

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

« 09 » сентября 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор Б.И. Орел



СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому,
дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.1 «Гастроэнтерология»
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.28 «Гастроэнтерология»

Разработчики:

Заведующий кафедрой, д.м.н. профессор (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	Новик Г.А. (расшифровка)
Доцент кафедры, к.м.н. (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	Минина С.Н. (расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры
Детских болезней им. проф. И.М.Воронцова ФП и ДПО
название кафедры

« 30 » 08 2021 г., протокол заседания № 1

Заведующая кафедрой	Детских болезней им. проф. И.М.Воронцова ФП и ДПО название кафедры	
Д.м.н., профессор (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	Новик Г.А. (расшифровка)

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.28 «Гастроэнтерология»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б1Б.1 «Гастроэнтерология»	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ Б1.Б.1 «Гастроэнтерология»

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции (или её части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	особенности получения непосредственной информации об объектах и событиях в форме индивидуальных конкретно-чувственных образов и данных	в массиве данных обнаруживать причинно-следственные связи	методиками проведения психологических замеров и тестирований
2	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	основы первичной профилактики заболеваний желудочно-кишечного тракта и санитарно-просветительской работы	составить план профилактических мероприятий	навыками работы с группами риска

3	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	основные вопросы гастроэнтерологии и гепатологии, функциональной и лучевой диагностики, применительно к методам диагностики и лечения врожденных и приобретенных пороков желудочно-кишечного тракта, болезней печени, нарушении питания.	выявить специфические анамнестические особенности; определять характер и выраженность отдельных признаков; оформлять учетно-отчетную документацию	способностью сопоставлять выявленные при исследовании признаки с данными клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования; методами ультразвуковой диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта.
4	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	основы ультразвукового исследования желудочно-кишечного тракта с учетом современных представлений о патологии ЖКТ и печени; основы международной классификации болезней.	рассчитывать основных параметров и их производные в оптимальном режиме исследования	навыками обследования больного с патологией желудочно-кишечного тракта.
5	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи	этиологию, патогенез и клинику основных заболеваний в соответствующей области применения методов эндоскопии (ФГДС, ФСС, ФКС); особенности организации эндоскопической помощи больным с заболеваниями желудочно-кишечного тракта в специализированных стационарах	определять показания и целесообразность к проведению ультразвукового, эндоскопического исследований; выбирать адекватные методы исследования	навыками для выполнения инвазивных вмешательств в гастроэнтерологии; методиками проведения диагностических и лечебных вмешательств у пациентов с врожденными и приобретенными пороками желудочно-кишечного тракта.
6	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	основы реабилитации и курортологии; основы общей патологии человека, иммунобиологии и реактивности организма	учесть педиатрические проблемы при принятии решения; квалифицированно оформлять медицинское заключение	основами психологии; последовательным и комплексным подходом к проведению медицинской реабилитации
7	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации	основы законодательства о здравоохранении и	организовать в медицинских организациях и их	опыт руководящей работы; опыт распределения по

		и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения	структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала	времени и месту обязанности персонала и контроля за выполнение этих обязанностей
8	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	современные представления о качестве и дефекте оказания медицинской помощи; законодательные акты РФ в стандарте экспертной оценки	определить правильность выбора медицинской технологии; степень достижения запланированного результата	методикой оценки типовых медико-статистических показателей

Контрольные мероприятия и применяемые оценочные средства для промежуточной аттестации по дисциплине «гастроэнтерология»

1-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	1-500	1-90	1-30	1-16
2.	ПК-1	100-255	2-90	1-30	1-16
4.	ПК-2	45-105	2-90		1-5
5.	ПК-5	55-100	3-90		1-16
6.	ПК-6	10-500	3-90	1-30	1-16
7.	ПК-8	200-250	5-90		
8.	ПК-10		1		
9.	ПК-11		1		

2-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	1-500	1-90	1-30	1-16
2.	ПК-1	100-255	2-90	1-30	1-16

4.	ПК-2	45-105	2-90		1-5
5.	ПК-5	55-100	3-90		1-16
6.	ПК-6	10-500	3-90	1-30	1-16
7.	ПК-8	200-250	5-90		
8.	ПК-10		1		
9.	ПК-11		1		

3-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	1-500	1-90	1-30	1-16
2.	ПК-1	100-255	2-90	1-30	1-16
4.	ПК-2	45-105	2-90		1-5
5.	ПК-5	55-100	3-90		1-16
6.	ПК-6	10-500	3-90	1-30	1-16
7.	ПК-8	200-250	5-90		
8.	ПК-10		1		
9.	ПК-11		1		

2. Критерии оценки, шкалы оценивания

2.1.Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

2.2.Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

2.3. Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибка в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работу не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружились в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

2.4. Критерии оценивания задачи:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

3. Оценочные средства

3.1. Тесты

1. Нормальные значения pH тела желудка у взрослых и детей старше 7 лет:
 - а) 1,5 – 2,0
 - б) 1,7 – 4,5
 - в) 1,7 – 2,5
 - г) 2,5 – 4,5
2. Клетки, вырабатывающие внутренний фактор Кастля:
 - а) главные
 - б) обкладочные
 - в) бокаловидные
 - г) G-клетки
3. Снижение постпрандиального уровня гастрина-17 свидетельствует об:
 - а) аутоиммунном гастрите
 - б) атрофии антрального отдела желудка
 - в) атрофии тела желудка
 - г) атрофии обоих отделов
4. Рентгенологическим признаком врожденного пилоростеноза не является:
 - а) симптом «ниши»
 - б) симптом «плечиков»
 - в) симптом «клюва»
 - г) симптом «усика»
5. Мойнигановский ритм болей – это:
 - а) боли натощак
 - б) боли натощак, купирующиеся пищей
 - в) боли после еды
 - г) ночные боли
6. Наиболее сильным антисекреторным действием обладает:
 - а) рабепразол
 - б) фамотидин
 - в) пирензепин
 - г) де-нол
7. Наименьшим ulcerогенным действием обладает:
 - а) диклофенак
 - б) ибупрофен
 - в) целекоксиб
 - г) индометацин
8. К невсасывающимся антацидам относится:

- а) сода
- б) карбонат кальция
- в) фосфалюгель
- г) викалин

9. Не используется в современных эрадикационных антихеликобактерных схемах:

- а) амоксициллин
- б) метронидазол
- в) нифуратель
- г) азитромицин

10. Показанием к экстренной ФГДС не является:

- а) сильные боли в эпигастрии
- б) рвота кофейной гущей
- в) мелена
- г) травмирующие инородные тела желудка

11. Показанием к колоноскопии не является:

- а) кровь в стуле
- б) полипы в желудке
- в) синдром мальабсорбции
- г) анемия неясного генеза

12. Кровь в оформленном стуле не характерна для:

- а) неспецифического язвенного колита (НЯК)
- б) болезни Крона
- в) полипов толстой кишки
- г) дизентерии

13. Эндоскопически для НЯК не характерно:

- а) поражение прямой кишки
- б) щелевидные язвы
- в) контактная кровоточивость
- г) зернистость

14. Эндоскопически для болезни Крона не характерно:

- а) равномерное поражение слизистой оболочки толстой кишки
- б) поражение терминального отдела подвздошной кишки
- в) поражение аноректальной зоны
- г) афтозные язвы

15. При дистальной форме НЯК препарат выбора:

- а) преднизолон
- б) салофальк в таблетках
- в) салофальк в свечах
- г) азатиоприн

16. При левостороннем НЯК с умеренной активностью стартовым препаратом является:
- а) преднизолон
 - б) салофальк в таблетках
 - в) салофальк в клизмах
 - г) азатиоприн
17. При тотальном НЯК с высокой активностью препаратом выбора является:
- а) преднизолон
 - б) салофальк в таблетках
 - в) салофальк в клизмах
 - г) азатиоприн
18. Энтеральное искусственное питание при болезни Крона предпочтительно проводить смесью:
- а) Альфаре
 - б) Нутризон
 - в) Нутризон Энергия
 - г) Модулен
19. Для синдрома раздраженного кишечника характерно:
- а) возраст до 5 лет
 - б) отставание в росте
 - в) хронические запоры
 - г) боли в животе, связанные с дефекацией
20. Болезненность в точке Мейо-Робсона характерна для:
- а) поражения головки поджелудочной железы
 - б) тела и хвоста поджелудочной железы
 - в) селезеночного угла толстой кишки
 - г) желчного пузыря
21. Для диагностики ГЭР не применяется:
- а) обзорная рентгенограмма брюшной полости
 - б) ФЭГДС
 - в) рентгеноконтрастное исследование пищевода с барием
 - г) суточная рН-метрия
22. В диагностике моторных нарушений кардио-эзофагеальной зоны наибольшей информативностью обладает:
- а) обзорная рентгенограмма брюшной полости
 - б) ФЭГДС
 - в) рентгеноконтрастное исследование пищевода с барием
 - г) суточный рН-мониторинг
23. В диагностике степени эзофагита наибольшей информативностью обладает:
- а) обзорная рентгенограмма брюшной полости
 - б) ФЭГДС
 - в) рентгеноконтрастное исследование пищевода с барием

г)суточный рН-мониторинг

24. Изжога является признаком:

- а) повышенной кислотности желудочного сока
- б) заброса желудочного содержимого в пищевод
- в) эзофагита
- г)скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

25. На поддержание нормального тонуса нижнего пищеводного сфинктера не оказывает влияния:

- а) угол Гиса
- б) клапан Губарева
- в) связка Трейца
- г)уровень гастрина в крови

26. Для пищевода Барретта гистологически характерно:

- а) утолщение базального слоя
- б) истончение и разрыхленность многослойного плоского эпителия
- в) очаги метаплазии по желудочному типу
- г) цилиндрический эпителий с очагами метаплазии по кишечному типу

27. Синдром Меллори-Вейсса – это:

- а) щелевидные язвы кардии
- б) множественные язвы желудка
- в) зеркальные дуоденальные язвы
- г)полипоз кишечника

28. Синдром Пейтца-Егерса – это:

- а) щелевидные язвы кардии
- б) множественные гастродуоденальные язвы
- в) полипоз толстой кишки
- г)полипоз ЖКТ

29. Не относится к клиническим симптомам ГЭРБ:

- а) изжога
- б) отрыжка
- в) боли в эпигастрии
- г)одинофагия

30. Не входит в программу антирефлюксной терапии ГЭРБ:

- а) омепразол
- б) дюспаталин
- в) рабепразол
- г)мотилиум

31. Не относится к прокинетикам:

- а) риабал
- б) мотилиум

- в) церукал
- г) цизаприд

32. Не относится к ингибиторам протонной помпы:

- а) париет
- б) ульфамид
- в) лосек
- г) нексиум

33. Не относится к H₂-гистаминоблокаторам:

- а) квамател
- б) ульфамид
- в) вентер
- г) зантак

34. К сфинктерам билиарной системы не относится:

- а) сфинктер Одди
- б) сфинктер Капанджи
- в) сфинктер Мирицци
- г) сфинктер Люткенса

35. Для патологии билиарной системы не характерен симптом:

- а) Лепене
- б) Ортнера
- в) Менделя
- г) Кера

36. Не позволяет оценить состояние билиарной системы:

- а) импедансометрия
- б) ЭРХПГ
- в) УЗИ
- г) гепатобилисцинтиграфия

37. Проведение литолиза конкрементов желчного пузыря возможно, если у больного:

- а) пигментные (коричневые) камни
- б) пигментные (черные) камни
- в) холестериновые камни
- г) при любом виде камней

38. С целью проведения литолиза конкрементов желчного пузыря применяют:

- а) урсофальк
- б) хенофальк
- в) гепатофальк
- г) гепабене

39. Не обладает гепатопротективным действием:

- а) карсил
- б) урсосан

- в) гепабене
- г)олиметин

40. Не обладает спазмолитическим действием:

- а) одестон
- б) лив-52
- в) гепабене
- г)галстена

41. Оптимальная доза препаратов урсодезоксихолевой кислоты у детей:

- а) 5-10 мг/кг/с
- б) 10-15 мг/кг/с
- в) 15-20 мг\кг\с
- г)20-25 мг/кг\с

42. Противопоказанием для литолиза у детей является:

- а) пузырная локализация камней
- б) локализация камней в общем желчном протоке
- в) размеры камней до 2 см
- г)одиночный преимущественно холестериновый конкремент

43. Для целиакии не характерно:

- а) водянистая диарея
- б) полифекалия
- в) жирные кислоты в копрограмме
- г)увеличение живота

44. Для целиакии характерно:

- а) укорочение ворсин без углубления крипт
- б) укорочение ворсин и углубление крипт
- в) смешанная инфильтрация стромы с присутствием нейтрофилов
- г)уменьшение количества бокаловидных клеток

45. Для целиакии характерно:

- а) мутации CFTR гена
- б) наличие В-27 гена
- в) наличие DQ2 гена
- г)отсутствие каких-либо мутаций

46. Для постановки диагноза целиакии достаточно:

- а) данных генетического исследования
- б) обнаружения атрофии слизистой оболочки тонкой кишки
- в) повышения уровня АГА
- г)сочетания этих данных

47. Целиакия может сопровождаться любым из осложнений, кроме:

- а) узловатой эритемы
- б) патологических переломов

- в) лимфомы
- г) невынашивания

48. Целиакия часто сочетается с:

- а) ревматоидным артритом
- б) аутоиммунным гепатитом
- в) герпетиформным дерматитом
- г) псориазом

49. Провокация глютенom при целиакии:

- а) обязательна для постановки диагноза
- б) всегда сопровождается появлением кишечных симптомов
- в) показана при сомнительных результатах первичного обследования
- г) показана при сомнительных результатах первичного обследования и сомнительном эффекте аглютеновой диеты

50. При соблюдении аглютеновой диеты исключают:

- а) рис
- б) овес
- в) пшено
- г) гречу

51. Для лактазной недостаточности не характерно:

- а) стеаторея
- б) водянистая диарея
- в) метеоризм
- г) pH кала ниже 5,5

52. При лечении лактазной недостаточности предпочтительны:

- а) соевые смеси
- б) молочные безлактозные смеси
- в) кисломолочные смеси
- г) белковые гидролизаты

53. При аллергии к белку коровьего молока предпочтительны:

- а) соевые смеси
- б) молочные смеси из козьего молока
- в) кисломолочные смеси
- г) белковые гидролизаты

54. Для мальабсорбции глюкозы-галактозы характерны:

- а) рвота и понос при переводе на искусственное вскармливание
- б) плоские кривые с нагрузкой глюкозой и лактозой
- в) плоская кривая с лактозой и нормальная с глюкозой
- г) плоская кривая с глюкозой и нормальная с лактозой

55. Для энтеропатического акродерматита не характерно:

- а) диспепсические расстройства с рождения
- б) диспепсические расстройства после перевода на искусственное вскармливание
- в) периоральный и перианальный дерматит
- г) кандидоз

56. Для профилактики пищевой аллергии предпочтительны:

