

Тестовые задания  
для прохождения аттестационного тестирования специалистами  
по специальности гастроэнтерология

РЕДАКЦИЯ 2018

Наиболее характерным гистологическим признаком болезни Крона является:

- А абсцессы крипт
- Б истончение слизистой оболочки
- В уплощение поверхностного эпителия
- Г уменьшение количества бокаловидных клеток
- Д гранулёмы в стенке кишки и лимфатических узлах (или микрогранулемы)

Наиболее часто встречающимися внекишечными проявлениями болезни Крона и язвенного колита являются:

- А первично-склерозирующий холангит
- Б увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит
- В артралгии и артриты
- Г гангренозная пиодермия
- Д узловатая эритема

Внекишечными (системными) проявлениями язвенного колита, несвязанными с активностью заболевания являются:

- А артропатии (артралгии, артриты)
- Б поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия)
- В поражение слизистых (афтозный стоматит)
- Г поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит)
- Д первичный склерозирующий холангит

Препаратами первой линии при перианальной болезни Крона являются:

- А антибиотики
- Б генно-инженерные биологические препараты
- В иммуносупрессоры
- Г препараты 5-аминосалициловой кислоты

Фенотипическими вариантами болезни Крона являются все из нижеперечисленных, кроме:

- А стриктурирующей
- Б перианальной
- В ишемической
- Г воспалительной
- Д пенетрирующей

Критерием гормональной резистентности язвенного колита является:

- А возникновение рецидива болезни в течение 6 месяцев после окончания лечения глюкокортикостероидами
- Б возникновение рецидива болезни в течение 3 месяцев после окончания лечения глюкокортикостероидами
- В возникновение рецидива болезни в течение 12 месяцев после окончания лечения глюкокортикостероидами
- Г возникновение рецидива болезни в течение 9 месяцев после окончания лечения глюкокортикостероидами

Гормональная резистентность в случае тяжелой атаки язвенного колита устанавливается в случае:

- А отсутствия положительной динамики со стороны клинических и лабораторных показателей, несмотря на применение системных ГКС в течение более чем 3 дней
- Б отсутствия положительной динамики в течение более чем 7 дней
- В отсутствия положительной динамики в течение более чем 10 дней
- Г отсутствия положительной динамики в течение более чем 14 дней

На вероятность развития колоректального рака у больных язвенным колитом влияют следующие факторы, кроме:

- А длительного анамнеза язвенного колита
- Б протяженности поражения
- В наличия первичного склерозирующего холангита
- Г семейного анамнеза колоректального рака

Наиболее редким хирургическим осложнением болезни Крона является:

Д длительного приема месалазина

- А токсическая дилатация ободочной кишки
- Б стриктуры кишки
- В инфильтрат брюшной полости
- Г внутренние или наружные кишечные свищи
- Д неоплазии

В период беременности при лечении болезни Крона противопоказан прием:

- А азатиоприна
- Б месалазина
- В метотрексата
- Г цертолизумаба пэгола
- Д глюкокортикостероидов

Генно-инженерными биологическими препаратами, блокирующими ФНО- $\alpha$ , являются все, кроме:

- А инфликсимаба
- Б голимумаба
- В ведолизумаба
- Г адалимумаба
- Д цертолизумаба пэгола

Больные, получающие генно-инженерные биологические препараты, должны проходить обследование у фтизиатра не реже:

- А 1 раза в год
- Б 4-х раз в год
- В 2-х раз в год
- Г 3-х раз в год

По характеру течения язвенного колита выделяют следующие формы:

- А острое течение, хроническое непрерывное течение, хроническое рецидивирующее течение
- Б острое течение, хроническое течение
- В рецидивирующее течение, часто рецидивирующее течение

Препаратами для терапии обострения язвенного колита являются все, кроме:

- А препараты 5-АСК
- Б глюкокортикостероиды
- В виммуносупрессоры
- Г антибактериальные препараты  
генно-инженерные биологические
- Д препараты

Гормональная зависимость при терапии  
воспалительных заболеваний кишечника, это:

- А увеличение активности болезни,  
возникшее при уменьшении дозы гкс после  
достижения исходного улучшения в  
течение 1 месяца от начала лечения;  
*или* возникновение рецидива болезни в  
течение 1 месяца после окончания лечения  
гкс.
- Б увеличение активности болезни,  
возникшее при уменьшении дозы гкс после  
достижения исходного улучшения в  
течение 3 месяцев от начала лечения; *или*  
возникновение рецидива болезни в течение  
3 месяцев после окончания лечения гкс.
- В увеличение активности болезни,  
возникшее при уменьшении дозы гкс после  
достижения исходного улучшения в  
течение 6 месяцев от начала лечения;  
*или* возникновение рецидива болезни в  
течение 6 месяцев после окончания  
лечения гкс.
- Г увеличение активности болезни,  
возникшее при уменьшении дозы гкс после  
достижения исходного улучшения в  
течение 12 месяцев от начала лечения;  
*или* возникновение рецидива болезни в  
течение 12 месяцев после окончания  
лечения ГКС.

Суммарная продолжительность курса  
глюкокортикостероидов при обострении язвенного  
колита или болезни Крона не должна превышать:

- А 24 недели
- Б 8 недель
- В 12 недель
- Г 6 недель
- Д 26 недель

Препаратами, используемыми в качестве противорецидивной терапии послеоперационной болезни Крона являются все из нижеперечисленных, кроме:

- А препараты 5-АСК
- Б глюкокортикостероиды
- В иммуносупрессоры
- Г генно-инженерные биологические препараты

Показаниями к хирургическому лечению язвенного колита служат все из нижеперечисленных, кроме:

- А неэффективность консервативной терапии
- Б токсическая дилатация,
- В кишечное кровотечение
- Г рак толстой кишки
- Д высокая активность воспалительного процесса
- Е перфорация кишки

При выявлении стриктуры кишки при болезни Крона после первого курса глюкокортикостероидов в качестве следующего этапа лечения показано:

- А повторный курс консервативной (гормональной) терапии
- Б резекция пораженного участка кишки
- В назначение генно-инженерных биологических препаратов
- Г назначение иммуносупрессоров

Минимальный прием иммуносупрессоров при воспалительных заболеваниях кишечника для оценки терапевтического эффекта составляет:

- А 2 недели
- Б 1 месяц
- В 3 месяца
- Г 6 месяцев

Псевдомембранозный колит наиболее часто ассоциирован с:

- А *C. perfringens*
- Б *Clebsiella oxytoca*
- В *Staphylococcus aureus*
- Г *Salmonella* spp
- Д *C. Difficile*

К осложнениям псевдомембранозного колита относят все нижеперечисленные, кроме:

- А электролитные нарушения
- Б артериальная гипотония
- В дегидратация
- Г перфорация кишки
- Д токсический мегаколон
- Е неоплазии

Препаратом выбора при лечении псевдомембранозного колита является:

- А ванкомицин
- Б ципрофлоксацин
- В цефалоспорины
- Г аминогликозиды
- Д макролиды

Пик заболеваемости ВЗК приходится на возраст:

- А 20-30 лет
- Б 30-40 лет
- В 40-50 лет
- Г 50-60 лет

Какое из нижеприведенных положений является неверным:

- А фекальный кальпротектин является 100% специфичным маркером при воспалительных заболеваний кишечника
- Б фекальный кальпротектин является чувствительным маркером, применяемый в качестве способа мониторинга активности воспалительных заболеваний кишечника

Патогенез ВЗК включает взаимодействие основных компонентов, кроме:

- А окружающая среда
- Б микрофлора кишечника
- В состояние иммунной системы
- Г генетический компонент
- Д длительный и неконтролируемый прием антибиотиков

К развитию болезни Крона предрасполагают дефекты генов:

- А NOD2/CARD15

- Б RORC
- В REL
- Г DLD

К развитию язвенного колита предрасполагают дефекты генов:

- А NOD2/CARD15
- Б FCGR2A
- В SOCS1
- Г ICOSLG

Гиперкоагуляция при ВЗК связана со всеми перечисленными ниже факторами, кроме:

- А гипергомоцистеинемия
- Б снижение уровня протеина С
- В снижение уровня протеина S
- Г дефицита антитромбина III
- Д дефицита VIII фактора

Поражением печени ассоциированным с воспалительными заболеваниями кишечника являются все перечисленные ниже, кроме:

- А амилоидоз печени
- Б первичный билиарный цирроз
- В гранулематозный гепатит
- Г первичный склерозирующий холангит

Морфологическими признаками БК служат все перечисленные ниже, кроме:

- А глубокие щелевидные язвы, проникающие в подслизистую основу или мышечный слой
- Б саркоидные гранулемы
- В уменьшение числа бокаловидных клеток
- Г трансмуральная воспалительная инфильтрация с лимфоидной гиперплазией во всех слоях кишечной стенки поражение подвздошной кишки со структурными изменениями ворсин, мукоидной или е) псевдопилорической метаплазией крипт и хроническим активным воспалением

Препаратами, используемыми в качестве индукции ремиссии болезни Крона/язвенного колита являются все из нижеперечисленных, кроме:

- А препараты 5-АСК
- Б глюкокортикостероиды
- В иммуносупрессоры
- Г генно-инженерные биологические препараты

Генно-инженерными биологическими препаратами, используемыми в качестве терапии болезни Крона и язвенного колита с наличием внекишечных проявлений, являются все из нижеперечисленных, кроме:

- А инфликсимаба
- Б голиумаба
- В ведолизумаба
- Г адалимумаба
- Д цертолизумаба пэгола

Генно-инженерным биологическим препаратом выбора, используемым в качестве терапии болезни Крона и язвенного колита при неблагоприятном анамнезе по туберкулезу, является:

- А инфликсимаб
- Б голиумаб
- В цертолизумаба пэгол
- Г адалимумаб
- Д ведолизумаб

Какое из нижеприведенных положений является верным:

- А терапия генно-инженерными биологическими препаратами наиболее эффективна у био-наивных пациентов
- Б терапия генно-инженерными биологическими препаратами наиболее эффективна у пациентов, получавших в анамнезе один ингибитор ФНО- $\alpha$
- В терапия генно-инженерными биологическими препаратами наиболее эффективна у пациентов, получавших в анамнезе несколько ингибиторов ФНО- $\alpha$

При достижении ремиссии неоперированный больной язвенным колитом должен:

- А получать противорецидивную терапию 2 раза в год по 8 недель
- Б получать противорецидивную терапию в течение 1 года после достижения стойкой ремиссии



- В в противорецидивной терапии не  
нуждается  
оставаться на постоянной пожизненной  
Г поддерживающей  
(противорецидивной)терапии

«Золотым стандартом» диагностики болезни  
Крона является:

- А эндоскопическая оценка слизистой  
оболочки кишки  
Б клинические данные  
В гистологические данные  
«Золотого стандарта» диагностики болезни  
Крона не существует. Диагноз  
Г устанавливается на основании  
клинической оценки, лабораторных,  
эндоскопических, лучевых,  
гистологических данных  
лучевая диагностика (КТ-  
Д энтерография/МРТ)

Противорецидивная терапия левостороннего  
язвенного колита включает:

- А постоянный прием препаратов 5-  
аминосалициловой кислоты внутрь +  
месалазин в клизмах  
Б постоянный прием препаратов 5-  
аминосалициловой кислоты внутрь  
В постоянный прием препаратов месалазина  
в клизмах

При достижении ремиссии болезни Крона  
препаратами, используемыми в качестве  
противорецидивной терапии, являются все из  
нижеперечисленных, кроме:

- А препараты 5-АСК  
Б генно-инженерные биологические  
препараты  
В иммуносупрессоры  
Г глюкокортикостероиды

Генно-инженерным биологическим препаратом с  
наименьшей иммуногенностью является:

- А инфликсимаб  
Б цертолизумаба пэгол  
В адалимумаб

При язвенном колите-проктите легкой и среднетяжелой атаке препаратами выбора являются

- А суппозитории с месалазином
- Б микроклизмы с месалазином
- В препараты месалазина ММХ внутрь
- Г препараты месалазина внутрь

Эффективность инфликсимаба при гормонорезистентной тяжелой атаке язвенного колита уменьшается при наличии нижеприведенных факторов, кроме:

- А при наличии тотального поражения толстой кишки
- Б при гипоальбуминемии
- В при гипокальциемии
- Г при уровне гемоглобина менее 95 г/л при уровне С-реактивного белка более 10 мг/л на момент первого введения
- Д инфликсимаба

Риск колоректального рака у больных язвенным колитом возрастает через:

- А 5-10 лет от дебюта заболевания
- Б 6-8 лет от дебюта заболевания
- В 10-15 лет от дебюта заболевания
- Г 20 лет от дебюта заболевания

Резервуарит представляет собой:

- А неспецифическое воспаление тонкокишечного резервуара
- Б неспецифическое воспаление илеоанального резервуарного анастомоза
- В неспецифическое воспаление сохраненной прямой кишки

Основными препаратами, применяемыми для лечения резервуарита, рекомендованы нижеперечисленные, кроме:

- А метронидазола
- Б ципрофлоксацина
- В рифаксимины
- Г системных глюкокортикостероидов
- Д ректальных глюкокортикостероидов

Перианальные проявления развиваются у больных, страдающих болезнью Крона в:

- А в 26-54% случаев

- Б в 2-5% случаев
- В в 90 % случаев

Биопсия слизистой оболочки толстой кишки у больных язвенным колитом должна проводиться в следующих случаях, кроме:

- А при первичной постановке диагноза
- Б при сомнениях в правильности ранее выставленного диагноза
- В при длительном анамнезе ЯК (более 7-10 лет)
- Г у всех больных 1 раз в три года

Гистологически лимфоцитарный колит характеризуется диффузным увеличением числа межэпителиальных лимфоцитов:

- А 4,4–5,2 лимфоцита на 100 эпителиальных клеток слизистой оболочки толстой кишки
- Б > 24 на 100 эпителиальных клеток слизистой оболочки толстой кишки
- В > 50 на 100 эпителиальных клеток слизистой оболочки толстой кишки

Препаратом первой линии при лечении лимфоцитарного колита являются:

- А препараты месалазина
- Б топические глюкокортикостероиды
- В системные глюкокортикостероиды
- Г иммуносупрессоры

Целью терапии язвенного колита является достижение по шкале Мейо:

- А 1 балла
- Б 0-1 балла
- В 1-2 баллов

Основным лабораторным маркером регулярного мониторинга активности болезни Крона является:

- А уровень ферритина
- Б уровень С-реактивного белка
- В уровень иммуноглобулинов
- Г определение pANCA
- Д определение ASCA

Синдром раздраженного кишечника(СРК) относится к:

- А спаечной болезни
- Б язвенному колиту
- В функциональному заболеванию
- Г дивертикулярной болезни

Основной клинический признак синдрома раздраженного кишечника (согласно последним рекомендациям):

- А понос
- Б запор
- В боль в животе
- Г метеоризм

Как называются диагностические критерии синдрома раздраженного кишечника:

- А Парижские
- Б Европейские
- В Берлинские
- Г Римские

Клиническая классификация СРК основана на:

- А метеоризме
- Б частоте поноса
- В длительности запора
- Г изменении формы стула

Количество клинических форм синдрома раздраженного кишечника:

- А 5 форм
- Б 4 формы
- В 3 формы
- Г 2 формы

Изменения в клиническом анализе крови, характерные для синдрома раздраженного кишечника:

- А лейкоцитоз
- Б ускоренная СОЭ
- В снижение гемоглобина
- Г отсутствие изменений

Какое обследование показано при подозрении на постинфекционный синдром раздраженного кишечника:

