

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

- 1) Патологический механизм, обуславливающий изжогу при грыже пищеводного отверстия диафрагмы, это**
 1. нарушение проходимости комка пищи;
 2. растяжение грыжевого мешка;
 3. рефлюкс в пищевод; *
 4. спазм пищевода.

- 2) При гастрите типа А процесс локализуется в:**
 1. антральном отделе;
 2. гастроэзофагиальном отделе;
 3. кардии;
 4. теле; *
 5. пилорическом отделе.

- 3) Характеристика боли при хроническом гастрите:**
 1. локализация в мезогастррии, возникающая ночью;
 2. локализация в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо;
 3. локализация в эпигастральной области, возникает после еды; *
 4. локализация в эпигастрии, купирующаяся приемом пищи;
 5. опоясывающая в эпигастрии, возникает после жирной пищи.

- 4) При гастрите типа В процесс локализуется в:**
 1. антральном отделе; *
 2. гастроэзофагиальном отделе;
 3. кардии;
 4. теле.

- 5) Н. pylori локализуется в**
 1. адвентиции
 2. мышечном слое;
 3. под слизью слизистой желудка; *
 4. слизистой желудка.

- 6) Кислотность при гастрите типа В:**
 1. нормальная;
 2. повышена; *
 3. понижена.

- 7) Точный диагноз хронического гастрита можно поставить на основании:**
 1. копрограммы;
 2. Ph – метрии желудочного сока;
 3. рентгенографии желудка с барием;
 4. ультразвуковой диагностики органов брюшной полости;
 5. фиброгастроскопии с результатами гистологического исследования. *

- 8) Для язвы желудка характерно**
 1. боли через 3-4 часа после еды;
 2. боли с иррадиацией в правое плечо;
 3. боли в эпигастрии после еды;*
 4. увеличение веса.

- 9) Боли, возникающие в эпигастральной области после еды, характерны для язвы**
1. желудка; *
 2. нижней трети пищевода;
 3. 12-перстной кишки;
- 10) Боли, возникающие в правом подреберье натощак или по ночам, характерны для язвы:**
1. желудка;
 2. нижней трети пищевода;
 3. 12-перстной кишки. *
- 11) Основной клинический симптом при язвенной болезни с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки:**
1. голодные боли в правом подреберье; *
 2. диарея;
 3. отрыжка;
 4. ранние боли, возникающие после приема пищи;
 5. тошнота.
- 12) При пенетрации язвы в поджелудочную железу в крови повышается**
1. активность амилазы;*
 2. активность липазы;
 3. активность щелочной фосфатазы;
 4. уровень АЛТ;
 5. уровень глюкозы.
- 13) При раке желудка наиболее часто выявляется:**
1. аденома;
 2. аденокарцинома; *
 3. мелкоклеточный рак;
 4. лимфома;
 5. скирр
- 14) Синдром цитолиза характеризуется повышением**
1. гаммаглутаминтранспептидазы (ГГТП)
 2. щелочной фосфатазы
 3. АлАТ*
 4. АсАТ*
 5. лактатдегидрогеназы (ЛДГ)*
 6. прямого билирубина
- 15) Действие препарата гепамерц основано на**
1. противовоспалительном действии
 2. улучшении реологических свойств желчи
 3. обезвреживании аммиака*
 4. антиоксидантном действии
- 16) Интерферонотерапия показана в следующих случаях**
- 1) сочетание вирусных гепатитов В и С
 - 2) наличие активности процесса (↑ АЛТ, АСТ > чем в 2 раза)
 - 3) наличие в сыворотке крови маркеров репликации*
 - 4) больным старше 50 лет

- 17) При хроническом вирусном гепатите С «золотым» стандартом терапии является**
- 1) монотерапия рекомбинантными интерферонами
 - 2) монотерапия ламивудином
 - 3) комбинация интерферона с противовирусным препаратом (рибавирин)*
 - 4) комбинация интерферона с ламивудином
- 18) Продолжительность противовирусного курса при хронических вирусных гепатитах**
- 1) 3 месяца
 - 2) 6-12 месяцев*
 - 3) 24 месяца
 - 4) 36 месяцев
- 19) Препарат выбора для лечения печеночной энцефалопатии**
1. реаферон
 2. дюспаталин
 3. эссенциале
 4. гепа-мерц*
- 20) Препарат выбора при первичном билиарном циррозе печени**
1. расторопша
 2. гептрал
 3. гепабене
 4. урсодезоксихолевая кислота (урсосан, урсофальк)*
 5. эссенциале
- 21) Антимитохондриальные антитела выявляются при:**
1. алкогольный стеатоз;
 2. болезнь Вильсона Коновалова;
 3. острый гепатит А;
 4. острый гепатит В;
 5. первичный билиарный цирроз. *
- 22) Конъюгированный (связанный) билирубин образуется в клетках печени с помощью фермента**
1. ангиотензинпревращающего;
 2. глюкоронилтрансферазы; *
 3. кислой фосфатазы;
 4. лейцинаминотрансферазы;
 5. нуклеотидазы.
- 23) Для лечения синдрома холестаза используются:**
1. дюфалак.
 2. мильгамма;
 3. урсофальк; *
 4. эссенциале.
- 24) При повреждении главных желез желудка кислотность:**
1. не изменяется
 2. увеличивается на высоте секреции
 3. просто увеличивается
 4. снижается *

25) Наиболее достоверный метод диагностики, позволяющий выявить хронический гастрит

1. копрограмма;
2. Ph – метрии желудочного сока;
3. рентгенография желудка с барием;
4. ультразвуковая диагностика органов брюшной полости;
5. фиброгастроскопия с результатами гистологического исследования. *

26) Заболевание, при котором снижается секреторно-кислотообразующая функция желудка:

1. хронический гастрит В
2. хронический гастрит А *
3. хронический гипертрофический гастрит
4. эрозивный гастрит

27) H. pylori вызывает:

1. хронический холецистит
2. хронического гепатит
3. цирроз
4. язвенную болезнь *

28) Препарат, снижающий кислотность в желудке:

1. бетацид
2. панзинорм
3. париет *
4. преднизолон
5. метопролол

29) Омепразол это

1. блокатор h2-гистаминорецепторов
2. ингибитор протонной помпы *
3. холинолитик местного действия
4. антацид
5. миотоник

30) Ранитидин – это:

1. блокатор h2гистаминорецепторов *
2. холинолитик общего действия
3. холинолитик местного действия
4. антацид
5. миотоник

31) При язве луковицы 12-перстной кишки характерна локализация боли в области:

1. мечевидный отросток;
2. эпигастральная область, слева от срединной линии;
3. эпигастральная область, справа от срединной линии. *

32) Наиболее информативный метод диагностики язвенной болезни:

1. рентгенологический;
2. суточная ph – метрия;
3. ЭФГДС;*
4. радиоизотопный метод

33) «Золотым стандартом» в диагностике Helicobacter pylori является:

1. ПЦР – диагностика;
2. уреазный тест;
3. дыхательный тест;
4. гистологический метод*.

