцинтиграфию с  $^{99m}\text{Tc}$
64. Выберите показания для направления пациента ЖКБ на консультацию к хирургу
1. впервые обнаруженный при УЗИ асимптоматический конкремент в дне желчного пузыря 1,0 см в диаметре
  2. впервые обнаруженные при УЗИ группа конкрементов в желчном пузыре, занимающая до 1/3 его объёма, при отсутствии симптомов
  3. рецидивирующие приступы желчной колики и обнаруженные при УЗИ конкременты в желчном пузыре
  4. впервые обнаруженный при УЗИ асимптоматический конкремент в шейке желчного пузыря
  5. верно всё вышеперечисленное
65. Для дискинезии желчного пузыря и/или сфинктера Одди характерны перечисленные симптомы, кроме
1. приступы боли в правом верхнем квадранте живота
  2. тошнота
  3. рвота, не приносящая облегчения
  4. повышение температуры тела
  5. неустойчивый стул с периодическими запорами и поносами
66. Укажите дозу и режим приёма урсодезоксихолевой кислоты при литолитической терапии
1. 8-10 мг/кг массы тела в сутки, на ночь
  2. 10-15 мг/кг массы тела в сутки, на ночь
  3. 13-15 мг/кг массы тела в сутки в 2 приёма, после еды
  4. 20-25 мг/кг массы тела в сутки в 3 приёма, после еды
  5. до 10 мг/кг массы тела в сутки в 2 приёма после еды
67. Укажите основные причины образования холестериновых конкрементов
1. инфекция жёлчевыводящих путей
  2. увеличенный синтез холестерина печенью
  3. изменённое соотношение холестерина, фосфолипиды желчи, желчные кислоты

4. гемолиз
  5. верно 1) и 4)
68.  $\alpha$ -амилазу секретируют
1. околоушные слюнные железы
  2. поджелудочная железа
  3. кишечник
  4. верно 1) и 2)
  5. все перечисленное
69. При хроническом панкреатите в фазе выраженного обострения с синдромом "уклонения ферментов" принципы медикаментозной терапии включают назначение
1. ингибиторов протонной помпы или H<sub>2</sub>-блокаторов
  2. ферментных препаратов
  3. ингибиторов протеаз/антиферментных препаратов
  4. алмагеля в больших количествах
  5. верно 1) и 3)
70. В терапии хронического панкреатита ингибиторы протонной помпы используют с целью
1. создания функционального покоя поджелудочной железы
  2. купирования болевого синдрома
  3. лечения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы
  4. профилактики и лечения реактивных эрозивно-язвенных поражений гастро-дуоденальной зоны
  5. верно всё перечисленное
71. Основу консервативного лечения хронического панкреатита составляет использование
1. препаратов панкреатина
  2. ненаркотических анальгетиков
  3. спазмолитиков
  4. ингибиторов протонной помпы
  5. глюкокортикостероидов
72. Диагноз «хронический панкреатит» может быть установлен через
1. 3 месяца после начала заболевания
  2. 6 месяцев после начала заболевания
  3. 9 месяцев после начала заболевания
  4. 12 месяцев после начала заболевания
  5. длительность течения заболевания при постановке диагноза не рассматривается
73. Роль какого из перечисленных факторов, приводящих к развитию хронического панкреатита, в настоящее время не доказана
1. алкоголь
  2. курение
  3. диетические погрешности

4. наследственные факторы
  5. иммунологические факторы
74. Укажите, участие какого фактора в генезе обструктивного панкреатита не доказано
1. травма
  2. конкременты
  3. опухоли
  4. ложные кисты
  5. спазм сфинктера Одди
75. Укажите на какой клинической стадии хронического панкреатита развивается трофологическая недостаточность
1. I ст.
  2. II ст.
  3. III ст.
  4. IV ст.
  5. не развивается
76. При использовании УЗИ в качестве первичного метода скрининга, не являются сколько-нибудь надежными признаками хронического панкреатита
1. псевдокисты
  2. кальцификация и вирсунголитиаз
  3. диффузные изменения поджелудочной железы, ее характеристика её контура и изменение размеров
  4. выраженная дилатация главного панкреатического протока в сочетании с уплотнением его стенок
  5. показатели осложнений хронического панкреатита (псевдокисты, расширение общего желчного протока, воротной и селезеночной вен)
77. При недостаточной эффективности заместительной терапии панкреатической экзокринной недостаточности препаратами панкреатина в начальных дозах следует
1. увеличить дозу панкреатина на основные приёмы пищи на 10000 ед. по липазе
  2. увеличить дозу панкреатина на основные приёмы пищи на 25000 ед. по липазе
  3. довести дозу панкреатина до 50000-80000 ед. по липазе на основные приёмы пищи и до 20000-50000 ед на промежуточные
  4. добавить ингибиторы протонной помпы в стандартных дозах
  5. верно 3) и 4)
78. Рацион больного с трофологической недостаточностью на фоне тяжёлой внешнесекреторной недостаточности функции поджелудочной железы должен
1. быть ограничен по содержанию жиров
  2. содержать повышенные количества белка и легкоусваиваемых углеводов

3. содержать повышенные количества белка и трудноперевариваемых углеводов
  4. не должен отличаться по составу и количеству от физиологического рациона здорового человека
  5. верно 1) и 2)
79. Какой из нижеуказанных факторов не является причиной белково-энергетической недостаточности у больных хроническим панкреатитом
1. ограничение количества принимаемой пищи
  2. мальабсорбция
  3. полигиповитаминоз жирорастворимых витаминов
  4. сахарный диабет
  5. нарушения перистальтики кишечника
80. Какой из показателей не используется для лабораторной оценки трофологического статуса больных сахарным диабетом
1. уровень ретинол-связывающего белка
  2. уровень витамина В<sub>12</sub>
  3. уровень гемоглобина
  4. уровень трансферрина
  5. уровень магния и цинка,
81. Укажите симптом, не являющийся проявлением стеатореи
1. неоформленный стул
  2. стул с жирным блеском
  3. присутствие полупереваренных фрагментов пищи в стуле
  4. зловонный стул
  5. полифекалия
82. К наследственным энзимопатиям относят
1. непереносимость лактазы
  2. глютеновую болезнь
  3. амилазную недостаточность
  4. дисахаридазную недостаточность
  5. все перечисленное
83. Значительное повышение уровня кальпротектина в кале свидетельствует о
1. злокачественной опухоли в тонком кишечнике
  2. злокачественной опухоли в толстом кишечнике
  3. воспалительном заболевании кишечника
  4. синдроме раздражённой кишки
  5. синдроме избыточного бактериального роста в кишечнике
84. Причинами синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке может быть
1. резкое изменение характера питания,
  2. замедление продвижения перевариваемой пищи по кишечнику,
  3. нарушение выделения пищеварительных соков,