- А общий анализ крови
- Б бактериологическое исследование кала

- В общий анализ кала
- Г биохимический анализ крови

Как часто проводится колоноскопия при синдроме раздраженного кишечника:

- А каждые 3 месяца
- Б каждые 6 месяцев
- В 1 раз в 2-3 года
- Г однократно

Изменения в копрограмме у больного синдромом раздраженного кишечника:

- А наличие скрытой крови
- Б примесь лейкоцитов
- В отсутствие изменений
- Г примесь эритроцитов

Метод выбора для диагностики избыточного бактериального роста в тонкой кишке:

- А посев кала
- Б посев кишечного содержимого
- В уреазный дыхательный тест
- Г дыхательный водородный тест

Основной метод исключения органической патологии толстой кишки

- А энтерография
- Б ректороманоскопия
- В ирригоскопия
- Г колонофиброскопия

Неинвазивный метод обследования толстой кишки

- А энтерография
- Б УЗИ органов брюшной полости
- В колоноскопия
- Г УЗИ кишечника

Этиология постинфекционного синдрома раздраженного кишечника:

- А заболевания центральной нервной системы
- Б оперативные вмешательства на брюшной полости
- В перенесенная ранее кишечная инфекция
- Г непереносимость глютена

Этиология синдрома раздраженного кишечника с соматоформными нарушениями:

- А пищевая аллергия
- Б кишечные инфекции
- В стресс
- Г лактазная недостаточность

Основные клинические симптомы больных синдромом раздраженного кишечника:

- А боли в животе, связанные с приемом пищи
- Б кровь в стуле
- В боли в животе, связанные с актом дефекации
- Г прогрессивная потеря веса

Морфологические признаки синдрома раздраженного кишечника:

- А нейтрофильная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки
- Б эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки
- В отсутствуют
- Г плазмоцитарная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки

Один из пусковых механизмов развития синдрома раздраженного кишечника:

- А стресс
- Б нарушение ферментов
- В нарушение всасывания желчных кислот
- Г воздействие солей тяжелых металлов

Медикаментозное лечение синдрома раздраженного кишечника обязательно включает:

- А желчегонные
- Б спазмолитики
- В ингибиторы протонной помпы
- Г ферменты

Препарат, рекомендованный к лечению синдрома раздраженного кишечника с запорами:

- А бисакодил
- Б препараты сенны
- В псиллиум
- Г магнезия

Препараты, рекомендованные для лечения синдрома раздраженного кишечника с диареей :

- А ферменты
- Б желчегонные
- В лоперамид
- Г антациды

Какой специалист привлекается для лечения синдрома раздраженного кишечника:

- А уролог
- Б гинеколог
- В психотерапевт
- Г терапевт

Прогноз и течение синдрома раздраженного кишечника с соматоформными расстройствами:

- А хроническое рецидивирующее течение
- Б неблагоприятный
- В сомнительный
- Г благоприятный

Возрастной период дебюта синдрома раздраженного кишечника:

- А 50-60 лет
- Б 60-70 лет
- В 40-50 лет
- Г 18-45 лет

Характерное клиническое проявление обострения синдрома раздраженного кишечника с соматоформными расстройствами:

- А кровь в стуле
- Б «кишечные колики»
- В рвота
- Г тошнота

Основной этиологический фактор, способствующие развитию постинфекционного синдрома раздраженного кишечника:

- А депрессия
- Б генетическая предрасположенность
- В кишечная инфекция

Г хирургические вмешательства на органы брюшной полости

Препараты для лечения синдрома раздраженного кишечника с соматоформными нарушениями:

А спазмолитики  
Б осмотические слабительные препараты  
В трициклические антидепрессанты  
Г ферментные препараты

Основные препараты для лечения постинфекционного синдрома раздраженного кишечника:

А ингибиторы протонной помпы  
Б ферментные препараты  
В пробиотики  
Г поливитаминные комплексы

Показания для оперативного лечения синдрома раздраженного кишечника:

А спаечный процесс  
Б долихоколон  
В нет показаний  
Г дивертикулы сигмовидной кишки

Год принятия IV Римских Критериев

А 2016  
Б 2015  
В 2014  
Г 2013

С каким заболеванием чаще всего сочетается синдром раздраженного кишечника:

А целиакия  
Б долихосигма  
В спаечная болезнь органов брюшной полости  
Г функциональная диспепсия

Лечение больных с синдромом раздраженного кишечника в период обострения:

А стационарное лечение  
Б амбулаторное лечение без выдачи листа нетрудоспособности  
В амбулаторное лечение с выдачей листа нетрудоспособности  
Г оперативное лечение



Диетические рекомендации при синдроме раздраженного кишечника с диареей.

- А стол 9
- Б стол 5
- В стол 4б
- Г стол 3

Диетические рекомендации при синдроме раздраженного кишечника с запором.

- А стол 3
- Б стол 5
- В стол 4б
- Г стол 9

Обязательная консультация специалиста при постинфекционном синдроме раздраженного кишечника:

- А хирург
- Б психотерапевт
- В инфекционист
- Г невропатолог

Какая группа инвалидности показана больным синдромом раздраженного кишечника:

- А III группа
- Б II с правом работы
- В II без права работы
- Г не показана

Рекомендации по изменению образа жизни у больных с синдромом раздраженного кишечника:

- А отказ от курения
- Б отказ от употребления алкоголя
- В регулярная физическая активность
- Г регулярное питание
- Д все вышеперечисленное

Дополнительные методы исследования, которые необходимо провести у больного синдромом раздраженного кишечника с диареей:

- А ЭКГ
- Б дуоденальное зондирование
- В кровь на гормоны щитовидной железы
- Г рН-метрия

Для уточнения характера запора при синдроме раздраженного кишечника показано проведение:

- А аноректальная манометрия
- Б сигмоскопия
- В эзофагогастродуоденоскопия
- Г грН-метрия

Какие препараты не желательно применять у больных с синдромом раздраженного кишечника с запорами:

- А псиллиум
- Б лактулоза
- В препараты сенны
- Г форлакс

Какое осложнение развивается при длительном приеме препаратов, содержащих сенну:

- А псевдомеланоз толстой кишки
- Б псевдомембранозный колит
- В эрозивный колит
- Г язвенный колит

Какие основные причины субфебрильного повышения температуры у больных с синдромом раздраженного кишечника:

- А кишечная инфекция
- Б псевдомембранозный колит
- В термоневроз
- Г спаечная болезнь органов брюшной полости

Локализация болей при синдроме раздраженного кишечника, ассоциированном с перенесенным стрессом:

- А в эпигастральной области
- Б в правом подреберье
- В в правой подвздошной области
- Г в проекции ободочной кишки

Локализация болей при постинфекционном синдроме раздраженного кишечника, ассоциированном с перенесенным иерсиниозом:

- А в эпигастральной области
- Б в проекции сигмовидной кишки
- В в правой подвздошной области

Г в околопупочной области

Внекишечные проявления синдрома раздраженного кишечника:

- А остеопороз
- Б полиартрит
- В астено-вегетативный синдром
- Г афтозный стоматит

Локализация болей при синдроме раздраженного кишечника, ассоциированного с перенесенным шигеллезом:

- А в эпигастральной области
- Б в проекции сигмовидной кишки
- В в правой подвздошной области
- Г в околопупочной области

Изменения в посеве кала при постинфекционном синдроме раздраженного кишечника:

- А рост патогенной микрофлоры
- Б отсутствие изменений
- В рост условно-патогенной микрофлоры
- Г рост *Clostridium difficile*

Какие изменения могут иметь место в клиническом анализе крови при синдроме раздраженного кишечника:

- А гипохромная анемия
- Б лейкоцитоз
- В отсутствие изменений
- Г лимфоцитоз
- Д эозинофилия

Изменения в клиническом анализе мочи при синдроме раздраженного кишечника:

- А отсутствие изменений
- Б протеинурия
- В оксалурия
- Г гематурия

Изменения в биохимическом анализе крови при синдроме раздраженного кишечника с диареей:

- А электролитные нарушения
- Б гипопроteinемия
- В отсутствие изменений
- Г непрямая гипербилирубинемия

При выявлении скрытой крови в кале у больного с клиническими проявлениями синдрома раздраженного кишечника необходимо исключить:

- А хронический гастрит
- Б спаечную болезнь
- В язвенный колит
- Г долихосигму

Какие из перечисленных тестов имеют диагностическое значение при целиакии:

- А антинуклеарные антитела.
- Б антитела к тканевой трансглутаминазе
- В антимитохондриальные антитела.
- Г антитела к псевдотуберкулезу
- Д антитела к кардиолипину

Какие из перечисленных методов обследования являются основополагающими при диагностике целиакии:

- А дыхательный водородный тест
- Б ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- В ЭГДС с биопсией из залуковичного отдела 12 перстной кишки
- Г колоноскопия
- Д генетическое исследование

Морфологические признаки целиакии

- А наличие глыбок амилоида
- Б отсутствие плазматических клеток
- В ШИК- положительные макрофаги
- Г увеличение количества межэпителиальных лимфоцитов
- Д лимфоидные фолликулы

Заболевания, ассоциированные с целиакией.

- А хроническая пневмония
- Б пиелонефрит
- В сахарный диабет I типа
- Г псевдомембранозный колит
- Д склерозирующий холангит

Группы риска при целиакии

- А больные аутоиммунным тиреоидитом
- Б больные, перенесшие краснуху

- В больные детским церебральным параличом
- Г больные с врожденным пороком сердца
- Д больные с анорексией

Лабораторные признаки целиакии

- А лейкоцитоз
- Б лимфоцитоз
- В В12-дефицитная анемия
- Г железодефицитная анемия
- Д повышение С-реактивного белка

Наиболее часто встречающийся характер стула при целиакии:

- А примесь крови в кале.
- Б запоры
- В полифекалия со стеатореей
- Г водянистый стул желто-зеленого цвета
- Д фрагментированный стул.

Аглютенная диета при целиакии назначается:

- А на весь период развития клинической симптоматики
- Б сроком на 1 год
- В до нормализации лабораторных показателей
- Г строго и пожизненно
- Д допускает употребление небольшого количества глютена

Для целиакии не характерно появление следующих симптомов:

- А вздутия и урчания в животе
- Б кашицеобразного стула
- В полифекалии
- Г крови в стуле
- Д парестезии

Целиакия не ассоциирована со следующими заболеваниями:

- А аутоиммунный тиреоидит
- Б сахарный диабет 1 типа
- В гипертрансаминаземия
- Г задержка физического и полового развития
- Д дивертикулярной болезнью толстой кишки

Какие крупы запрещены при целиакии:

- А рис
- Б греча
- В пшено
- Г ячмень
- Д кукуруза

Какие вещества играют роль в этиологии целиакии:

- А гистамин
- Б салицилаты
- В гистидин
- Г глиадин
- Д метионин

Какие осложнения могут быть при целиакии:

- А потеря зрения
- Б деменция
- В онкологические заболевания
- Г воспалительные заболевания

Какие признаки экссудативной энтеропатии при целиакии:

- А снижение гемоглобина
- Б симптомы гиповитаминозов
- В снижение уровня белка в сыворотке крови
- Г остеопороз

Какие из тестов являются определяющими при установлении диагноза целиакии?

- А повышение титра специфических антител
- Б генетическое исследование
- В морфологическое исследование слизистой оболочки тонкой кишки
- Г клинический эффект от применения аглютеновой диеты
- Д совокупность всего вышеперечисленного

О чем может свидетельствовать пигментация серо-бурового на открытых частях тела при целиакии?

- А симптом дефицита калия
- Б признак анемии
- В симптом дефицита никотиновой кислоты
- Г симптом белковой недостаточности

Какие репродуктивные нарушения у женщин встречаются при целиакии:

- А обильные месячные
- Б родовспоможение- кесарево сечение
- В невынашивание беременности
- Г ранний климакс

Какие органы поражаются при болезни Уиппла?

- А печень
- Б почки
- В тонкая кишка
- Г толстая кишка

Что является причиной болезни Уиппла?

- А дизентерийная палочка
- Б сальмонелла
- В *Tropheryma Yiplei*
- Г *Helicobacterpylori*

Один из первых клинических симптомов при болезни Уиппла

- А боли в животе
- Б тошнота
- В боли в суставах
- Г головная боль

Основной признак при болезни Уиппла по данным КТ

- А увеличение головки поджелудочной железы
- Б множественные кисты печени
- В внутрибрюшная лимфаденопатия
- Г долихоколон

Основной морфологический признак болезни Уиппла

- А укорочение ворсин
- Б увеличение межэпителиальных лимфоцитов
- В наличие ШИК- положительных макрофогов
- Г лимфопролиферативная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки

Какие особенности в диете больных с болезнью Уиппла

	<ul style="list-style-type: none"> <li>А высокое содержание белка</li> <li>Б ограничение углеводов</li> <li>В исключение жиров</li> <li>Г бессолевая диета</li> </ul>
Основной метод лечения болезни Уиппла	<ul style="list-style-type: none"> <li>А ферментные препараты</li> <li>Б адсорбенты</li> <li>В спазмолитики</li> <li>Г длительный прием антибактериальных препаратов</li> </ul>
Длительность лечения болезни Уиппла	<ul style="list-style-type: none"> <li>А 2 недели</li> <li>Б более 1 месяца</li> <li>В в течение года</li> <li>Г 2-3 месяца</li> </ul>
Показатель полного выздоровления при болезни Уиппла	<ul style="list-style-type: none"> <li>А улучшение общего самочувствия</li> <li>Б нормализация стула</li> <li>В исчезновение ШИК- положительных макрофагов в биоптатах слизистой</li> <li>Г исчезновение болей в суставах</li> </ul>
Причины развития общей вариабельной иммунной недостаточности	<ul style="list-style-type: none"> <li>А стрессовые ситуации</li> <li>Б острые кишечные заболевания</li> <li>В дефект иммунной системы</li> <li>Г дисбактериоз кишечника</li> </ul>
Клинические признаки общей вариабельной иммунной недостаточности	<ul style="list-style-type: none"> <li>А неврологические симптомы</li> <li>Б боли в животе</li> <li>В хронические воспалительные и вирусные заболевания</li> <li>Г судороги</li> </ul>
Лабораторные показатели общей вариабельной иммунной недостаточности	<ul style="list-style-type: none"> <li>А повышение трансаминаз</li> <li>Б снижение протромбинового времени</li> <li>В снижение иммуноглобулинов сыворотки крови IgA, IgM, IgG</li> <li>Г гиперхолестеринемия</li> </ul>



Эндоскопические и рентгенологические симптомы общей вариабельной иммунной недостаточности

- А утолщение складок слизистой ободочной кишки
- Б сглаженность рельефа толстой кишки
- В узелковая лимфоидная гиперплазия тонкой кишки
- Г сужение просвета подвздошной кишки

Морфологические признаки общей вариабельной иммунной недостаточности

- А атрофия ворсин слизистой оболочки тонкой кишки
- Б Шик- положительные макрофаги в слизистой оболочке тонкой кишки
- В отсутствие или уменьшение количества плазматических клеток в слизистой оболочке тонкой кишки
- Г отсутствие межэпителиальных лимфоцитов в слизистой оболочке тонкой кишки

Наиболее часто встречающиеся паразитарные инвазии при общей вариабельной иммунной недостаточности или первичном иммунодефиците

- А аскаридоз
- Б токсокароз
- В лямблиоз
- Г энтеробиоз

Методы терапии общей вариабельной иммунной недостаточности

- А кишечные антисептики
- Б пробиотики
- В заместительная терапия гамма-глобулином
- Г ферментные препараты

Какова причина кишечной лимфангиэктазии?