34) Контроль эрадикации H. pylori проводится:

1. через 1 неделю
2. через 2 недели;
3. через 3 - 4 недели; *
4. через 4 – 6 недель **после окончания лечения**

35) Антигеликобактерная терапия 1-ой линии включает в себя

1. H2 – блокатор ципрофлоксацин ципролет;
2. ИПП амксициллин кларитромицин; *
3. ИПП денол тетрациклин метронидазол.

36) При эндоскопическом контроле после курса терапии обнаружена рубцующая язва желудка. Ваши действия:

1. продлите курс терапии;
2. усилите антисекреторную терапию;
3. контроль теста на H. pylori и в случае H. pylori назначите схему эрадикации 2-ой линии;
4. заподозрите малигнизацию, выполните контроль биопсии. *

37) Ранний симптом злокачественного новообразования желудка:

1. появление болей в эпигастрии, связанных с приемом пищи;
2. появление болей в эпигастрии, не связанных с приемом пищи;
3. снижение массы тела;
4. эндоскопические и гистологические изменения слизистой желудка. *

38) Эндоскопический признак, позволяющий заподозрить озлокачествление язвы:

1. Большие размеры язвы;
2. Особая локализация язвы;
3. Плотные края язвы. *

39) Осложнение язвенной болезни, которое можно заподозрить при стихании болевого синдрома:

1. малигнизация;
2. пенетрация;
3. кровотечение из язвы; *
4. перфорация.

40) Осложнение язвенной болезни, которое можно заподозрить при резком нарастании интенсивности болевого синдрома («кинжальные боли» в эпигастральной области):

1. малигнизация;
2. пенетрация;
3. кровотечение из язвы;
4. перфорация. *

41) Наиболее частый первый симптом кровотечения из язвы желудка:

1. мелена;
2. рвота «кофейной гущей»;
3. резкой гипотонией; *
4. острая боль в эпигастрии.

42) Осложнение, которое можно заподозрить у пациента с язвенной болезнью 12 п.к. при появлении почти постоянной боли в области спины.

1. перфорация;
2. пенетрация;*
3. стеноз привратника;
4. кровотечение.

43) Осложнение, которое можно заподозрить у пациента с язвенной болезнью 12 п.к. при появлении на фоне типичного болевого синдрома отрыжки «тухлым», рвоты съеденной пищей:

1. перфорация;
2. пенетрация;
3. стеноз привратника;*
4. кровотечение.

44) Острые язвы чаще всего манифестируют:

1. болевым синдромом; *
2. кровотечением;
3. выраженным диспептическим синдромом;
4. перфорацией.

45) Главный компонент антирефлюксного механизма:

1. перильстатика пищевода
2. тонус нижнего пищеводного сфинктера *
3. градиент давления между пищеводом и желудком

46) Центральный механизм формирования ГЭРБ:

1. неправильное сокращение нижнепищеводного жома
2. снижение базального давления в нижнепищеводном жоме *
3. травматизация пищевода

47) При ахалазии пищевода пропульсивная перистальтика:

1. повышена
2. понижена *
3. не изменена

48) Основная цель эндоскопического исследования при ахалазии пищевода

1. исключить рак кардиального отдела желудка *
2. верифицировать эзофагит
3. исключить язвенную болезнь

49) Этиологическое лечение интерфероном при хронических вирусных гепатитах начинают в фазе:

1. репликации*
2. интеграции
3. пролиферации
4. фиброзирования

50) Для цитолитического синдрома характерно:

1. повышение: Алт, Аст , ЛДГ5 *
2. повышение: прямого билирубина, ЩФ,γГТП, холестерина
3. повышение непрямого билирубина, снижение АЛТ, γГТП

51) Для мезенхимально-воспалительного синдрома характерно:

1. снижение: альбумина, протромбина, трансферрина, холестерина
2. повышение: гаммаглобулинов,СОЭ, тимоловой пробы,СРБ *
3. повышение: Алт, Аст , ЛДГ5

52) Признак, являющийся патогномичным для первичного рака печени:

1. желтуха
2. бугристая печень
3. Повышение уровня альфа-фетопротеина*
4. Повышение уровня аминотрансфераз

53) В диагностике ЦП решающим является:

1. уровень альбуминов
2. уровень билирубина
3. гепатомегалия
4. уровень трансаминаз
5. данные биопсии печени*

54) Симптом, наиболее рано появляющийся при биллиарном циррозе:

1. кровоточивость десен
2. увеличение селезенки
3. кожный зуд*
4. увеличение АЛТ и АСТ

55) Синдром, патогномичный для биллиарного цирроза печени:

1. диспептический
2. астенический
3. портальной гипертензии
4. холестаза*
5. печеночная недостаточность

56) Первичный биллиарный цирроз печени – это:

1. острое поражение печени, связанное с нарушением оттока желчи
2. хроническое аутоиммунное холестатическое поражение печени*
3. заболевание, развивающееся при склерозе общего желчного протока

57) Для диагностики первичного биллиарного цирроза решающим является:

1. обнаружение антимитохондриальных антител*
2. увеличение непрямого билирубина
3. обнаружение антител к гепатоцитам
4. ионов аммония*
5. непрямого билирубина, АЛТ, АСТ, альдолазы

УКАЖИТЕ НОМЕРА ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

58) Чаще малигнизируются язвы следующих локализаций:

1. кардиального отдела желудка;

2. антрального отдела желудка; *
3. большой кривизны;
4. малой кривизны; *
5. луковицы 12 п.к.;
6. залуковичного пространства.

59) Функциональные расстройства деятельности пищевода характеризуются

1. давящие боли за грудиной при физической нагрузке;
2. дисфагия при употреблении жидкой пищи; *
3. дисфагии при употреблении твердой пищи;
4. ощущение комка в горле; *
5. чувство заложенности в груди.

60) Диагностические критерии гастроэзофагеальнорефлюксной болезни это

1. боль в эпигастральной области после еды;
2. гиперемия, эрозии, язвы, стриктуры дистальной части пищевода при ФГДС;*
3. икота;
4. изжога;*
5. наличие рефлюкса при выполнении рентгенограммы пищевода и желудка с барием;*
6. понижение рН в пищеводе при рН-метрии.*

61) Для постановки диагноза опухоли пищевода необходимо выполнить

1. биохимический анализ крови;
2. рентгенографию грудной клетки;
3. рентгенографию пищевода с барием; *
4. эзофагоскопию с биопсией; *
5. рН-метрию.

62) Препараты наиболее эффективные для купирования жгучих болей при грыже пищеводного отверстия диафрагмы:

1. мотилиум; *
2. нитроглицерин;
3. нифедипин;
4. париет; *
5. седуксен.

63) Блокаторы протонной помпы – это

1. атенолол;
2. лантопразол; *
3. метопролол;
4. омепразол; *
5. фамотидин.

64) Немедикаментозное лечение рефлюкс-эзофагита – это

1. курение после еды;
2. еда за 3 часа до сна; *
3. ношение тугого пояса;
4. питание большими порциями пищи;
5. сон с приподнятым изголовьем.*

65) Препараты, рекомендуемые для лечения рефлюкс-эзофагита:

1. блокаторы протонной помпы; *
2. вяжущие и обволакивающие;*
3. прокинетики; *
4. противорвотные;
5. ферменты.