4. подавление нормальной флоры приемом антибактериальных средств
  5. верно всё перечисленное
85. Для неспецифического язвенного колита характерно:
1. воспаление в пределах толстого кишечника при обязательном вовлечении в процесс терминальных его отделов
  2. сегментарный характер поражения кишечника с локализацией в любом его отделе
  3. наиболее частое вовлечение в воспалительный процесс илеоцекальной зоны
  4. наличие афтозного сопутствующего стоматита
  5. верно 2) и 3)
86. Характерным для неспецифического язвенного колита морфологическим проявлением является
1. наличие эрозий и плоских изъязвлений в пределах слизистой и подслизистого слоя
  2. наличие крипт-абсцессов
  3. наличие щелевидных глубоких язв
  4. псевдополипоз слизистой оболочки кишки
  5. верно 1), 2), 4)
87. Дивертикул Меккеля находится
1. в двенадцатиперстной кишке, за большим дуоденальным соском
  2. в тощей кишке, в 40 см после связки Трейца
  3. в подвздошной кишке на расстоянии 60-100 см от илеоцекального угла
  4. в слепой кишке тотчас после илеоцекального клапана
  5. на уровне селезёночного угла поперечной ободочной кишки
88. Какой из приведённых механизмов не участвует в патогенезе синдрома раздражённого кишечника
1. висцеральная гиперчувствительность
  2. нарушения моторики толстого кишечника
  3. неспецифическое воспаление в стенке кишки
  4. специфическое воспаление в стенке кишки
  5. изменения качественного и количественного состава кишечной микрофлоры
89. Что не соответствует критериям диагностики синдрома раздражённого кишечника
1. рецидивирующая боль в животе, возникающая по меньшей мере 1 раз в неделю
  2. рецидивирующая боль в животе, возникающая не менее 3 раз в месяц
  3. боль связана с дефекацией
  4. боль сочетается с изменением частоты дефекаций
  5. боль сочетается с изменением консистенции кала
90. Нормальную микрофлору тонкого кишечника характеризует наличие
1. лактобактерии

2. бифидобактерии
  3. клостридии
  4. E. Coli
  5. верно 2), 3), 4)
91. При глютеневой энтеропатии нельзя употреблять в пищу
1. ячмень
  2. рис
  3. кукурузу
  4. гречу
  5. верно 1) и 2)
92. Укажите антибактериальные препараты выбора для эмпирической терапии псевдомембранозного колита
1. ванкомицин
  2. меропинем
  3. метронидазол внутривенно
  4. верно всё вышеперечисленное
  5. верно 1) и 3)
93. Дивертикулёз ободочной кишки характеризуется
1. отсутствием клинических проявлений, связанных с наличием дивертикулов
  2. наличием болей в нижних отделах живота
  3. наличием нарушений стула
  4. наличием лихорадки
  5. верно 2), 3), 4)
94. FOB-тест кала может быть положительным
1. при микрокровотечениях из язвы двенадцатиперстной кишки или кишечника
  2. при микрокровотечениях из опухолей тонкого кишечника
  3. при микрокровотечениях из опухолей толстого кишечника
  4. при употреблении мяса в пищу
  5. при всем перечисленном
95. Значительное повышение  $\alpha$ -фетопротеина в крови специфично для
1. опухолей поджелудочной железы
  2. опухолей желудка
  3. гепатоцеллюлярной карциномы
  4. коло-ректального рака
  5. опухолей тонкой кишки
96. Активность трипсина в сыворотке крови повышается
1. при остром панкреатите
  2. при обострении хронического панкреатита
  3. при язвенной болезни
  4. при перитоните
  5. верно а) и б)

97. Для распознавания механической желтухи из перечисленных методов диагностики наибольшее значение имеет
1. пероральная холецистография
  2. внутривенная холеграфия
  3. сцинтиграфия печени
  4. ретроградная панкреатохолангиография
  5. прямая спленопортография
98. При псевдокоронарном (эзофагальном) синдроме боль купирует
1. нитроглицерин
  2. антациды
  3. транквилизаторы
  4. холинолитики
  5. спазмолитики
99. Неотложная терапия сверхтяжёлой атаки язвенного колита включает
1. применение преднизолона в дозе 125 мг в сутки внутривенно
  2. применение цитостатических иммунодепрессантов (азатиоприн или 6-меркаптопурин) в сочетании с высокими дозами ГКС с использованием различных путей введения
  3. применение преднизолона в дозе 75 мг в сутки внутривенно + гидрокортизон-ацетат 125 мг per rectum 1-2 раза в сутки
  4. немедленное начало генно-инженерной биологической терапии + высокие дозы ГКС с различными путями введения
  5. применение преднизолона в дозе 75 мг в сутки per os + гидрокортизон-ацетат 125 мг per rectum 1-2 раза в сутки
100. Важнейшим критерием острой печёночной недостаточности является
1. значение МНО  $> 1,5$
  2. значительно повышенный уровень трансаминаз
  3. наличие желтухи и гипербилирубинемия
  4. наличие печёночной энцефалопатии
  5. верно 1) и 4)
101. Основными методами диагностики ахалазии кардии являются
1. рентгенологический метод
  2. эзофагоскопия
  3. манометрия нижнего пищеводного сфинктера
  4. фармакологические пробы
  5. верно 1) и 2)
102. К ПАТОЛОГИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМАМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ, ОТНОСЯТСЯ
1. нарушения проходимости комка пищи
  2. растяжение грыжевого мешка
  3. гастро-эзофагеальный рефлюкс
  4. спазм пищевода