- А кишечная инфекция
- Б стрессовая ситуация
- В нарушение развития лимфатической системы
- Г паразитарная инвазия

Какие основные клинические симптомы  
кишечной лимфангиоэктазии

- А потеря массы тела
- Б судороги
- В стойкие гипопропротеинемические отеки
- Г отставание в физическом развитии

Лабораторные признаки кишечной  
лимфангэктазии

- А анемия
- Б ускоренное СОЭ
- В гипопропротеинемия
- Г снижение уровня кальция

Морфологические изменения слизистой тонкой  
кишки при кишечной лимфангэктазии

- А укорочение ворсин
- Б ШИК-положительные макрофагия
- В отсутствие плазматических клеток
- Г расширенные лимфатические сосуды в  
слизистой оболочке тонкой кишки

Лечение кишечной лимфангиоэктазии

- А антибактериальные препараты
- Б пробиотики
- В диета с исключением длинноцепочечных  
жирных кислот.
- Г повышенное содержание клетчатки в  
рационе.

Эозинофильный гастроэнтерит- характерные  
клинические симптомы:

- А запоры
- Б синдром нарушенного  
всасывания, экссудативная энтеропатия
- В асцит и плеврит
- Г все перечисленное кроме а)

Лабораторные изменения при эозинофильном  
гастроэнтерите

- А высокая СОЭ
- Б снижение уровня гаммаглобулинов
- В эозинофилия
- Г палочкоядерный сдвиг

Морфологические изменения слизистой при  
эозинофильном гастроэнтерите

- А увеличение межэпителиальных лимфоцитов
- Б атрофия слизистой
- В эозинофильная инфильтрация слизистой тонкой кишки
- Г лимфоплазмочитарная инфильтрация слизистой

Основные клинические проявления синдрома Пейц-Егерса

- А потеря массы тела
- Б явления остеопороза
- В множественные пигментные пятна вокруг носа, вокруг рта, слизистой оболочки полости рта
- Г отеки ног

Диагностические признаки синдрома Пейц-Егерса

- А язвенные поражения слизистой полости рта
- Б остеопороз
- В множественный полипоз желудочно-кишечного тракта
- Г полиартрит

Причины развития дивертикулярной болезни тонкой кишки:

- А аномалии развития
- Б использование в питании грубой клетчатки
- В высокое внутрипросветное давление в кишке
- Г утолщение стенки кишки

Симптомы воспаления дуоденальных дивертикулов

- А запоры
- Б поносы
- В боли в правом подреберье
- Г синдром нарушенного всасывания

Клинические симптомы дивертикулита тонкой кишки

- А рвота
- Б запоры
- В диарея, синдром нарушенного всасывания

Г изжога

Причины развития клинических симптомов при дивертикулезе тонкой кишки

- А слабость кишечной стенки
- Б дисахаридазная недостаточность
- В бактериальное обсеменение тонкой кишки
- Г хронический панкреатит

Преобладающий возраст больных с дивертикулом Меккеля

- А пациенты после 50 лет.
- Б пожилые пациенты
- В пациенты детского возраста
- Г больные старческого возраста.

Профилактика развития дивертикулеза толстой кишки

- А избегать употребления жирной пищи
- Б высокобелковое питание
- В обогащение рациона питания пищевыми волокнами
- Г избегать физических нагрузок.

Лечение абсцесса и перфорации дивертикула

- А антибиотики
- Б кишечные антисептики
- В хирургическое лечение
- Г применение пробиотиков

Синдром холестаза характеризуется:

- А повышением АЛТ, АСТ
- Б снижением общего билирубина и повышением непрямого билирубина
- В повышением общего билирубина, щелочной фосфатазы, ГГТП
- Г повышением непрямого билирубина, ЛДГ и ГГТП
- Д повышением общего билирубина

Синдром цитолиза характеризуется

- А повышением уровня АЛТ, АСТ
- Б снижением уровня АЛТ, АСТ
- В повышением уровня амилазы
- Г повышением уровня ФНО-α
- Д повышением АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы, ГГТП

Синдром белковой недостаточности это

- А повышение уровня общего белка и снижение альбумина
- Б снижение уровня общего белка, альбумина, протромбина
- В снижение общего белка и повышение альбумина
- Г снижение общего белка, альбумина, СОЭ  
высокий уровень протромбина и активированное частичное
- Д тромбопластиновое время

Для диагностики недостаточности экзокринной функции поджелудочной железы необходимо определить :

- А уровень амилазы в сыворотке крови
- Б уровень липазы в сыворотке крови
- В фекальную эластазу
- Г альфа 1 антитрипсин, амилазу

Лабораторная диагностика болезни Вильсона–Коновалова

- А церулоплазмин, медь в моче
- Б общий белок, гаптоглобин, альфа2 макроглобулин
- В креатинин, мочевины, альбумин
- Г гаптоглобин, церулоплазмин ANCA, гамма-глобулин, протромбиновое время
- Д

Лабораторная диагностика аутоиммунного гепатита

- А ANA (антинуклеарные антитела), SMA (антитела к гладкой мускулатуре), AT-LKM-1 (антитела к микросомам печени и почек)
- Б AMA M-2
- В pANCA

Повышение щелочной фосфатазы может определяться при

- А беременности
- Б аутоиммунном гепатите, первичном билиарном циррозе, первичном склерозирующем холангите
- В опухолях яичников
- Г метастазах в кости
- Д во всех перечисленных случаях

Дифференциальный диагноз между СРК и воспалительным заболеванием кишечника возможен при оценке уровня:

- А фекальной эластазы
- Б фекального кальпротектина
- В общего клинического анализа кала
- Г гемоглобин/гаптоглобинового комплекса в кале

Для оценки выраженности печеночной недостаточности по Чайльд-Пью необходимо определить уровень:

- А общий билирубин, альбумин, протромбиновый индекс, альфа-2 макроглобулин
- Б общий белок, альбумин, гамма-глобулин
- В общий билирубин, альбумин, протромбиновый индекс или международное нормализованное отношение
- Г общий билирубин, АЛТ, АСТ, альбумин

Фибротест применяется для оценки

- А активности воспаления
- Б наличия и степени фиброза
- В цитолитической активности
- Г необходимости пункционной биопсии печени

Причиной железодефицитной анемии может быть

- А авитаминоз
- Б нарушение синтеза порфиринов
- В дефицит фолиевой кислоты
- Г нарушение секреторной функции желудка
- Д хронические кровопотери

Повышение содержания железа в сыворотке крови обусловлено, кроме

- А наследственным гемохроматозом
- Б синдромом мальабсорбции
- В гемотрансфузией
- Г интоксикацией свинцом

Изменения метаболизма железа при железодефицитной анемии:

- а) железо сыворотки крови повышено, ОЖСС и трансферрин снижены, ферритин повышен
- А железо сыворотки крови снижено, ОЖСС повышен, трансферрин повышен, ферритин снижен
- Б показатели обмена железа в норме
- В железо сыворотки крови нормальное или пониженное, ОЖСС и трансферрин снижены, ферритин повышен.
- Г

Повышение ЛДГ, ретикулоцитов и непрямого билирубина характерны для

- А апластической анемии
- Б железодефицитной анемии
- В гемолитической анемии
- Г анемии хронического заболевания
- Д В12 дефицитной анемии

Снижение сывороточного железа, ОЖСС, трансферрина и повышение сывороточного ферритина является диагностическим критерием

- А мегалобластной анемии
- Б железодефицитной анемии
- В гемолитической анемии
- Г анемии хронического заболевания
- Д апластической анемии

Для уточнения диагноза «анемия хронических заболеваний» дополнительно необходимо провести исследование

- А оценку метаболизма железа
- Б определение гаптоглобина
- В определение содержания витамина В12 и фолатов в сыворотке
- Г реакцию Кумбса
- Д анализ фракций гемоглобина

Для уточнения диагноза аутоиммунная гемолитическая анемия необходимо дополнительно провести

- А оценку метаболизма железа
- Б определение содержания витамина В12 в сыворотке крови
- В прямую реакцию Кумбса
- Г исследование костного мозга на сидеробласты

Наиболее чувствительной пробой на кровь в кале является

- А проба с гваяковой смолой
- Б бензидиновая проба
- В пирамидоновая проба
- Г иммунохроматографический тест

Нормальной считается реакция кала

- А резко кислая
- Б кислая
- В нейтральная или слабощелочная
- Г щелочная
- Д резко щелочная

Нормальную (коричневую) окраску каловых масс определяет

- А углеводная пища
- Б белковая пища
- В жиры
- Г стеркобилин
- Д копропорфирин

Реакция на стеркобилин в кале отрицательная при

- А острым панкреатите
- Б неалкогольной жировой болезни печени
- В механической желтухе
- Г язвенной болезни 12-ти перстной кишки

Отсутствие уробилина в моче указывает на

- А гемолитическую желтуху
- Б паренхиматозную желтуху
- В синдром Жильбера
- Г механическую желтуху
- Д хронический гепатит С-вирусной этиологии

Повышение в сыворотке прямого билирубина характерно для кроме

- А острой гемолитической анемии
- Б желчнокаменной болезни
- В холангита
- Г синдром Дабина-Джонса

Снижение ферритина в сыворотке крови наблюдается при

- А железодефицитной анемии



- Б талассемии
- В гемохроматозе
- Г В12 дефицитной анемии

Повышение IgG4 более всего характерно для:

- А первичного билиарного цирроза печени
- Б аутоиммунного панкреатита
- В синдрома раздраженного кишечника
- Г болезни Вильсона-Коновалова
- Д язвенной болезни 12-ти перстной кишки

Определение кальпротектина в кале применяют для

- А дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных образований кишечника
- Б дифференциальной диагностики воспалительных и невоспалительных заболеваний кишечника
- В дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний кишечника и доброкачественных образований кишечника
- Г диагностики желудочно-кишечного кровотечения

Для гиперспленизма характерно:

- А лейкопения
- Б полицитемия
- В повышение уровня СРБ
- Г снижение уровня общего белка

В каких коагуляционных тестах будут отмечены отклонения при дефиците витамина К

- А протромбиновое время
- Б протромбиновое время и активированное частичное тромбопластиновое время
- В уровень фибриногена
- Г тромбиновое время

Повышение какого иммуноглобулина происходит при вторичном иммунном ответе

- А IgA
- Б IgM
- В IgG
- Г IgE

Выделение амилазы с мочой снижается при

- А раке поджелудочной железы
- Б желчнокаменной болезни
- В ЯБ 12-ти перстной кишки
- Г гломерулонефрите
- Д паротите

Наиболее выраженное повышение СРБ наблюдается при

- А вирусных гепатитах
- Б бактериальных инфекциях
- В хроническом панкреатите
- Г СРК
- Д ПБЦ

Повышенная активность ГГТП в сыворотке наблюдается

- А при панкреатите
- Б холестазае
- В пиелонефрите
- Г язвенной болезни желудка

Наибольшее диагностическое значение при заболеваниях поджелудочной железы имеет определение сывороточной активности

- А альфа-амилазы
- Б ЛДГ
- В ГГТП
- Г щелочной фосфатазы

Наибольшей диагностической чувствительностью острого панкреатит в первый день заболевания характеризуется определением активности альфа-амилазы

- А в моче
- Б крови
- В слюне
- Г желудочном содержимом
- Д кале

Антиатерогенным эффектом обладают

- А триглицериды
- Б холестерин
- В пре-бета-липопротеиды
- Г липопротеиды низкой плотности (ЛПНП)

Гликолиз – это процесс

Д липопротеиды высокой плотности (ЛПВП)

- А синтеза гликогена из глюкозы
- Б окисления гликогена до лактата
- В синтеза гликогена из аминокислот
- Г окисления глюкозы до пирувата
- Д окисления глюкозы до углекислого газа и воды

Гистамин - биогенный амин, который

- А усиливает секрецию HCL и пепсиногена
- Б угнетает секрецию HCL и пепсиногена
- В обладает вазопрессорным действием
- Г характеризуется противоаллергическим действием

Количественное определение вирусной нагрузки методом ПЦР является диагностически значимым тестом для:

- А диагностики гепатита А
- Б оценки эффективности противовирусной терапии у пациентов с гепатитом С
- В диагностики гепатита D
- Г диагностики гепатита В

Опухоль при которой наиболее вероятно увеличение маркера СА 19-9

- А рак поджелудочной железы
- Б рак яичников
- В лимфома
- Г рак легких

Какое исследование является золотым стандартом для диагностики первичного склерозирующего холангита?

- А МРТ– холангиопанкреатография
- Б пункционная биопсия печени
- В положительные антинейтрофильные (p-ANCA) аутоантитела
- Г повышенный уровень IgG

Какие аутоантитела могут выявляться при первичном склерозирующем холангите чаще остальных?

- А PANCA
- Б AMA M2

- В ASMA
- Г LKM-1

Какое хирургическое осложнение может встречаться при первичном склерозирующем холангите?

- А механическая желтуха на фоне декомпенсированной стриктуры холедоха
- Б желчный перитонит
- В разрыв капсулы печени на фоне гепатомегалии
- Г острый холецистит

Какая группа препаратов используется для лечения ПСХ?

- А ГКС
- Б цитостатики
- В УДХК
- Г адеметионин

С какими внепеченочными заболеваниями наиболее часто ассоциирован ПСХ?

- А вторичный амилоидоз
- Б ревматоидный артрит
- В воспалительные заболевания кишечника
- Г миелопролиферативные заболевания

С каким заболеванием чаще других проводится дифференциальный диагноз при амилоидозе печени?

- А ПСХ
- Б НАЖБП
- В Гепатит В
- Г Хронический панкреатит

Для определения функционального состояния печени у больных циррозом печени и синдромом портальной гипертензии применяют:

- А шкалу Рамсон
- Б индекс Алговера
- В шкалу Апгар
- Г критерии Чайлд-Пью

Сумма баллов 7 по Чайлд-Пью соответствует:

- А Класс А

- Б Класс В
- В Класс С

Наиболее частой причиной портальной гипертензии является:

- А цирроз печени.
- Б механическая желтуха.
- В рак щитовидной железы.
- Г туберкулез

При выборе антибактериального препарата для профилактики спонтанного бактериального перитонита, предпочтение отдается:

- А пенициллинам
- Б аминогликозидам
- В фторхинолонам
- Г карбопинемам

Под гипонатриемией разведения понимают снижение уровня Na ниже:

- А 130 ммоль/л
- Б 140 ммоль/л
- В 145 ммоль/л
- Г 150 ммоль/л

Причины развития печеночной энцефалопатии при портальной гипертензии

- А гиперспленизма
- Б тромбоцитопении
- В нарушении утилизации аммиака и других продуктов азотистого метаболизма
- Г гипербилирубинемии
- Д

Для профилактики кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода применяются препараты:

- А ингибиторы-АПФ
- Б неселективные бета-адреноблокаторы.
- В селективные бета-адреноблокаторы
- Г вазоконстрикторы

Динамический контроль каких показателей необходим при назначении диуретической терапии?

- А электролиты крови
- Б протромбиновый индекс
- В трансаминазы печени

Г альфа-амилаза

Показания для выполнения трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS):

- А рецидивирующее кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода
- Б желтушность кожных покровов
- В асцит 3 степени
- Г развитие печеночной энцефалопатии

Признаки резистентного асцита:

- А отсутствие эффекта от адекватных доз мочегонной терапии
- Б визуально определяется напряженный асцит
- В увеличение живота несмотря на мочегонную терапию
- Г слабopоложительный эффект на мочегонной терапии

Основной метод оценки асцита:

- А УЗИ органов брюшной полости
- Б обзорная рентгенография органов брюшной полости
- В позитронно-эмиссионная томография
- Г сцинтиграфия

Сколько альбумина необходимо ввести на 1 л удаленной жидкости при выполнении лечебного лапароцентеза объемом более 5 литров?