66) Сиднейская классификация хронических гастритов включает:

1. гастрит с повышенной кислотностью;
2. гастрит с пониженной кислотностью;
3. гастрит типа А – аутоиммунный, атрофический; *
4. гастрит типа В – хеликобактерный, неатрофический. *

67) Особые формы хронического гастрита:

1. атрофический;
2. аутоиммунный;
3. лимфоцитарный; *
4. эозинофильный. *

68) Н. pylori располагается в

1. антральном отделе желудка; *
2. кардии желудка;
3. луковице 12перстной кишки; *
4. пищеводе;
5. теле желудка.

69) Для диагностики Н. Pylori используются следующие методы:

1. гистологический; *
2. уреазный тест; *
3. посев крови на Н. Pylori;
4. посев кала на Н. Pylori;
5. ПЦР диагностика антигена Н. Pylori в фекалиях. *

70) Креаторея наблюдается при

1. внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы; *
2. рефлюкс-эзофагите;
3. хроническом гастрите типа А; *
4. хроническом дуодените;
5. хроническом холецистите.

71) Препаратами «первой» линии для эрадикации хеликобактерной инфекции являются:

1. амоксициллин; *
2. кларитромицин; *
3. метронидазол;
4. сумамед;
5. фуразолидон.

72) Препаратами «второй» линии для эрадикации хеликобактерной инфекции являются

1. амоксициллин;
2. кларитромицин;

3. суламед;
4. тетрацилин; *
5. тинидазол. *

73) Препараты, снижающие выработку соляной кислоты:

1. альмагель;
2. нексиум; *
3. омепразол; *
4. сукральфат;
5. фамотидин.*

74) Факторы “агрессии” при развитии язвенной болезни:

1. пепсин; *
2. попадание желчных кислот в желудок при дуоденогастральном рефлюксе; *
3. размножение клеток слизистой оболочки желудка;
4. соляная кислота;*
5. щелочная реакция слюны.

75) Факторы «защиты» при развитии язвенной болезни:

1. регенерация; *
2. пепсин;
3. простагландины; *
4. секреция слизи; *
5. соляная кислота.

76) При раке антрального отдела желудка в далекозашедшей стадии больной жалуется на:

1. боли в эпигастрии, не связанные с едой; *
2. изжогу;
3. одышку;
4. похудание; *
5. рвоту съеденной накануне пищей. *

77) Препараты, действующие против *Helicobacter pylori*:

1. амоксициллин; *
2. кларитромицин; *
3. омепразол;
4. тинидазол; *
5. фамотидин

78. Медикаментозные язвы вызываются

1. ацетилсалициловой кислотой;*
2. метопрололом;
3. преднизолоном;*
4. сальметеролом;
5. стрептокиназой.

79) Синдром печеночно-клеточной недостаточности характеризуется

1. повышением билирубина за счет свободной фракции*
2. повышением билирубина за счет связанной фракции
3. повышением холестерина
4. снижением альбумина, протромбина*
5. повышением аммиака*

- 80) Показания к биопсии печени**
1. портальная гипертензия
 2. подозрение на гепатоцеллюлярную карциному*
 3. подозрение на гемохроматоз, амилоидоз*
 4. обнаружение в крови маркеров ВГВ, ВГС, ВГД*
- 81) К осложнениям пункционной биопсии печени относятся**
1. нагноительные процессы брюшной полости;
 2. кровотечение; *
 3. желчный перитонит; *
 4. пневмоторакс. *
- 82) При HBV инфекции в фазу репликации в крови обнаруживают**
1. HBV DNA*
 2. HBs Ag
 3. HBe Ag*
 4. HBcor Ag
- 83) При HBV инфекции в фазу интеграции в крови обнаруживают**
1. HBV DNA
 2. HBs Ag*
 3. HBe Ab*
 4. HBcor Ab Ig G*
- 84) Для мезенхимально-воспалительного синдрома характерно**
1. ↑ γ-глобулинов*
 2. ↑ билирубина
 3. ↓ протромбина
 4. ↑ СОЭ*
 5. повышение показателей тимоловой пробы *
- 85) К печеночным причинам портальной гипертензии относят**
1. тромбоз портальной и селезеночной вен
 2. цирроз печени*
 3. хронический гепатит с высокой активностью*
 4. синдром Бадда-Киари
 5. веноокклюзионная болезнь
- 86) Для аутоиммунного гепатита характерно**
1. болеют чаще мужчины
 2. болеют чаще женщины*
 3. выявляются в крови антилизисомальные антитела (ALA)*
 4. выявляются в крови антимитохондриальные антитела (AMA)*
 5. выявляются в крови антинуклеарные антитела (ANA)*
- 87) Для аутоиммунного гепатита характерно**
1. желтуха
 2. значительное повышение трансаминаз (более 8-10 норм)*
 3. ↑ билирубина и щелочной фосфатазы
 4. ↑ γглобулинов*
 5. наличие ANA , SMA*
 6. системные проявления*

88) Основными препаратами в лечении аутоиммунного гепатита являются

1. глюкокортикоиды*
2. азатиоприн*
3. урсодезоксихолевая кислота
4. нестероидные противовоспалительные средства

89) Для аутоиммунного гепатита характерно

1. болеют чаще мужчины
2. болеют чаще женщины*
3. выявляются в крови антилизисомальные антитела (ALA)*
4. выявляются в крови антимитохондриальные антитела (AMA)*
5. выявляются в крови антинуклеарные антитела (ANA)*

90) Признаки гиперспленизма при портальной гипертензии

1. лейкоцитоз
2. лейкопения*
3. тромбоцитоз
4. тромбоцитопения*
5. эритроцитоз
6. ускорение СОЭ

91) Первичный билиарный цирроз характеризуется

1. определением в крови антинуклеарных антител
2. повышением титра антимитохондриальных антител в крови*
3. зудом кожи*
4. болеют чаще женщины*
5. болеют чаще мужчины
6. синдромом холестаза*

92) Факторами риска кровотечения из ВРВ пищевода у больных циррозом печени является

1. расширение вен пищевода III ст. *
2. асцит, спленомегалия
3. наличие эрозий и пятен гиперемии в проекции ВРВ пищевода*
4. печеночная недостаточность

93) Лечебный парацентез при асците выполняется в следующих случаях

1. повышение билирубина более 100 мкмоль/л
2. напряженный асцит*
3. бактериальном перитоните
4. рефрактерный асцит*

94) Цирротическая стадия хронического гепатита характеризуется

1. выраженной воспалительной инфильтрацией
2. нарушением архитектоники печени*
3. развитием фиброза 4 ст.*
4. появление клеток Панета
5. появлением ложных долек*