5. ничего из перечисленного
103. ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ЯВЛЯЮТСЯ
1. повторные кровотечения
  2. пептическая язва пищевода
  3. стриктура пищевода
  4. пищевод Барретта
  5. верно 1) и 3)
104. ВЫБЕРИТЕ ОПИСАНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ (СО) ПИЩЕВОДА, СООТВЕТСТВУЮЩИХ СТАДИИ В РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ПО ЛОС-АНДЖЕЛЕССКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ
1. ОДИН (ИЛИ БОЛЕЕ) УЧАСТОК ПОВРЕЖДЁННОЙ СО, КОТОРЫЙ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ НА СО МЕЖДУ ДВУМЯ (ИЛИ БОЛЕЕ) СКЛАДКАМИ, НО ЗАХВАТЫВАЕТ МЕНЕЕ 75% ОКРУЖНОСТИ ПИЩЕВОДА
  2. ОДИН (ИЛИ БОЛЕЕ) УЧАСТОК ПОВРЕЖДЁННОЙ СО, РАЗМЕРОМ БОЛЕЕ 5 ММ, КОТОРЫЙ НЕ ЗАХВАТЫВАЕТ СО МЕЖДУ СКЛАДКАМИ
  3. ОДИН (ИЛИ БОЛЕЕ) УЧАСТОК ПОВРЕЖДЁННОЙ СО, РАЗМЕРОМ ДО 5 ММ, КОТОРЫЙ НЕ ЗАХВАТЫВАЕТ СО МЕЖДУ СКЛАДКАМИ
  4. ОДИН (ИЛИ БОЛЕЕ) УЧАСТОК ПОВРЕЖДЁННОЙ СО, КОТОРЫЙ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ НА СО МЕЖДУ ДВУМЯ (ИЛИ БОЛЕЕ) СКЛАДКАМИ, НО ЗАХВАТЫВАЕТ МЕНЕЕ 50% ОКРУЖНОСТИ ПИЩЕВОДА
  5. ОДИН (ИЛИ БОЛЕЕ) УЧАСТОК ПОВРЕЖДЁННОЙ СО, КОТОРЫЙ ЗАХВАТЫВАЕТ БОЛЕЕ 75% ОКРУЖНОСТИ ПИЩЕВОДА
105. С ЦЕЛЬЮ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА НЕЭРОЗИВНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ИЗЖОГИ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ
1. эзофагогастроуденоскопию с использованием высокотехнологичных методов (увеличение с высоким разрешением, узкоспектральная эндоскопия)
  2. рентгенологическое исследование пищевода и желудка с пробами на наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
  3. тест с ингибиторами протоновой помпы
  4. интрагастральную рН-метрию
  5. всё перечисленное
106. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ ПАТОГЕНЕЗА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. воздействие соляной кислоты на слизистую оболочку пищевода
  2. деструктуризация нижнего пищеводного сфинктера
  3. недостаточность нижнего пищеводного сфинктера
  4. патологически высокая частота и/или длительность забросов желудочного содержимого в пищевод
  5. избыточная кислотная продукция в желудке
107. СРЕДИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЭРБ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ

1. частота возникновения и длительность существования симптомов, в частности изжоги, и наличие ночных рефлюксов
2. выраженность эрозивного эзофагита и частота его рецидивов
3. ожирение
4. верно всё перечисленное
5. верно 1) и 2)

108. При наличии единичных эрозий в пищеводе ингибиторы протонной помпы назначаются на

1. 4 недели в стандартной дозе
2. 4-8 недель в стандартной дозе
3. 4 недели в удвоенной дозе
4. 8 недель в половинной дозе
5. 4 недели в стандартной дозе и ещё 12 недель в половинной дозе

109. Диспансерное наблюдение больных с гастро-эзофагеальной рефлюксной болезнью осуществляется

1. 5 лет с момента последнего обострения, с кратностью осмотров 1 раз в 6 мес. и консультацией гастроэнтеролога 1 раз в 12 мес.
2. 5 лет с момента последнего обострения, с кратностью осмотров гастроэнтерологом 1 раз в 6 мес.
3. 3 года с момента последнего обострения, с кратностью осмотров 1 раз в 6 мес. и консультацией гастроэнтеролога 1 раз в 12 мес.
4. 3 года с момента последнего обострения, с кратностью осмотров гастроэнтерологом 1 раз в 6 мес.
5. 3 года с момента последнего обострения, с кратностью осмотров гастроэнтерологом 1 раз в 12 мес.

110. Больному с пищеводом Баррета (ПБ), при сохранении дисплазии низкой степени после трёх месяцев лечения стандартными дозами ИПП необходимо

1. рассмотреть вопрос о хирургическом лечении ПБ
2. рассмотреть вопрос о проведении антирефлюксного оперативного лечения
3. продолжить постоянный прием ИПП в удвоенной дозе и провести гистологическое исследование через 3 и 6 мес, а затем ежегодно
4. продолжить постоянный прием ИПП в полной дозе и проводить гистологическое исследование через 3 мес., а затем каждые 6 мес.
5. продолжить постоянный прием ИПП в полной дозе и провести гистологическое исследование через 3 и 6 мес, а затем ежегодно.