- а) адаптированные кисломолочные смеси
- б) высокогидролизованные смеси
- в) частичногидролизованные смеси
- г) смеси на основе козьего молока

57. Безлактозные смеси назначают при:

- а) лактазной недостаточности
- б) галактоземии
- в) мальабсорбции глюкозы-галактозы
- г) при всех этих заболеваниях

58. При мальабсорбции фруктозы можно пить сок:

- а) грушевый
- б) виноградный
- в) яблочный
- г) вишневый

59. Диагноз аллергической энтеропатии устанавливают на основании:

- а) связи клинических симптомов с приемом определенной пищи
- б) повышения общего IgE в крови
- в) эозинофилов в инфильтрате слизистой оболочки кишки
- г) по совокупности этих признаков

60. Среди органов пищеварения при пищевой аллергии чаще поражается:

- а) пищевод
- б) желудок
- в) кишечник
- г) поджелудочная железа

61. Муковисцидоз чаще проявляется в виде:

- а) меконияльного илеуса
- б) легочной формы
- в) кишечной формы
- г) смешанной формы

62. Для муковисцидоза не характерно развитие:

- а) кистозного фиброза поджелудочной железы
- б) панкреатита
- в) энтерита
- г) холестаза

63. В копрограмме при кишечной форме муковисцидоза доминируют:
- а) нейтральный жир
 - б) жирные кислоты
 - в) переваримая клетчатка
 - г) мышечные волокна
64. При лечении кишечной формы муковисцидоза наиболее эффективен:
- а) фестал
 - б) креон
 - в) мезим-форте
 - г) карсил
65. Дифференциальный диагноз муковисцидоза и синдрома Шелдона-Рея основывается на:
- а) копрологическом исследовании
 - б) клинической картине
 - в) исследовании хлоридов пота
 - г) пробе Швахмана
66. Для синдрома Швахмана-Даймонда не характерно:
- а) поражение легких
 - б) стеаторея
 - в) нарушение роста
 - г) нейтропения
67. Бифидогенные свойства грудного молока в большей степени связаны с:
- а) лактозой
 - б) галактоолигосахаридами
 - в) фруктоолигосахаридами
 - г) лактулозой
68. К пробиотикам с доказанными свойствами не относится:
- а) *Enterococcus faecium* SF 68
 - б) *Lactobacillus rhamnosus* GG
 - в) *Bifidobacterium longum*
 - г) *Saccharomyces vini*
69. Требованиями к современным пробиотикам считается все, кроме:
- а) наличия ростовых добавок
 - б) наличия симбионтных штаммов
 - в) кислотоустойчивости
 - г) антибиотикоустойчивости
70. Пребиотическими свойствами не обладают:
- а) дисахариды
 - б) олигосахариды

- в) ферментируемые пищевые волокна
- г) неферментируемые пищевые волокна

71. Антибиотикоассоциированная диарея чаще обусловлена:

- а) *Clostridium perfringens*
- б) *Clostridium difficile*
- в) *Klebsiella oxytoca*
- г) *Candida albicans*

72. В лечении антибиотикоассоциированной диареи более эффективен:

- а) метронидазол
- б) дифлюкан
- в) цiproфлоксацин
- г) рифампицин

73. К пробиотикам не относится:

- а) бифиформ
- б) линекс
- в) хилак-форте
- г) бактисубтил

74. Наименьшим подавляющим действием на облигатную флору кишечника обладают:

- а) цефалоспорины
- б) пенициллины
- в) макролиды
- г) аминогликозиды

75. Показанием к плановой холецистэктомии является:

- а) камни в желчном пузыре
- б) аномалия желчного пузыря
- в) камни в печеночных протоках
- г) хронический холецистит

76. При дискинезии ж/в путей по гипертоническому типу показаны:

- а) желчегонные
- б) спазмолитики
- в) симпатолитики
- г) тюбаж

77. При дискинезии ж/в путей по гипотоническому типу показаны:

- а) желчегонные
- б) спазмолитики
- в) холинолитики
- г) симпатолитики

78. Ведущий симптом острого панкреатита:

- а) боли в животе
- б) тошнота
- в) рвота
- г) диарея

79. Наиболее чувствительным биохимическим показателем при остром панкреатите является повышение в крови уровня:

- а) глюкозы
- б) липазы
- в) трипсиногена
- г) амилазы

80. Наиболее чувствительный показатель экзокринной недостаточности поджелудочной железы:

- а) стеаторея
- б) гипергликемия
- в) снижение эластазы в кале
- г) снижение амилазы в крови

81. Наиболее важный ультразвуковой критерий острого панкреатита:

- а) увеличение в размерах
- б) понижение эхогенности
- в) повышение эхогенности
- г) расширение Вирсунгова протока

82. При остром панкреатите не показаны:

- а) анальгетики
- б) спазмолитики
- в) ингибиторы протеаз
- г) холекинетики

83. Диагноз хронического панкреатита основывается на выявлении:

- а) рецидивов панкреатита в анамнезе
- б) изменения структуры паренхимы поджелудочной железы по данным лучевых методов: УЗИ, КТ, МРТ
- в) признаков внешнесекреторной недостаточности
- г) совокупности этих данных

84. При лечении печеночной недостаточности и гипераммониемии показано:

- а) α-интерферон
- б) эссенциале-форте
- в) лактулоза
- г) берлитиол

85. Проявлениями синдрома цитолиза является:

- а) повышение трансаминаз
- б) повышение билирубина

- в) повышение тимоловой пробы
- г) снижение протромбинового индекса

86. Проявлением холестатического синдрома является:

- а) повышение трансаминаз
- б) повышение щелочной фосфатазы и ГГТП
- в) повышение тимоловой пробы
- г) снижение протромбинового индекса

87. При лечении внутripеченочного холестаза наиболее эффективны:

- а) а-интерферон
- б) плазмаферез
- в) урсодезоксихолевая кислота
- г) препараты расторопши

88. Препаратом выбора при лечении круглых гельминтов является:

- а) вермокс
- б) медамин
- в) декарис
- г) билтрицид

89. Препаратом выбора при лечении дифиллоботриоза является:

- а) вермокс
- б) медамин
- в) декарис
- г) билтрицид

90. Основная направленность лечения при водянистых диареях:

- а) антибактериальная терапия
- б) регидратация
- в) дезинтоксикация
- г) антидиарейные средства

91. Основная направленность лечения при дизентериеподобных диареях:

- а) антибактериальная терапия
- б) регидратация
- в) дезинтоксикация
- г) антидиарейные средства

92. Для диагностики НР-инфекции достаточно:

- а) гистологического исследования биоптата
- б) уреазного теста
- в) исследования антител к НР в крови
- г) сочетания двух методов

93. Наилучший метод оценки эффективности эрадикационной терапии НР:

- а) гистологический
- б) исследование антител к НР в крови
- в) дыхательный тест
- г) исследование антигена НР в кале

94. Наиболее эффективная схема эрадикации НР:

- а) ИПП+амоксциллин+кларитромицин
- б) ИПП+амоксциллин+кларитромицин+де-нол
- в) ИПП+кларитромицин+метронидазол
- г) Де-нол+амоксциллин+метронидазол

95. Показание к хирургическому лечению язвенной болезни:

- а) перфорация
- б) пенетрация
- в) отсутствие рубцевания в течение 1 мес.
- г) кровотечение

96. Показания к оперативному лечению НЯК:

- а) отсутствие эффекта от консервативной терапии в течение 1 мес.
- б) токсический мегаколон
- в) кровопотеря
- г) внекишечные проявления НЯК

97. Для диагностики синдрома Ледда необходимо провести:

- а) ФЭГДС
- б) рентген желудка с барием и досмотром кишечника
- в) ирригографию
- г) колоноскопию

98. Клинический признак ахалазии пищевода:

- а) изжога
- б) затруднение при проглатывании твердой пищи
- в) затруднение при проглатывании жидкой пищи
- г) боли за грудиной

99. Какие полипы имеют высокий риск малигнизации?

- а) гамартомные
- б) аденоматозные
- в) ювенильные
- г) гиперпластические

100. При лечении синдрома раздраженного кишечника не показаны:

- а) очистительные клизмы
- б) отруби
- в) психотропные
- г) спазмолитики

ОТВЕТЫ:

1-В	51-а
2-б	52-б
3-б	53-Г
4-а	54-б
5-б	55-а
6-а	56-В
7-В	57-Г
8-В	58-б
9-Г	59-Г
10-а	60-В
11-В	61-Г
12-Г	62-В
13-б	63-а
14-а	64-Г
15-В	65-В
16-б	66-а
17-а	67-б
18-Г	68-Г
19-Г	69-а
20-б	70-Г
21-а	71-б
22-В	72-а
23-б	73-В
24-б	74-Г
25-В	75-а
26-Г	76-б
27-а	77-а
28-Г	78-а
29-В	79-Г
30-б	80-В
31-а	81-а
32-б	82-Г
33-В	83-Г
34-б	84-В
35-В	85-а
36-а	86-б
37-В	87-В
38-а	88-а
39-Г	89-Г
40-б	90-б
41-б	91-а
42-б	92-Г
43-а	93-В
44-б	94-б
45-В	95-а
46-Г	96-б
47-а	97-В
48-В	98-б

49-г 50-б	99-б 100-а
--------------	---------------

101. Высокий риск развития патологии пищевода при:

- а) недостаточности эзофагокардиального отдела,
- б) спастическом запоре,
- в) гепатите,
- г) дисфункции билиарного тракта,
- д) панкреатите

102. При подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы необходимо провести:

- а) рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с проведением водно-сифонной пробы,
- б) гастродуоденоскопию,
- в) внутрижелудочную рН-метрию,
- г) рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с барием;
- д) УЗИ желудка

103. Для выявления варикозного расширения вен пищевода наиболее информативным исследованием является:

- а) гастродуоденоскопия,
- б) рентгеноскопия ЖКТ с барием,
- в) исследование кала на скрытую кровь,
- г) анализ крови,
- д) внутрижелудочная рН-метрия

104. Для эзофагита характерно:

- а) боли за грудиной,
- б) метеоризм,
- в) жидкий стул,
- г) запоры,
- д) тошнота

105. Причиной срыгивания у грудных детей является:

- а) незрелость эзофагокардиального отдела пищевода,
- б) высокий тонус в пилорическом отделе,
- в) высокое внутрибрюшное давление,
- г) непостоянные расслабления нижнего пищеводного сфинктера,
- д) все перечисленное

106. Наличие изжоги свидетельствует о:

- а) забросе желудочного содержимого в пищевод,
- б) повышении кислотности желудочного содержимого,
- в) диафрагмальной грыже,
- г) язвенной болезни

107. Приступ кетоацидоза провоцирует все кроме:

- а) интеркуррентное заболевание,

- б) перекорм жирами, белками,
- в) перекорм углеводами,
- г) голодание,
- д) запор

108. Для рвоты при кетоацидозе наиболее характерно:

- а) жидкий стул,
- б) боли в животе,
- в) головная боль,
- г) ацетонурия,
- д) метеоризм

109. При кетоацидозе необходимо провести в первую очередь анализ на:

- а) сахар,
- б) протромбин,
- в) билирубин,
- г) СРБ,
- д) креатинин

110. Для халазии характерен следующий симптом:

- а) боли в правом подреберье,
- б) запоры,
- в) боли натошак в эпигастрии,
- г) рецидивирующая рвота

111. Для выявления халазии необходимо провести:

- а) холецистографию,
- б) копрологическое исследование,
- в) рентгеноскопию желудка с водно-сифонной пробой,
- г) ирригоскопию,
- д) колоноскопию

112. Ахалазия сопровождается:

- а) рвотой,
- б) рвотой с примесью желчи,
- в) срыгиваниями через час после еды,
- г) рвотой непереваренной пищей,
- д) изжогой

113. Боли за грудиной связаны с:

- а) гиперацидностью,
- б) раздражением слизистой оболочки пищевода при рефлюкс-эзофагите,
- в) метеоризмом,
- г) повышением внутрибрюшного давления,
- д) спазмом сфинктера Одди

114. Осложнения со стороны респираторного тракта могут быть вызваны наличием:

- а) гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ),
- б) панкреатита,
- в) язвенной болезни,

- г) гастрита,
- д) желчнокаменной болезни

115. При выраженных срыгиваниях и рвотах у ребенка раннего возраста нередко наблюдается:

- а) фарингит,
- б) аспирационная пневмония,
- в) трахеобронхит,
- г) стоматит,
- д) все перечисленное

116. Среди осложнений при упорной рвоте не наблюдается:

- а) нарушений электролитного обмена,
- б) алкалоза,
- в) эксикоза,
- г) полиурии;
- д) кетоацидоза

117. Следующие положения характеризуют пищевод Баррета, кроме:

- а) смещение линии Z в среднюю треть,
- б) цилиндрическая метаплазия эпителия пищевода,
- в) повышенный риск развития аденокарциномы,
- г) лица обоего пола поражаются с одинаковой частотой

118. У мужчин цилиндрическая метаплазия эпителия пищевода (пищевод Баррета), а также малигнизация при этом состоянии встречаются значительно чаще, чем у женщин. Наиболее характерным симптомом при диффузном эзофагоспазме является:

- а) дисфагия, не сопровождающаяся загрудинными болями,
- б) изжога,
- в) боли за грудиной,
- г) регургитация,
- д) одинофагия

119. У подростка наблюдается тяжелая изжога, ночной кашель. При обследовании выявлен рефлюкс-эзофагит II-III степени. В комплексную терапию следует включить все препараты, кроме:

- а) ранитидина,
- б) омепразола,
- в) домперидона,
- г) гастропепина,
- д) антацидов

120. Препаратом выбора при рефлюкс-эзофагите III степени тяжести является:

- а) фамотидин,
- б) коллоидный субцитрат висмута,
- в) цизаприд,
- г) омепразол,
- д) метоклопрамид

121. Базисная терапия ахалазии кардии включает в себя все, кроме:

- а) пневмокардиодилатации,

- б) устранения гипертонической дискинезии грудного отдела пищевода антагонистами ионов кальция, нитратами,
- в) лечения сопутствующего эзофагита,
- г) назначения прокинетиков

122. У детей для стимуляции секреции целесообразно использовать:

- а) гистамин,
- б) мясной бульон,
- в) хлеб с водой,
- г) кофеин,
- д) овощной отвар

123. Каковы показания для определения pH желудочного сока у детей:

- а) диспепсические явления,
- б) тошноты,
- в) боли при дефекации,
- г) дисфагия,
- д) запоры

124. Для язвенно-подобной диспепсии характерно:

- а) изжога,
- б) рвота,
- в) тошноты,
- г) отрыжка,
- д) все перечисленное

125. Для гиперацидности характерно все кроме:

- а) понос,
- б) тошноты боль в гастродуоденальной зоне,
- в) запор,
- г) обложенность языка,
- д) изжога

126. Для хеликобактериоза характерно наличие всего кроме:

- а) гиперплазии слизистой оболочки пилорической зоны,
- б) эрозивно-язвенного процесса,
- в) гиперацидности,
- г) полипоза,
- д) дуоденогастрального рефлюкса