- 95) Выберите клинические синдромы, характеризующие преимущественно цирротическую стадию хронического гепатита**
1. гепатомегалия
 2. асцит*
 3. желтуха
 4. кровоточивость*
 5. спленомегалия*
- 96) Помощь при кровотечении из ВРВ пищевода**
1. установка зонда Блекмора*
 2. лигирование вен пищевода*
 3. введение антибиотиков
 4. холод на эпигастральную область*
 5. введение октреотида*
- 97) Лабораторные проявления синдрома функциональной недостаточности гепатоцитов при хроническом гепатите:**
1. гиперхолестеринемия;
 2. гипоальбуминемия; *
 3. повышение концентрации глобулинов;
 4. снижение уровня протромбина;*
 5. увеличение в крови трансаминаз.
- 98) Лабораторные проявления синдрома холестаза при хроническом гепатите:**
1. гиперхолестеринемия; *
 2. гипофибриногенемия;
 3. гипоальбуминемия;
 4. повышение связанного билирубина в сыворотке крови; *
 5. повышение уровня γ -глутамилтранспептидазы в сыворотке крови. *
- 99) Признаки печеночной энцефалопатии:**
1. гипербилирубинемия;
 2. нарушение сна; *
 3. повышение концентрации трансаминаз в крови;
 4. обмороки;
 5. хлопающий тремор. *
- 100) Симптомы, характерные для цирроза печени:**
1. гинекомастия;*
 2. гиперспленизм;*
 3. желтуха;*
 4. лимфаденопатия;
 5. сосудистые звездочки.*
- 101) Причины развития печеночной энцефалопатии при циррозе печени:**
1. билирубинурия;
 2. выраженный портокавальный сброс крови; *
 3. декомпенсация детоксикационной функции печени; *
 4. повышение уровня аммиачных тел в крови;*
 5. снижение синтетической функции печени.
- 102) Клинические проявления портальной гипертензии при циррозе печени это:**

1. асцит; *
2. варикозное расширение внутренних геморроидальных вен*
3. варикозное расширение вен пищевода; *
4. гинекомастия;
5. иктеричность склер.

103) Причины развития асцита при портальной гипертензии у больного циррозом печени:

1. повышение давления в системе портальной вены; *
2. повышение онкотического давления плазмы;
3. портолимфатическая гипертензия; *
4. снижение активности ренин ангиотензин – альдостероновой системы.

104) Препараты, используемые как этиологическое лечение хронического гепатита

1. диуретики;
2. индукторы интерферона; *
3. препараты урсодезоксихолевой кислоты;
4. рекомбинантный интерферон α ; *
5. октреотид.

105) Препараты, используемые для лечения печеночной энцефалопатии:

1. витамин С;
2. гепамерц; *
3. дюфалак; *
4. урсофальк;
5. эссенциале.

106) *H. pylori* в развитие язвенной болезни:

1. Обнаруживается у большей части пациентов с данными заболеваниями *
2. *Helicobacter pylori* создает вокруг себя зону нейтральной pH*
3. *Helicobacter pylori* располагается в теле желудка
4. *Helicobacter pylori* поддерживает воспаление в стенке желудка*

107) Факторы, способствующие развитию хронического гастрита:

1. бактерия *Helicobacter pylori*. *
2. неправильное или нерегулярное питание.*
3. курение, стрессы.*
4. кишечные инфекции, хронические инфекции в полости рта и глотке.
5. заболевания печени, желчного пузыря, поджелудочной железы.
6. длительный прием ряда лекарств (НПВП и т.д.). *

108) Основные синдромы обострения хронического гастрита

1. симптом желудочной диспепсии. *
2. болевой синдром (ранние боли, поздние боли, двухволновые боли).*
3. симптом кишечной диспепсии.*
4. демпинг-синдром
5. синдром холестаза.

109) Методы диагностики *H. pylori*

1. гистологический. *
2. уреазный тест. *
3. посев кала.

4. ПЦР диагностика антигена *H. pylori* в фекалиях. *
 5. посев крови.
- 110) Методы диагностики *H. pylori***
1. уреазный тест *
 2. морфологическое исследование слизистой желудка *
 3. микробиологическое исследование слизистой желудка
 4. дыхательный радиоиммунный метод *
 5. серологическое исследование
- 111) Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов:**
1. Ранитидин *
 2. Нифедипин
 3. Фамотидин*
 4. Низатидин *
 5. Омепразол
- 112) Ингибиторы протонной помпы**
1. Омепразол *
 2. Апоморфин
 3. Лансопразол*
 4. Денол
 5. Рабепразол*
- 113) Антимикробные препараты, используемые для эрадикации *H. pylori***
1. Ванкомицин
 2. Цефалексин
 3. Амоксициллин*
 4. Кларитромицин*
 5. Метронидазол*
 6. Амикацин
- 114) К факторам риска язвенной болезни относятся:**
1. Наличие *H.pylori*;
 2. Гиподинамия;
 3. Курение;
 4. Отягощенная наследственность.
- 115) Выраженность болей при язвенной болезни зависит от:**
1. Локализации язвенного дефекта;
 2. Возраста пациента; *
 3. Наличия осложнений; *
 4. Наличия *H.pylori*.
- 116) Для язвенной болезни 12перстной характерны:**
1. Ранние боли;
 2. Поздние боли;*
 3. Голодные боли.*
- 117) К целям лечения язвенной болезни относится:**
1. Эрадикация *H.pylori*.*

2. Четырех – кратное увеличение титра АТ к *H.pylori*.
 3. Заживление язвенного дефекта;*
 4. Снижение титра АТ к *H.pylori*.
- 118) К целям лечения язвенной болезни относятся:**
1. Выздоровление;
 2. Достижение стойкой ремиссии;*
 3. Купирование болей;*
 4. Предупреждение развития осложнений.*
- 119) При язвенной болезни желудка имеется:**
1. Повышение аппетита;*
 2. аппетит нормальный;
 3. аппетит снижен;
 4. страх перед приемом пищи.*
- 120) Эндоскопическая картина НПВС – индуцированной язвы:**
1. Один дефект, окружающая слизистая без изменений;*
 2. Несколько дефектов, окружающая слизистая без изменений;*
 3. Один дефект, окружающая слизистая с признаками воспаления;
 4. Несколько дефектов, окружающая слизистая с признаками воспаления
- 121) НР – инфекция – доказанный фактор риска развития:**
1. Язвенной болезни;*
 2. мальтомы желудка;*
 3. лимфоидного гастрита
 4. полипов желудка.*
- 122) Поздние симптомы злокачественного новообразования желудка:**
1. Появление болей в эпигастрии, связанных с приемом пищи;
 2. Появление болей в эпигастрии, не связанных с приемом пищи;*
 3. Изменения массы тела;*
 4. Эндоскопические изменения слизистой желудка.*
- 123) Эндоскопические признаки, позволяющие заподозрить малигнизацию язвы:**
1. Язва под фибрином;
 2. Каллезные края язвы;*
 3. Контактная кровоточивость краев язвы.*
 4. расположение язвы на большой кривизне желудка
- 124) Пищевод Баррета характеризуется метаплазией эпителия по типу:**
1. желудочного *
 2. реснитчатого
 3. толстокишечного *
- 125) Лечение ГЭРБ основывается на длительном назначении:**
1. антацидов *
 2. ингибиторов протонной помпы *
 3. ингибиторов имидазольных рецепторов
 4. H₂-гистаминоблокаторов*