- А 8 г
- Б 100 г
- В 500 г
- Г не нужно вводить

Какое осложнение цирроза печени наиболее часто возникает при длительно существующем асците?

- А варикозное расширение вен пищевода
- Б усугубление явлений энцефалопатии
- В гипоальбуминемия
- Г спонтанный бактериальный перитонит

Основные органы-мишени, которые поражаются при болезни Вильсона-Коновалова:

- А печень, головной мозг
- Б толстая кишка
- В почки, поджелудочная железа
- Г селезенка

Как наследуется болезнь Вильсона-Коновалова?

- А по аутосомно-доминантному типу
- Б наследование, сцепленное с X-хромосомой
- В по аутосомно-рецессивному типу
- Г по фенотипу

Препараты выбора при лечении болезни Вильсона-Коновалова:

- А D-пеницилламин
- Б метилпреднизолон
- В препараты гепатопротективного действия
- Г сульфасалазин

При болезни Вильсона-Коновалова в крови снижено содержание:

- А церулоплазмина
- Б альбумина
- В гамма-глобулина
- Г альфа-1-антитрипсина

Для диагностики болезни Вильсона-Коновалова определяется:

- А уровень цианкоболамина в крови содержания меди и церулоплазмина в сыворотке крови и суточное выделение меди с мочой
- Б уровень креатинфосфокиназы крови
- Г уровень белка Бенс-Джонса в моче

Более важным диагностическим методом при церебральной форме болезни Вильсона-Коновалова является:

- А озитронно-эмиссионная томография
- Б магнитно-резонансная томография
- В ультразвуковая диагностика
- Г рентгенография турецкого седла

Увеличение печени и селезенки в сочетании со снижением церулоплазмينا в сыворотке крови и неврологическими нарушениями, наиболее характерно для:

- А болезни Вильсона-Коновалова
- Б первичного гемохроматоза
- В первичного билиарного холангита
- Г синдрома Бадда-Киари

Какой белок участвует в транспорте меди в организме?

- А альбумин
- Б церулоплазмин
- В трансферин
- Г иммуноглобулин G

Какие аутоантитела являются наиболее специфичными для аутоиммунного гепатита?

- А ANA, SMA, LKM-1
- Б AMA-M2
- В P-ANCA
- Г IgG4

Какие изменения в биохимическом анализе крови характерны для дебюта аутоиммунного гепатита?

- А минимальный цитолиз (повышение АЛТ, АСТ до 3-норм), Ig G и гамма-глобулины в норме.
- Б холестатический синдром (повышение ЩФ >в 2 раза или ГГТП в 4 раза).
- В цитолитический синдром высокой степени активности (повышение АЛТ, АСТ > 5-10 норм), гипергаммаглобулинемия, повышение Ig G.
- Г ни один из перечисленных.

Какие заболевания наиболее часто ассоциированы с аутоиммунным гепатитом?

- А ревматоидный артрит, язвенный колит.
- Б сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь, ожирение.
- В язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, дивертикулез кишечника.
- Г ни одни из перечисленных.



Какие заболевания наиболее часто ассоциированы с аутоиммунным гепатитом?

- А сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь, ожирение.
- Б аутоиммунный тиреоидит, синдром Шегрена.
- В язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, дивертикулез кишечника.
- Г ни одни из перечисленных.

Какова наиболее характерная гистологическая картина при аутоиммунном гепатите?

- А деструкция желчным протоков, в зоне гранулематозного воспаления, приводящая к постепенному уменьшению желчных протоков.
- Б развитие перипортального гепатита со ступенчатыми или мостовидными некрозами, лимфоплазмочитарной инфильтрацией, наличием розеток, эмпириоплеза.
- В наличием крупнокапельной жировой дистрофии гепатоцитов
- Г ни одна из перечисленных.

Какая клиническая картина характерна для АИГ ?

- А частый жидкий стул
- Б астенический синдром, артралгии, миалгии
- В нарастание асцита
- Г приступообразные боли в животе

Каково оптимальное сочетание препаратов , составляющее базисную терапию у больных с аутоиммунным гепатитом:

- А цитостатики+ интерферон
- Б кортикостероиды + УДХК.
- В кортикостероиды + цитостатики.
- Г УДХК + спазмолитики.

Какова продолжительность иммуносупрессивной терапии при аутоиммунном гепатите?

- А не менее 2-х лет после достижения биохимической ремиссии

- Б не менее 1 года после достижения биохимической ремиссии
- В не менее 3 месяцев после достижения биохимической ремиссии.
- Г до достижения биохимической ремиссии

Какой из перечисленных препаратов , является препаратом выбора при неэффективности ГКС – терапии при аутоиммунном гепатите?

- А сульфасалазин.
- Б интерферон
- В микофенолата мофетил
- Г аналоги нуклеотидов/нуклеозидов.

Какой из перечисленных препаратов , является препаратом выбора при неэффективности ГКС – терапии при аутоиммунном гепатите?

- А сульфасалазин.
- Б интерферон
- В циклоспорин
- Г аналоги нуклеотидов/нуклеозидов.

В основе патогенеза первичного билиарного холангита

- А алкогольное повреждение печени
- Б жировая инфильтрация печени
- В иммунно-воспалительные реакции
- Г вирусное повреждение

Специфичными аутоантителами при первичном билиарном холангите являются

- А AMA
- Б ANCA
- В LKM
- Г ANA

При отсутствии специфических аутоантител золотым стандартом диагностики первичного билиарного холангита является

- А МРТ
- Б пункционная биопсия печени
- В МСКТ
- Г эндосонография

Для первичного билиарного холангита характерны следующие изменения в лабораторных показателях

- А повышение ГГТП, ЩФ.

- Б повышение уровня холестерина
- В повышение АЛТ и АСТ
- Г непрямая гипербилирубинемия

Препаратом выбора в лечении первичного билиарного холангита является

- А глицирризиновая кислота
- Б эссенциальные фосфолипиды
- В адеметионин
- Г УДХК

Эффективность терапии первичного билиарного

- А 1 год
- Б 1 мес
- В 6 мес
- Г 2 года

Барселонскими критериями оценки эффективности терапии первичного билиарного холангита служит

- А снижение в 5 раз или нормализация АЛТ и АСТ спустя год от начала терапии
- Б снижение в 2 раза или нормализация уровня билирубина
- В снижение на 40% от исходного или нормализация уровня ЩФ
- Г снижение на 50% от исходного или нормализация ГГТП

Для первичного билиарного холангита характерна недостаточность

- А витаминов А, D, E, K
- Б витаминов C, PP, B9
- В витаминов B1, B6, B12
- Г витаминов P, U, B15

Для первичного билиарного холангита характерно

- А Повышение Ig M
- Б Повышение Ig G
- В Повышение Ig A
- Г АЛТ

Для установления диагноза неалкогольного стеатогепатита по данным морфологии необходимо:

- А наличие стеатоза и баллонной дистрофии гепатоцитов в биоптате печени
- Б наличие лобулярного воспаления в биоптате печени
- В наличие фиброза и лобулярного воспаления в биоптате печени
- Г наличие стеатоза, баллонной дистрофии и лобулярного воспаления в биоптате печени

Пациентов с сахарным диабетом 2 типа необходимо обследовать на наличие неалкогольной жировой болезни печени:

- А вне зависимости от уровня печеночных ферментов
- Б только при наличии ожирения и дислипидемии
- В только при повышении уровня печеночных трансаминаз
- Г только при тяжелом течении диабета

Выберете наиболее информативный диагностический подход к неалкогольной жировой болезни печени

- А УЗИ органов брюшной полости
- Б транзиторная эластография печени
- В сочетание УЗИ, показателей транзиторной эластографии печени, данных биохимического анализа крови
- Г выявление факторов риска и биохимический анализ крови

Является ли биопсия печени строго обязательным методом для установления диагноза неалкогольного стеатогепатита

- А да
- Б нет
- В да, но только для молодых больных
- Г да, при наличии метаболического синдрома

Пациентам с неалкогольной жировой болезнью печени (на стадии стеатоза) без неалкогольного стеатогепатита или фиброза рекомендовано:

- А здоровое питание и физическая активность

- Б фармакотерапия
- В здоровое питание, физическая активность и фармакотерапия
- Г наблюдение

Применение статинов при неалкогольной жировой болезни печени

- А не следует назначать никогда
- Б следует назначать при наличии дислипидемии и риске развития сердечно-сосудистых заболеваний
- В стоит воздержаться в случае наличия сахарного диабета 2 типа

Оптимальная длительность терапии у пациентов с исходно повышенным уровнем аминотрансфераз при неалкогольной жировой болезни печени

- А пожизненное
- Б следует проводить в течении 6 мес
- В следует проводить в течение года
- Г лечение нужно прекратить, если после 6 месяцев терапии уровень аминотрансфераз не снижается

Синдром Жильбера характеризуется

- А снижением способности печени к конъюгации билирубина
- Б увеличением прямой фракции билирубина
- В повышением уровня щелочной фосфатазы
- Г повышением уровня холестерина в крови

Биохимическим показателем холестатического синдрома является:

- А непрямая гипербилирубинемия
- Б щелочная фосфатаза
- В липопротеиды
- Г общий холестерол

Какой временной вариант соответствует хроническому течению гепатита?

- А 2 месяца
- Б 4 месяца
- В 6 месяцев
- Г 12 месяцев

Главным методом профилактики гепатита В является:

- А использование индивидуальных бритвенных и маникюрных принадлежностей, одноразового медицинского инструментария
- Б использование презерватива при половых контактах
- В регулярные медицинские обследования
- Г вакцинация

Критерием алкогольного гепатита тяжелого течения является:

- А наличие стигматов злоупотребления алкоголем при физикальном осмотре
- Б повышение уровня трансаминаз более, чем в 5 раз
- В повышение уровня общего билирубина более 50мкмоль/л
- Г уровень индекса Мэддрей более 32

Суточная доза преднизолона при терапии алкогольного гепатита тяжелого течения при наличии показаний и отсутствии противопоказаний составляет:

- А 20 мг
- Б 30 мг
- В 40 мг
- Г 60 мг

Критерием эффективности терапии глюкокортикоидами при лечении алкогольного гепатита тяжелого течения является:

- А снижение уровня трансаминаз в 2 раза от исходного через неделю после начала терапии
- Б снижение уровня общего билирубина в 2 раза от исходного через неделю после начала терапии
- В снижение уровня общего билирубина более чем на 25% от исходного или индекс Lille менее 0,45 через неделю после начала терапии
- Г нормализация уровня альбумина через неделю после начала терапии
- Д

Показанием к проведению суточной рН-метрии желудка является:

- А подозрение на наличие внепищеводных симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) (кашель, фарингит, бронхиальная астма и т.п.)
- Б подозрение на эндоскопически негативную ГЭРБ (наличие изжоги при отсутствии рефлюкс-эзофагита)
- В сохранение симптомов изжоги, «кислоты во рту» на фоне антисекреторной терапии
- Г все вышеперечисленное

Серологическая диагностика («Гастропанель») патологических изменений в слизистой оболочке желудка включает в себя:

- А определение уровня гастрина -17
- Б определение уровня пепсиногена 1 и пепсиногена 2
- В определение гастрина -17, пепсиногена 1 и 2
- Г определение гастрина-17, пепсиногена 1 и 2, антител IgG к *H.pylori*

Критерием атрофического гастрита по данным «Гастропанели» является:

- А уровень пепсиногена 1 ниже 25 мкг/л
- Б соотношение пепсиноген 1 / пепсиноген 2 более 5
- В уровень пепсиногена 2 ниже 25 мкг/л
- Г выявление антител IgG к *H.pylori*

Критерием атрофического гастрита по данным «Гастропанели» является:

- А уровень пепсиногена 1 выше 25 мкг/л
- Б соотношение пепсиноген 1 / пепсиноген 2 менее 3
- В уровень пепсиногена 2 ниже 25 мкг/л
- Г выявление антител IgG к *H.pylori*

Причины повышения гастрина -17 в сыворотке крови являются:

- А гипохлоргидрия
- Б гиперхлоргидрия
- В тяжелый антральный атрофический гастрит
- Г все вышеперечисленное

Препаратом выбора для профилактики кровотечений при эрозивно-язвенном поражении слизистой желудка и ДПК в исходе приема НПВС является:

- А блокатор H<sub>2</sub>- рецепторов гистамина
- Б ингибитор протонной помпы
- В альгинат
- Г висмута трикалия дицитрат

Основные критерии диагностики эозинофильного эзофагита:

- А наличие эозинофилии при морфологическом исследовании биоптата из пищевода
- Б наличие эозинофильного гастроэнтерита
- В наличие гиперэозинофильного синдрома
- Г все вышеперечисленное

Морфологические критерии диагностики эозинофильного эзофагита

- А наличие в биоптате эпителия пищевода инфильтрата с количеством эозинофилов более 10 в поле зрения.
- Б наличие в биоптате эпителия пищевода инфильтрата с количеством эозинофилов более 15 в поле зрения.
- В количество эозинофилов в биоптате не является обязательным критерием для постановки диагноза эозинофильного эзофагита.

Какие клетки вырабатывают соматостатин?

- А G клетки
- Б D клетки
- В ECL-клетки
- Г зимогенные клетки

Какие клетки желудка вырабатывают гастрин?

- А G клетки
- Б париетальные клетки
- В D клетки
- Г ECL-клетки

Какой отдел желудка поражается при аутоиммунном гастрите?