127. Качественный метод диагностики хеликобактериоза:

- а) обнаружение микроба в слюне методом ПЦР,
- б) положительный уреазный тест в биоптате,
- в) выделение чистой культуры пилорического хеликобактера из биоптата,
- г) клинично-эндоскопическое исследование,
- д) копрология

128. При хеликобактериозе не эффективен:

- а) де-нол,
- б) фуразолидон,

- в) препараты висмута,
- г) спазмолитики,
- д) макролиды

129. Укажите основную цель хеликобактерной терапии при язвенной болезни:

- а) снижение секреции соляной кислоты,
- б) уменьшение выраженности болевого синдрома,
- в) ускорение рубцевания язвы,
- г) уменьшение риска прободения язвы;
- д) снижение частоты рецидивов язвенной болезни

130. Наиболее информативным исследованием при гастрите является:

- а) эндоскопия с биопсией,
- б) рентгеноконтрастное исследование,
- в) УЗИ,
- г) иридодиагностика,
- д) копрограмма

131. Все правильно по отношению к истинным полипам желудка, кроме:

- а) они склонны быть множественными,
- б) возникают из атрофированной слизистой оболочки,
- в) впервые могут проявляться после полового созревания,
- г) могут быть проявлением наследственного заболевания,
- д) редко озлокачиваются

132. Что не характерно для хронического атрофического гастрита (типа А):

- а) наличие антител к париетальным клеткам желудка,
- б) гастринемия,
- в) ахлоргидрия,
- г) вовлечение в процесс антрального отдела желудка,
- д) пернициозная анемия

133. Хронический неатрофический гастрит (тип В) характеризуется следующими признаками, кроме:

- а) атрофии желез с наличием небольшого числа кистозно-расширенных желез,
- б) циркулирующих антител к париетальным клеткам и внутреннему фактору,
- в) частого сочетания с дуоденальными язвами,
- г) ассоциации с инфекцией *H. pylori*,
- д) нормального уровня гастрина или незначительной гипергастринемии

134. Характерная патология при синдроме Мэллори-Вейса:

- а) разрыв пищевода,
- б) кровотечение из опухоли пищевода,
- в) разрыв слизистой оболочки в месте перехода пищевода в желудок,
- г) кровотечение из полипов в желудке,
- д) острый гастрит

135. Эвакуацию из желудка замедляет:

- а) жидкости,
- б) мясные блюда,
- в) щелочное питье,

- г) кефир,
- д) рыба

136. Какой клинический симптомокомплекс обусловлен недостаточностью привратника:

- а) пилороспазм,
- б) синдром раздраженного кишечника,
- в) рецидивирующая рвота,
- г) раздраженный желудок;
- д) изжога

137. Для недостаточности привратника характерно все кроме:

- а) боли в эпигастрии во время еды,
- б) позыв на дефекацию во время еды,
- в) разжижение стула,
- г) рвота без примеси желчи

138. Закрытию привратника способствует:

- а) прием кислой пищи в начале еды,
- б) запивание еды жидкостью,
- в) жирная пища,
- г) пресное молоко,
- д) щелочная минеральная вода

139. При недостаточности привратника не целесообразно назначать:

- а) мезим-форте,
- б) фестал,
- в) мотилиум,
- г) запивать водой пищу,
- д) координакс

140. При недостаточности привратника рекомендуется:

- а) начинать еду с приема небольшой порции кислого,
- б) тепловые процедуры на эпигастральную область,
- в) спазмолитики (но-шпа),
- г) прокинетики (мотилиум),
- д) антибиотики

141. Для дискинезии двенадцатиперстной кишки характерно все кроме:

- а) дуоденогастральный рефлюкс,
- б) тошнота,
- в) боли в гипогастрии,
- г) боли в эпигастрии во время еды и сразу после,
- д) диспепсия

142. Дуоденогастральные рефлюксы способствуют развитию:

- а) дивертикула желудка,
- б) перегиба желудка,
- в) ГЭРБ,
- г) антрального гастрита,
- д) синдрома раздраженного желудка

143. Для выявления дуоденогастрального рефлюкса наименее информативны:

- а) примесь желчи в рвотных массах,
- б) обнаружение при гастроскопии темной желчи в желудке,
- в) данные УЗИ желудка и двенадцатиперстной кишки с жидкостью
- г) гиперацидность,
- д) антральный гастрит

144. Наиболее информативным методом диагностики артериомезентериальной компрессии является:

- а) рентгеноконтрастное исследование с барием полипозиционное,
- б) эндоскопия,
- в) дуоденальное зондирование,
- г) УЗИ,
- д) копрограмма

145. Для диагностики гастродуоденита информативны данные:

- а) эзофагогастродуоденоскопии с биопсией,
- б) рентгенологического исследования,
- в) УЗИ желудка, двенадцатиперстной кишки с жидкостью,
- г) дуоденального зондирования,
- д) копрограммы

146. Недостоверным эндоскопическим признаком обострения дуоденита является:

- а) отечность;
- б) гиперсекреция слизи,
- в) картина «булыжной мостовой»,
- г) феномен «манной крупы»,
- д) гиперемия слизистой

147. С течением дуоденита связана патология:

- а) хронический тонзиллит,
- б) колиты,
- в) пиелонефрит,
- г) синдром билиарной дисфункции,
- д) эзофагит

148. При подозрении на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки не следует проводить:

- а) исследование кала на скрытую кровь,
- б) гастродуоденоскопию,
- в) дуоденальное зондирование,
- г) рентгеноконтрастное исследование;
- д) клинический анализ крови

149. Наиболее частым осложнением язвенной болезни у детей является:

- а) кровотечение,
- б) перфорация,
- в) пенетрация в поджелудочную железу,
- г) малигнизация,
- д) непроходимость

150. Не оказывает репаративного действия:

- а) солкосерил,
- б) ранитидин,
- в) облепиховое масло,
- г) альмагель,
- д) вентер

151. В лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в период обострения применяются:

- а) антибиотики,
- б) де-нол,
- в) антисекреторные препараты,
- г) фурановые препараты,
- д) все перечисленное

152. Для болезни Жильбера в биохимическом анализе крови выявляется:

- а) повышение непрямой фракции билирубина,
- б) снижение общего белка,
- в) повышение трансаминаз (АлТ, АсТ),
- г) снижение холестерина,
- д) повышение уровня мочевины

153. Диагностически значимым исследованием при неспецифическом язвенном колите является:

- а) копрограмма,
- б) ректороманоскопия,
- в) обзорный рентгенологический снимок брюшной полости,
- г) ирригоскопия,
- д) колоноскопия

154. Осложнениями со стороны органов ЖКТ при болезни Крона являются все, кроме:

- а) перфорации,
- б) внутренних свищей,
- в) холелитиаза,
- г) кишечной непроходимости,
- д) полипоза

155. Что является наиболее частым показанием к хирургическому лечению болезни Крона:

- а) внутренние свищи,
- б) внешние свищи,
- в) инфильтрат в брюшной полости,
- г) синдром кишечной недостаточности,
- д) кишечная непроходимость

156. При всех следующих состояниях, характеризующихся синдромом мальабсорбции, будет измененным Д-ксилозотолерантный тест, кроме:

- а) целиакии,
- б) недостаточности поджелудочной железы,
- в) синдрома избыточной контаминации кишечника,
- г) синдрома короткой кишки,
- д) регионарного энтерита

157. Диарея поддается антимикробной терапии при следующих заболеваниях, кроме:

- а) болезни Уиппла,
- б) резекции желудка по Бильрот II, стаза в приводящей петле анастомоза,
- в) острого бактериального энтерита,
- г) эозинофильного энтерита,
- д) гипогаммаглобулинемии (пролиферация *Giardia lamblia*)

158. Все правильно в отношении болевого синдрома при остром панкреатите, кроме:

- а) острого начала,
- б) боли, диффузно распространяющейся в верхней половине живота,
- в) болей постоянных,
- г) болей, иррадиирующих в спину,
- д) болей, стихающих в положении лежа

159. Какой из перечисленных гормонов, секретируемых слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и верхнего отдела тонкой Кишки, стимулирует высвобождение панкреатического сока, богатого пищеварительными ферментами:

- а) холецистокинин,
- б) секретин,
- в) глюкагон,
- д) панкреатический полипептид,
- г) ВИП

160. Все нижеперечисленное характерно для синдрома Швахмана- Даймонда, кроме:

- а) метафизарной хондродисплазии,
- б) панкреатической диареи,
- в) отклонений в хлоридном потовом тесте,
- г) нейтропении,
- д) анемии

161. Ребенку один месяц, находится на грудном вскармливании, за месяц прибавил 700 г. Аппетит в норме. Отмечается беспокойство во время кормления, срыгивания после кормления в объеме 2-мл створоженным молоком. Стул до 8-10 раз в сутки, водянистый, с зеленью и слизью, непереваренный, пенистый, «громкий» При обследовании углеводы кала 0,9% (норма - 0,25%). Ваши действия:

- а) продолжить грудное вскармливание,
- б) продолжить грудное вскармливание, назначить диету матери с исключением молока и говяжьего мяса,
- в) запретить грудное вскармливание, перевести на безлактозную смесь,
- г) продолжить грудное вскармливание, назначить диету матери с исключением молока и говяжьего мяса, фермент лактазэнзим ребенку в каждое кормление, провести коррекцию дисбактериоза кишечника,
- д) провести коррекцию дисбактериоза кишечника,
- е) назначить фермент лактазэнзим

162. Девочка трех месяцев, находится на искусственном вскармливании. В возрасте двух месяцев оперирована по поводу пилоростеноза, однако после операции сохраняются обильные срыгивания сразу после каждого кормления, иногда отсроченные (через 2 часа после кормления), стул до четырех раз в день кашицеобразный, желтого цвета. Ребенок недостаточно прибавляет в весе (300 г за месяц). Во время кормления беспокоится. Аппетит снижен, вплоть до отказа от адаптированной

кисломолочной смеси. Наблюдается неврологом по поводу повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. Чем обусловлены срыгивания у ребенка:

- а) гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР),
- б) пилороспазм,
- в) ГЭР, эзофагит, пилороспазм у ребенка с ПЭП,
- г) пищевая непереносимость белков коровьего молока,
- д) эзофагит

163. Профилактику железодефицитной анемии с использованием обогащенных железом смесей следует проводить:

- а) доношенным детям в возрасте шести месяцев,
- б) доношенным со второго месяца жизни,
- в) доношенным детям с четырех месяцев жизни,
- г) недоношенным с рождения

164. Ребенок трех месяцев, родился от женщины с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (четвертая беременность, хронический сальпингоофарит, вагиноз). Беременность протекала с угрозой прерывания на всем протяжении, в связи с чем до 36-й недели беременности женщина получала гормональную терапию. Роды со стимуляцией родовой деятельности, длительным безводным промежутком. На грудном вскармливании, удовлетворительно прибавляет в весе Сон, аппетит в норме Стул с рождения нерегулярный, до 2-3 раз в день, чаще после стимуляции (газоотводная трубка), сформированный. Ваши действия:

- а) запретить грудное вскармливание, перевести на лечебную смесь;
- б) грудное вскармливание комбинировать с лечебной смесью, содержащей лактулозу,
- в) грудное вскармливание комбинировать с кисломолочной смесью,
- г) грудное вскармливание продолжить, ввести прикорм как источник пищевых волокон,
- д) продолжить грудное вскармливание, назначить препарат, со-державший лактулозу (типа Дюфалака, Нормазе),
- е) перевести на смесь, содержащую клейковину рожкового действия

165. Ребенку четыре месяца, с рождения находится на искусственном вскармливании адаптированной молочной смесью. Две недели назад введен прикорм - овощное пюре (цветная капуста) домашнего приготовления на молоке. Дефицит веса составляет 15% С двухнедельного возраста на коже появились и в последнее время усилились распространенные проявления атопического дерматита в виде сухости, мелкопластинчатого шелушения, гиперемии щек, участки инфильтрации на бедрах, в подколенных областях Ребенок беспокоится во время кормления, часто отмечаются кишечные колики. Срыгивает через 1,5 часа после кормления «створоженным молоком» с примесью слизи. Нарушение сна. Аппетит в норме. Стул до 4-6 раз в день, кашицеобразный с зеленью и слизью, с небольшим «обводнением» на пеленке. Семейный анамнез отягощен по аллергической патологии. Ваша тактика:

Назначить

- а) соевую смесь,
- б) смеси с загустителями типа Фрисовом, Лемолак,
- в) смесь на основе полного гидролиза белка, типа Алфаре, Нутрилон Пепти ТСЦ,
- г) кисломолочную смесь типа кисломолочная Агуша-1, НАН кисломолочный,
- д) безлактозную смесь типа Мамекс безлактозный, НАН безлактозный,
- е) смесь с частично гидролизованным белком типа Хипп ГА1, Хумана ГА1, Фрисопеп

166. Девочка трех месяцев, находится на естественном вскармливании. На коже волосистой части головы за ушами имеются проявления дерматита в виде сухости, умеренная гиперемия щек, кожного

зуда нет. В связи с гипогалактией у матери возникла необходимость перевода ребенка на искусственное вскармливание. Семейный анамнез отягощен по аллергическим заболеваниям, мать страдает поллинозом с дошкольного возраста, у отца - бронхиальная астма. Ваша тактика:

Назначить

- а) адаптированную молочную смесь,
- б) соевую смесь,
- в) кисломолочную смесь типа кисломолочная Агуша-1, НАН кис-ломолочный,
- г) смесь на основе полного гидролиза белка типа Алфаре, Нут-рилон Пепти ТСЦ,
- д) смесь с частично гидролизованным белком типа Хипп ГА, Нан ГА

167. Девочка 10 лет. Рост 130 см, вес 25 кг Поступила в стационар с жалобами на отсутствие прибавки в весе, низкие темпы роста, головные боли, боли в ногах, вздутие живота, учащенный обильный стул, эпизоды рвоты В анамнезе вздутие живота и беспокойство ребенка с шестимесячного возраста (введен злаковый прикорм - геркулесовая каша) С 1,5 лет боли в животе, увеличение его размеров, вздутие, обильный частый стул, рвота. В анализе кала на копрологию - стеаторея II типа. При ЭГДС выявлен субатрофический дуоденит. Ваше клиническое заключение:

- а) панкреатит,
- б) пищевая аллергия,
- в) целиакия,
- г) синдром раздраженного кишечника

168. Ребенку пять лет. При клиническом осмотре выявляются: отставание в умственном развитии, гепатоспленомегалия, грубые черты лица Какое заболевание у ребенка:

- а) мукополисахаридоз,
- б) нарушение углеводного обмена,
- в) аминокислотурия,
- г) наследственная непереносимость фруктозы,
- д) недостаточность ферментов цикла мочевины