111. Выберите описание изменений слизистой оболочки (СО) пищевода, соответствующих стадии 4 рефлюкс-эзофагита по классификации M. Savary и G. Miller (1978)

1. один (или более) участок поврежденной СО, который распространяется на СО между двумя (или более) складками, но захватывает менее 75% окружности пищевода

2. ОДИН (ИЛИ БОЛЕЕ) УЧАСТОК ПОВРЕЖДЁННОЙ СО, РАЗМЕРОМ БОЛЕЕ 5 ММ, КОТОРЫЙ НЕ ЗАХВАТЫВАЕТ СО МЕЖДУ СКЛАДКАМИ
  3. ОДИН (ИЛИ БОЛЕЕ) УЧАСТОК ПОВРЕЖДЁННОЙ СО, РАЗМЕРОМ ДО 5 ММ, КОТОРЫЙ НЕ ЗАХВАТЫВАЕТ СО МЕЖДУ СКЛАДКАМИ
  4. ОДИН (ИЛИ БОЛЕЕ) УЧАСТОК ПОВРЕЖДЁННОЙ СО, КОТОРЫЙ ЗАХВАТЫВАЕТ БОЛЕЕ 75% ОКРУЖНОСТИ ПИЩЕВОДА
  5. НАЛИЧИЕ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА, ЯЗВЫ ПИЩЕВОДА И КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЯЗВ ПИЩЕВОДА, ПИЩЕВОД БАРРЕТА
112. Для дискинезии пищевода характерно
1. нарушение глотания твёрдой пищи
  2. нарушение глотания жидкой пищи
  3. боль при глотании пищи
  4. верно всё вышеперечисленное
  5. верно 1) и 2)
113. Главные клетки слизистой оболочки желудка вырабатывают
1. пепсиноген
  2. химозин
  3. соляную кислоту
  4. верно 1) и 2)
  5. верно все перечисленное
114. Добавочные клетки слизистой оболочки желудка секретируют
1. муцин
  2. бикарбонаты
  3. гастрин
  4. секретин
  5. внутренний фактор Касла
115. Эндокринные клетки пилорических желез желудка секретируют
1. секретин
  2. кейлоны
  3. гастрин
  4. бомбезин
  5. все перечисленное
116. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, относятся
1. анализ желудочного сока
  2. рентгеноскопия желудка
  3. гастроскопия
  4. морфологическое исследование слизистой оболочки желудка
  5. верно 3) и 4)
117. Профилактика гастрита и рака желудка основана
1. на правильном режиме и характере питания
  2. на устранении профессиональных вредностей

3. на отказе от алкоголя
  4. на лечении инфекции *H. pylori*
  5. на всем перечисленном
118. ИНФЕКЦИЯ ХЕЛИКОБАКТЕР ПИЛОРИ СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ
1. язвы антрального отдела желудка
  2. язвы луковицы двенадцатиперстной кишки
  3. язвы кардиального отдела и дна желудка
  4. верно 1) и 2)
  5. язвы всех перечисленных отделов
119. ДОСТОВЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ЯВЛЯЕТСЯ
1. рвота желчью
  2. урчание в животе
  3. резонанс под пространством Траубе
  4. шум плеска через 3-4 часа после приема пищи
  5. видимая перистальтика
120. ПРИ ПЕНЕТРАЦИИ ЯЗВЫ В ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ
1. активность амилазы
  2. активность липазы
  3. уровень глюкозы
  4. активность щелочной фосфатазы
  5. ничего из перечисленного
121. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО АДЕКВАТНОГО КУРСА ПРОТИВОЯЗВЕННОЙ ТЕРАПИИ НПВП-АССОЦИИРОВАННАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА ЗАРУБЦЕВАЛАСЬ. ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНОГО ВКЛЮЧАЮТ
1. прекращение лечения
  2. продолжение поддерживающей терапии в течение трех месяцев с назначением в последующем курсов противорецидивной терапии осенью и весной
  3. продолжение поддерживающей терапии в течение шести месяцев
  4. продолжение поддерживающей терапии в течении всего периода применения НПВП.
  5. направление больного на санаторно-курортное лечение
122. У БОЛЬНОГО С ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ ИЗМЕНИЛАСЬ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗАБОЛЕВАНИЯ: ИСЧЕЗЛА ИЗЖОГА И РЕГУРГИТАЦИЯ, ПОЯВИЛАСЬ ДИСФАГИЯ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПЛОТНОЙ ПИЩИ, ПРОПАЛ АППЕТИТ, БОЛЬНОЙ СТАЛ ТЕРЯТЬ В ВЕСЕ. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА У ДАННОГО БОЛЬНОГО НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРОВЕСТИ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, КРОМЕ
1. анализа кала на скрытую кровь
  2. исследования желудочной секреции
  3. рентгеноскопии и рентгенографии пищевода

4. эзофагогастроскопии
  5. цитологического исследования эксфолиативного
123. При РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
1. вяжущие и обволакивающие средства
  2. прокинетики
  3. подъем головного конца кровати
  4. ингибиторы протонной помпы
  5. все перечисленное
124. К ОРГАНИЧЕСКИМ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫМ РАССТРОЙСТВАМ ОТНОСЯТСЯ
1. синдром приводящей петли
  2. деформация и сужение анастомоза
  3. острый (хронический) холецистопанкреатит
  4. пептическая язва культи желудка или анастомоза
  5. все перечисленные
125. Для клинической картины дуоденостаза ХАРАКТЕРНО
1. постоянные боли в пилородуоденальной зоне
  2. иррадиация боли в правое и левое подреберья
  3. тошнота и повторяющаяся рвота
  4. верно 1), 3)
  5. верно всё перечисленное
126. Причиной ложноотрицательного уреазного теста МОЖЕТ БЫТЬ
1. приём антибиотиков
  2. приём препаратов висмута
  3. приём ингибиторов протонной помпы
  4. верно всё перечисленное
  5. верно 1) и 2)
127. Перед выполнением уреазного теста антибиотики НЕ ДОЛЖНЫ ПРИМЕНЯТЬСЯ
1. в течении 48 часов
  2. в течении 72 часов
  3. в течении 1 недели
  4. в течении 2 недель
  5. в течении 4 недель
128. Перед выполнением уреазного теста препараты висмута НЕ ДОЛЖНЫ ПРИМЕНЯТЬСЯ
1. в течении 48 часов
  2. в течении 72 часов
  3. в течении 1 недели
  4. в течении 2 недель
  5. в течении 4 недель

129. СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ПЕПСИНОГЕНА-I И ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ГАСТРИНА-17 В КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1. язвенной болезни желудка с локализацией язв в теле или дне желудка
2. язвенной болезни желудка с локализацией язв в антральном отделе
3. язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
4. атрофии слизистой оболочки тела и дна желудка
5. атрофии слизистой оболочки антрального отдела желудка

130. КАКИЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ В ФОРМЕ СИНДРОМА ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ БОЛИ

1. ингибиторы протонной помпы
2. антациды
3. спазмолитики и прокинетики
4. антидепрессанты
5. антибиотики

131. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЕПСИИ СЧИТАЮТСЯ СВЯЗАННЫМИ С ИНФЕКЦИЕЙ *H. PYLORI* (HP) В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ

1. исчезают после эрадикации HP
2. исчезают после эрадикации HP вместе с морфологическими проявлениями гастрита
3. исчезают после эрадикации HP через 3-6 мес.
4. исчезают после эрадикации HP через 6-12 мес
5. исчезают после эрадикации HP через 12 мес. и более

132. КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОЗА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ В ФОРМЕ ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ БОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. боль (как минимум средней интенсивности) и эпигастральное жжение, беспокоящие больного не менее 1 раза в неделю
2. боль (как минимум средней интенсивности) и эпигастральное жжение, беспокоящие больного не менее 3 раз в месяц
3. боль не генерализованная, имеет четкую эпигастральную локализацию, не изменяется после дефекации и отхождения газов, не наблюдается признаков нарушения функции желчного пузыря и сфинктера Одди
4. верно 1) и 3)
5. верно 2) и 3)

133. КОНЬЮГИРОВАННЫЙ (СВЯЗАННЫЙ) БИЛИРУБИН ОБРАЗУЕТСЯ В КЛЕТКАХ ПЕЧЕНИ

С ПОМОЩЬЮ ФЕРМЕНТА

1. глюкуронилтрансферазы
2. лейцинаминопептидазы
3. кислой фосфатазы
4. нуклеотидазы
5. все перечисленное неверно

134. ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ АЛАНИНОВОЙ ТРАНСАМИНАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ СОСТОЯНИЯМИ, КРОМЕ

1. некроза гепатоцитов любой этиологии
2. заболевания почек
3. травмы скелетных мышц
4. инфаркта миокарда

135. УВЕЛИЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ НАБЛЮДАЕТСЯ

1. при внутрипеченочном холестазах
2. при вирусном гепатите
3. при первичном раке печени
4. при гемолитической анемии
5. верно а) и в)

136. ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫЙ ХОЛЕСТАЗ ХАРАКТЕРИЗУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, КРОМЕ

1. увеличения в сыворотке крови неконъюгированного (свободного) билирубина
2. билирубинурии
3. увеличения в крови активности щелочной фосфатазы
4. гиперхолестеринемии
5. появления желчных кислот в моче

137. В ЭТИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ВАЖНОЕ МЕСТО ЗАНИМАЮТ

1. инфекционные факторы
2. токсические факторы (в том числе алкоголизм)
3. аутоиммунные механизмы
4. метаболические нарушения
5. все перечисленные факторы

138. УРОВЕНЬ КОНЪЮГИРОВАННОГО (СВЯЗАННОГО) БИЛИРУБИНА В КРОВИ НЕ ВОЗРАСТАЕТ

1. при синдроме Ротора
2. при синдроме Дабина - Джонсона
3. при гемолитической желтухе
4. при хроническом активном гепатите
5. при первичном билиарном циррозе печени

139. ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, ГИПЕРГЛИКЕМИЯ, ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ, ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЖЕЛЕЗА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ

1. для хронического гепатита вирусной этиологии
2. для гемохроматоза
3. для цирроза печени
4. для гиперфункции надпочечников

140. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА ПРИМЕНЯЮТСЯ

1. далагил
2. кортикостероиды

3. препараты эссенциальных фосфолипидов
  4. верно 1) и 2)
  5. верно 2) и 3)
141. ГЛАВНЫМ МЕСТОМ МЕТАБОЛИЗМА АЛКОГОЛЯ В ОРГАНИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1. жировая ткань
  2. почки
  3. печень
  4. головной мозг
  5. мышцы
142. ХРОНИЧЕСКАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИВОДИТ
1. к жировой дистрофии
  2. к хроническому персистирующему и активному гепатиту
  3. к циррозу печени
  4. ко всему перечисленному
  5. верно 2) и 3)
143. СИСТЕМАТИЧЕСКОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ КАКИХ ДОЗ АЛКОГОЛЯ ДЕЛАЕТ МАЛОВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ
1. 40 г/сут. для мужчин и 20 г/сут. для женщин
  2. 30 г/сут. для мужчин и 10 г/сут. для женщин
  3. 70 г/нед. для мужчин и 35 г/нед. для женщин
  4. 160 г/нед. для мужчин и 70 г/нед. для женщин
  5. 50 г/сут. для мужчин и 20 г/сут. для женщин
144. ПЕРВИЧНОМУ БИЛИАРНОМУ ЦИРРОЗУ СООТВЕТСТВУЕТ СИМПТОМОКОМПЛЕКС
1. желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокая активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина
  2. желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы
  3. желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-g-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
  4. желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз
  5. желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз
145. ПРИЧИНОЙ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ ГЕПАТОЦИТОВ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ
1. вирусный гепатит В
  2. беременность
  3. сахарный диабет
  4. лечение кортикостероидами
  5. голодание
146. УРОБИЛИНОГЕН ОБРАЗУЕТСЯ
1. в кишечнике