5. препаратов дисульфидной группы
- 126) Патологические процессы при ГЭРБ**
1. снижение функциональной активности нижнего пищеводного сфинктера, *
 2. патологический рефлюкс желудочного или дуоденального содержимого в пищевод
 3. частая травматизация твердой пищей.
 4. синдром Мэллори Вэйса
- 127) Методы обследования для подтверждения ГЭРБ:**
1. рентгенограмма легких
 2. рН метрия пищевода*
 3. ФГДС*
 4. манометрия в пищеводе*
 5. ЭКГ
- 128) Осложнения ГЭРБ:**
1. пептическая язва пищевода *
 2. кандидоз пищевода
 3. кровотечение из пептической язвы *
 4. стриктуры пищевода *
 5. диарея
- 129) Дифференцировать ГЭРБ следует с :**
1. язвенной болезнью
 2. хрон. гастритом типа В
 3. стенокардией *
 4. межреберной невралгией*
 5. пищевым отравлением
- 130) Немедикаментозное лечение ГЭРБ:**
1. нормализовать вес *
 2. спать с низким изголовьем
 3. после еды избегать наклонов *
 4. после еды полежать
 5. не есть на ночь *
- 131) Симптомы ахалазии пищевода:**
1. дисфагия *
 2. боли за грудиной*
 3. головокружение
 4. регургитация*
 5. чувство раннего насыщения
- 132) Этиология хронического гепатита:**
1. алкогольный*
 2. аутоиммунный*
 3. болезнь Вильсона-Коновалова*
 4. вирусный А, Е
 5. вирусный В, С, D*
 6. как результат хронической сердечной недостаточности
 7. лекарственный*

- 133) Жалобы больных хроническим гепатитом можно отнести к следующим синдромам:**
1. Астеновегетативный*
 2. Анемический
 3. Диспептический*
 4. Болевой*
 5. Цитолитический
 6. Холестатический*
- 134) В биохимическом анализе крови при хронических гепатитах выявляются синдромы:**
1. Холестатический*
 2. Мезенхимально-воспалительный*
 3. Сидеропенический
 4. Печеночноклеточной недостаточности*
 5. дисэлектролитный
- 135) Для цитолитической синдрома характерно повышение активности:**
1. АСТ*
 2. СРБ
 3. γ ГТП
 4. АЛТ*
 5. ЛДГ₅*
 6. КФК-МВ
- 136) Для мезенхимально-воспалительного синдрома характерно**
1. Увеличение тимоловой пробы*
 2. Ускорение СОЭ*
 3. Увеличение холестерина
 4. Увеличение СРБ*
 5. Увеличение ЛДГ₅
- 137) При холестазах наблюдается увеличение уровня:**
1. Активности щелочной фосфатазы*
 2. АЛТ
 3. АСТ
 4. γ ГТП*
 5. Конъюгированной фракции билирубина;*
 6. увеличение уровня железа
- 138) Синдром печеночно-клеточной недостаточности характеризуется:**
1. Гипербилирубинемией за счёт неконъюгированной фракции*
 2. Повышение уровня альбумина
 3. Снижение уровня протромбина*
 4. Повышение уровня холестерина
 5. Снижение уровня гемосидерина
- 139) Противовирусные препараты, которые используются при лечении хронических вирусных гепатитов:**
1. интерфероны*
 2. аналоги нуклеозидов*
 3. аналоги рибонуклеозидов

4. антибиотики
5. индукторы интерферонов*

140. Печеночная кома у больного циррозом может быть спровоцирована:

1. интеркуррентной инфекцией*
2. кровотечением*
3. физической нагрузкой
4. употреблением в пищу поваренной соли
5. наркозом*
6. использованием снотворных*

141) При тяжелой печеночной энцефалопатии необходимо проводить следующую терапию:

1. лактулоза *
2. неомицин перорально*
3. канамицин парантерально
4. гемосорбция*

142) Симптомы печеночной энцефалопатии:

1. выраженная гепатомегалия
2. нарушение сна*
3. «печеночный запах» изо рта *
4. желтуха
5. психоневрологические симптомы, включая «хлопающий тремор».*

143) Биохимические признаки печеночно-клеточной недостаточности:

1. повышение прямого билирубина
2. снижение альбумина*
3. снижение холестерина*
4. понижение непрямого билирубина
5. снижение протромбина*
6. снижение трансферрина

144) Цирроз печени это

1. конечная и необратимая стадия хронического гепатита *
2. обратимая стадия острого вирусного гепатита В
3. диффузный воспалительный процесс с нарушением архитектоники печеночной дольки *
4. очаговый воспалительный процесс с развитием малой печеночной недостаточности

145) Признаки портальной гипертензии:

1. упорный и стойкий метеоризм
2. спленомегалия
3. гиперспленизм
4. варикознорасширенные вены пищевода *
5. асцит *

146) Осложнения цирроза печени:

1. дисбактериоз
2. «асцит перитонит»*

3. кровотечение из расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка*
4. астеновегетативный синдром

147) Для холестатического синдрома характерно:

1. повышение: СОЭ , СРБ, тимоловой пробы, гаммаглобулинов
2. повышение: ЩФ, холестерина, ГГТП , прямого билирубина*
3. повышение: Алт, Аст , ЛДГ5 *

148) В развитие асцита при ЦП имеют значение:

1. вторичный гиперальдостеронизм*
2. гипоальбуминемия*
3. гипонатриемия
4. портальная гипертензия*
5. накопление аммиака в крови

ДОПОЛНИТЕ:

149) Изжога – основной симптом _____ - _____ (гастроэзофагиально-рефлюксной болезни).

150) Желудочная, тонко или толстокишечная метаплазия эпителия пищевода праксимальнее 2,5 см от желудочнопищеводного соединения наблюдается при _____ (пищеводе Барретта).

151) Для постановки диагноза гастроэзофагеальнорефлюксной болезни достаточно наличие жалоб больного на _____ (изжогу).

152) При аутоиммунном гастрите возможно развитие _____ дефицитной анемии.

153) Осложнениями течения язвенной болезни с локализацией язвы в желудке являются: пенетрация, _____, кровотечение, _____, стеноз привратника.

154) Хроническое рецидивирующее, склонное к прогрессированию воспалительно-дистрофическое поражение слизистой оболочки желудка _____ .
 Ответ: хр. гастрит.

155) При аутоиммунном гастрите возможно развитие _____ дефицитной анемии.
 Ответ: В12.

156) Тройная схема первой линии антихеликобактерной терапии: _____, кларитромицин, амоксициллин
 Ответ: Ингибитор протонной помпы

157) Квадротерапия второй линии антихеликобактерной терапии: Ингибитор протонной помпы, препараты солей висмута, _____, тетрациклин .
 Ответ: метронидазол

158) Основные белки вирулентности НР: _____, _____ . Ответ: Cag A, Vac A.