169. Ребенку один месяц, находится на грудном вскармливании. За месяц прибавил 800 г, самочувствие не страдает, сон и аппетит сохранены. Стул с рождения кашицеобразный, желтого цвета до четырех раз в сутки. При исследовании кала на дисбиоз выявлен стафилококк золотистый 103 КОЕ/г кала У матери при посеве молока выявлен стафилококк эпидермальный 225 колоний в 1 мл молока. Ваши действия:

- а) кормить сцеженным пастеризованным грудным молоком,
- б) продолжить грудное вскармливание, назначить пробиотики матери и ребенку,
- в) запретить грудное вскармливание, перевести на искусственное вскармливание,
- г) продолжить грудное вскармливание, назначить антибиотики матери и ребенку

170. Молоко преждевременно родивших женщин, по сравнению с молоком женщин, родивших доношенного ребенка, содержит:

- а) больше белка,
- б) больше жира,
- в) меньше белка,
- г) меньше натрия

171. У кормящей женщины час назад повысилась температура до 37,5 °С, появилось уплотнение на груди, болезненность при пальпации, небольшая гиперемия. При сцеживании молоко обычного цвета, без примесей слизи и крови. Ваши действия:

- а) запретить кормление грудью,

- б) сцеживать молоко и кормить ребенка пастеризованным молоком,
- в) продолжать кормить грудью с обязательным сцеживанием остатков молока после кормления,
- г) запретить кормление грудью, назначив бактериологическое исследование молока

172. У кормящей женщины в течение двух суток держится температура до 39-40 °С, беспокоят боли в левой молочной железе. Левая молочная железа увеличена в объеме, слева в верхнем наружном квадранте яркая гиперемия кожи с синюшным оттенком. Пальпация крайне болезненна, определяется значительное уплотнение молочной железы. При попытке сцеживания выделяется из груди молоко с примесью гноя и крови. Ваша тактика:

- а) необходимо срочно обратиться к хирургу,
- б) сцеживать молоко из этой груди и кормить сцеженным молоком,
- в) продолжать кормить здоровой грудью, а молоко из груди с маститом сцеживать каждое кормление;
- г) сцеживать молоко из этой груди и кормить сцеженным пастеризованным молоком

173. К правилам «свободного вскармливания» ребенка первого месяца жизни, находящегося на исключительно грудном вскармливании, относится нижеперечисленное, кроме одного:

- а) кормление ребенка в соответствии с его желанием,
- б) кормление в ночное время,
- в) выпаивание водой до 100 мл

174. Препарат выбора при амебиазном абсцессе печени:

- а) хинин;
- б) делагил,
- в) левомицетин,
- г) триметоприм,
- д) метронидазол

175. При наличии какого из перечисленных симптомов синдром портальной гипертензии является наиболее вероятным:

- а) увеличение печени,
- б) спленомегалия,
- в) асцит,
- г) расширение вен пищеводно-желудочного сплетения

176. Что неверно по отношению к дельта-вирусу:

- а) дефектный РНК-вирус,
- б) наличие антител к дельта-вирусу,
- в) частая причина молниеносного гепатита,
- г) путь передачи фекально-оральный

177. Какое из перечисленных оперативных вмешательств в значительной степени увеличивает вероятность возникновения желчнокаменной болезни:

- а) резекция печени,
- б) субтотальная и дистальная гастрэктомия,
- в) спленэктомия,
- г) резекция терминального отдела подвздошной кишки

178. Что вызывает динамическую паралитическую непроходимость:

- а) безоар,
- б) псевдотуморозный панкреатит,

- в) перитонит,
- г) заворот кишечника,
- д) инвагинация

179. Для новорожденного ребенка с синдромом рвоты и срыгивания показаны следующие смеси:

- а) Фрисовом, Нутрилон-антирефлюкс, Лемолак;
- б) Хумана, Алсой, Портаген;
- в) Алфаре, Нутрилон Пепти ТСУ, Нутрамиген;
- г) Нан кисломолочный, Семпер-бифидус, Нутрилон-Омнео;
- д) Афенилак, Лофенилак, Хумана ГА.

180. Свойствами пребиотиков обладают все смеси, кроме:

- а) Нан кисломолочный;
- б) Нан с бифидобактериями;
- в) Семпер-бифидус;
- г) Нутрилон-Омнео;
- д) Нутрисоя.

181. Новорожденным с признаками непереносимости белков коровьего молока показано назначение следующей группы смесей:

- а) Малютка, Хумана ГА, Фрисомел;
- б) Нутрилон-Соя, Алсой, Фрисосой;
- в) Нутрилак низколактозный, Алсой, Нутрилон низколактозный;
- г) Фрисовом, Лемолак, Нутрилон-антирефлюкс;
- д) Нутрамиген, Пептиди-Туттели, Прегестимил.

182. При непереносимости лактозы новорожденному, находящемуся на искусственном вскармливании, оптимальным является назначение следующих смесей:

- а) низколактозных;
- б) с низкой степенью гидролиза белка;
- в) с высокой степенью гидролиза белка;
- г) смесей на основе белков сои;
- д) безглютеновых смесей.

183. Главное свойство галактозы:

- а) способствует росту нормальной микрофлоры кишечника;
- б) стимулирует моторику кишечника;
- в) повышает иммунную защиту;
- г) участвует в синтезе белков, входящих в структуру нейронов;
- д) уменьшает белковую нагрузку на почки.

184. Согласно формуле Шкарина, ребенок в возрасте четырех недель может в сутки получить следующее количество молока:

- а) 600 мл;
- б) 700 мл;
- в) 750 мл;
- г) 800 мл;
- д) 850 мл.

185. Противопоказанием к назначению смесей, содержащих камедь, является:

- а) диарея;
- б) синдром рвоты и срыгивания;
- в) запоры;
- г) гипотрофия 1-2-й степени;
- д) кишечные колики.

186. Содержание белка в смесях для недоношенного ребенка должно составлять (на 100 мл смеси):

- а) 1,5-2 гр.;
- б) 1,9-2,3 гр.;
- в) 2,5-3 гр.;
- г) 3-3,2 гр.;
- д) 3,5-4 гр.

187. Адаптированные смеси для вскармливания здоровых новорожденных должны соответствовать всем требованиям, кроме:

- а) белковый компонент смесей более чем на 60% представлен ка-зеином;
- б) высокая энергетическая ценность;
- в) концентрация сывороточных белков не менее 60%;
- г) сбалансированность по содержанию железа;
- д) широкий комплекс водо- и жирорастворимых витаминов, мак- ро- и микроэлементов.

188. Для ликвидации у новорожденного ребенка метеоризма и связанных с ним кишечных колик показано назначение следующих средств, кроме:

- а) отвара ромашки;
- б) эспумизана;
- в) сернокислой магнезии;
- г) постановки газоотводной трубки;
- д) сухого тепла на живот.

189. Признаками физиологической желтухи новорожденного являются все, кроме одного:

- а) появления желтухи на 2-3-и сутки жизни;
- б) волнообразного течения;
- в) непрямой гипербилирубинемии;
- г) прироста билирубина не более 85 мкмоль/л/сут;
- д) максимального уровня билирубина в пределах 205 мкмоль/л.

190. Какое из утверждений не характерно для физиологической желтухи:

- а) каловые массы нормально окрашенного цвета;
- б) моча не содержит желчных пигментов;
- в) желтуха появляется на 2-3-й день жизни и продолжается 5- 7 дней;
- г) новорожденные с физиологической желтухой не нуждаются в проведении фототерапии;
- д) имеет волнообразное течение.

191. Причинами непрямой гипербилирубинемии у новорожденного могут быть все, кроме одной:

- а) несовместимости крови по системе АВО;
- б) резус-конфликта;
- в) физиологической желтухи;
- г) синдрома Криглера-Найяра;
- д) атрезии желчевыводящих путей.

192. Причинами прямой гипербилирубинемии у новорожденного могут быть все, кроме одной:

- а) атрезии желчевыводящих путей;
- б) кисты общего желчного протока;
- в) дефицита альфа-1-антитрипсина;
- г) галактоземия;
- д) желтухи от материнского молока.

193. Зуд при холестатической желтухе обусловлен:

- а) билирубином;
- б) желчными кислотами;
- в) лецитином;
- г) фосфолипидами;
- д) щелочной фосфатазой.

194. К необходимому лабораторному минимуму при затяжной желтухе у новорожденного относятся все показатели, кроме одного:

- а) определения гемоглобина;
- б) определения уровня билирубина и его фракций;
- в) подсчета ретикулоцитов;
- г) определения группы крови и резус-принадлежности матери и ребенка;
- д) определения ферментов АлАТ, АсАТ.

195. Какое из утверждений истинно для конъюгированной (прямой) гипербилирубинемии:

- а) всегда является признаком патологического состояния;
- б) относится к физиологическим состояниям;
- в) не относится к признакам холестаза;
- г) вызывает ядерную желтуху;
- д) является следствием гемолиза.

196. Причинами конъюгированной (прямой) гипербилирубинемии могут быть все, кроме:

- а) парентерального питания;
- б) атрезии желчевыводящих путей;
- в) естественного вскармливания;
- г) неонатального гепатита;
- д) сепсиса.

197. Для диагностики причины прямой гипербилирубинемии наиболее информативным инструментальным методом обследования гепатобилиарной системы является:

- а) сцинтиграфия;
- б) обзорная рентгенограмма органов брюшной полости;
- в) компьютерная томография;
- г) магнитно-резонансное исследование;
- д) ультразвуковое исследование.

198. Какой из перечисленных показателей подтверждает наличие холестаза:

- а) белок и белковые фракции;
- б) трансаминазы;
- в) щелочная фосфатаза;
- г) β -глюкуронидаза;

д) ионизированный кальций.

199. Непрямая гипербилирубинемия характерна для одного из перечисленных заболеваний:

- а) синдрома Ротора;
- б) дефицита альфа-1-антитрипсина;
- в) дефицита цитрина;
- г) синдрома Криглера-Найяра;
- д) транзиторного неонатального холестаза.

200. Основным источником билирубина в организме является:

- а) миоглобин;
- б) цитохром;
- в) гемоглобин эритроцитов;
- г) трансферрин;
- д) каталаза.

201. Конкурентом билирубина за связь с альбумином крови не являются:

- а) жирорастворимые эмульсии;
- б) сульфаниламиды;
- в) продукты перекисного окисления липидов;
- г) уросептики;
- д) витамин группы В.

202. Какой из компонентов женского молока влияет на развитие «желтухи от материнского молока»:

- а) полиненасыщенные жирные кислоты;
- б) аминокислоты;
- в) витамины;
- г) лактоза;
- д) лактоглобулин.

203. При «желтухе от материнского молока» показана следующая тактика вскармливания:

- а) полное замещение материнского молока адаптированными смесями;
- б) отмена материнского молока на две недели;
- в) продолжение естественного вскармливания;
- г) назначение смесей на основе частичного гидролиза белка;
- д) назначение смесей с высоким гидролизом белка.

204. К факторам риска развития билирубиновой энцефалопатии относятся все, кроме одного:

- а) недоношенности;
- б) гипоксических поражений ЦНС;
- в) естественного вскармливания ребенка;
- г) внутриутробной инфекции, сепсиса;
- д) гипогликемии.

205. Развитие билирубиновой энцефалопатии в раннем неонатальном периоде обусловлено всеми факторами, кроме:

- а) повышенной проницаемости гематоэнцефалического барьера;
- б) гипогликемии;
- в) гипоальбуминемии;
- г) гипоксии;

д) прямой гипербилирубинемии.

206. Какое из указанных заболеваний не приводит к циррозу:

- а) семейный внутриспеченочный прогрессирующий холестаз;
- б) дефицит альфа-1-антитрипсина;
- в) семейный рецидивирующий холестаз (болезнь Саммерскила);
- г) билиарная атрезия;
- д) неонатальный гепатит.

207. Наиболее частой причиной развития хронической печеночной недостаточности у новорожденного является:

- а) хронический персистирующий гепатит;
- б) хронический активный гепатит;
- в) острый гепатит;
- г) билиарная атрезия;
- д) токсический гепатит.

208. К признакам печеночной недостаточности относятся все, кроме одного:

- а) желтухи;
- б) энцефалопатии;
- в) геморрагического синдрома;
- г) диспротеинемии;
- д) повышения щелочной фосфатазы.

209. Внутриутробные инфекции - это инфекционно-воспалительные заболевания, при которых инфицирование произошло:

- а) исключительно в антенатальный период;
- б) исключительно в интранатальный период;
- в) в перинатальный период;
- г) в антенатальный и/или интранатальный периоды;
- д) в первом триместре беременности.

210. Термин TORCH-синдром используют для обозначения:

- а) определенной генетической патологии;
- б) определенной неинфекционной эмбриопатии;
- в) определенной неинфекционной фетопатии;
- г) врожденной инфекции;
- д) приобретенной инфекции в раннем неонатальном периоде.

211. Абсолютными диагностическими критериями верификации этиологии врожденной инфекции у новорожденного ребенка являются:

- а) клинические признаки;
- б) высокие титры специфических антител класса IgG;
- в) выявление высокой концентрации общего IgM;
- г) выявление возбудителя (его антигенов или генома) и/или наличие специфических антител класса IgM;
- д) высокая концентрация секреторного IgA.

212. Для новорожденных с низкой массой тела характерны следующие гастроинтестинальные осложнения, за исключением:

- а) гипомоторики кишечника;
- б) некротизирующего энтероколита;
- в) синдрома короткой кишки;
- г) первичной лактазной недостаточности;
- д) холестаза.

213. Причинами появления крови в стуле у новорожденного могут быть все, за исключением.

- а) геморрагической болезни новорожденного;
- б) заглатывания материнской крови во время родов;
- в) гемофилии;
- г) мезентериального тромбоза;
- д) перфорации прямой кишки.

214. Причинами задержки мекония у новорожденного могут быть все, кроме:

- а) экссудативной энтеропатии;
- б) атрезии кишечника;
- в) болезни Гиршпрунга;
- г) кистозного фиброза поджелудочной железы;
- д) кишечной непроходимости.