2. в почках
  3. в печени
  4. в костном мозге
  5. верно а) и б)
147. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТСЯ
1. женский пол
  2. ожирение и избыточная масса тела
  3. генетический полиморфизм ферментов алкогольдегидрогеназы, ацетальдегиддегидрогеназы
  4. верно всё перечисленное
  5. верно 1) и 3)
148. КАКОЙ СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ МАРКЕР ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ
1. антинуклеарные антитела
  2. ревматоидный фактор
  3. антитела к цитоплазме нейтрофилов
  4. антигладкомышечные антитела
  5. антимитохондриальные антитела
149. УКАЖИТЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА 2 ТИПА
1. антитела к микросомам печени и почек 1 типа
  2. антинуклеарные антитела
  3. антитела к микросомам печени и почек 3 типа
  4. антигладкомышечные антитела
  5. верно 1) и 3)
150. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ
1. выявление повышенного уровня щелочной фосфатазы
  2. выявление диагностических титров перинуклеарных антинейтрофильных антител (p-ANCA)
  3. выявление диагностических титров антинуклеарных антител
  4. выявление диагностических титров антигладкомышечных антител
  5. выявление характерных изменений при ЭРХПГ/МЭРХПГ
151. ПОЯВЛЕНИЕ БОЛЬШОГО (БОЛЕЕ 50 000 КЛЕТОК/ММ<sup>3</sup>) КОЛИЧЕСТВА ЭРИТРОЦИТОВ В АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ АССОЦИИРУЕТСЯ
1. с желудочно-кишечным кровотечением
  2. с тромбозом портальной вены
  3. с тромбозом печёночных вен
  4. с выраженной печёночно-клеточной недостаточностью и связанными расстройствами коагуляционного гемостаза
  5. с развитием гепатоцеллюлярной карциномы на фоне цирроза печени

152. УКАЖИТЕ ДОЗУ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

1. 10-15 мг/кг массы тела в сутки
2. 8-10 мг/кг массы тела в сутки
3. 13-15 мг/кг массы тела в сутки
4. 20-25 мг/кг массы тела в сутки
5. до 10 мг/кг массы тела в сутки

153. УКАЖИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ БОЛЬНОГО В ЛИСТ ОЖИДАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

1. Наличие необратимого заболевания печени с прогнозом жизни менее 12 месяцев
2. диагноз хронического заболевания печени, значительно снижающего качество жизни и трудоспособность пациента
3. прогрессирующее заболевание с ожидаемой продолжительностью жизни меньшей, чем в случае трансплантации,
4. терминальная стадия заболеваний печени, осложненных кровотечением из ВРВ пищевода/желудка, асцитом, гепато-ренальным синдромом, энцефалопатией, спонтанным бактериальным перитонитом
5. всё вышеперечисленное

154. ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. коликообразными или схваткообразными болями
2. болью, появляющейся через 1-2 часа после еды, обычно иррадиирующей в правую лопатку, ключицу, нередко - в поясницу и подложечную область
3. сокращением желчного пузыря и ускоренным его опорожнением, выявленными при рентгенологическом исследовании
4. всем перечисленным
5. ничем из перечисленного

155. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТАХ ВЫЗЫВАЕТСЯ

1. спазмом мускулатуры желчного пузыря
2. растяжением стенки желчного пузыря или протоков
3. повышением давления в желчевыводящей системе
4. верно 1) и 3)
5. всем перечисленным

156. ОСНОВНЫМИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ЗВЕНЬЯМИ ОБРАЗОВАНИЯ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЕ ЯВЛЯЮТСЯ

1. нарушение метаболизма холестерина, билирубина и лецитина
2. изменение рН желчи
3. холестаз
4. нарушения моторики билиарного тракта
5. все перечисленные

157. К ПРИЧИНАМ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТСЯ

1. ошибки предоперационной диагностики
2. технические дефекты операции
3. наличие осложнений
4. сопутствующие заболевания
5. все перечисленные

158. ОТСУТСТВИЕ ПОРЦИИ В ЖЕЛЧИ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОМ ЗОНДИРОВАНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

1. дисфункции желчного пузыря по гипотоническому типу
2. дисфункции желчного пузыря по гипертоническому типу
3. возникновении "отключенного" желчного пузыря в результате внедрения камня в область пузырного протока
4. наличия конкремента в области фатерова соска
5. спазме сфинктера Одди

159. В КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ ВОЗМОЖНА ЛИТОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТОЙ

1. РЕНТГЕННЕГАТИВНЫЙ КОНКРЕМЕНТ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ РАЗМЕРОМ ДО 1,5 СМ
2. ГРУППА РЕНТГЕННЕГАТИВНЫХ КОНКРЕМЕНТОВ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ РАЗМЕРОМ ДО 1,0 СМ, ЗАНИМАЮЩАЯ ДО 1/2 ОБЪЕМА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ
3. РЕНТГЕНПОЗИТИВНЫЙ КОНКРЕМЕНТ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ РАЗМЕРОМ ДО 1,5 СМ
4. РЕНТГЕННЕГАТИВНЫЙ КОНКРЕМЕНТ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ РАЗМЕРОМ ДО 2,5 СМ
5. РЕНТГЕННЕГАТИВНЫЙ КОНКРЕМЕНТ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ РАЗМЕРОМ ДО 1,5 СМ И СОХРАНЁННАЯ СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

160. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И/ИЛИ СФИНКТЕРА ОДДИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. увеличение размеров желчного пузыря натощак
2. эпизоды желтухи
3. приступы абдоминальной боли в правом подреберье
4. наличие «сладжа» желчи в желчном пузыре
5. приступы боли билиарного типа, сопровождающейся субфебрильным повышением температуры тела

161. УКАЖИТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И СФИНКТЕРА ОДДИ, КОТОРЫЕ МОГУТ СОПРОВОЖДАТЬ ПРИСТУП БИЛИАРНОЙ БОЛИ

1. желтуха
2. озноб и лихорадка
3. тошнота и рвота, не приносящая облегчения
4. диарея или запор
5. верно 3) и 4)

162. УКАЖИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ФРАКЦИИ СОКРАЩЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ УЗ-ХОЛЕЦИСТОГРАФИИ

1. 30-50%
2. 50%
3. 75-90%
4. 50-80%
5. 30-75%

163. Одним из критериев дискинезии желчного пузыря является снижение фракции опорожнения желчного пузыря при УЗ-холецистографии менее, чем на

1. 30%
2. 40%
3. 50%
4. 60%
5. 75%

164. Выберите показания для выполнения больному желчнокаменной болезнью плановой холецистэктомии