- А тело и антральный отдел
- Б кардиальный
- В кардиальный и фундальный отдел



- В каком отделе желудка развивается атрофия при инфицировании *H.pylori*?
- Какие клетки желудка продуцируют внутренний фактор Касла?
- При каком типе ахалазии кардии (по Чикагской классификации) достигается наилучший эффект от кардиодилатации ?
- Риск аденокарциномы пищевода увеличивается при размере сегмента пищевода Барретта:
- Классическая квадротерапия *H.pylori* включает:
- Как часто рак желудка ассоциирован с *H.pylori*?
- Г антральный отдел
- А в антральном  
Б в кардиальном  
В в теле желудка  
Г пангастрит
- А париетальные клетки  
Б ECL-клетки  
В поверхностные слизистые клетки  
Г G клетки
- А 1 тип  
Б 2 тип  
В 3 тип  
Г при всех типах
- А более 1 см  
Б более 2 см  
В более 3 см  
Г более 1,5 см
- А ИПП + тетрациклин + метронидазол + препараты висмута  
Б ИПП + левофлоксацин + амоксициклин + препараты висмута  
В метронидазол + амоксициклин + препараты висмута + тетрациклин  
Г ИПП + препараты висмута + амоксицилин+ кларитромицин
- А в 65%  
Б в 90%  
В в 80%  
Г в 25%

С увеличением выраженности атрофии тела желудка, соотношение пепсиноген I пепсиноген II:

- А уменьшается
- Б увеличивается
- В не изменяется
- Г

Маркер базальной секреции соляной кислоты:

- А гастрин -17
- Б пепсиноген I
- В пепсиноген II
- Г гистамин

Импеданс-рН-метрия не позволяет оценить:

- А характер ГЭР
- Б длительность ГЭР
- В связь ГЭР с симптомами
- Г моторную функцию пищевода
- Д кислотопродуцирующую функцию желудка

Показанием для проведения рентгенологического исследования пищевода с контрастированием не является:

- А выявление стриктуры и опухоли пищевода
- Б наличие ГПОД
- В уточнение характера гастроэзофагеального рефлюкса
- Г уточнение моторной функции пищевода

Препаратами 1-й линии для лечения ГЭРБ являются:

- А антациды
- Б альгинаты
- В ингибиторы протонной помпы
- Г блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов

Основанием для постановки диагноза пищевод Барретта является:

- А эндоскопические изменения слизистой пищевода
- Б наличие патологического ГЭР по данным длительной рН-метрии
- В наличие кишечной метаплазии по данным морфологического исследования

Г неэффективность терапии ингибиторами протонной помпы

Для контроля эффективности эрадикационной терапии *H. pylori* применяются методы, кроме:

- А <sup>13</sup>C -уреазный дыхательный тест
- Б морфологическое исследование
- В определение антигена *H. pylori* в кале
- Г выявление антител к *H. pylori* в крови

При эндоскопической диагностике атрофического гастрита проводится биопсия:

- А из антрального отдела желудка
- Б из кардиального отдела желудка
- В 5 биоптатов из разных отделов желудка
- Г из участка, подозрительного на атрофию

Для диагностики атрофического гастрита проводятся исследования, кроме:

- А ЭГДС с биопсией по системе OLGA
- Б суточная рН-метрия
- В исследование антител к париетальным клеткам
- Г рентгенологическое исследование желудка

При наличии длительно нерубцующейся язвы желудка необходимо выполнить:

- А эзофагогастродуоденоскопию со множественной биопсией из области язвы
- Б рентгенологическое исследование желудка с барием
- В КТ брюшной полости с в/в контрастированием
- Г длительную рН-метрию на фоне терапии антисекреторными препаратами
- Д все перечисленное

Степень выраженности язвенного стеноза определяется по:

- А клиническим проявлениям
- Б эндоскопической картине
- В данным рентгенологического исследования желудка с барием и досмотром через 6 и 12 часов
- Г миоэлектрической активности желудка

Для лечения рефлюкс-эзофагита у больных с гастрэктомией применяются препараты, кроме:

- А антациды
- Б ингибиторы протонной помпы
- В препараты УДХК
- Г сукральфат

Противопоказания к манометрии пищевода являются, кроме:

- А новообразование пищевода
- Б стриктура пищевода
- В флэбэктазии пищевода
- Г дивертикулы пищевода (Ценкера)
- Д носовые кровотечения

Манометрия пищевода позволяет оценить:

- А давление покоя нижнего пищеводного сфинктера
- Б высоту гастроэзофагеального рефлюкса
- В характер гастроэзофагеального рефлюкса
- Г варикозное расширение вен пищевода

Манометрия пищевода позволяет оценить:

- А характер перистальтики пищевода
- Б признаки эозинофильного эзофагита
- В наличие гастроэзофагеального рефлюкса
- Г эффективность лечения ингибиторами протонной помпы

Для какого заболевания характерен симптом четок на рентгенограмме:

- А эзофагита
- Б грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- В синдром Барсоня-Тешендорфа
- Г ахалазии пищевода

Демпинг-синдром – это:

- А ощущение забросов пищи в пищевод
- Б приступы слабости, мокрого пота, тахикардии через 2 часа после еды
- В приступы слабости, тахикардии, снижения давления через 15-30 минут после еды, проходящие в горизонтальном положении
- Г вздутие и урчание по животу после приема пищи

Клетки, обнаружение которых при гистологическом исследовании подтверждает диагноз пищевода Барретта:

- А паннетовские клетки
- Б бокаловидные клетки
- В клетки Барретта
- Г эпителиальные клетки

Частая причина бессимптомного течения язвенной болезни:

- А ипочувствительность
- Б грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- В употребление НПВС
- Г употребление омепразола

Основной метод лечения ахалазии пищевода

- А прием нитроглицерина
- Б кардиомиотомия
- В прием омепразола
- Г психотерапевтические препараты

Какие показатели не входят в интегральный показатель DeMeester для суточного рН мониторинга:

- А % времени с рН менее 4
- Б % времени с рН менее 4 стоя
- В % времени с рН менее 4, лежа
- Г количество симптомов
- Д число рефлюксов длительностью более 5 мин

Для каких заболеваний патогномичен гастроэзофагеальный рефлюкс:

- А ревматоидный артрит
- Б миастения
- В прогрессирующая системная склеродермия
- Г язвенный колит

Какие препараты назначаются при ночном кислотном прорыве:

- А мотилиум
- Б фамотидин
- В УДХК
- Г гевискон

При эозинофильном эзофагите не назначается

- А мотилиум
- Б флутиказон
- В будесонид
- Г ингибиторы протонной помпы

Для диагностики *H. pylori* у больных, ранее не получавших эрадикационную терапию может применяться:

- А серологический метод (выявление антител класса IgG)
- Б быстрый уреазный тест
- В морфологическое исследование
- Г <sup>13</sup>C-уреазный дыхательный тест
- Д все перечисленные методы

Для диагностики *H. pylori* у больных, ранее получавших эрадикационную терапию не может применяться:

- А серологический метод (выявление антител класса IgG)
- Б быстрый уреазный тест
- В морфологическое исследование
- Г <sup>13</sup>C-уреазный дыхательный тест

Для диагностики *H. pylori* у больных, ранее не получавших эрадикационную терапию, но в настоящее время принимающего ИПП, может применяться:

- А серологический метод (выявление антител класса IgG)
- Б быстрый уреазный тест
- В морфологическое исследование
- Г <sup>13</sup>C-уреазный дыхательный тест
- Д все перечисленные методы

Для диагностики *H. pylori* у больных, ранее получавших эрадикационную терапию, но в настоящее время принимающего ИПП, может применяться:

- А серологический метод (выявление антител класса IgG)
- Б быстрый уреазный тест
- В морфологическое исследование
- Г <sup>13</sup>C-уреазный дыхательный тест
- Д ни один из перечисленных методов

Диагностика *H. pylori* большинством методов достоверна, если пациент:

- А более 2 недель не принимает ингибиторы протонной помпы или H<sub>2</sub>-блокаторы рецепторов гистамина
- Б более 2 недель не принимает антибиотики
- В более 2 недель не принимает препараты висмута
- Г все верно

Диагностика H. pylori большинством методов достоверна, если пациент:

- А более 2 недель не принимает ингибиторы протонной помпы или H<sub>2</sub>-блокаторы рецепторов гистамина
- Б более 4 недель не принимает антибиотики
- В более 4 недель не принимает препараты висмута
- Г все верно

Для контроля эффективности эрадикации H. pylori может быть применен:

- А серологический метод
- Б быстрый уреазный тест
- В <sup>13</sup>C-уреазный дыхательный тест
- Г любой из перечисленные методов

Для контроля эффективности эрадикации H. pylori может быть применен:

- А серологический метод
- Б быстрый уреазный тест
- В антиген H. pylori в кале
- Г любой из перечисленные методов

Контроль эффективности эрадикации H. pylori может быть проведен:

- А сразу после завершения лечения
- Б не ранее, чем через 30 дней после завершения лечения
- В не требуется

Контроль эффективности эрадикации H. pylori должен быть проведен:

- А для оценки эффективности лечения инфекционного заболевания у конкретного пациента
- Б для оценки эффективности данной схемы терапии в данном регионе

В все верно

Рекомендованная длительность терапии для эрадикации *H. pylori*:

- А 7 дней
- Б 10 дней
- В 14 дней

Рекомендованная эффективность схем терапии для эрадикации *H. pylori*:

- А не менее 70%
- Б не менее 80%
- В не менее 90%

Тройная терапия (ИПП + амоксициллин + кларитромицин) для эрадикации *H. pylori* продолжительностью 14 дней в качестве терапии первой линии может быть рекомендована:

- А в регионах с резистентностью *H. pylori* к макролидам не более 15%
- Б в регионах с резистентностью *H. pylori* к макролидам не более 20%
- В в регионах с резистентностью *H. pylori* к макролидам не более 15% больным, ранее не получавшим макролиды по любому поводу

Методы повышения эффективности тройная терапии (ИПП + амоксициллин + кларитромицин) для эрадикации *H. pylori*:

- А продолжительность лечения 14 дней
- Б использование ИПП в двойной дозе
- В использование эзомепразола или рабепразола
- Г добавление висмута трикалия дицитрата
- Д все указанное выше

В регионах с высокой (более 15%) резистентностью *H. pylori* к макролидам в качестве терапии первой линии не может быть рекомендована:

- А тройная терапия продолжительностью 14 дней
- Б тройная терапия с добавлением висмута трикалия дицитрата продолжительностью 14 дней



В стандартная квадритерапия (ИПП + тетрациклин + метронидазол + висмута трикалия дицитрата ) продолжительностью 14 дней

Для эрадикации *H. pylori* в качестве терапии второй линии может быть рекомендована:

А стандартная тройная терапия продолжительностью 14 дней  
Б тройная терапия с добавлением висмута трикалия дицитрата продолжительностью 14 дней

В квадритерапия (ИПП + тетрациклин + метронидазол + висмута трикалия дицитрата ) продолжительностью 14 дней

Для эрадикации *H. pylori* в качестве терапии второй линии может быть рекомендована:

А стандартная тройная терапия продолжительностью 14 дней  
Б тройная терапия с добавлением висмута трикалия дицитрата продолжительностью 14 дней  
В троюнная терапия с левофлоксацином (ИПП + амоксициллин + левофлоксацин) продолжительностью 14 дней

Основной функцией желчи является:

А эмульгирование жиров  
Б гидролиз углеводов  
В лизис белков  
Г лизис жиров  
Д нейтрализация желудочного содержимого

Функции желчного пузыря:

А эвакуаторная  
Б концентрационная  
В резервуарная  
Г абсорбционная  
Д все вышеперечисленное

Реабсорбция желчных кислот происходит в:

А желудке  
Б 12-перстной кишке  
В тощей кишке  
Г подвздошной кишке

Д толстой кишке

Урсодеоксихолевая кислота является:

- А гидрофобной
- Б гидрофильной
- В не входит в состав желчных кислот человека

Синтез первичных желчных кислотосуществляется:

- А в печени
- Б в тонкой кишке
- В в толстой кишке
- Г в желчном пузыре

Где образуются вторичные желчные кислоты:

- А в печени
- Б в кишке
- В в желчном пузыре
- Г во всех перечисленных органах

Факторы риска развития холецистолитиаза:

- А мужской пол
- Б молодой возраст
- В беременность
- Г наличие хеликобактер пилори

Патогенетическими факторами холелитиаза считаются:

- А снижение сократительной функции желчного пузыря
- Б усиленная нуклеация
- В перенасыщение желчи холестерином
- Г все вышеперечисленные

Нормальная сократительная функция желчного пузыря составляет:

- А 20-30%
- Б 35-50%
- В 50-75%
- Г 75-90%

В каких случаях возможно проведение литолитическую терапию:

- А наличие однородной желчи в желчном пузыре
- Б наличие полипов в желчном пузыре

- В наличие конкрементов любых размеров
- наличие конкремента без тени менее 1 см в
- Г Д

Ведущий критерий прогноза эффективности литолитической терапии:

- А коэффициент Хаунсфилда менее 100%
- Б длительность терапии
- В размер конкрементов
- Г отсутствие желчных колик

Показания к хирургическому лечению желчнокаменной болезни:

- А отсутствие эффекта от литолитической терапии
- Б желчные колики в анамнезе
- В «отключенный» желчный пузырь, водянка желчного пузыря
- Г все вышеперечисленное

Триада Сента – это сочетание:

- А грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, желчнокаменной болезни и дивертикулеза толстой кишки
- Б грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, желчнокаменной болезни и хронического гастрита, ассоциированного с хеликобактер пилори
- В хронического гастрита, желчнокаменной болезни и дивертикулеза толстой кишки язвенной болезни 12-перстной кишки, язвенного колита, желчнокаменной
- Г болезни

При желчнокаменной болезни изменение биохимических свойств желчи характеризуется:

- А снижением соотношения желчных кислот к холестерину
- Б снижением уровня билирубина в моче
- В повышением уровня желчных кислот и снижением концентрации холестерина
- Г повышение уровня лецитина
- Д снижение уровня белков желчи

Первой стадией желчнокаменной болезни является:

- А билиарный сладж
- Б холецистолитиаз
- В холедохолитиаз
- Г однородная желчь

УЗИ-признаки билиарного сладжа:

- А эхооднородная желчь
- Б взвесь гиперэхогенных частиц
- В наличие конкрементов малых размеров без тени
- Г несмещаемая гиперэхогенная структура

Виды билиарного сладжа:

- А единичная взвесь гиперэхогенных частиц
- Б эхо неоднородная желчь с наличием сгустков
- В замазкообразная желчь
- Г все вышеперечисленное

Что используется в качестве желчегонного завтрака при определении сократительной функции желчного пузыря:

- А сливки
- Б яйцо
- В банан
- Г шоколад

Типы дисфункции сфинктера Одди:

- А билиарный тип
- Б панкреатический тип
- В смешанный тип
- Г все вышеперечисленные

Какие нарушения встречаются при постхолецистэктомическом синдроме:

- А функциональные
- Б органические
- В обусловленные другими заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта
- Г все вышеперечисленные

В течение первого месяца после холецистэктомии преимущественно выявляется:

- А гипертонус сфинктера Одди

- Б гипотонус сфинктера Одди
- В недостаточность сфинктера Одди
- Г все вышеперечисленные

Какие спазмолитические средства применяются для восстановления тонуса сфинктера Одди при постхолецистэктомическом синдроме в настоящее время:

- А нитраты
- Б антагонисты кальция
- В антихолинергические препараты
- Г миотропные спазмолитики

Что является наиболее частой причиной диареи после холецистэктомии:

- А желчные кислоты
- Б синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке
- В ферментативная недостаточность поджелудочной железы
- Г все вышеперечисленное

Методы определения синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке:

- А ЭГДС
- Б УЗИ
- В колоноскопия
- Г водородный дыхательный тест с лактулозой

Препараты для лечения синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке:

- А антибактериальные
- Б пробиотики
- В ферменты
- Г все перечисленные

Клинические варианты постхолецистэктомического синдрома:

- А вариант Шарко
- Б желтушный вариант
- В болевой вариант
- Г билиарно-диспепсический вариант
- Д клинически асимптомный вариант
- Е все перечисленные

Аденомиоматоз желчного пузыря – это:

- А гиперпластическое заболевание с образованием ложных дивертикулов
- Б обменное поражение стенки желчного пузыря
- В злокачественное заболевание
- Г все вышеперечисленное

Формы аденомиоматоза желчного пузыря:

- А диффузный
- Б фундальный
- В сегментарный
- Г все вышеперечисленное

Какая форма аденомиоматоза желчного пузыря наиболее часто озлокачивается:

- А диффузная
- Б фундальная
- В сегментарная
- Г все вышеперечисленное

Методы диагностики аденомиоматоза:

- А УЗИ
- Б МРТ брюшной полости
- В компьютерная томография брюшной полости
- Г все вышеперечисленные

УЗ-признаки аденомиоматоза желчного пузыря:

- А симптом «жемчужного ожерелья»
- Б «хвост кометы»
- В утолщение стенки желчного пузыря
- Г гиперкинезия по данным исследования сократительной функции
- Д все вышеперечисленное

Показания к хирургическому лечению аденомиоматоза:

- А аденомиома дна более 1,5 см
- Б гиперкинезия желчного пузыря
- В гипокинезия желчного пузыря
- Г утолщение стенки желчного пузыря до 1 см

Тактика ведения аденомиоматоза:

- А наблюдение
- Б литолитическая терапия

- В хирургическое лечение при всех типах аденомиоматоза
- Г все вышеперечисленное

Типы холестероза желчного пузыря:

- А полипозный
- Б сетчатый
- В смешанный
- Г все перечисленные

Виды полипов желчного пузыря:

- А холестериновые
- Б аденоматозные
- В смешанные
- Г все перечисленные

УЗ-критерии необходимости оперативного лечения полипов желчного пузыря:

- А размеры менее 1 см
- Б васкуляризация
- В подвижность
- Г все вышеперечисленные

Показания к оперативному лечению полипов желчного пузыря:

- А быстрый рост полипа (более 2-3 мм в год)
- Б мелкие множественные аваскулярные полипы
- В одиночный аваскулярный полип менее 1 см в Д
- Г все вышеперечисленное

Показания к оперативному лечению полипов желчного пузыря:

- А размеры полипа более 1 см, васкуляризация при ЦДК
- Б мелкие множественные аваскулярные полипы
- В одиночный аваскулярный полип менее 1 см в Д
- Г все вышеперечисленное

Билиарная недостаточность – это:

- А печеночно-клеточная дисхолия
- Б уменьшение количества желчи и желчных кислот, поступающих в кишечник после введения раздражителя

- В развитие ферментативной недостаточности
- развитие синдрома избыточного
- Г бактериального роста

Функция сфинктера Одди:

- А регуляция оттока желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку
- Б накопление желчи в желчном пузыре
- В антирефлюксное действие – препятствует забросу содержимого двенадцатиперстной кишки в холедох и вирсунгов проток
- Г все вышеперечисленное

Наиболее специфичные биохимические показатели крови для диагностики холедохолитиаза:

- А общий билирубин
- Б АЛТ и АСТ
- В ГГТП и щелочная фосфатаза
- Г панкреатическая амилаза

Для холецистокардиального синдрома характерно:

- А боль за грудиной после употребления в пищу животных жиров
- Б положительный эффект от нитратов
- В изменения на ЭКГ
- Г повышение маркеров острого повреждения миокарда

Характерные особенности болезни Кароли:

- А врожденное заболевание
- Б сегментарное мешотчатое расширение внутрипеченочных сегментарных желчных протоков
- В наличие признаков холангита
- Г все перечисленное

Рак желчного пузыря встречается:

- А при лямблиозе
- Б при описторхозе
- В при длительном камненосительстве
- Г при дисфункции желчного пузыря
- Д все вышеперечисленное



Утолщение стенки желчного пузыря встречается при:

- А хронический холецистит
- Б гиперпластические холецистозы
- В сердечно-сосудистая недостаточность
- Г цирроз печени
- Д все вышеперечисленное

К гиперпластическим холецистозам относятся:

- А калькулезный холецистит
- Б хронический холецистит
- В аденомиоматоз
- Г все вышеперечисленное

Когда встречается синдром Курвуазье:

- А при холестерозе желчного пузыря
- Б при «отключенном» желчном пузыре с наличием водянки
- В при аденомиоматозе желчного пузыря
- Г при всех перечисленных патологиях

Для синдрома Мириззи характерно:

- А фиксированный камень в пузырном протоке или шейке желчного пузыря; обструкция общего печеночного протока, обусловленная фиксированным конкрементом в пузырном протоке и воспалением вокруг него;
- Б желтуха с холангитом или без него.
- Г все вышеперечисленное

Основными функциями поджелудочной железы являются:

- А секреция бикарбонатов
- Б секреция пищеварительных ферментов
- В секреция глюкагона
- Г секреция инсулина
- Д всё вышеперечисленное

В ацинарных клетках поджелудочной железы синтезируются следующие ферменты:

- А амилаза
- Б диастаза
- В трипсин
- Г трипсиноген
- Д всё вышеперечисленное

Какие клинические синдромы характерны для хронического панкреатита?

- А болевой абдоминальный синдром
- Б синдром внешнесекреторной недостаточности
- В синдром трофологической неостаточности
- Г синдром эндокринных нарушений
- Д всё вышеперечисленное

Какие осложнения панкреатита вы знаете?

- А портальная гипертензия
- Б рак поджелудочной железы
- В асцит
- Г всё вышеперечисленное
- Д ничего из перечисленного

Какие состояния не являются осложнениями хронического панкреатита?

- А сахарный диабет
- Б гипертиреоз
- В остеопороз
- Г синдром мальабсорбции
- Д тромбоз селезеночной вены

Каковы показания для хирургического лечения хронического панкреатита?

- А недостаточность внешнесекреторной функции поджелудочной железы
- Б сахарный диабет
- В панкреатическая гипертензия в сочетании со стойким болевым синдромом
- Г тромбоз воротной вены
- Д асцит

Какой из приведенных ниже показателей наиболее значим для оценки нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы?

- А амилаза крови
- Б липаза крови
- В амилаза мочи
- Г стеаторея
- Д креаторея

Какой уровень фекальной эластазы свидетельствует о тяжелой внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы?

- А 50 мкг/г
- Б 150 мкг/г
- В 250 мкг/г
- Г 350 мкг/г
- Д 450 мкг/г

Какой из нижеприведенных факторов не является этиологическим для хронического панкреатита

- А алкоголь
- Б курение
- В гиперкальциемия
- Г гиперкалиемия
- Д гипертриглицеридемия

Какой из методов обследования не рекомендуется применять для диагностики хронического панкреатита?

- А трансабдоминальная ультрасонография
- Б эндоскопическая ультрасонография
- В эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- Г магнитно-резонансная томография
- Д компьютерная томография

Какие препараты применяются для купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите?

- А ингибиторы протонной помпы
- Б ингибиторы протеаз
- В ферменты
- Г витамины
- Д нестероидные противовоспалительные препараты

Какие препараты не назначают для купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите?

- А ингибиторы протонной помпы
- Б ненаркотические анальгетики
- В наркотические анальгетики
- Г нестероидные противовоспалительные препараты
- Д спазмолитики

В чем отличие сахарного диабета, вызванного хроническим панкреатитом, от других типов сахарного диабета?

- А необходимость в инсулинотерапии
- Б необходимость приема пероральных сахароснижающих препаратов
- В высокий риск гипергликемии
- Г высокий риск гипогликемии
  
- Д высокий риск диабетической нефропатии

Какое из клинических проявлений не характерно для неосложненного хронического панкреатита?

- А боли
- Б диарея
- В тошнота
- Г рвота
- Д повышение температуры

Первичная внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы развивается после утраты ацинарной ткани в объеме:

- А менее 30%
- Б 30 – 50%
- В 50 – 70%
- Г 70 – 90%
- Д 90% и более

Какие заболевания могут развиваться на фоне внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы?

- А остеохондроз
- Б остеопороз
- В остеоартроз
- Г подагра
- Д всё вышеперечисленное

Какие суточные дозы панкреатина (в пересчете на липазу) рекомендуются при тяжелой внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы?

- А менее 30 000 Ед
- Б 30 000 – 50 000 Ед
- В 50 000 – 100 000 Ед
- Г 100 000 – 150 000 Ед

Д более 150 000 Ед

Какие формы панкреатина не подходят для ферментозаместительной терапии тяжелой внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы?

- А таблетки
- Б минимикросферы
- В минитаблетки
- Г подходят все
- Д никакие не подходят

Каковы причины вторичной внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы?

- А резекция желудка по Бильрот-II
- Б патология тонкой кишки
- В синдром Золлингера-Эллисона
- Г всё вышеперечисленное
- Д ничего из перечисленного

Какие причины первичной внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы Вы знаете?

- А рак поджелудочной железы
- Б липоматоз поджелудочной железы
- В хронический панкреатит
- Г всё вышеперечисленное
- Д ничего из перечисленного

Повышение амилазы сыворотки крови может наблюдаться при:

- А обострении хронического панкреатита
- Б почечной недостаточности
- В черепно-мозговой травме
- Г ожогах
- Д всё вышеперечисленное

Диаметр Вирсунгова протока в норме составляет:

- А менее 1 мм
- Б не более 1-2 мм
- В не более 1-2 см
- Г не более 3-4 мм
- Д больше 2 см

Какие кистозные образования поджелудочной железы являются злокачественными?

- А постнекротическая киста
- Б серозная цистаденома
- В внутрипротоковая папиллярная муцинозная неоплазия
- Г цистаденокарцинома
- Д всё вышеперечисленное

Какие кистозные опухоли поджелудочной железы считаются доброкачественными?

- А серозная цистаденома
- Б муцинозная цистаденома
- В внутрипротоковая папиллярная муцинозная неоплазия
- Г всё вышеперечисленное
- Д ничего из перечисленного

Какие из приведенных ниже кистозных опухолей поджелудочной железы не являются потенциально злокачественными?

- А внутрипротоковая папиллярная муцинозная неоплазия, главный тип
- Б внутрипротоковая папиллярная муцинозная неоплазия, боковой тип
- В внутрипротоковая папиллярная муцинозная неоплазия, смешанный тип
- Г всё вышеперечисленное
- Д ничего из перечисленного

Какое из исследований более информативно для дифференциальной диагностики рака поджелудочной железы и псевдотуморозного панкреатита?

- А УЗИ
- Б ЭРХПГ
- В МСКТ с внутривенным болюсным контрастированием
- Г МРТ
- Д МРХПГ

Какие факторы риска рака поджелудочной железы Вы знаете?

- А курение
- Б хронический панкреатит
- В сахарный диабет
- Г всё перечисленное
- Д ничего из перечисленного

Какой симптом может быть первым клиническим проявлением рака поджелудочной железы?

- А схваткообразные боли в околопупочной области
- Б голодные боли
- В безболевая желтуха
- Г всё вышеперечисленное
- Д ничего из перечисленного

Какое состояние может быть первым клиническим проявлением рака поджелудочной железы?

- А гипотиреоз
- Б гипертиреоз
- В гиперпаратиреоз
- Г сахарный диабет
- Д всё вышеперечисленное

Симптом Курвуазье встречается при:

- А желчнокаменной болезни
- Б раке головки поджелудочной железы
- В дисфункция сфинктера Одди
- Г всё вышеперечисленное
- Д ничего из перечисленного

Каковы могут быть причины механической желтухи:

- А холедохолитиаз
- Б аутоиммунный панкреатит
- В рак головки поджелудочной железы
- Г всё вышеперечисленное
- Д ничего из перечисленного

Какой симптом наиболее характерен для холедохолитиаза:

- А безболевая желтуха
- Б болевой приступ предшествует возникновению желтухи
- В гипергликемия
- Г голодные боли в эпигастрии
- Д схваткообразные боли в околопупочной области

Какой симптом наиболее характерен для холедохолитиаза?

- А болевой приступ предшествует возникновению желтухи

- Б механическая желтуха
- В повышение ГГТП и щелочной фосфатазы
- Г всё вышеперечисленное
- Д ничего из перечисленного

Каковы стигматы малигнизации кистозных образований поджелудочной железы?

- А механическая желтуха при кистозном образовании в головке поджелудочной железы
- Б солидный компонент в кистозном образовании
- В диаметр Вирсунгова протока более 10мм
- Г всё вышеперечисленное
- Д ничего из перечисленного

Какой симптом наиболее характерен для холангита?

- А боли в правом подреберье
- Б ознобы
- В фебрильная лихорадка без катаральных проявлений
- Г всё вышеперечисленное
- Д ничего из перечисленного

У больного часто возникает рвота съеденной пищей. Для каких заболеваний характерен данный симптом?

- А дуоденальная дистрофия
- Б псевдотуморозный панкреатит
- В рак желудка
- Г всё вышеперечисленное
- Д ничего из перечисленного

Какой тип внутрипротоковой муцинозной неоплазии (IPMN) поджелудочной железы имеет наименьший злокачественный потенциал?

- А IPMN бокового типа
- Б IPMN главного типа
- В IPMN смешанного типа
- Г всё вышеперечисленное
- Д ничего из перечисленного

Что такое дуоденальная дистрофия?

- А гетеротопия ткани поджелудочной железы в стенку 12-п кишки



- Б внутрипротоковая муцинозная неоплазия
- В атрезия поджелудочной железы
- Г всё вышеперечисленное
- Д ничего из перечисленного

Какие осложнения встречаются при дуоденальной дистрофии?

- А развитие панкреатита в pancreas aberrans
- Б дуоденальный стеноз
- В малигнизация
- Г всё вышеперечисленное
- Д ничего из перечисленного

Каковы клинические проявления экзокринной панкреатической недостаточности?

- А метеоризм
- Б диарея
- В снижение массы тела
- Г всё вышеперечисленное
- Д ничего из перечисленного

Какие клинические проявления экзокринной панкреатической недостаточности Вы знаете?

- А снижение аппетита
- Б болевой абдоминальный синдром
- В рвота
- Г всё вышеперечисленное
- Д ничего из перечисленного

Какие лабораторные показатели используются для диагностики белково-энергетической недостаточности?

- А снижение уровня лимфоцитов
- Б снижение уровня альбумина
- В снижение уровня преальбумина
- Г всё вышеперечисленное
- Д ничего из перечисленного

Для экзокринной недостаточности поджелудочной железы характерно:

- А дефицит жирорастворимых витаминов
- Б тромбоцитопения
- В лейкопения
- Г гипермилаземия
- Д запоры

Для лечения аутоиммунного панкреатита применяют:

- А глюкокортикостероиды
- Б иммунодепрессанты
- В урсодезоксихолевая кислота
- Г панкреатин
- Д всё перечисленное

Причины нарушения минеральной плотности костной ткани при хроническом панкреатите ?

- А недостаточность поджелудочной железы тяжёлой степени
- Б ЖКБ
- В триглицеридемия
- Г длительность заболевания более 10 лет
- Д сахарный диабет

С чем связана гиперкальцемия при хроническом кальцифицирующем панкреатите ?

- А гипертиреоз
- Б гиперпаратиреоз
- В гиперлипидемия
- Г внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы
- Д аутоиммунный механизм

Какой тест в качестве оптимальной формы скрининга рекомендует Международный экспертный комитет для выявления сахарного диабета?

- А гликозилированный гемоглобин
- Б глюкоза крови натощак
- В тест с нагрузкой глюкозой
- Г уровень С-пептида
- Д уровень инсулина

Какой лабораторный показатель не является критерием белково-энергетической недостаточности:

- А альбумин
- Б трансферрин
- В лимфоциты
- Г ретинол – связывающий белок
- Д панкреатический полипептид

Какая этиологическая причина острого панкреатита встречается чаще других?

- А ЖКБ, патология желчевыводящих путей
- Б алкоголь
- В гиперкальцемиа
- Г гипертриглицеридемия
- Д гиперлипидемия

При какой этиологической форме хронического панкреатита чаще развивается рак поджелудочной железы ?

- А наследственный панкреатит
- Б идиопатический панкреатит
- В билиарный панкреатит
- Г алкогольный панкреатит
- Д панкреатит на фоне гиперлипидемии

Какой онкомаркер повышается при раке поджелудочной железы?

- А антиген углеводный (раковый) СА 19-9
- Б антиген углеводный (раковый) СА 125
- В антиген углеводный (раковый) СА 15-3
- Г антиген плоскоклеточного рака (SCCA)
- Д кальцитонин

При какой этиологической форме панкреатита эффективная кортикостероидная терапия может являться диагностическим признаком?

- А аутоиммунный панкреатит
- Б билиарный панкреатит
- В идиопатический панкреатит
- Г тропический панкреатит
- Д наследственный панкреатит

Какие признаки визуализации (по данным УЗИ, МСКТ, МРТ) не характерны для аутоиммунного панкреатита ?