ответы

101-а	131-д	161-г	191-д
102-а	132-г	162-в	192-д
103-а	133-б	163-в	193-б
104-а	134-в	164-д	194-г
105-д	135-г	165-в	195-а
106-а	136-г	166-б	196-в
107-д	137-г	167-в	197-г
108-г	138-а	168-а	198-в
109-а	139-г	169-б	199-г
110-г	140-а	170-а	200-в
111-в	141-в	171-в	201-д
112-а	142-г	172-а	202-а
113-б	143-г	173-в	203-в
114-а	144-а	174-д	204-в
115-б	145-а	175-г	205-д
116-г	146-б	176-г	206-в
117-г	147-г	177-г	207-г
118-в	148-в	178-в	208-д
119-г	149-а	179-а	209-г
120-г	150-б	180-д	210-г
121-г	151-д	181-д	211-г
122-а	152-а	182-а	212-г
123-б	153-д	183-г	213-в
124-в	154-д	184-а	214-а
125-а	155-д	185-а	
126-г	156-б	186-б	
127-в	157-г	187-а	
128-г	158-д	188-в	

129-д 130-а	159-а 160-в	189-б 190-д	
----------------	----------------	----------------	--

215. Наиболее характерный симптом, указывающий на раковое перерождение при хроническом эзофагите:

- а) дисфагия +
- б) слюнотечение
- в) изжога

216. К препаратам, снижающим желудочно-пищеводный рефлюкс, не относится:

- а) атропин
- б) координакс +
- в) нитроглицерин

217. При лечении ахалазии пищевода, что противопоказано применять:

- а) нитроглицерин
- б) седативные средства
- в) мотилиум +

218. Рентгенологически выявленное отсутствие перистальтики в дистальном отделе пищевода при нормальной моторике в проксимальном отделе характерно для чего:

- а) склеродермии +
- б) пищевода Баррета
- в) диффузного спазма пищевода

219. Наличие желудочной метаплазии нижнего пищеводного сфинктера характерно для:

- а) ахалазии пищевода
- б) эзофагита
- в) пищевода Баррета +

220. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, не имеет отношения:

- а) анализ желудочного сока
- б) дуоденальное зондирование +
- в) гастроскопия, рентгенография желудка

221. Наличие триады симптомов – стойкое повышение желудочной секреции, изъязвление ЖКТ, диарея – указывает на:

- а) язвенную болезнь с локализацией в желудке
- б) язвенную болезнь с локализацией в постбульбарном отделе
- в) синдром Золлингера – Эллисона +

222. О степени активности гастрита судят по клеточной инфильтрации слизистой оболочки желудка:

- а) лейкоцитами +
- б) плазматическими клетками
- в) эозинофилами

223. Для клиники хронического гастрита характерно :

- а) умеренный лейкоцитоз

- б) субфебрильная температура
- в) диспепсический синдром +

224. Наличие эрозий в антральном отделе желудка характерно для:

- а) аутоиммунного гастрита
- б) хеликобактерной инфекции +
- в) гранулематозного гастрита

225. Общее количество желудочного сока, отделяющегося у человека при обычном пищевом режиме, составляет:

- а) 1,5 – 2,0 л +
- б) 1,0 – 1,5 л
- в) 1,5 – 2,5 л

226. Какой из перечисленных нестероидных противовоспалительных препаратов реже других вызывает язвенные изменения ЖКТ:

- а) вольтарен
- б) мелоксикам +
- в) реопирин

227. Какой тест является наиболее надежным для диагностики синдрома Золлингера – Эллисона:

- а) уровень гастрина в крови +
- б) базальная кислотопродукция
- в) максимальная кислотопродукция

228. Что не характерно для болезни Уиппла:

- а) полисерозиты
- б) полифекалия
- в) нефропатия +

229. Для целиакии спру характерно все представленное, кроме:

- а) лихорадки +
- б) полифекалии
- в) метеоризма

230. Для какого заболевания характерна гипертония нижнего пищеводного сфинктера:

- а) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- б) ахалазия +
- в) склеродермия

231. Гастрин секретируется:

- а) слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки
- б) слизистой оболочкой тощей кишки
- в) антральным отделом желудка +

232. Ведущим фактором в возникновении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки не является:

- а) гиперсекреция соляной кислоты
- б) заболевания желчного пузыря +
- в) дуоденит, хеликобактериоз

233. После удаления дистального отдела подвздошной кишки не наблюдается:

- а) образование конкрементов в желчном пузыре
- б) повреждение слизистой оболочки толстой кишки
- в) недостаточность поджелудочной железы +

234. Креаторея характерна для:

- а) синдрома раздраженной кишки
- б) хронического панкреатита +
- в) дискинезии желчного пузыря

235. Гастрин крови снижается при пероральном приеме:

- а) соляной кислоты +
- б) антихолинергических средств
- в) антигистаминных препаратов

236. Что является признаком перфорации язвы:

- а) гиперперистальтика
- б) ригидность передней брюшной стенки +
- в) лихорадка

237. У взрослых самой частой причиной стеноза привратника является:

- а) гипертрофия мышц привратника
- б) доброкачественный полип желудка
- в) язвенная болезнь +

238. Желудочную секрецию снижает:

- а) солкосерил
- б) фамотидин +
- в) сайтотек

240. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:

- а) урчание в животе
- б) рвота желчью
- в) рвота съеденной накануне пищей +

241. К эндоскопическим признакам хеликобактериоза желудка не относят:

- а) внутрислизистые кровоизлияния
- б) полипозный гастрит +
- в) отек, гиперемия, экссудацию

242. Наиболее частой причиной анемии после резекции желудка по поводу язвенной болезни является:

- а) дефицит железа +
- б) снижение всасывания витамина В12
- в) нарушение функции костного мозга

243. Именно он стимулирует активность ферментов поджелудочной железы:

- а) вазоактивный интестинальный пептид
- б) соматостатин
- в) гистамин +

244. Через какое количество времени после появления клиники острого панкреатита можно зафиксировать наибольший уровень амилазы крови:

- а) 48 – 72 часа +
- б) 24 – 48 часа
- в) 24 – 36 часов

245. Какой из перечисленных симптомов не характерен для хронического панкреатита:

- а) диабет
- б) водная диарея +
- в) абдоминальные боли

246. у больного с язвенной болезнью 12-перстной кишки после 2-летней ремиссии возник рецидив заболевания, подтвержденный гастродуоденоскопией. больному необходимо оказать помощь в связи с сильными болями и рвотой кислым содержимым. наряду с диетой и режимом необходимо применение:

- +1. церукала;
- 2. промедола;
- 3. атропина;
- 4. анальгина.

247. холинолитики при язвенной болезни 12-перстной кишки необходимо принимать:

- 1. за 30 мин до еды;
- +2. во время приема пищи;
- 3. через 30 мин после еды;
- 4. через 1-2 часа после еды;
- 5. только на ночь.

248. боли при язвенной болезни 12-перстной кишки:

- 1. тупые давящие в эпигастрии, усиливающиеся при приеме пищи;
- 2. схваткообразные ноющие в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо при приеме жирной пищи;
- 3. постоянные тупые, не связанные с приемом пищи;
- 4. в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды;+
- 5. возникают через 30 мин после еды.

249. снижение секреторно-кислотообразующей функции желудка наблюдается при:

- 1. хроническом антрум-гастрите;
- 2. хроническом атрофическом гастрите;+
- 3. хроническом гипертрофическом гастрите;
- 4. синдроме золлингера-эллисона.

250. препарат "ранитидин" является:

- 1. блокатором h2-гистаминорецепторов;+
- 2. холинолитиком;
- 3. спазмолитиком;
- 4. антацидом;
- 5. прокинетиком.

251. препарат "альмагель" является:

- 1. блокатором h2-гистаминорецепторов;
- 2. холинолитиком общего действия;
- 3. спазмолитиком;

4. антацидом;+
5. прокинетиком.

252. у больного с многолетним течением язвенной болезни желудка появились почти постоянные боли с иррадиацией в спину. можно предположить:

1. стеноз привратника;
2. пенетрацию;+
3. малигнизацию;
4. перфорацию;
5. демпинг-синдром.

253. признак, не характерный для обострения язвенной болезни 12-перстной кишки:

1. боли натошак;
2. боли через 30 мин после еды;+
3. боли через 2,5 часа после еды;
4. боли справа в эпигастрии;
5. изжога, кислая отрыжка.

254. наиболее надежен для исключения малигнизации язвы желудка метод:

1. рентгенологический;
2. эндоскопический;
3. кал на скрытую кровь;
4. желудочный сок с гистамином;
5. эндоскопия с биопсией.+

255. у больного, страдающего язвенной болезнью желудка, в период очередного обострения появились жалобы на отрыжку "тухлым яйцом", рвоту принятой накануне пищей. у больного возникло:

1. пенетрация;
2. перфорация;
3. кровотечение;
4. стеноз привратника;+
5. малигнизация.

256. стрессовая язва желудка проявляется чаще:

1. перфорацией;
2. кровотечением;+
3. пенетрацией;
4. малигнизацией.

257. к вам на прием обратился больной с жалобами на боли в эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2 часа после еды и натошак. этот симптом указывает на наличие:

1. хронического гастрита;
2. язвенной болезни желудка;
3. язвенной болезни 12-перстной кишки;+
4. холецистита;
5. панкреатита.

258. клиническим проявлением пилоростеноза не является:

1. рвота, приносящая облегчение;
2. истощение и обезвоживание;
3. тетания;+

4. диарея;
5. шум "всплеска".

259. для лечения язвенной болезни не используются:

1. ингибиторы протонной помпы;
2. симпатомиметики;+
3. полусинтетические пенициллины;
4. H₂-гистаминовые блокаторы;
5. висмутсодержащие препараты (де-нол).

260. эндоскопия показывает множественные дуоденальные язвы у пациента, которые не отвечают на антациды. наиболее вероятный диагноз:

1. рак 12-перстной кишки;
2. гастриннома;+
3. B₁₂-пернициозная анемия;
4. карциноидный синдром.

261. для язвенной болезни 12-перстной кишки не характерно:

1. стеноз привратника;
2. перфорация;
3. кровотечение;
4. пенетрация;
5. малигнизация.+

262. решающий метод исследования для диагностики калькулезного холецистита:

1. дуоденальное зондирование;
2. УЗИ;+
3. холецистография;
4. рентгеноскопия желудка;
5. ретроградная панкреато-холангиография.

263. к возникновению хронического энтероколита не приводит:

1. переедание;+
2. кишечный дисбактериоз;
3. гиповитаминоз;
4. токсическое воздействие.

264. причиной механической желтухи не является:

1. холедохолитиаз;
2. стриктура фатерова соска;
3. рак поджелудочной железы;
4. камень в желчном протоке;
5. алкогольный гепатоз.+

265. характерные клинические симптомы холангита:

1. боли в правом подреберье после приема жирной пищи, тошнота, рвота;
2. приступ боли в правом подреберье с развитием желтухи, появлением обесцвеченного кала, темной мочи;
3. кратковременная боль в эпигастрии, рвота, понос;
4. фебрильная температура с ознобом, увеличение печени, желтуха, лейкоцитоз;+
5. тупые боли в правом подреберье, отрыжка горечью.

266. больной 38 лет. в течение года беспокоят тупые, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема пищи, чувство распираания, запор. объективно без особенностей. лабораторные исследования и рентгеноскопия желудка без отклонений от нормы. при дуоденальном зондировании порция в не получена. холецистография: желчный пузырь хорошо заполнен контрастом, после приема 2 яичных желтков не сократился. предположительный диагноз:

1. хронический холецистит в стадии обострения;
2. дискинезия желчных путей гипотонического типа;+
3. хронический холангит;
4. дискинезия желчных путей гипертонического типа;
5. хронический гепатит в.

267. больная 60 лет длительное время страдает калькулезным холециститом с рецидивирующими приступами желчной колики. при пероральной холецистографии в желчном пузыре множество мелких конкрементов. больной противопоказаны:

1. спазмолитики;
2. бета-блокаторы;
3. антибиотики;
4. препараты уродезоксихолевой кислоты;
5. холекинетики.+

268. самым ценным лабораторным показателем в диагностике обострения хронического панкреатита является:

1. лейкоцитоз;
2. уровень аминотрансфераз крови;
3. уровень амилазы крови и мочи;+
4. уровень щелочной фосфатазы;
5. гипергликемия.

270. для подавления активности ферментов поджелудочной железы применяют:

1. антациды;
2. холинолитики;
3. фамотидин;
4. контрикал;+
5. холецистокинин.

271. для синдрома раздраженного кишечника не характерно:

1. болевой синдром;
2. склонность к запорам или поносам, или их чередование;
3. часто имеется чувство тревоги, возбуждения;
4. кал с примесью крови;+
5. может быть выделение слизи с калом.

272. больная 21 года, жалобы на периодические сердцебиения, чувство неполного вдоха, приступы коликообразных болей в животе, сопровождающиеся частым жидким стулом, содержанием обилия слизи. приступы провоцируются психоэмоциональным напряжением. при осмотре: больная обычного питания, пальпируется спазмированная сигмовидная кишка. ректороманоскопия - патологии не отмечено.

ваш диагноз:

1. болезнь крона;
2. хронический энтероколит;
3. синдром раздраженной толстой кишки;+

4. пищевая токсикоинфекция;
5. неспецифический язвенный колит.

273. у женщины 45 лет чередование поносов и запоров, вздутие живота, ощущение приливов, боли в животе при акте дефекации, отсутствие менструаций. кал с примесью слизи. замкнута, депрессивна. живот мягкий, чувствительный по ходу толстого кишечника. полное клинико-лабораторное исследование патологии не выявило. диагноз:

1. хронический панкреатит;
2. неспецифический язвенный колит;
3. болезнь крона;
4. амебиаз;
5. синдром раздраженного кишечника.+

274. для постановки диагноза синдрома раздраженного кишечника не обязательно выполнение:

1. гастроскопии;
2. эндоскопии кишечника;
3. узи брюшной полости;
1. обзорной рентгенограммы брюшной полости;
2. дуоденального зондирования.+

275. у 50-летней больной желчнокаменной болезнью. возник очередной приступ желчной колики. не показан для купирования болевого синдрома:

1. атропин;
2. папаверин;
3. нитроглицерин;
4. морфин;+
5. анальгин.

276. для надпеченочной желтухи характерно:

1. гипербилирубинемия прямая, повышение трансаминаз, нормальный уровень щелочной фосфатазы, стеркобилиногена;
2. гипербилирубинемия прямая и непрямая, пониженный стеркобилиноген (может отсутствовать), нормальные трансферазы, щелочная фосфатаза резко повышена;
3. гипербилирубинемия прямая, повышение уробилиногенурия, повышение стеркобилиногена, есть уробилиноген;
4. гипербилирубинемия непрямая, уробилиногенурия, повышение уровня стеркобилиногена, нормальная щф, нормальный уровень трансаминаз;+
5. гипербилирубинемия прямая и непрямая, повышение щф, уробилиногенурия отсутствует, стеркобилиноген может отсутствовать, повышение уровня трансаминаз.

277. для синдрома цитолиза, развивающегося при вирусном гепатите и других острых повреждениях печени, характерно:

1. повышение активности аст, алт, лдг;+
2. повышение уровня щф, гамма-глутаматтранспептидазы, повышение β -липопротеидов, гиперхолестеринемия, гипербилирубинемия;
3. снижение уровня холинэстеразы, протромбина, общего белка и особенно альбуминов, холестерина, гипербилирубинемия;
4. повышение уровня гамма-глобулинов, изменение белково-осадочных проб, повышение уровня иммуноглобулинов;
5. повышение уровня щелочной фосфатазы, снижение уровня холинэстеразы, повышение уровня гамма-глобулинов, гипербилирубинемия.

278. для колитного копрологического синдрома не характерно:

1. наличие клеток кишечного эпителия;
2. стеаторея;+
3. примесь слизи и крови;
4. наличие лейкоцитов.