1. впервые обнаруженный при УЗИ асимптоматический конкремент в дне желчного пузыря 1,0 см в диаметре
2. впервые обнаруженные при УЗИ группа конкрементов в желчном пузыре, занимающая до 1/3 его объёма, при отсутствии симптомов
3. рецидивирующие приступы желчной колики и обнаруженные при УЗИ конкременты в желчном пузыре
4. впервые обнаруженный при УЗИ асимптоматический конкремент в шейке желчного пузыря
5. верно всё вышеперечисленное

165. Для лечения дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди урсодезоксихолевую кислоту следует назначать

1. в дозе 10 мг/кг массы тела в сутки в 2 приёма, после еды, курсом до 2 месяцев
2. в дозе 10-15 мг/кг массы тела в сутки в 2 приёма, после еды, курсом до 2 месяцев
3. в дозе 10 мг/кг массы тела в сутки в 2 приёма, за 20 мин. до еды, курсом до 2 месяцев
4. в дозе 10 мг/кг массы тела в сутки, на ночь, курсом до 2 месяцев
5. урсодезоксихолевая кислота противопоказана

166. Укажите основные причины образования холестериновых конкрементов

1. увеличенный синтез холестерина печенью
2. изменённое соотношение холестерина, фосфолипиды желчи, желчные кислоты
3. инфекция жёлчевыводящих путей
4. гемолиз
5. верно 1) и 2)

167. ДИЕТОТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ПРЕДПОЛАГАЕТ

1. ограничение легкоусваиваемых углеводов
2. ограничение жиров
3. ограничение белка
4. ограничение животных жиров с замещением их доли жирами растительного происхождения
5. верно 1) и 4)

168. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. развитие сахарного диабета
2. снижение функции внешней секреции
3. желтуха
4. повышение активности аминотрансфераз
5. гепатомегалия

169. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. повышением уровня  $\alpha$ -амилазы в крови
2. снижением уровня  $\alpha$ -амилазы в крови
3. снижением панкреатической эластатзы кала
4. повышением уровня глюкозы в крови
5. повышением уровня амилазы (диастазы) в моче

170. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ С ЯВЛЕНИЯМИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СЛЕДУЕТ

1. ограничить количество жиров в пище
2. исключить употребление алкоголя и курение
3. проводить адекватную заместительную терапию панкреатическими ферментами
4. верно 1), 2), 3)
5. верно 2) и 3)

171. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОБОСТРЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН

1. платифиллин
2. морфин
3. анальгин
4. новокаин
5. верно 1) и 4)

172. НАИБОЛЕЕ МОЩНЫМ ИНГИБИТОРОМ ЭКСКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. панкреатин
2. ингибиторы протонной помпы, назначенные per os
3. ингибиторы протонной помпы, назначенные внутривенно
4. октреотид

## 5. холинолитики

173. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

1. алкоголь
2. курение
3. диетические погрешности
4. наследственные факторы
5. иммунологические факторы

174. ВЫБЕРИТЕ ДОЗУ АЛКОГОЛЯ, ЕЖЕДНЕВНЫЙ ПРИЁМ КОТОРОЙ, ЧАСТО ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

1. 30 мл/сут.
2. 30-60 мл/сут.
3. 30-50 мл/сут.
4. 50-60 мл/сут.
5. 60-80 мл/сут.

175. УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

1. абдоминальная боль
2. внешнесекреторная недостаточность
3. сахарный диабет
4. верно всё вышеперечисленное
5. верно 1) и 2).

176. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ СНИЖЕНИИ АКТИВНОСТИ ЖЕЛЕЗЫ БОЛЕЕ, ЧЕМ НА

1. 30 %
2. 50 %
3. 70 %
4. 75 %
5. 90 %

177. УКАЖИТЕ НАЧАЛЬНЫЕ ДОЗЫ ПАНКРЕАТИНА ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. 10000 ед. по липазе на каждый основной приём пищи
2. 10000-25000 ед. по липазе на каждый основной приём пищи
3. 25000 ед. по липазе на каждый основной приём пищи
4. 25000 ед. по липазе на каждый основной приём пищи и по 10000 ед. на промежуточные
5. 25000-40000 ед. по липазе на основные приёмы пищи и по 10000-25000 ед. на промежуточные

178. РАЦИОН БОЛЬНОГО С ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ТЯЖЁЛОЙ, ДОЛЖЕН

1. быть ограничен по содержанию жиров

2. содержать повышенные количества белка и легкоусваиваемых углеводов
3. содержать повышенные количества белка и трудноперевариваемых углеводов
4. не должен отличаться по составу и количеству от физиологического рациона здорового человека
5. верно 1) и 2)

179. О ТЯЖЁЛОЙ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

1. снижение эластазы-1 кала менее 500 мкг/г
2. снижение эластазы-1 кала менее 200 мкг/г
3. снижение эластазы-1 кала менее 200 мг/г
4. выраженная трофологическая недостаточность, дефицит массы тела
5. верно 3) и 4)

180. ПРИ СОХРАНЕНИИ СИМПТОМОВ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, НЕ СМОТЯ НА ПРОВОДИМУЮ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ В МАКСИМАЛЬНЫХ ДОЗАХ, СЛЕДУЕТ

1. добавить непанкреатические ферментные препараты
2. добавить ингибиторы протонной помпы
3. ограничить количество жиров в пище
4. верно всё вышеперечисленное
5. верно 2) и 3)

181. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. потеря в весе
2. гипотрофия мышц
3. остеопороз
4. стеаторея
5. признаки гиповитаминоза

182. КОМПЛЕКС КИШЕЧНЫХ СИМПТОМОВ, ПРИЧИНОЙ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ НЕДОСТАТОЧНОЕ ПЕРЕВАРИВАНИЕ И ВСАСЫВАНИЕ ПИЩЕВЫХ ВЕЩЕСТВ НАЗЫВАЕТСЯ:

1. дистрофия
2. мальабсорбция
3. малассимиляция
4. мальдигестия
5. диспепсия

183. СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА В ТОНКОЙ КИШКЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ

1. болей в околопупочной области, не связанных с приёмом пищи и дефекацией
2. наличии более  $10^5$  микроорганизмов в 1 мл аспирата из тощей кишки