- 159) Рефлюксэзофагит развивается в результате воздействия на слизистую пищевода пепсина и _____ (соляной кислоты)
- 160) Грубый лающий утренний кашель, невозможность «прокашляться» обусловлены _____ (забросом рефлюксата в гортань)
- 161) Основным и наиболее ранним симптомом ахалазии кардии является _____ (дисфагия)
- 162) Основные симптомы ахалазии кардии: 1. дисфагия
2.одинофагия
3. _____ (срыгивание или регургитация)
- 163) Окончательный диагноз пищевода Барретта можно поставить лишь после _____ (гистологического исследования)
- 164) При начальных формах ахалазии кардии прибегают к монотерапии _____ (нитратами)
- 165) Симметричное пятнистое покраснение ладоней в области тенора и гипотенора – это _____ (пальмарная эритема)

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

166) Одному вопросу соответствует один ответ

ТИП ХР. ГАСТРИТА:

1. Гастрит А
2. Гастрит В
3. Гастрит С

МЕХАНИЗМ ФОРМИРОВАНИЯ:

- а) экзогенноинфекционный (НР ассоциированный).
- б) эндогенноаутоиммунный (образование АТ к обкладочным клеткам желудка).
- в) эндогенный (связанный с раздражением слизистой желудка содержимым из 12-рестной кишки при его рефлюксе).

Ответ: 1 – б.
2 – а.
3 – в.

167) Одному вопросу соответствует один или несколько ответов

МЕЖДУНАРОДНАЯ

КЛАССИФИКАЦИЯ (1996)

1. Неатрофический, НР ассоциированный
2. Атрофический, аутоиммунный.
3. Особые формы.

Ответ: 1 – б.
2 – а.
3 – в, г, д, е, ж

ТИП ХР. ГАСТРИТА:

- а) Тип А
- б) Тип В
- в) Тип С
- д) Лимфоцитарный
- е) Гранулематозный
- ж) Эозинофильный

168) Одному вопросу соответствует несколько ответов

ЛОКАЛИЗАЦИЯ

ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА:

ПРОЦЕССА:

1. Антральный гастрит, антродуоденит а) боли: возникают натощак или спустя 0.5-1,0 ч после еды, иногда ночью; уменьшаются после приема пищи;
2. Фундальный гастрит б) Боли: возникают после еды; локализованы в эпигастрии и области пупка; сопровождающиеся чувством тяжести, переполнения в эпигастрии, отрыжкой воздухом.
- в) Пальпаторно: болезненность в эпигастрии, пилорoduоденальной зоне.
- г) Пальпаторно: разлитая болезненность в эпигастрии
- д) Связан с формированием аутоантител против париетальных клеток желудка.
- е) Характерна ассоциация с НР.
- Ответ: 1 – а, в, е
2 – б, г, д

169) При хроническом вирусном гепатите В в фазу репликации обнаруживается (Одному вопросу соответствует один или несколько ответов)

1. В плазме крови А) HBeAg
2. В ткани печени Б) HBV – DNA
В) Анти HBeIgM
Г) HBcAg
Д) HBsAg
- 1 А, Б, В
2 Г

170) При хроническом вирусном гепатите В в фазу интеграции обнаруживается (Одному вопросу соответствует один или несколько ответов)

1. В плазме крови А) антиHBeAb
2. В ткани печени Б) HBV – DNA
В) Анти HBcIgG
Г) HBcAg
Д) HBsAg
- 1 А, В, Д
2 Д

171) Одному вопросу соответствует несколько ответов

- Биохимический синдром** **Показатели**
1. цитолитический синдром А) ↑АЛТ
2. синдром холестаза Б) ↑АСТ
В) ↑СОЭ
Г) ↑ холестерина
Д) ↑ЛДГ₅
Е) ↑билирубина
Ж) ↑γГТП
- 1 А, Б, Д
2. Г, Е, Ж

172) Одному вопросу соответствует несколько ответов

- Биохимический синдром** **Показатели**
1. мезенхимально-воспалительный А) ↑АЛТ
2. печеночно-клеточной недостаточности Б) ↑тимоловая проба
В) ↑СОЭ
Г) ↓ холестерина
Д) ЛДГ₅
Е) ↓альбумина
Ж) ↓ протромбина
- 1 Б, В
2. Г, Е, Ж

173) Одному вопросу соответствует несколько ответов

- Клинические синдромы** **Симптомы**
1. Астеновегетативный синдром А) слабость;

- | | |
|----------------------------|--------------------------------|
| 2. Холестатический синдром | Б) вялость |
| 3. Диспептический синдром | В) вздутие живота; |
| | Г) зуд кожи; |
| 1 А,Б,Д | Д) снижение работоспособности; |
| 2. Г,Е | Е) темная моча |
| 3. В | |

Для ФИУ

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

174) Симптом Кера проявляется

1. болезненность при поколачивании по реберной дуге справа
2. болезненность при пальпации в области желчного пузыря*
3. болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа
4. при соприкосновении с зоной проекции желчного пузыря больной внезапно прерывает вдох

175) Симптом Грекова Ортнера проявляется

5. болезненность при поколачивании по реберной дуге справа*
6. болезненность при пальпации в области желчного пузыря
7. болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа
8. при соприкосновении с зоной проекции желчного пузыря больной внезапно прерывает вдох

176) Симптом Мерфи проявляется

9. болезненность при поколачивании по реберной дуге справа
10. болезненность при пальпации в области желчного пузыря
11. болезненность при надавливании между ножками грудиноключично-сосцевидной мышцы справа
12. при соприкосновении с зоной проекции желчного пузыря больной внезапно прерывает вдох*

177) Симптом Мюсси Георгиевского характеризуется

13. болезненность при поколачивании по реберной дуге справа
14. болезненность при пальпации в области желчного пузыря
15. болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа *
16. при соприкосновении с зоной проекции желчного пузыря больной внезапно прерывает вдох

178) В развитии панкреатита имеет значение дисфункция сфинктера

1. Баугиниевой заслонки;
2. Одди; *
3. Привратника.

179) Характер стула у больных хроническим панкреатитом с выраженной внешне-секреторной недостаточностью

1. Запоры, овечий стул;
2. Кашицеобразный, обильный, блестящий стул; *
3. Пенистый стул с примесью слизи.