- А диффузное увеличение поджелудочной железы
- Б очаговое образование, имитирующее опухоль (очаговая форма)
- В иррегулярная дилатация ГПП. стеноз интрапанкреатического отдела холедоха
- Г кальциноз поджелудочной железы

Какова особенность лечения панкреатита, ассоциированного с хиломикронемией и гипертриглицеридемией? Применение в комплексной терапии:

- А фибратов
- Б ферментных препаратов
- В селективных спазмолитиков
- Г прокинетиков
- Д ИПП

«Золотым стандартом» диагностики язвенного колита является:

- А эндоскопическая оценка слизистой оболочки толстой кишки
- Б клинические данные
- В гистологические данные
- Г «Золотого стандарта» диагностики язвенного колита не существует. Диагноз устанавливается на основании клинической оценки, лабораторных, эндоскопических, включая гистологических данные

Какие методы исследования позволяют уточнить причину орофарингеальной дисфагии?

- А ларингоскопия
- Б манометрия пищевода
- В рентгеноскопия глотания
- Г МРТ головного мозга
- Д все вышеперечисленное.

У пациента по данным суточного рН мониторинга количество кислых гастроэзофагеальных рефлюксов составляет в нижней трети пищевода 58, в верхней трети – 5 . Какое заключение можно дать по этому пациенту?

- А гиперчувствительность пищевода
- Б патологический гастроэзофагеальный рефлюкс
- В физиологический рефлюкс
- Г норма.

При установке рН зонда электрод в нижней трети пищевода устанавливается на

- А на 3 см ниже нижнего пищеводного сфинктера

- Б на 5 см выше нижнего пищеводного сфинктера
- В по данным эндоскопии на уровне нижнего пищеводного сфинктера.
- Г

Показанием к суточному рН-импеданс-мониторингу не является:

- А атрофический гастрит
- Б наличие кашля у больного с подозрением на гастроэзофагеальный рефлюкс
- В ахалазия пищевода
- Г диффузный эзофагоспазм.

При ахалазии кардии основным манометрическим критерием является:

- А низкая амплитуда сокращений
- Б высокое давление покоя нижнего пищеводного сфинктера
- В отсутствие расслабления нижнего пищеводного сфинктера
- Г спастические сокращения в теле пищевода.

Признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы по данным манометрии высокого разрешения:

- А уровень нижнего пищеводного сфинктера на 50 см от крыла носа
- Б гипотензия нижнего пищеводного сфинктера
- В расположение ножек диафрагмы на расстоянии более 2 см от нижнего пищеводного сфинктера.

Противопоказанием к манометрии пищевода не является:

- А варикозно расширенные вены пищевода 3 степени
- Б язва пищевода
- В фундопликация в анамнезе 2 месяца назад
- Г регургитация.

Признаки патологического гастроэзофагеального рефлюкса по данным рН граммы:

- А % времени с рН менее 4 – 8 %

- Б % времени с рН менее 4, лежа – 3,5%
- В количество гастроэзофагеальных рефлюксов – 48
- Г число рефлюксов длительностью более 5 мин – 3,5
- Д индекс DeMeester -14,6

Показанием для манометрии пищевода не является

- А неэффективность терапии ингибиторами протонной помпы
- Б грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- В эрозивный эзофагит
- Г пищевод Барретта
- Д пептическая стриктура пищевода

Методы диагностики грыжи пищеводного отверстия диафрагмы все, кроме:

- А эзофагогастродуоденоскопия
- Б манометрия пищевода
- В рентгеноскопия верхнего отдела пищеварительного тракта
- Г манометрия высокого разрешения.

Критерии физиологического рефлюкса по рН-импедансометрии

- А Общее количество рефлюксов – 75
- Б Количество ререфлюксов – 1
- В Общая 24-часовая экспозиция болюса 2%
- Г Соотношение кислых и некислых гастроэзофагеальных рефлюксов 1:1.

Для какого заболевания характерен симптом четок на рентгенограмме

- А эзофагита
- Б грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- В синдром Барсоня-Тешендорфа
- Г ахалазии пищевода

Критерий диффузного эзофагоспазма по данным манометрии пищевода:

- А давление покоя нижнего пищеводного сфинктера 25 мм.рт.ст.
- Б 30 % сокращений в теле пищевода одномоментные

Для ахалазии 1 типа по Чикагской классификации характерно:

- В амплитуда сокращений в теле пищевода до 30 мм.рт.ст.
- Г укорочение пищевода

Для ахалазии 2 типа по Чикагской классификации характерно:

- А давление покоя нижнего пищеводного сфинктера выше 45 мм.рт.ст.
- Б отсутствие расслабления IRP более 15 мм.рт.ст.
- В панэзофагеальная прессуризация
- Г низкая амплитуда одновременных сокращений в теле пищевода

При наличии противопоказаний к назначению глюкокортикоидов при алкогольном гепатите тяжелого течения возможной альтернативой является назначение:

- А давление покоя нижнего пищеводного сфинктера выше 45 мм.рт.ст.
- Б отсутствие расслабления IRP более 15 мм.рт.ст.
- В панэзофагеальная прессуризация
- Г низкая амплитуда одновременных сокращений в теле пищевода

Излечим ли гепатит С?

- А эссенциальных фосфолипидов с глицерризиновой кислотой
- Б препаратов силимарина
- В аминокислот с разветвленной цепью
- Г пентоксифиллина

С какой целью необходимо оценивать вирусную нагрузку при HCV-инфекции перед началом терапии прямыми противовирусными препаратами?

- А да
- Б нет
- В да, если нет мутаций резистентности
- Г да, но только при низкой вирусной нагрузке

- А для решения вопроса о необходимости проведения пациенту противовирусной терапии
- Б для выбора оптимальной схемы противовирусной терапии
- В для определения длительности противовирусной терапии
- Г не требуется

Индекс Медрея выше 32 свидетельствует о вероятности летального исхода:

- А в ближайшую неделю 30-50%
- Б в текущую госпитализацию 30-50%
- В в ближайшие 3 месяца 30-50%
- Г в ближайший год 30-50%

Что такое мутации резистентности вируса гепатита С?

- А мутации вируса, которые обуславливают его устойчивость к препаратам прямого противовирусного действия
- Б изменения собственной ДНК человека под действием вируса гепатита С
- В мутации вируса, которые повышают его чувствительность к препаратам прямого противовирусного действия
- Г изменение в собственной ДНК человека инфицированного человека под действием лечения

Можно ли лечить вирусный гепатит С у пациентов с циррозом печени?

- А да
- Б нет
- В возможно перевести заболевание в неактивную фазу
- Г да, но только при низкой вирусной нагрузке

В каких случаях возможно лечение вирусного гепатита С у пациентов с циррозом печени?

- А при циррозе печени класс А по Чайлд-Пью
- Б При вирусном гепатите В+С
- В только при генотипе вируса 1 b
- Г только при низкой вирусной нагрузке



Какие схемы противовирусной терапии вирусного гепатита С являются оптимальными?

- А интерферон + рибавирин
- Б интерферон + рибавирин + глицирризиновая кислота
- В фосфоглив в/в струйно курсами
- Г безинтерфероновые режимы

Какой противовирусный препарат для лечения вирусного гепатита С больше не используются в России?

- А теллапревир
- Б софосбувир
- В боцепревир
- Г элбасвир

Какие показатели используются для подтверждения вирусного гепатита С?

- А анти-HCV
- Б РНК HCV
- В IgG
- Г IgM

Кому проводится вакцинация против вирусного гепатита С?

- А всем
- Б лицам младше 55 лет
- В только лицам из группы риска
- Г никому

Обычной схемой вакцинации от гепатита В является:

- А 0 – 1 – 2 – 12 месяцев
- Б 0 – 1 – 6 месяцев
- В 0 – 1 – 3 месяца
- Г 0 – 7 – 21 день

Основной целью противовирусной терапии хронического гепатита В является:

- А улучшение самочувствия больного и основных биохимических показателей крови
- Б эрадикация вируса гепатита В
- В снижение скорости прогрессирования заболевания и уменьшение риска развития гепатоцеллюлярной карциномы

Г уменьшение риска распространения вируса гепатита В в популяции

Какие препараты являются оптимальными для противовирусной терапии хронического гепатита В:

А пегинтерферон-α, ламивудин, телбивудин  
Б пегинтерферон-α, рибавирин, софосбувир  
В пегинтерферон-α, энтекавир, тенофовир  
Г ламивудин, телбивудин, энтекавир

Эффективность терапии хронического гепатита В аналогами нуклеоз(т)идов в наибольшей степени зависит от:

А генотипа вируса  
Б наличия у вируса резистентности  
В тяжести фиброза печени  
Г пола и возраста больного

Анатомически в печени выделяют:

А 6 сегментов  
Б 8 сегментов  
В 7 сегментов  
Г 5 сегментов  
Д 4 сегментов

При ультразвуковом исследовании печени имеется возможность достоверно установить:

А клинический диагноз  
Б морфологический диагноз  
В инструментальный диагноз

Максимальный внутренний диаметр главного панкреатического протока в норме составляет:

А 5  
Б 2  
В 3  
Г 4

Признак хронического панкреатита по данным УЗИ:

А неравномерное повышение эхогенности паренхимы железы  
Б возможное уменьшение размеров железы  
В возможное выявление неровности контура железы

- Г неоднородность эхографической структуры паренхимы железы
- возможные выявления гиперэхогенных включений (кальцификатов) и расширения панкреатического протока и его ветвей
- Д
- Е все перечисленное верно

При ультразвуковом исследовании размеры печени в терминальную стадию цирроза чаще:

- А в пределах нормы
- Б увеличены за счет правой доли
- В уменьшены за счет правой доли
- Г уменьшены за счет левой доли
- Д значительно увеличены

При классической картине цирроза в ультразвуковой картине печени:

- А контуры ровные, края острые
- Б контуры неровные, бугристые, края тупые
- В контуры ровные, края закруглены
- Г контуры ровные, гладкие, края тупые

Псевдокисты поджелудочной железы могут быть обнаружены:

- А в печени
- Б в селезенке
- В в средостении
- Г в брюшной полости
- Д в забрюшинном пространстве
- Е в сальниковой сумке
- Ж все перечисленное верно

Ультразвуковым признаком портальной гипертензии не является:

- А расширение селезеночной вены более 6 мм в диаметре
- Б расширение внепеченочной части воротной вены более 14 мм в диаметре
- В увеличение желчного пузыря
- Г увеличение селезенки
- Д выявление порто-кавальных анастомозов

Гепатолиенальный синдром в ультразвуковом изображении характеризуется:

- А увеличением размеров печени и селезенки с вероятными изменениями воротной вены
- Б увеличением селезенки
- В расширением портальной системы

Колебания нормального размера ствола воротной вены при ультразвуковом исследовании составляют:

- А 7 – 8 мм
- Б 5 – 8 мм
- В 15 – 20 мм
- Г 17 – 21 мм
- Д 9 – 13 мм

Поликистоз печени чаще сочетается с поликистозом:

- А почек
- Б поджелудочной железы
- В селезенки
- Г яичников
- Д верно а и б

Узловая (очаговая) гиперплазия печени является:

- А доброкачественным опухолевым процессом с прогрессирующим течением
- Б злокачественным опухолевым процессом с прогрессирующим течением
- В врожденной аномалией развития с прогрессирующим течением
- Г воспалительным поражением с прогрессирующим течением

В среднем диаметр общего желчного протока составляет:

- А 2 мм
- Б 3 мм
- В 5 мм
- Г 6 мм
- Д 10 мм

При липоматозе поджелудочной железы главный панкреатический проток:

- А не расширен, стенки не утолщены, часто не визуализируется
- Б расширен, контуры его неровные, стенки утолщены, диаметр неравномерен

- В диаметр расширен, иногда сопровождается утолщением стенок  
диаметр не расширен, стенки часто утолщены
- Г утолщены

Сколько долей имеет печень:

- А 2 доли  
Б 3 доли  
В 4 доли  
Г 8 долей

Утолщение стенки желчного пузыря может наблюдаться при следующих состояниях:

- А асцит  
Б гипопропротеинемия  
В острый гепатит  
Г острый холецистит  
Д хронический холецистит  
Е верно все перечисленное

Сколько слоев имеет кишечная стенка при ультразвуковом исследовании:

- А 2  
Б 3  
В 4  
Г 5  
Д 6

К ультразвуковым признакам холедохолитиаза можно отнести все кроме:

- А увеличение желчного пузыря  
Б расширение желчных протоков  
В наличие конкрементов в просвете внепеченочных желчных протоков  
Г наличие конкрементов в желчном пузыре

Причиной появления пневмобилии обычно не является:

- А операция на желчевыводящей системе  
Б острый гнойный холангит  
В пузырьно-кишечные фистулы  
Г желчнокаменная болезнь

Влияет ли химический состав конкремента желчного пузыря на ультразвуковую картину конкремента:

- А не влияет

- Б влияет
- В да, только при размерах конкремента более 4 – 5 мм

Минимальный размер конкремента выявляемый при помощи ультразвукового исследования:

- А 0,5 мм
- Б 1 мм
- В 2 мм
- Г 3 мм
- Д 4 мм

«Киста в кисте» (дочерние кисты) является классическим примером одного из приведенных заболеваний:

- А поликистоз печени
- Б кавернозная гемангиома
- В эхинококковая киста
- Г псевдокиста

При водянке желчного пузыря в ультразвуковой картине обычно не отмечается:

- А значительное увеличение размеров желчного пузыря
- Б расширение внутривнутрипеченочных желчных протоков
- В постепенное изменение эхографической картины полости желчного пузыря – изменение свойства желчи  
возможно выявление конкремента в шейке желчного пузыря
- Г

Наиболее характерными и часто встречающимися признаками острого панкреатита являются:

- А сохранение размеров поджелудочной железы, понижение эхогенности, однородность структуры и четкость ее контуров
- Б увеличение размеров железы, понижение эхогенности, нарушение однородности и изменение ее контуров
- В увеличение размеров железы, повышение эхогенности и подчеркнутость контуров

При ультразвуковом исследовании взрослых косо́й вертикальный размер (КВР) правой доли печени при отсутствии патологии не превышает:

- А 190 мм
- Б 150 мм
- В 175 мм
- Г 165 мм
- Д 180 мм

При подготовке к колоноскопии за 2-3 дня до исследования из пищевого рациона следует исключить:

- А мясо и птица
- Б кисломолочные продукты
- В крупы и орехи
- Г мед
- Д яйца

Эндоскопическим признаком портальной гипертензии является:

- А расширение вен верхней и средней трети пищевода (флебэктазии)
- Б геморрагический гастрит
- В расширение вен нижней трети пищевода, кардиального отдела желудка, контактная кровоточивость слизистой желудка
- Г дуодено-гастральный рефлюкс

Основным показанием к проведению капсульной эндоскопии является:

- А анемия неясного генеза
- Б рвота типа «кофейной гущи»
- В дегтеобразный стул
- Г следы алой крови в стуле
- Д снижение веса

При хронических запорах для полноценной подготовки к колоноскопии дополнительно следует:

- А уменьшить объем принимаемой пищи
- Б принимать более 2х литров жидкости в день на протяжении 3х дней до исследования

- В соблюдать бесшлаковую диету 5 дней до исследования, продолжить прием обычных для пациента слабительных препаратов
- Г увеличить дозу принимаемых слабительных препаратов
- Д дополнить подготовку очистительной клизмой

Для подготовки к капсульной эндоскопии необходимо:

- А 8-10 часов голода перед исследованием
- Б следовать рекомендациям по подготовке к колоноскопии
- В провести очистительную клизму
- Г исключить прием пищи в течение 24 часов перед исследованием
- Д в течение 5-7 дней принимать слабительные препараты

У больных сахарным диабетом в день проведения колоноскопии без седации допустимы:

- А легкий завтрак (чай или кофе с сахаром/медом)
- Б прием любого количества жидкости
- В полноценный завтрак
- Г голод
- Д фруктовый сок