3. диарейного стула более, чем при 25 % дефекаций и плотного кала менее, чем при 25 % дефекаций
  4. появлении в тонкой кишке флоры, характерной для толстого кишечника
  5. верно 2) и 4)
184. В КРОВИ БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЮ КРОНА С ВЫСОКОЙ ЧАСТОТОЙ ВЫЯВЛЯЮТСЯ
1. антитела к *Saccharomyces cerevisiae* и антитела к цитоплазме нейтрофилов
  2. антигладкомышечные антитела и антитела к *Saccharomyces cerevisiae*
  3. антинуклеарные антитела и антитела к цитоплазме нейтрофилов
  4. антинуклеарные антитела и антитела к *Saccharomyces boulardii*
  5. антитела к *Saccharomyces boulardii* и антитела к цитоплазме нейтрофилов
185. Для БОЛЕЗНИ КРОНА ХАРАКТЕРНО:
1. воспаление в пределах толстого кишечника при обязательном вовлечении в процесс терминальных его отделов
  2. сегментарный характер поражения кишечника с локализацией в любом его отделе
  3. наиболее частое вовлечение в воспалительный процесс илеоцекальной зоны
  4. наличие афтозного сопутствующего стоматита
  5. верно 2) и 3)
186. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
1. наличие эрозий и плоских изъязвлений в пределах слизистой и подслизистого слоя
  2. наличие крипт-абсцессов
  3. наличие щелевидных глубоких язв
  4. псевдополипоз слизистой оболочки кишки
  5. верно 2) и 3)
187. УКАЖИТЕ ВЕДУЩИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ В РАЗВИТИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА
1. висцеральная гиперчувствительность и нарушения моторики толстого кишечника
  2. неспецифическое воспаление в стенке кишки
  3. специфическое воспаление в стенке кишки
  4. изменения качественного и количественного состава кишечной микрофлоры
  5. верно 1), 2), 4)
188. КАКОЕ ВЫСКАЗЫВАНИЕ СПРАВЕДЛИВО В ОТНОШЕНИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА (СРК)

1. СРК увеличивает риск развития воспалительных заболеваний кишечника
  2. СРК значительно влияет на качество жизни больных
  3. СРК увеличивает риск развития коло-ректального рака
  4. СРК увеличивает смертность
  5. верно 1) и 2)
189. КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕ ВХОДЯТ В ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МИНИМУМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА
1. общий анализ крови с определением СОЭ и общий анализ мочи
  2. определение уровня С-реактивного белка
  3. биохимическое исследование крови с определением уровней креатинина, общего белка, холестерина, АСТ, АЛТ, билирубинов общего и прямого, глюкозы
  4. общий анализ кала и тест на скрытую кровь
  5. определение антител IgA или IgG к тканевой трансглутаминазе,
190. НОРМАЛЬНУЮ МИКРОФЛОРУ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТ НАЛИЧИЕ
1. лактобактерии
  2. бифидобактерии
  3. клостридии
  4. E. Coli
  5. верно 2), 3), 4)
191. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА МАЛЬАССИМИЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. вздутие живота
  2. метеоризм
  3. диарея
  4. рвота
  5. абдоминальная боль
192. УКАЖИТЕ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА
1. Clostridium difficile
  2. Clostridium perfringens
  3. Clostridium Sordelii
  4. Clostridium Hystolyticum
  5. верно 1) и 4)
193. ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1. отсутствием клинических проявлений, связанных с наличием дивертикулов
  2. наличием болей в нижних отделах живота
  3. наличием нарушений стула
  4. наличием лихорадки
  5. верно 2), 3), 4)

194. ТМ2-ПИРУВАТКИНАЗА ЯВЛЯЕТСЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ

1. опухолей поджелудочной железы
2. опухолей желудка
3. гепатоцеллюлярной карциномы
4. коло-ректального рака
5. опухолей тонкой кишки

195. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ КАРБОАНТИГЕНА СА19-9 В КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1. РАКЕ ТОНКОГО И ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА
2. РАКЕ ЯИЧНИКОВ
3. РАКЕ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИЛИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ
4. РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
5. ВЕРНО ВСЁ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ

196. ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ УРОБИЛИНОГЕН В МОЧЕ

1. повышается
2. снижается
3. исчезает
4. не изменяется
5. верно б) и в)

197. СИМПТОМАМИ ПРОДОЛЖАЮЩЕГОСЯ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

1. УХУДШЕНИЕ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО
2. УХУДШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ
3. СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА
4. РВОТА "КОФЕЙНОЙ ГУЩЕЙ" ИЛИ СВЕЖЕЙ КРОВЬЮ
5. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ

198. НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЁЛОЙ АТАКИ ЛЕВОСТОРОННЕГО И ТОТАЛЬНОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ВКЛЮЧАЕТ

1. применение преднизолона в дозе 125 мг в сутки внутривенно
2. применение цитостатических иммунодепрессантов (азатиоприн или 6-меркаптопурин) в сочетании с высокими дозами ГКС с использованием различных путей введения
3. применение преднизолона в дозе 75 мг в сутки внутривенно + гидрокортизон-ацетат 125 мг per rectum 1-2 раза в сутки
4. немедленное начало генно-инженерной биологической терапии + высокие дозы ГКС с различными путями введения
5. применение преднизолона в дозе 75 мг в сутки per os + гидрокортизон-ацетат 125 мг per rectum 1-2 раза в сутки

199. НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕЧЁНОЧНОЙ КОМЫ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

1. КЛИЗМЫ С ЛАКТУЛОЗОЙ

2. ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ОРНИТИН-АСПАРТАТА
3. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ОГРАНИЧЕНИЕ БЕЛКОВОГО РАЦИОНА
4. ДЕКОНТАМИНАЦИЮ КИШЕЧНИКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ
5. ВЕРНО ВСЁ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ

200. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ ОСТРОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

1. ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ
2. ДИКЛОФЕНАК
3. ПАРАЦЕТАМОЛ
4. ЦИТОСТАТИЧЕСКИЕ ИММУНОДЕПРЕССАНТЫ
5. СРЕДСТВА ДЛЯ НАРКОЗА