- 180) Препарат, противопоказанный для купирования боли при хроническом панкреатите:**
1. платифиллин
 2. промедол
 3. баралгина
 4. морфин*
 - 5.анальгин
- 181) При обострении хронического панкреатита в биохимическом анализе крови выявляется:**
1. гиперпротеинемия;
 2. гиперхолестеринемия;
 3. повышение уровня α – амилазы; *
 4. повышение уровня ЛДГ;
 5. повышение уровня тропонина.
- 182) Увеличение размера желчного пузыря в результате сдавления общего желчного протока опухолью головки поджелудочной железы – это симптом:**
1. Курвуазье; *
 2. Люткиенса;
 3. Мерфи;
 4. Мюсси;
 5. Ортнера.
- 183) Желчный пузырь сокращается под влиянием**
1. гастрина;
 2. лейкотриена
 3. панкреатического сока;
 4. секретина;
 5. холецистокинина. *
- 184) Схваткообразные боли в правом подреберье связаны с**
1. дискинезией желчевыводящих путей по гипероническому типу; *
 2. дискинезией желчевыводящих путей по гипотоническому типу;
 3. с обострением хронического панкреатита;
 4. язвенной болезнью с локализацией язвы в 12перстной кишке.
- 185) Ноющие боли в правом подреберье связаны с**
1. дискинезией желчевыводящих путей по гипероническому типу;
 2. дискинезией желчевыводящих путей по гипотоническому типу; *
 3. с обострением хронического панкреатита;
 4. язвенной болезнью с локализацией язвы в 12перстной кишке.
- 186) Камни желчного пузыря, которые могут быть растворены в результате приема урсодезоксихолевой кислоты:**
1. кальций билирубинатные;
 2. холестериновые;
 3. «черные» пигментные;
 4. любые камни.
- 187) Максимальный суммарный размер камней, которые могут быть растворены в результате использования хенодезоксихолевой кислоты:**

1. 1 см;
2. 2 см;
3. 3 см; *
4. 4 см;
5. 5 см.

188) Холестериновый характер камней желчного пузыря подтверждается на основании:

1. дуоденального зондирования;
2. УЗИ органов брюшной полости;
3. обзорной рентгенографии органов брюшной полости; *
4. радиоизотопной холецистографии;
5. ретроградной холецистопанкреатодуоднографии.

189) При приступе желчной колики, какой препарат противопоказанный для купирования болевого синдрома:

1. Атропина сульфат
2. Папаверин
3. Морфин*
4. Анальгин
5. Но-шпа

190) Общий желчный проток образуется при влиянии:

1. Правого и левого печеночных протоков
2. Пузырного протока и общего печеночного протока*
3. Протока поджелудочной железы и пузырного протока

191) На обзорной рентгенограмме желчного пузыря видны конкременты:

1. Холестериновые
2. Содержащие Са,*
3. Пигментные

192) Диета по Певзнеру лечебного питания, назначаемая при заболеваниях ЖВП:

1. №9
2. №5 *
3. №10
4. № 15

193) Желчно-каменной болезнью болеют чаще:

1. Молодые мужчины
2. Пожилые мужчины
3. Пожилые женщины*
4. Молодые женщины

УКАЖИТЕ НОМЕРА ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

194) Этиологические факторы панкреатита:

1. высокая кислотность желудочного сока *
2. рефлюкс желчи и кишечного содержимого в протоки поджелудочной железы*
3. проникновение инфекции в протоки поджелудочной железы*

4. язвенная болезнь желудка*
5. синдром раздраженной толстой кишки
6. злоупотребление алкоголем*

195) Для лечения панкреатитов используются:

1. β адреноблокаторы
2. ингибиторы протонной помпы*
3. препараты соматостатина*
4. простагландины (даларгин)*
5. ферменты*
6. холекинетики

196) Методы, используемые в диагностике обострения хронического панкреатита:

1. копрограмма *
2. секретин-панкреозиминный тест
3. сцинтиграфия поджелудочной железы
4. УЗИ поджелудочной железы*
5. уровень α амилазы в крови*

197) Лабораторно-инструментальные методы исследования при хроническом панкреатите:

1. Компьютерная томография;*
2. Эхолокация поджелудочной железы;*
3. Рентгеноскопия желудка;
4. Исследование уровня трипсина, липазы, амилазы в сыворотке крови;*
5. Исследование диастазы в моче.*

198) Назовите основные симптомы в диагностике хронического панкреатита

1. Болезненность в точке Мейо-Робсона*
2. Положительный симптом Грота*
3. Положительный симптом Зимницкого
4. Положительный симптом Ортнера
5. Положительный симптом Пирогова

199) Причины хронического панкреатита

1. Алкоголизм;*
2. Желчнокаменная болезнь;*
3. Кислотозависимые заболевания желудка и 12перстной кишки;*
4. Нервный стресс.
5. Гиперкальциемия.*

200) Морфологические изменения в поджелудочной железе при хроническом панкреатите:

1. Кальциноз;*
2. Метаплазия ацинусов поджелудочной железы
3. Лимфомакрофальгальная инфильтрация островков Лангерганса.*
4. Образование «ложных» ацинусов
5. Псевдокистозные изменения;*

6. Развитие фиброза и деформация панкреатических протоков.*

201) Болевой синдром при обострении хронического панкреатита

1. Болевой синдром резко выражен; *
2. Мигрирующие боли в эпигастрии;
3. Боль носит опоясывающий характер; *
4. Имеется отчетливая связь боли с приемом пищи и алкоголя; *
5. Боль располагается в одной точке.

202) Признаки внешнесекреторной недостаточности функции

поджелудочной желез

1. Амилорея; *
2. Диарея; *
3. Креаторея; *
4. Запоры;
5. Неравномерное отложение жира на туловище;
6. Снижение массы тела; *
7. Стеаторея. *

203) Жалобы больных, наиболее характерные для патологии поджелудочной железы:

1. Боли опоясывающего характера; *
2. Запоры;
3. Метеоризм*
4. Горечь во рту;
5. Изжога.

204) Диета при хроническом панкреатите:

1. бедная углеводами*
2. богатая углеводами
3. бедная жирами*
4. богатая жирами
5. бедная белками
6. богатая белками*

205) Препараты, обладающие антипротеазной активностью

1. контрикал; *
2. фестал;
3. трасиол; *
4. панзинорм;
5. аминокaproновая кислота. *

206. В состав сока поджелудочной железы входят:

1. амилаза; *
2. бикарбонаты; *
3. липаза; *
4. пепсин;
5. трипсиноген. *

207) Этиология хронического панкреатита:

1. гиперпаратиреозидизм; *
2. желчнокаменная болезнь; *

3. заболевание желудка с высокой кислотностью;*
4. заболевание толстой кишки;
5. сахарный диабет;
6. употребление алкоголя. *

208) Клиническая картина хронического панкреатита в стадии обострения характеризуется:

1. диареей до 10 раз в сутки с примесью слизи в стуле;
2. метеоризмом; *
3. опоясывающими болями в эпигастральной области; *
4. опоясывающими болями в гипогастрии;
5. тошнотой. *

209) α амилазу секреторируют

1. кишечник;
2. околоушные слюнные железы;*
3. печень;
4. поджелудочная железа.*

210) Активность α -амилазы в сыворотки крови повышается при

1. остром панкреатите; *
2. обострении хронического панкреатита; *
3. перитоните;
4. рефлюксэзофагите;
5. язвенной болезни

211) С целью компенсации внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы применяют:

1. даларгин;
2. контрикал;
3. креон; *
4. панцитрат; *
5. соматостатин;

212) Для визуализации опухоли поджелудочной железы используют:

1. компьютерную томографию органов брюшной полости; *
2. лапароскопию;
3. обзорную рентгенограмму органов брюшной полости;
4. УЗИ органов брюшной полости; *
5. фиброгастродуоденоскопию.

213) Дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу характеризуется:

1. ноющими болями в правом подреберье;
2. схваткообразными болями в правой подвздошной области;
3. схваткообразными болями в правом подреберье;*
4. иррадиацией болей в правое плечо; *
5. иррадиацией болей в область ануса.

214) Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу характеризуется:

1. ноющими болями в правом подреберье; *

2. схваткообразными болями в правой подвздошной области;
3. схваткообразными болями в правом подреберье;
4. иррадиацией болей в правое плечо; *
5. иррадиацией болей в область ануса.

215) Препараты, используемые для лечения гипертонической дискинезии желчевыводящих путей:

1. дюспаталин; *
2. метеоспазмил;*
3. одестон; *
4. урсофальк;
5. холагол.

216) Методы, используемые для лечения гипотонической дискинезии желчевыводящих путей:

1. беззондовые тюбажи с щелочной минеральной водой; *
2. дюспаталин;
3. мотилиум;
4. одестон;
5. урсофальк; *
6. холагол. *

217) Причины формирования камней желчного пузыря:

1. инфекция; *
2. нарушение моторики желчного пузыря; *
3. нарушение химического состава желчи; *
4. формирование антител против клеток слизистой стенок желчного пузыря
5. функциональные гипербилирубинемии.

218) Виды камней желчного пузыря:

1. гиалиновые
2. кальцинированные; *
3. пигментные; *
4. фосфорные;
5. холестериновые. *

219) Выделяют 3 стадии ЖКБ:

1. Физико-химическая*
2. Латентная*
3. Биологическая
4. Клиническая*

220) Лечение дисфункциональных расстройств желчного пузыря:

1. Режим*
2. Диетотерапия*
3. Лекарственная терапия*
4. Оперативное лечение
5. Санаторно-курортное лечение*

221) В развитии хронического бескаменного холецистита имеют значение:

1. Застой желчи*
2. Изменение физико-химического состава желчи*

3. Обтурация конкрементом
4. Наличие инфекции*

222) С помощью УЗИ желчного пузыря можно определить:

1. Количество и величину конкрементов*
2. Форму и размер желчного пузыря *
3. Биохимического состава желчи
4. Состояние стенок желчного пузыря*

223) Литогенность желчи определяется:

1. Холестерином*
2. Билирубин*
3. Желчные кислоты*
4. Жирные кислоты

224) Наиболее информативные методы диагностики ЖКБ:

1. Холецистография*
2. Дуоденльное зондирование
3. УЗИ желчного пузыря*
4. Тепловидение

225) Диагноз обострения хронического бескаменного холецистита считается доказанным, если при проведении инструментальных исследований желчного пузыря:

1. Определяется его деформация
2. Утолщение, многослойность его стенок*
3. Наличие перипроцесса*
4. Имеется хорошая сократительная способность желчного пузыря

ДОПОЛНИТЕ:

226) Самым информативным лабораторным показателем в диагностике обострения хронического панкреатита является уровень _____ крови и мочи (амилазы).

227) Для алкогольного панкреатита характерны тяжелые морфологические изменения паренхимы и протоков ПЖ, включая _____ в протоках ПЖ и обызвествленные участки в ее паренхиме (белковые пробки)

228) Расшифруйте аббревиатуру ЭРХПГ (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография).

229) Болезненность при пальпации в области левого реберно-позвоночного угла – симптом _____ (Мейо-Робсона)

230) Активация трипсиногена в ткани поджелудочной железы происходит в результате заброса _____ в её проток. (энтерокиназы)

231) В результате сдавления общего желчного протока опухолью головки поджелудочной железы цвет кожи меняется на _____. (желтый)

232) Растворение камней желчного пузыря препаратами урсодезоксихолевой кислоты возможно в случае холестериновых камней, суммарный размер которых

не более 3 см и _____ желчного пузыря. (номальной функции)

233) Воспалительное заболевание желчного пузыря инфекционной природы (бактериальной, вирусной или паразитарной) называется _____. (Хронический холецистит)

234) Болезненность при покалывании по правой реберной дуге называется симптомом _____. (Ортнера)

УСТАНОВИТЬ СООТВЕТСТВИЕ: Одному вопросу соответствует один ответ

235) **Функции поджелудочной железы:**

1. Эндокринная
2. Экзокринная

1А
2Б

Клиника при их нарушении:

1. Истинный сахарный диабет
2. Синдром мальабсорбции
3. анемический синдром

236) **Болезненные точки, определяемы при ХП:**

1. Точка Дежардена
2. Точка Губергрица
3. Точка Мейо-Робсона

1А
2В
3Б

Локализация:

- А. 6 см выше пупка по линии, соединяющей пупок с правой подмышечной впадиной;
Б. в левом ребернопозвоночном углу
В. 6 см выше пупка по линии, соединяющей пупок с левой подмышечной впадиной;

Одному вопросу соответствует несколько ответов

237) **Секрция поджелудочной железы:**

1. Торможение
2. Стимуляция

1ВГД
2АБЕ

Гормоны:

- А. Гастрин
Б. Серотонин
В. Соматостатин
Г. Глюкагон
Д. Кальцитонин
Е. Инсулин

Одному вопросу соответствует один ответ

238) **Принципы терапии:**

1. Снижение функциональной активности ПЖ
2. Борьба с отеком ПЖ
3. Предотвращение ферментной интоксикации
4. Уменьшение интенсивности болей

Препараты, применяемые при лечении ХП:

- А. Фамотидин
Б. Фуросемид
В. Трамал
Г. Контрикал

1А 2Б 3Г 4В

Одному вопросу соответствует один ответ

239) **Симптомы:**

1. Грекова-Ортнера
2. Кера
3. Мюсси-Георгиевского

Значение:

- А. Болезненность при глубокой пальпации области желчного пузыря
Б. Болезненность при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками грудино-

1-В, 2-А, 3-Б

ключично-сосцевидной мышцы справа
В. Болезненность при покалывании по
правой реберной дуге

Одному вопросу соответствует один ответ

240) Состояние:

Холецистолитиаз
Холедохолитиаз
Внутрипеченочный холелитиаз

1-Б, 2-В, 3-А

Значение:

А. Образование камней в печеночных
желчных протоках
Б. Образование камней в желчном
пузыре
В. Образование камней в общем
желчном протоке

Одному вопросу соответствует один ответ

241) Типы дискинезий:

1. Гипокинетический
2. Гиперкинетический

1Б, 2А

Характеристика

А. Острые, приступообразные боли в правом подреберье,
Б. Тупые, длительные, ноющие боли в правом
подреберье
В. Тупые, приступообразные боли в правом подреберье

Одному вопросу соответствует один ответ

242) Симптомы

1. Курвуазье
2. Мэрфи
3. Ортнера

1-А, 2-В, 3-Б

Значение:

А. Пальпация безболезненного увеличенного желчного
пузыря
Б. Покалывание по правой реберной дуге болезненно
В. Пальпация болезненного желчного пузыря во
время глубокого вдоха
Г. Отсутствие пульсации аорты в эпигастрии
Д. Боль в правом надключичном пространстве