279. признак, позволяющий отличить цирроз печени от первичного рака печени:

1. желтуха;
2. бугристость печени;
3. повышение уровня аминотрансфераз;
4. отсутствие в крови α -фетопротеина;+
5. повышение уровня билирубина.

280. для хронического вирусного гепатита не характерно:

1. болевой синдром;
2. диспепсический синдром;
3. астеновегетативный синдром;
4. выраженный синдром печеночно-клеточной недостаточности;+
5. увеличение печени.

281. у больного имеется портальный цирроз печени со спленомегалией. в анализе крови: нв - 90 г/л, эритроциты - 2,5 млн, лейкоциты - 3,5 тыс, тромбоциты - 74 тыс. формула без особенностей. изменения в крови можно объяснить:

1. гемолизом;
2. кровопотерей из расширенных вен пищевода;
3. гиперспленизмом;+
4. нарушением всасывания железа;
5. синдромом холестаза.

282. женщина 35 лет предъявляет жалобы на кожный зуд. больна в течение 3 лет. при обследовании выявлена плотная увеличенная печень, выступающая из-под края реберной дуги на 10 см. билирубин - 96 мкмоль/л, прямой - 80 мкмоль/л, щелочная фосфатаза - 400 ед, алт - 86 ед. предположительный диагноз:

1. портальный цирроз печени;
2. хронический вирусный гепатит;
3. гемолитическая желтуха;
4. билиарный цирроз печени;+
5. острый вирусный гепатит.

283. гепатомегалия, спленомегалия и мелена вызывают подозрение на:

1. кровоточащую язву 12-перстной кишки;
2. кровоточащие вены пищевода при циррозе печени;+
3. тромбоз мезентериальной артерии;
4. неспецифический язвенный колит;
5. кровоточащие язвы желудка.

284. синдром цитолиза выражен в наибольшей степени при:

1. синдроме Жильбера;
2. хроническом гепатите;+
3. желчно-каменной болезни;
4. циррозе печени.

285. у больного с циррозом печени (стадии *c* по Чайлд-Пью) ухудшилось состояние: появилась сонливость, спутанное сознание, усилилась желтуха, уменьшилась в размерах печень, изо рта сладковатый запах. через некоторое время больной потерял сознание, дыхание куссмауля, арефлексия. у больного развилось осложнение:

1. холестаз;
2. печеночная кома;+
3. желудочно-кишечное кровотечение;
4. портальная гипертензия;
5. гепато-ренальный синдром.

286. при хронических заболеваниях печени классическим показанием для иммунодепрессивной терапии является:

1. билиарный цирроз;
2. аутоиммунный гепатит;+
3. лекарственный гепатит;
4. гепатоцеллюлярная карцинома.

287. больной 33 лет 5 лет назад перенес вирусный гепатит *в*. при осмотре: иктеричность склер, печень увеличена незначительно, мягкая, безболезненная селезенка не пальпируется. в крови: общий билирубин - 36,6 мкмоль/л, непрямого - 31,5 мкмоль/л, асТ, алТ, щФ в норме. предположительный диагноз:

1. хронический гепатит *в*;
2. холангит;+
3. цирроз печени;
4. постгепатитная гипербилирубинемия;
5. хронический холестатический гепатит.

288. в постановке диагноза хронического гепатита решающим является:

1. вирусный гепатит в анамнезе;
2. гистологическое исследование печени;+
3. выявление в сыворотке крови маркеров гепатитов *в* и *с* и др.;
4. периодический субфебрилитет, иктеричность, боли в правом подреберье, умеренная гепатомегалия;
5. выявление в сыворотке α -фетопротеина.

289. язвенный дефект 12-перстной кишки не локализуется в:

1. передней стенке луковицы;
2. задней стенке луковицы;
3. нижней стенке луковицы;
4. верхней стенке луковицы;
5. постбульбарном отделе;
6. кардии.+

290. увеличение прямого и непрямого билирубина наблюдается при:

1. наследственном сфероцитозе;
2. синдроме Жильбера;
3. холедохолитиазе;
4. вирусном гепатите;+
5. опухоли поджелудочной железы.

291. симптом наиболее характерный для неспецифического язвенного колита:

1. разлитая боль в животе;
2. жидкий стул;
3. частые кровяные испражнения;+
4. боли в суставах.

292. из перечисленных показателей о внутрипеченочном холестазах свидетельствует увеличение:

1. бромсульфалеиновой пробы;
2. уровня γ -глобулинов;
3. уровня аминотрансфераз;
4. уровня щф;+
5. уровня кислой фосфатазы.

293. цирроз печени от хронического вирусного гепатита отличается наличием:

1. цитолитического синдрома;
2. холестатического синдрома;
3. портокавальных и кава-кавальных анастомозов;+
4. синдрома холемии;
5. паренхиматозной желтухи.

294. застою желчи не способствует:

1. нарушение ритма питания;
2. понос;+
3. беременность;
4. малая физическая активность.

295. холецистография противопоказана больным:

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

296. поджелудочная железа увеличивает секрецию сока и бикарбонатов под влиянием:

1. холецистокинина;
2. секретина;+
3. атропина;
4. молока;
5. аскорбиновой кислоты.

297. хронический рецидивирующий панкреатит наблюдается чаще всего при:

1. язвенной болезни;
2. холелитиазе;+
3. постгастрорезекционном синдроме;
4. хроническом гепетите;
5. циррозе печени.

298. блокирует H_2 -гистаминовые рецепторы:

1. димедрол;
2. метацин;
3. альмагель;
4. атропин;
5. фамотидин. +

299. в борьбе с болью при хроническом панкреатите не применяют:
1. новокаин;
 2. фентанил;
 3. баралгин;
 4. морфий;+
 5. анальгин.
300. при хроническом гастрите с секреторной недостаточностью применяют:
1. атропин;
 2. натуральный желудочный сок;+
 3. альмагель;
 4. фамотидин;
 5. гистамин.
301. больному хроническим гастритом с повышенной секреторной функцией следует назначить:
1. диклофенак;
 2. панзинорм;
 3. ранитидин;+
 4. преднизолон;
 5. натуральный желудочный сок.
302. при угрозе печеночной комы следует ограничить в диете:
1. углеводы;
 2. белки;+
 3. жиры;
 4. жидкость;
 5. минеральные соли.
303. для энтеритного копрологического синдрома не характерно:
1. жидкий пенистый желтый кал;
 2. кровь и эритроциты в кале;+
 3. стеаторея;
 4. креаторея.
304. наиболее специфичны отдаленные метастазы рака желудка в:
1. регионарные лимфоузлы;
 2. печень;
 3. вирховскую железу;==+
 4. дугласово пространство;
 5. легкие.
305. для панкреатита не характерны:
1. опоясывающие боли в эпигастрии;
 2. боли в левом подреберье с иррадиацией в спину;
 3. поносы;
 4. рвота, приносящая облегчение;+
 5. снижение или отсутствие аппетита.
306. к этиологическим факторам панкреатита нельзя отнести:
1. функциональные, воспалительные и склеротические изменения большого дуоденального соска;

2. высокую кислотность желудочного сока;+
 3. рефлюкс желчи и кишечного содержимого в протоки поджелудочной железы;
 4. проникновение инфекции лимфогенным путем из соседних органов;
 5. злоупотребление алкоголем.
307. для лечения панкреатитов не используют:
1. ингибиторы панкреатических ферментов;
 2. салуретики;
 3. м-холинолитики;
 4. антациды;
 5. β -адреноблокаторы. +
308. при неспецифическом язвенном колите:
1. никогда не следует применять глюкокортикоиды местно;+
 2. глюкокортикоиды эффективнее сульфаниламидов;
 3. целесообразна терапия иммуносупрессорами;
 4. лечение обычно начинается с сульфосалазина;
 5. лечение продолжается несколько месяцев.
309. для микронодулярного цирроза печени не характерно:
1. набухание шейных вен;+
 2. спленомегалия;
 3. телеангиоэктазии;
 4. гинекомастия;
 5. асцит.
310. мужчина 31 года заболел остро. 5 дней назад появились ноющие боли в эпигастральной области и правом подреберье, тошнота, анорексия, отрыжка воздухом. злоупотреблял алкоголем. при обследовании выявлено снижение массы тела, тремор рук, субиктеричность склер, телеангиоэктазии. печень увеличена на 3 см, край плотный. вероятный диагноз:
1. острый вирусный гепатит;
 2. калькулезный гепатит;
 3. алкогольный гепатит;+
 4. лекарственный гепатит;
 5. рак печени.
311. для цирроза печени не характерно:
1. увеличение печени, сосудистые звездочки, гинекомастия;
 2. спленомегалия, вызванная портальной гипертензией;
 3. макроцитарная анемия в связи с дефицитом витамина B_{12} ;
 4. невысокая лихорадка, не связанная с инфекцией. +
312. для хронического энтероколита не характерно наличие синдрома:
1. дискинетического;
 2. кишечной диспепсии;
 3. анемически-дистрофического (малабсорбция);
 4. астено-невротического;
 5. геморрагического. +
313. для синдрома цитолиза, развивающегося при острых повреждениях печени, характерно:
1. повышение активности аст, алт, лдг;+

2. повышение уровня щелочной фосфатазы;
 3. снижение уровня протромбина;
 4. изменение белково-осадочных проб;
 5. положительная реакция кумбса.
314. главное отличие аутоиммунного гепатита от прочих хронических гепатитов:
1. значительное увеличение печеночных ферментов;
 2. гистологические изменения;
 3. иммунологические показатели;+
 4. гепатомегалия;
 5. желтуха.
315. из перечисленных признаков о внутрипеченочном холестазах свидетельствует:
1. увеличение уровня γ -глобулинов;
 2. снижение уровня липопротеидов;
 3. повышение уровня щф;+
 4. повышение уровня аст и алт;
 5. снижение уровня кислой фосфатазы.
316. не относится к основным симптомам портальной гипертензии:
1. повышенное ад;+
 2. образование коллатералей;
 3. кровотечение из вен пищевода, геморроидальных вен;
 4. асцит;
 5. спленомегалия.
317. наиболее рано появляется при билиарном циррозе печени синдром:
1. диспепсический;
 2. астенический;
 3. портальной гипертензии;
 4. холестаза;+
 5. печеночной недостаточности.
318. фактором в развитии хронического энтероколита не является:
1. кишечная инфекция;
 2. алиментарные погрешности;
 3. длительный прием лекарств;
 4. эмоциональное перенапряжение (стресс);
 5. сидячий образ жизни. +
319. к малым печеночным симптомам не относят:
1. сосудистые звездочки;
 2. печеночные ладони;
 3. гинекомастию;+
 4. "брусничные" пятна (пятна тужилина).
320. при поражении тонкого кишечника не наблюдают:
1. боли в области пупка;
 2. синдром образцова;
 3. тенезмы;+
 4. поносы;
 5. вздутие живота.

321. пилорический хеликобактер в 100% случаев выявляется при:
1. гастрите а;
 2. гастрите в;+
 3. гастрите с;
 4. язвенной болезни желудка;
 5. язвенной болезни 12-перстной кишки.
322. для язвенной болезни 12-перстной кишки не характерно:
1. отрыжка кислым;
 2. отрыжка "тухлыми яйцами";+
 3. изжога;
 4. тошнота;
 5. запоры.
323. для бродильной диспепсии не характерно:
1. упорные запоры;
 2. полифекалия;
 3. жидкий пенистый кал желто-зеленого цвета;
 4. чувство тяжести, распираания в животе, вздутие живота;
 5. икота.+
324. в диагностике циррозов печени мало информативны следующие лабораторные тесты:
1. алт;
 2. аст;
 3. глюкоза крови;+
 4. гипербилирубинемия;
 5. бромсульфалеиновая проба.
325. для синдрома малабсорбции не характерно:
1. диарея;
 2. прогрессирующая потеря массы тела, кахексия;
 3. в12-фолиево-железодефицитная анемия;
 4. остеопороз, остеомалация;
 5. полигландулярная недостаточность;
 6. синдром "уклонения ферментов".+
326. для энтеритного копрологического синдрома не характерно:
1. стеаторея;
 2. креаторея;
 3. снижение рн фекалий;
 4. кровь и эритроциты в кале;+
 5. жидкий светло-желтый пенистый кал.
327. первым симптомом при неспецифическом язвенном колите является:
1. выделение крови с калом;+
 2. нарушение функции кишечника;
 3. боль в животе;
 4. лихорадка;
 5. наличие язв и псевдополипов в прямой кишке.
328. в норме на 95-99% кишечная флора состоит из:

1. стафилококков;
 2. кишечной палочки;
 3. бифидумбактерий;+
 4. энтерококков;
 5. лактобацилл.
329. на нормальную кишечную микрофлору не оказывает влияние:
1. бисептол;
 2. панцитрат;+
 3. оксациллин;
 4. тетрациклин;
 5. метотрексат.
330. причиной возникновения дисбактериоза кишечника не является:
1. хронический гастрит с секреторной недостаточностью;
 2. хронический гепатит и цирроз печени;
 3. резекция желудка и тонкой кишки;
 4. злокачественное новообразование;
 5. острая респираторная вирусная инфекция. +
331. при запорах не целесообразно использовать:
1. дульколак;
 2. регулак;
 3. александрийский лист;
 4. белую глину;+
 5. лист сенны.
332. к базовым препаратам при лечении дисбактериоза кишечника не относится:
1. бактисуптил;
 2. бифидумбактерин;
 3. лактобактерин;
 4. панцитрат;+
 5. бификол.
333. признак клинической ремиссии язвенной болезни:
1. красный рубец;
 2. купирование болевого синдрома;
 3. белый рубец;+
 4. эрадикация (уничтожение пилорического хеликобактера).
334. для установления диагноза хронического гастрита обязательно использовать:
1. исследование желудочной секреции и гастроскопию;
 2. гастроскопию и морфологическое исследование;+
 3. морфологическое исследование и рентгеноскопию желудка;
 4. рентгеноскопию желудка и исследование желудочного сока.
335. для хронического гастрита из перечисленных ниже синдромов не характерен:
1. диспепсический;
 2. болевой;
 3. геморрагический;
 4. астенический;
 5. дисэлектролитный;
 6. полигландулярной эндокринной недостаточности. +

336. из перечисленных ниже симптомов для хронического гастрита не характерно:
1. похудание;
 2. чувство тяжести в эпигастральной области;
 3. снижение аппетита;
 4. потливость;+
 5. боль.
337. для хронического гастрита с секреторной недостаточностью не характерно:
1. отрыжка воздухом;
 2. чувство переполнения в эпигастральной области;
 3. поносы;
 4. неприятный вкус во рту;
 5. рвота.+
338. для хронического гастрита с повышенной желудочной секрецией не характерно:
1. изжога;
 2. язвенноподобные боли;
 3. мелена;+
 4. отрыжка кислым;
 5. спастические запоры.
339. боль при хроническом гастрите:
1. голодная;
 2. тупая;+
 3. острая;
 4. приступообразная;
 5. ночная.
340. абсолютный признак перфорации язвы желудка:
1. резкая "кинжальная" боль с иррадиацией в спину;
 2. исчезновение печеночной тупости;
 3. наличие свободного газа в брюшной полости;=+
 4. брадикардия;
 5. разлитое напряжение мышц.
341. для хронического гастрита а не характерно:
1. атрофия фундальных желез;
 2. кишечная метаплазия;
 3. гипертрофия гастринпродуцирующих клеток;
 4. наличие антител к париетальным клеткам;
 5. хеликобактерная инфекция.+
342. для хронического атрофического гастрита характерно:
1. лейкоцитоз со сдвигом влево и снижение кислотности желудочного сока;
 2. снижение кислотности желудочного сока и анемия;+
 3. анемия и лейкоцитоз со сдвигом влево.
343. хеликобактер обнаруживается при хроническом гастрите:
1. типа а;
 2. типа в;+
 3. типа с;

4. эрозивном.