Показанием к эндоскопическому лечению при пищеводе Барретта:

- А желудочная метаплазия
- Б кишечная метаплазия протяженностью менее 1 см
- В кишечная метаплазия протяженностью более 1 см
- Г кишечная метаплазия с дисплазией
- Д эрозивно-язвенный эзофагит

Тактика ведения пациентов с гиперпластическими полипами желудка более 25мм:

- А эндоскопическое удаление
- Б консервативное лечение с последующим динамическим наблюдением
- В динамическое наблюдение
- Г резекция желудка



Тактика ведения пациентов с гиперпластическими полипами желудка менее 25мм:

Д гомеопатическое лечение

- А эндоскопическое удаление
- Б консервативное лечение с последующим динамическим наблюдением
- В динамическое наблюдение
- Г резекция желудка
- Д гомеопатическое лечение

Экспресс-тест на *Helicobacter pylori* при ЭГДС не проводится при приеме всех препаратов кроме:

- А ингибиторы протонной помпы
- Б антибиотики
- В препараты висмута
- Г противовирусные препараты
- Д всех препаратов, кроме варианта «а»

Эндоскопическая ультрасонография является необходимым исследованием при выявлении:

- А пищевода Барретта
- Б язвы
- В полипов
- Г подслизистого образования
- Д кишечной метаплазии

Перед проведением колоноскопии за 2-3 дня до исследования следует отменить:

- А гормональные препараты
- Б препараты железа
- В антибиотики
- Г прокинетики
- Д спазмолитики

Перед видеокапсульной эндоскопией необходимо провести все исследования кроме:

- А тест на скрытую кровь в кале методом иммунохроматографии
- Б эзофагогастродуоденоскопия
- В ректосигмоколоноскопия с илеоскопией
- Г энтероскопия
- Д определение уровня кальпротектина в кале

При подозрении на холедохолитиаз наиболее информативным дополнительным методом исследования является:

- А дуоденоскопия
- Б мультиспиральная компьютерная томография
- В эндоскопическая ультрасонография магнитно-резонансная
- Г холангиопанкреатография эндоскопическая ретроградная
- Д холангиопанкреатография

Эндоскопическими признаками хронических заболеваний кишечника в период ремиссии не является:

- А гранулемы слизистой
- Б рубцовые изменения слизистой
- В псевдополипы
- Г обеднение сосудистого рисунка слизистой
- Д долихосигма

Эндоскопическими признаками хронических заболеваний кишечника в период обострения являются все, кроме:

- А контактная кровоточивость слизистой
- Б эрозии
- В язвы
- Г лимфоидные фолликулы
- Д флэбэктазии

Противопоказания к проведению ирригоскопии, являются все кроме

- А перфорация кишки
- Б токсический мегаколон
- В беременность
- Г тяжелые сердечно-сосудистые поражения
- Д прожилки крови в стуле

В каком положении детально изучается моторика пищевода?

- А в вертикальном положении
- Б в горизонтальном положении
- В в положении Тренделенбурга
- Г в коленно-локтевом положении

Что при рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции можно принять за абсцесс легкого?

- А нефиксированную аксиальную грыжу пищевода
- Б фиксированную аксиальную ГПОД
- В нефиксированную параэзофагеальную грыжу
- Г пролапс слизистой желудка в пищевод.

При глотании смещается вместе со стенкой пищевода все, кроме:

- А полипа
- Б лейомиомы
- В лимфатического узла
- Г варикозных расширенных вен пищевода

При рентгенологическом исследовании оперированного пищевода в раннем послеоперационном периоде применяется:

- А жидкая бариевая взвесь
- Б бариевая взвесь, разведенная в водорастворимом контрастном веществе
- В йодсодержащее водорастворимое контрастное вещество
- Г парамагнитное водорастворимое контрастное вещество

Наиболее частая локализация дивертикулов двенадцатиперстной кишки

- А в горизонтальном отделе ДПК
- Б в восходящем отделе ДПК
- В в боковой стенке нисходящего отдела ДПК
- Г в медиальной стенке нисходящего отдела ДПК

При декомпенсированном стенозе привратника опорожнение желудка от бариевой взвеси проходит:

- А за 6 часов
- Б за 12 часов
- В за 24 часа
- Г за 48 часов

При рентгенологическом исследовании для экзофитно-растущей опухоли тела желудка характерно все, кроме:

- А дефект наполнения неправильной формы с неровными, бугристыми очертаниями на границе с опухолью выявляется обрыв
- Б продольно направленных складок слизистой оболочки
- В атипичный рельеф слизистой оболочки просвет органа в зоне поражения деформирован
- Г деформирован
- Д укорочение малой кривизны желудка

Методы лучевой диагностики болезни Крона, являются все кроме

- А рентгенологическая энтерография
- Б КТ-энтерография
- В УЗИ кишечника
- Г виртуальная колоноскопия
- Д видекапсульная эндоскопия

Для 2 стадии болезни Крона при рентгенологическом исследовании характерно все, кроме:

- А нодулярность рельефа
- Б утолщение кишечной стенки
- В ригидность брыжеечного края тонкой кишки
- Г наличие щелевидных язв

Выявление гепатоцеллюлярного рака при КТ-исследовании наиболее полезна во все фазы контрастирования, кроме:

- А артериальной фазы
- Б венозной фазы
- В отсроченной фазы

Нормальная паренхима печени имеет КТ-плотность:

- А 40-55 ед X
- Б 55-65 ед X
- В 25-40 ед X

Показания к проведению КТ печени, является все кроме:

- А диагностика опухолей, метастазов
- Б гемангиома печени
- В абсцесс печени

Показания к проведению КТ-селезенки не является:

Г тромбоз воротной вены

- А спленомегалия
- Б определение стадии опухоли
- В тупая травма живота (при сомнительных находках УЗИ)
- Г абсцесс селезенки

Нормальная паренхима поджелудочной железы имеет КТ-плотность

- А 30-60ед X
- Б 55-65ед X
- В 25-40ед X

При проведении КТ-энтерографии перед исследованием необходимо

- А за 2 часа до исследования выпить 2 литра воды
- Б за 2 часа до исследования выпить 2 литра молока
- В за 2 часа до исследования выпить 40мл водорастворимого контрастного вещества

Характерный механизм жировой дистрофии гепатоцитов периферии долек:

- А инфильтрация
- Б декомпозиция
- В трансформация
- Г извращенный синтез

Дайте характеристику гидропической дистрофии печени

- А характерна для алкогольных поражений печени
- Б объем гепатоцитов увеличен, в цитоплазме — вакуоли
- В цистерны цитоплазматической сети уменьшены
- Г состояние белково-синтетической функции печени повышено

Какие из перечисленных проявлений наиболее характерны для первичного гемохроматоза

- А избирательное накопление меди в звездчатых ретикулоэндотелиоцитах, приводящее к циррозу

- Б избирательное накопление меди в гепатоцитах, приводящее к циррозу
- В кольца Кайзера—Флейшера
- Г уменьшение процента насыщения плазменного трансферрина
- Д увеличение риска развития цирроза печени и гепатоцеллюлярного рака

Конъюгированная гипербилирубинемия, положительные тесты на билирубин в моче и полное отсутствие уробилиногена в моче и каловых массах характерны для следующих заболеваний:

- А рак головки поджелудочной железы
- Б абсцесс печени
- В тромбофлебит печеночных вен
- Г вирусный гепатит А
- Д наследственный сфероцитоз

Укажите морфологические признаки, которые могут быть обнаружены в биоптате печени при обструкции желчных путей.

- А расширение желчных капилляров, переполнение их желчью
- Б коричнево-зеленый пигмент в гепатоцитах, в звездчатых ретикулоэндотелиоцитах
- В очаговые некрозы гепатоцитов отек и рыхлая, преимущественно лейкоцитарная, инфильтрация портальной стромы, постепенно нарастающий
- Г перидуктальный склероз
- Д все перечисленное верно

При жировой дистрофии количество цитоплазматического жира может:

- А уменьшаться
- Б увеличиваться
- В оставаться неизменным
- Г верно а и б

Образное название печени при хроническом венозном полнокровии

- А сальная
- Б саговая
- В бурая
- Г мускатная
- Д глазурная

В пищеводе могут диагностироваться:

- А плоскоклеточный рак
- Б железистый рак
- В лейомиосаркома
- Г меланобластома
- Д все перечисленные опухоли

Из опухолей желудка наиболее часто встречается:

- А железистый рак
- Б плоскоклеточный рак
- В лимфосаркома
- Г карциноид

Самая частая первичная злокачественная опухоль пищевода:

- А аденокарцинома
- Б плоскоклеточный рак
- В недифференцированный рак
- Г злокачественная меланома
- Д лейомиосаркома

Злокачественные эпителиальные опухоли желудка:

- А аденокарцинома
- Б перстневидно-клеточный рак
- В слизистый рак
- Г все перечисленное верно

Заболевание желудка которые не относят к предраку:

- А острый гастрит
- Б хронический гастрит
- В хроническая язва
- Г аденоматозный полип желудка

Наиболее частая локализация рака толстой кишки:

- А слепая кишка
- Б восходящий отдел
- В поперечно-ободочная часть
- Г селезеночный угол
- Д ректосигмоидальный отдел

Что не характерно для слизистой оболочки пищевода?

- А слизистая оболочка покрыта многослойным плоским неороговевающим эпителием
- Б слизистая оболочка покрыта переходным эпителием
- В слизистая оболочка образует продольно расположенные складки
- Г эпителий слизистой оболочки в пожилом возрасте может подвергаться ороговению

Что характерно для строения желудка?

- А желудочный эпителий многослойный плоский неороговевающий
- Б желудочный эпителий однослойный кубический,
- В мышечная оболочка образована поперечно-полосатой мышечной тканью
- Г слизистая оболочка покрыта многорядным эпителием
- Д желудочные железы расположены в подслизистой основе

Какие клетки не содержат собственные железы желудка

- А главные экзокриноциты
- Б париетальные экзокриноциты
- В эндокринные клетки
- Г паратироциты

Форма острого гастрита:

- А атрофический
- Б гипертрофический
- В гнойный
- Г поверхностный
- Д с перестройкой эпителия

Для хронического атрофического гастрита характерным является:

- А изъязвление
- Б кровоизлияние
- В фибринозное воспаление
- Г энтеролизация слизистой оболочки
- Д диффузная инфильтрация полинуклеарными лейкоцитами собственного слоя слизистой оболочки



Характерные гистологические признаки хронического атрофического гастрита:

- А неравномерное истончение слизистой оболочки желудка
- Б кишечная метаплазия эпителия
- В лимфоплазмочитарный инфильтрат слизистой оболочки
- Г все перечисленное верно

Основное тяжелое осложнение язвы желудка:

- А лимфаденит регионарных узлов
- Б перфорация стенки желудка
- В перигастрит
- Г "воспалительные" полипы вокруг язвы

Наибольший риск развития рака желудка существует при:

- А хроническом поверхностном гастрите рецидивирующем остром эрозивном гастрите
- Б гипертрофической гастропатии Менетрие хроническом атрофическом гастрите с кишечной метаплазией и тяжелой дисплазией эпителия
- Г

Осложнениями рубцового стеноза привратника при язвенной болезни являются:

- А малигнизация
- Б перфорация
- В хлоргидропеническая уремия
- Г перитонит
- Д флегмона желудка

Какие из перечисленных ниже утверждений верны в отношении хронической язвы желудка?

- А локализация чаще в области малой кривизны
- Б малигнизация наблюдается более чем в 40 % случаев
- В лечение аспирином и другими нестероидными противовоспалительными препаратами приводит к ремиссии гистологическим признаком обострения является массивная лимфоцитарная инфильтрация
- Г

При макроскопическом исследовании желудок утолщен до 2 см, слизистая оболочка неподвижна, рельеф ее сглажен. На разрезе определяется белесоватая ткань хрящевидной плотности. Все перечисленные ниже положения верны, за исключением

- А рак желудка с преимущественно эндофитным ростом
- Б макроскопическая форма — диффузный рак наиболее часто встречающаяся гистологическая форма —
- В недифференцированный рак со скirrosным ростом первые метастазы в перигастральных лимфатических узлах
- Г первые метастазы в надключичных лимфатических узлах слева
- Д

Предраковое состояние в желудке:

- А хронический атрофический гастрит с дисплазией
- Б фибринозный гастрит
- В плоскоклеточная метаплазия покровно-ямочного эпителия
- Г хронический гастрит с повышенной кислотностью
- Д синдром Меллори-Вейсса

Характерный признак болезни Менетрие:

- А энтеролигация слизистой оболочки желудка
- Б хлоргидропеническая уремия (желудочная тетания).
- В вирховские метастазы гигантские гипертрофические складки слизистой оболочки желудка
- Г
- Д неспецифический гранулематоз кишечника

Что не характерно для печени?

- А желчные капилляры находятся внутри тяжей гепатоцитов
- Б гепатоциты лежат на базальной мембране
- В синусные капилляры впадают в центральную вену

- в синусных капиллярах течет смешанная  
Г кровь  
в стенке капилляров располагаются  
Д макрофаги

Перисинусоидальные липоциты называют также.

- А Клетками Купфера  
Б Pit-клетками  
В Клетками Ито  
Г Клетками Гольджи  
Д Клетками Меркеля

Что характерно для строения печени?

- А кровь из синусных капилляров поступает в  
междольковую вену  
Б кровь от печени оттекает по воротной вене  
В через ворота печени входят печеночные  
вены  
гепатоциты имеют две свободные  
Г поверхности  
Д гепатоциты лежат на базальной мембране

Морфологическая форма хронического гепатита  
является:

- А флегмонозный  
Б персистирующий  
В фибринозный  
Г апостематозный

Показания для биопсии при клиническом  
диагнозе "гепатит":

- А верификация диагноза  
Б установление формы и тяжести гепатита  
В оценка результатов лечения  
Г все перечисленное верно  
Д ничего из перечисленного

Один из основных гистологических признаков  
вирусного гепатита:

- А тельца Каунсильмена  
Б гигантские митохондрии  
В гранулематозное воспаление  
Г перицеллюлярный фиброз  
Д склерозирование

Сформированный цирроз печени характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:

- А обилия грубых соединительно-тканых септ
- Б некроза гепатоцитов
- В наличия узелков-регенератов грубых нарушений гистоархитектоники печени
- Г наличия атипичных гепатоцитов

Все указанные ниже утверждения верны, за исключением:

- А постнекротический цирроз печени чаще всего вызывается вирусом гепатита В и С
- Б частый этиологический фактор портального цирроза — алкоголь
- В вторичный билиарный цирроз — аутоиммунное заболевание
- Г первичный билиарный цирроз чаще развивается у женщин среднего возраста
- Д постнекротический цирроз — крупноузловой цирроз

Для какого из перечисленных ниже форм цирроза печени риск возникновения гепатоцеллюлярной карциномы особенно высок?

- А алкогольный цирроз
- Б цирроз, развившийся после гепатита В
- В первичный билиарный цирроз
- Г вторичный билиарный цирроз
- Д дисциркуляторный цирроз

Какие из перечисленных ниже морфологических проявлений наиболее типичны для алкогольного гепатита?

- А массивные центролобулярные некрозы с многочисленными тельцами Каунсильмена
- Б выраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация портальных трактов с минимальными повреждениями печеночной дольки

- стеатоз, тельца Маллори,  
В центролобулярный фиброз, инфильтрация  
дольки со значительной примесью  
полиморфно-ядерных лейкоцитов  
воспалительный инфильтрат с  
многочисленными эозинофилами и  
Г тельцами Каунсильмена  
д) тромбоз печеночных вен с развитием  
Д венозного полнокровия