344. наиболее типичная локализация хеликобактера:
1. кардиальный отдел желудка;
 2. дно желудка;
 3. тело желудка;
 4. пилорический отдел желудка;+
 5. 12-перстная кишка.
345. не используется для выявления хеликобактера метод:
1. гистологический;
 2. бактериологический;
 3. биохимический;
 4. иммунологический;
 5. хромоскопический.+
346. наиболее информативный тест для определения желудочной секреции:
1. простой гистаминовый;
 2. двойной гистаминовый;
 3. пентагастриновый;
 4. внутрижелудочная рН-метрия.+
347. дуодено-гастральный рефлюкс является причиной гастрита:
1. типа а;
 2. типа в;
 3. типа с;+
 4. эрозивного;
 5. ригидного.
348. риск малигнизации у больных хроническим гастритом повышается при:
1. анемии;
 2. кишечной метаплазии;+
 3. атрофии слизистой желудка;
 4. снижении желудочной секреции;
 5. большой длительности заболевания.
349. ахлоргидрия свойственна хроническому гастриту:
1. типа а;+
 2. типа в;
 3. гипертрофическому;
 4. ригидному.
350. нормальный базальный уровень рН желудка:
1. 0,9-1,2;
 2. 1,3-1,5;
 3. 1,6-2,2;+
 4. 2,3-3,5;
 5. 3,6-6,9;
 6. 7,0-7,5.
351. при морфологическом исследовании слизистой желудка не оценивают:
1. воспаление;

2. активность;
 3. атрофию;
 4. хеликобактерную инфекцию;
 5. кишечную метаплазию;
 6. дебит-час соляной кислоты.+
352. эрадикация (уничтожение) хеликобактера не осуществляется:
1. трихополом;
 2. амоксициклином;
 3. де-нолом;
 4. тетрациклином;
 5. омепразолом.+
353. уровень желудочной секреции не понижает:
1. атропин;
 2. гастрोцепин;
 3. фамотидин;
 4. де-нол;+
 5. омепразол.
354. болевой синдром при холецистите имеет:
1. четкую связь с приемом пищи;+
 2. выраженный суточный ритм.
355. для хронического холецистита не характерно:
1. тошнота;
 2. отрыжка кислым;+
 3. горечь во рту;
 4. изжога;
 5. спастический стул.
356. достоверный признак острого холецистита:
1. симптом ортнера;
 2. френикус-симптом;
 3. перитонит;
 4. увеличенный, болезненный желчный пузырь;+
 5. увеличенная и болезненная печень.
357. для положительного симптома курвуазье характерно:
1. боль в правом подреберье;
 2. боль в правом подреберье и увеличенный желчный пузырь;
 3. боль в правом подреберье, увеличенный желчный пузырь и желтуха.+
358. осложнением хронического холецистита не является:
1. гангрена;
 2. холелитиаз;
 3. спленомегалия;+
 4. неспецифический реактивный гепатит;
 5. перфорация.
359. не позволяет визуализировать желчный пузырь:
1. ультрасонография;

2. холецистография;
 3. сцинтиграфия;
 4. рентген брюшной полости;+
 5. компьютерная томография.
360. этиологическим фактором возникновения хронического холецистита не является:
1. инфекция;
 2. деформация желчного пузыря;
 3. дискинезия желчных путей;
 4. аномалия развития;
 5. холелитиаз;
 6. рефлюкс желчи в желудок.+
361. развитию инфекции в желчном пузыре не способствует:
1. застой желчи;
 2. изменение химических свойств желчи;
 3. сенсibilизация организма к аутоинфекции;
 4. дисмоторика желчевыводящих путей;
 5. желчегонная терапия.+
362. тип дискинезии желчевыводящих путей можно уточнить при:
1. дуоденальном зондировании и компьютерной томографии;
 2. компьютерной томографии и сцинтиграфии;
 3. сцинтиграфии и ультрасонографии;
 4. ультрасонографии и дуоденальном зондировании.+
363. физические свойства желчи характеризует:
1. холатохолестериновый коэффициент;
 2. индекс литогенности;
 3. вязкость желчи.+
364. исключает закупорку камнем общего желчного протока:
1. внезапно возникшая острая боль в правом подреберье;
 2. появление желтухи;
 3. обесцвеченный кал;
 4. темная моча;
 5. повышение температуры;
 6. темный кал.+
365. в диагностике желудочно-кишечного кровотечения наиболее информативным будет:
1. общий анализ крови;
 2. гастроскопия;+
 3. исследование кала на кровь;
 4. пальцевое исследование прямой кишки.
366. к принципам лечения хронического инфекционного холецистита в фазу обострения нельзя отнести:
1. диету n 5;
 2. антибактериальные препараты;
 3. анальгетики;
 4. улучшение оттока желчи;
 5. физиотерапевтические процедуры.+

367. не обладает холецистокинетическим действием:
1. сорбит;
 2. ксилит;
 3. холагол;+
 4. сульфат магния;
 5. циквалон.
368. не обладает холеретическим действием:
1. аллахол;
 2. холензим;
 3. оксафенамид;
 4. холагол;
 5. эуфиллин.+
369. показанием к назначению желчегонных препаратов является:
1. острый вирусный гепатит;
 2. острый панкреатит;
 3. обострение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки;
 4. острый холецистит;
 5. желчнокаменная болезнь;
 6. дискинезия желчных путей.+
370. показанием к оперативному лечению не является:
1. нефункционирующий желчный пузырь;
 2. камненосительство;+
 3. закупорка общего желчного протока (механическая желтуха);
 4. эмпиема желчного пузыря.
371. воспалительный процесс в поджелудочной железе при хроническом панкреатите характеризуется:
1. деструкцией паренхимы;
 2. фиброзом и атрофией ацинусов;
 3. фиброзом и деструкцией эндокринного аппарата;
 4. анатомическим и функциональным повреждением;
 5. всем вышеперечисленным.+
372. наиболее часто регистрируется хронический панкреатит:
1. обструктивный;
 2. кальцифицирующий;+
 3. фиброзно-индуративный;
 4. кистозный и псевдокистозный.
373. этиологическим фактором формирования хронического панкреатита не является:
1. употребление алкоголя;
 2. алиментарное ожирение;
 3. наследственная предрасположенность;
 4. хронический холецистит;
 5. углеводное питание.+
374. провоцирующим моментом в обострении хронического панкреатита является:
1. физическая нагрузка;

2. стресс;
 3. употребление алкоголя;+
 4. голод.
375. подозрение на хронический панкреатит возрастает, если у больного:
1. появляются запоры;
 2. снижается аппетит;
 3. появляются боли в эпигастральной области опоясывающего характера;+
 4. похудание;
 5. прогрессирующая слабость.
376. для хронического панкреатита не характерны следующие проявления болевого синдрома:
1. боль усиливается после приема алкоголя;
 2. прием пищи облегчает боли;+
 3. боль иррадирует влево;
 4. боль обостряется после приема пищи.
377. при хроническом панкреатите боли чаще всего локализуются в:
1. эпигастрии, опоясывающего характера;+
 2. левом подреберье, иррадируют в левое плечо;
 3. правом подреберье, иррадируют под правую лопатку.
378. осложнением хронического панкреатита не является:
1. синдром мальдигестии;
 2. сахарный диабет;
 3. в12-дефицитная анемия;
 4. механическая желтуха;
 5. рак поджелудочной железы;
 6. неатрофический гастрит (гастрит типа в).+
379. достоверный признак желудочно-кишечного кровотечения:
1. рвота алой кровью;
 2. мелена;+
 3. снижение ад;
 4. температура;
 5. боли в эпигастрии.
380. наиболее информативный функционально-биохимический тест при диагностике панкреатита:
1. диастаза мочи;
 2. амилаза мочи;
 3. гипергликемия;
 4. гиперкальциемия;
 5. эластаза кала.+
381. для оценки внутрисекреторной функции поджелудочной железы при хроническом панкреатите применяют:
1. определение гликемического профиля;
 2. определение глюкозурического профиля;
 3. стандартный тест толерантности к глюкозе;
 4. тест с двойной нагрузкой глюкозой;

5. определение $hb a_{1c}$ и фруктозамина.+

382. симптомом желудочно-кишечного кровотечения не является:
1. бледность;
 2. слабость;
 3. тахикардия;
 4. снижение гемоглобина и эритроцитов;
 5. повышение ад;+
383. в фазе клинической ремиссии у больных хроническим панкреатитом сохраняется:
1. повышение уровня амилазы в сыворотке крови;
 2. изменение при ультрасонографии поджелудочной железы;+
 3. креаторея;
 4. гипергликемия;
 5. увеличение диастазы в моче.
384. не является осложнением язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки:
1. кровотечение;
 2. ахалазия кардии;+
 3. стеноз привратника;
 4. пенетрация;
 5. перфорация.
385. для хронического гастрита не характерен синдром:
1. диспепсический;
 2. болевой;
 3. геморрагический;+
 4. астенический.
386. для хронического атрофического гастрита характерно:
1. лейкоцитоз со сдвигом влево и снижение кислотности желудочного сока;
 2. снижение кислотности желудочного сока и анемия;+
 3. анемия и лейкоцитоз со сдвигом влево.
387. боли при язвенной болезни желудка:
1. голодные;
 2. ночные;
 3. непосредственно после приема пищи.+
388. не является осложнением язвенной болезни 12-перстной кишки:
1. кровотечение;
 2. пенетрация;
 3. перфорация;
 4. стеноз привратника;
 5. кардиоспазм.+
389. не используют для лечения язвенной болезни 12-перстной кишки:
1. де-нол;
 2. холинолитики;
 3. антациды;
 4. блокаторы H_2 -рецепторов;
 5. блокаторы β -адренорецепторов.+

390. болевой синдром при холецистите имеет:
1. четкую связь с приемом пищи;+
 2. выраженный суточный ритм.
391. для хронического холецистита не характерно:
1. тошнота;
 2. отрыжка кислым;+
 3. горечь во рту по утрам;
 4. изжога;
 5. спастический стул.
392. для хронического холецистита не характерны боли:
1. через 10 мин. после приема пищи в мезогастрии без иррадиации;+
 2. в эпигастрии справа с иррадиацией в правую лопатку;
 3. в эпигастрии справа с периодической иррадиацией в левую эпигастральную область.
393. для больного с хроническим холециститом и присоединившимся панкреатит не характерно:
1. боль опоясывающая
 2. рвота
 3. сильное вздутие живота
 4. склонность к запорам
 5. мелена +
394. при хроническом панкреатите боли чаще всего локализуются в:
1. эпигастрии, опоясывающего характера;+
 2. левом подреберье, иррадиируют в левое плечо.
395. для хронического панкреатита не характерно:
1. голодный характер болей;
 2. прием пищи облегчает боли; +
 3. боль иррадиирует влево;
 4. боль обостряется после приема пищи.
396. для хронического панкреатита не характерно:
1. воспалительно-деструктивный синдром;
 2. синдром нарушения внешней секреции;
 3. синдром нарушения внутренней секреции;
 4. астенический синдром;
 5. демпинг-синдром. +
397. к наиболее частым причинам хронического панкреатита не относят:
1. заболевания желчных путей;
 2. хронический алкоголизм;
 3. заболевания 12-перстной кишки и желудка;
 4. папиллит, спазм сфинктера одди;
 5. сахарный диабет. +
398. не приводят к возникновению язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки:
1. наследственные факторы;

2. нарушения адаптации;
 3. нарушения обмена железа; +
 4. расстройства биоритмов;
 5. инфекционные факторы.
399. не является фактором агрессии, способствующим возникновению язвенной болезни:
1. избыточная секреция соляной кислоты и пепсина;
 2. избыточная секреция секретина;+
 3. травматизация слизистой;
 4. пилорический хеликобактер;
 5. гастродуоденальная дисмоторика.
400. наиболее часто регистрируемая локализация язвенного дефекта в желудке:
1. кардиальный отдел;
 2. малая кривизна;+
 3. большая кривизна;
 4. антральный отдел;
 5. пилорический отдел.
401. основным механизмом образования язвы желудка является:
1. снижение защитного слизистого барьера и повышение инфузии ионов водорода в слизистую оболочку;+
 2. воспаление слизистой оболочки;
 3. нарушение микроциркуляции;
 4. нарушение гастродуоденальной моторики и длительный антральный стаз пищевого химуса;
 5. нарушение регенерации эпителия.
402. основным механизмом образования язвы 12-перстной кишки является:
1. наличие пилорического хеликобактера;+
 2. длительная гипохлоргидрия;
 3. гиперплазия главных клеток фундального отдела желудка;
 4. гиперваготония.
403. ведущий признак язвенной болезни:
1. снижение АД;
 2. похудание;
 3. поносы;
 4. болевой синдром;+
 5. синдром малабсорбции.
404. обострение язвенной болезни с сезоном года:
1. связано;+
 2. не связано.
405. для язвенной болезни 12-перстной кишки характерны боли:
1. периодические, через 20 минут после приема пищи;
 2. периодические, через 1,5 часа после приема пищи;+
 3. постоянные, через 20 минут после приема пищи;
 4. постоянные, через 1,5 часа после приема пищи.
406. достоверными критериями репликации вируса гепатита **В** в организме являются:

1. носительство hbsag
 2. anti- hbsag
 3. hbeag и антитела anti-hbcag класса igm+
 4. hbeag и антитела anti-hbcag класса igg
 5. anti-hbe антитела
407. этиологические факторы хронического холецистита:
1. бактерии
 2. лямблии
 3. вирусы
 4. токсические факторы
 5. все перечисленное+
408. назовите классические клинические признаки перфоративной гастродуоденальной язвы в первые часы от начала заболевания: а) предшествующий прием алкоголя или чрезмерное физическое напряжение; б) резкая, как бы «кинжальная» боль в эпигастрии; в) доскообразное напряжение мышц живота; г) «вагусный» замедленный пульс; д) наличие язвенного анамнеза. выберите правильную комбинацию ответов:
1. а, б, в, г
 2. все правильно+
 3. а, г, д
 4. б, в, г, д.
409. для искусственного контрастирования органов желудочно-кишечного тракта применяют:
1. газы
 2. водную взвесь сульфата бария +
 3. соединения иода
 4. соли тяжелых металлов
410. цитолитический синдром является основным показателем:
1. активности патологического процесса+
 2. тяжести патологического процесса
 3. печеночно-клеточной недостаточности
 4. портوپеченочной недостаточности
411. в основе синдрома раздраженного кишечника лежит патологический процесс:
1. врожденный
 2. воспалительный
 3. дистрофический
 4. функциональный+
 5. сосудистый
412. укажите причины цитолиза гепатоцитов при вирусном гепатите **в**:
1. непосредственное действие вируса на гепатоциты+
 2. иммунный ответ на вирусные антигены и клеточные аутоантигены
 3. поражение желчных ходов
413. hbc-антиген вируса гепатита в можно обнаружить:
1. в сыворотке крови
 2. в вагинальном секрете
 3. в гепатоцитах+

414. у больного 55 лет появился частый стул до 20-30 раз в сутки с примесью крови и слизи, температура 38,0°С, боли в левой подвздошной области, которые усиливаются при позывах к дефекации, тонус сфинктера снижен. бактериологическое исследование кала: дизентерийных бактерий, амёб не выявлено. гтс-слизистая оболочка резко гиперемирована, отечная, на фоне которой располагаются поверхностные, разных размеров кровоточащие язвы. при рентгенографии – складки слизистой оболочки утолщены, умеренное диффузное расширение кишки, на фоне которого возникают циркулярные спастические сокращения. ваш диагноз:
1. дизентерия
 2. болезнь Крона
 3. неспецифический язвенный колит, тяжелое течение+
 4. амёбиаз
 5. дивертикулёз
415. о чем в типичных случаях свидетельствует болезненность в зоне Шоффара:
1. о поражении тела желудка
 2. о поражении пилорической части желудка
 3. о поражении 12-перстной кишки
 4. о поражении 12-перстной кишки и/или пилорической части желудка
 5. о поражении пилорической части желудка, 12-перстной кишки и/или головки двенадцатиперстной кишки.
416. мужчина 33 лет, астеник. холецистэктомия 2 года назад. после операции через 6 месяцев появились изжога, боли в эпигастрии через 1,5 часа после еды с иррадиацией в спину, принимает соду. наиболее вероятная причина ПХЭС?
1. гастрит
 2. хроническая дуоденальная непроходимость
 3. язвенная болезнь 12-перстной кишки+
 4. панкреатит
417. холинолитики противопоказано назначать при:
1. язве желудка
 2. панкреатите
 3. глаукоме+
 4. анемии
 5. остром бронхите
418. мелена при наличии гепато-спленомегалии подозрительна на:
1. кровоточащую язву 12-перстной кишки
 2. кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода+
 3. тромбоз мезентериальных артерий
 4. язвенный колит
 5. геморрагический диатез
419. к ранним симптомам рака пищевода следует отнести:
1. дисфагию+
 2. боли за грудиной и в спине
 3. кашель при приеме пищи
 4. усиленное слюноотделение
 5. похудание

420. укажите типичные для вирусного гепатита изменения уровня фракций билирубина:
1. повышение общего билирубина только за счет связанной фракции
 2. повышение билирубина только за счет свободной фракции
 3. повышение преимущественно за счет связанной фракции при умеренном нарастании свободного билирубина+
421. существуют ли специфические ультразвунографические критерии хронического гепатита:
1. существуют
 2. не существуют+
422. какие отделы пищеварительного тракта могут поражаться при болезни крона:
1. толстый кишечник
 2. тонкий кишечник
 3. пищевод
 4. желудок
 5. все отделы пищеварительной трубки+
423. какое заболевание желудочно-кишечного тракта дает клинику стенокардии:
1. заболевания пищевода+
 2. диафрагмальная грыжа
 3. язвенная болезнь желудка
 4. хронический колит
 5. острый панкреатит
424. портальная гипертензия может наблюдаться при:
1. циррозе печени +
 2. метастатическом раке печени
 3. хроническом гепатите
 4. холелитиазе
425. к маркерам нарушения синтетической функции печени относится:
1. алт
 2. аст
 3. лдг
 4. щелочная фосфатаза
 5. холинэстераза+
426. больной 58 лет поступил с жалобами на боли в эпигастральной области, похудание на 10 кг, отвращение к жирным продуктам, плохой аппетит, метеоризм, поносы, повышение температуры тела (37,3). болен около года. при осмотре: желтушность кожных покровов, при пальпации живота определяется увеличенный, безболезненный желчный пузырь. ваш предположительный диагноз:
1. язва желудка
 2. острый холецистит
 3. рак поджелудочной железы +
 4. гепатит
 5. хроническая дуоденальная непроходимость
427. к индикаторным ферментам печени относят:
1. лдг, аст, алт, альдолаза+
 2. фруктозо-1-6-дифосфатаьдолаза

3. церулоплазмин
4. холинэстераза
5. урокиназа

428. какой из нижеперечисленных синдромов не характерен для хронического панкреатита:

1. абдоминальные боли
2. стеаторея
3. креаторея
4. водная диарея +
5. нарушенная толерантность к глюкозе

429. к секреторным ферментам печени относят:

1. холинэстеразу
2. церулоплазмин
3. прокоагулянты
4. все перечисленное выше+

430. что является наиболее достоверным симптомом язвенной болезни 12-перстной кишки:

1. желудочный дискомфорт
2. изжога
3. строго локализованные боли в эпигастрии, имеющие определенную связь с приемом пищи (поздние и голодные)+
4. отрыжка пищей
5. запоры

431. гепатомегалия выявляется при:

1. острых гепатитах
2. хронических гепатитах
3. циррозах печени
4. болезнях крови
5. при всех вышеперечисленных состояниях+

432. укажите основную цель антихеликобактерной терапии при язвенной болезни:

1. снижение секреции соляной кислоты;
2. уменьшение выраженности болевого синдрома;
3. ускорение рубцевание язвы;
4. уменьшение риска прободения язвы;
5. снижение частоты рецидивов язвенной болезни.+

433. наиболее частая локализация карциномы желудка:

1. дно желудка;
2. кардиальный отдел;
3. тело желудка;
4. пилорическая и антральная части;+
5. кардиоэзофагеальный переход.

434. что является наиболее частым показанием к хирургическому лечению болезни крона:

1. внутренние свищи;
2. внешние свищи;
3. инфильтрат в животе;
4. синдром кишечной недостаточности;
5. кишечная непроходимость.+

435. мужчина 57 лет в течение 3 мес. страдает запором. при бариевой клизме выявлен стеноз нисходящего отдела толстой кишки. наиболее вероятной причиной этого является:
1. дивертикулит;
 2. ишемический колит;
 3. опухоль толстой кишки;+
 4. болезнь крона толстой кишки;
 5. радиационный колит.
436. у мужчины 50 лет отмечается вздутие живота, в эпигастральной области пальпируется слабо болезненное объемное образование. в анамнезе два приступа интенсивных болей в верхней половине живота, которые сопровождались тошнотой и продолжались несколько дней. при УЗИ в верхнем отделе живота определяется тонкостенное жидкостное образование. ваше заключение:
1. карцинома желудка;
 2. карцинома поджелудочной железы;
 3. псевдокиста поджелудочной железы;+
 4. абсцесс поджелудочной железы;
 5. отек головки поджелудочной железы
437. какой из следующих гормонов, секретируемых слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки и верхнего отдела тонкой кишки, стимулирует высвобождение панкреатического сока, богатого пищеварительными ферментами:
1. холецистокинин; +
 2. секретин;
 3. глюкагон;
 4. панкреатический полипептид;
 5. вазоинтестинальный пептид (VIP).
438. морфологические неспецифические признаки *hcv*-инфекции все, кроме:
1. лимфоидных фолликулов в портальных трактах;
 2. активации синусоидальных клеток и образования "цепочек" лимфоцитов вдоль синусоидов;
 3. поражения желчных протоков и пролиферации дуктул;
 4. лимфогистиоцитарной инфильтрации и фиброза портальных трактов. +
439. определение степени тяжести цирроза (индекс child-pugh) включает в себя следующие клинико-лабораторные показатели, кроме:
1. наличия асцита;
 2. стадии печеночной энцефалопатии;
 3. уровня альбуминов и билирубина;
 4. количества тромбоцитов;+
 5. протромбинового времени.
440. для аутоиммунного гепатита характерно все, кроме:
1. заболевание, встречающееся преимущественно у женщин;
 2. ассоциация с гипергаммаглобулинемией;
 3. ассоциация с сывороточными антигенами к гладкой мускулатуре (sma), ядерным антигеном (ana);
 4. ассоциация с антимитохондриальными антителами (ama);+
 5. быстрая положительная реакция на введение кортикостероидов и цитостатиков.

441. при наличии какого из перечисленных симптомов синдром портальной гипертензии является наиболее вероятным:
1. увеличение печени;
 2. спленомегалия;
 3. асцит;
 4. расширение вен пищеводно-желудочного сплетения.+
442. какие из перечисленных медикаментов способствуют повреждению слизистой оболочки желудка:
1. аспирин;
 2. индометацин;
 3. преднизолон;
 4. реопирин;
 5. все выше перечисленные.+
443. какие препараты предпочтительны для больного хроническим гастритом с наличием эрозий на слизистой оболочке желудка, кроме:
1. де-нола;
 2. трихопола;
 3. альмагеля;
 4. фамотидина;
 5. полиферментных препаратов.+
444. у больного хроническим гастритом, ассоциированным с пилорическим хеликобактером, предпочтительными препаратами в лечение являются все, кроме:
1. трихопола;
 2. де-нола;
 3. омепразола;
 4. амоксициллина;
 5. альмагеля.+
445. у больного возникла острая язва в желудке в результате длительной стероидной терапии. какой препарат более рационально назначить в этом случае:
1. сайтотек;+
 2. фамосан;
 3. актовегин;
 4. гастроцепин.
446. какой препарат следует назначить больному при грибковом дисбактериозе:
1. цефазолин;
 2. метронидазол;
 3. дифлюкан;+
 4. фуразолидон
447. Для эзофагита характерно:
- А) боли за грудиной;
Б) метеоризм;
В) жидкий стул;
Г) запоры;
Д) тошнота.
448. Наличие изжоги свидетельствует о'

- А) забросе желудочного содержимого в пищевод;
- Б) повышении кислотности желудочного содержимого;
- В) диафрагмальной грыже;
- Г) язвенной болезни желудка,
- Д) гастродуодените

449. Для халазии характерен следующий симптом'

- А) боли в правом подреберье;
- Б) запоры;
- В) боли натошак в эпигастрии;
- Г) рецидивирующая рвота;
- Д) метеоризм

450. Для выявления халазии необходимо провести'

- А) холецистографию;
- Б) копрологическое исследование;
- В) рентгеноскопию желудка с водно-сифонной пробой;
- Г) ирригоскопию;
- Д) колоноскопию.

451. Каковы показания для определения рН желудочного сока у детей'

- А) дизурические явления;
- Б) тошачковые боли в эпигастральной области;
- В) боли при дефекации;
- Г) дисфагия;
- Д) запоры.

452. Для язвенно-подобной диспепсии характерно:

- А) изжога;
- Б) рвота;
- В) тошачковые боли;
- Г) отрыжка;
- Д) все вышеперечисленное.

453. Для хеликобактериоза не характерно наличие:

- А) гиперплазии слизистой оболочки пилорической зоны;
- Б) эрозивно—язвенного процесса;
- В) гиперацидности;
- Г) полипоза;
- Д) дуоденогастрального рефлюкса.

454. Качественный метод диагностики хеликобактериоза'

- А) при обнаружении микроба в слюне методом ПЦР;
- Б) при положительном уреазном тесте с биоптатом;
- В) при выделении чистой культуры пилорического хеликобак-тера из биоптата;
- Г) при клинко-эндоскопическом исследовании;

455. Наиболее информативным исследованием при гастрите является'

- А) эндоскопия с биопсией;
- Б) рентгеноконтрастное исследование;
- В) УЗИ;
- Г) иридодиагностика;

Д) копрограмма

456. Какой клинический симптомокомплекс обусловлен недостаточностью привратника:

- А) пилороспазм;
- Б) СРК;
- В) рецидивирующая рвота;
- Г) раздраженный желудок;
- Д) изжога

457. Для дискинезии 12-перстной кишки не характерно:

- А) дуоденогастральный рефлюкс;
- Б) тошнота;
- В) боли в гипогастрии;
- Г) боли в эпигастрии во время еды и сразу после еды;
- Д) диспепсия.

458. Недостоверным эндоскопическим признаком обострения дуоденита является:

- А) отечность;
- Б) гиперсекреция слизи;
- В) картина "бульжной мостовой";
- Г) феномен "манной крупы";
- Д) гиперемия слизистой

459. С течением дуоденита связана патология:

- А) хронический тонзиллит;
- Б) колиты;
- В) пиелонефрит;
- Г) синдром билиарной дисфункции;
- Д) эзофагит.

460. Наиболее достоверным клиническим признаком язвенной болезни является:

- А) сезонность болей;
- Б) тощачковые боли в эпигастрии;
- В) рецидивирующая рвота;
- Г) кровотечение из выявленной язвы;

461. При подозрении на язвенную болезнь 12-перстной кишки не следует проводить:

- А) исследование кала на скрытую кровь;
- Б) гастродуоденоскопию;
- В) дуоденальное зондирование;
- Г) рентгеноконтрастное исследование;
- Д) клинический анализ крови.

462. Наиболее частым осложнением язвенной болезни у детей является-

- А) кровотечение;
- Б) перфорация;
- В) пенетрация в поджелудочную железу;
- Г) малигнизация;
- Д) непроходимость

463. Особенно предрасполагают к развитию холепатии
А) заболевания 12-перстной кишки,
Б) хронический тонзиллит
В) гастрит,
Г) пневмония,
Д) панкреатит
464. На развитие холестаза не влияет
А) повреждение гепатоцита,
Б) патология билиарных путей,
В) дисбактериоз,
Г) обилие жира в пище,
Д) желчнокаменная болезнь
465. Дискинезией желчных путей не обусловлены
А) боль в правом подреберье,
Б) субиктеричность склер,
В) обложенность языка,
Г) телеангиоэктазии на коже,
Д) горечь во рту
466. Компоненты осадка дуоденального содержимого не характерные для дисхолии
А) кристаллы билирубината кальция,
Б) лейкоциты,
В) кристаллы холестерина,
Г) липидные частицы, гранулы,
467. Диарея является частым симптомом при:
А) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки;
Б) хроническом панкреатите;
В) желчнокаменной болезни;
Г) опухоли дистального отдела толстого кишечника.
468. Запоры характерны для:
А) хронического гастрита со сниженной секреторной функцией;
Б) болезни оперированного желудка;
В) хронического энтерита;
Г) спру;
Д) болезни Уиппла;
Е) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки;
Ж) для всех перечисленных заболеваний;
З) ни для одного из перечисленных заболеваний.
469. Серовато-желтая окраска кала возникает:
А) при прекращении поступления желчи в кишечник;
Б) за счет билирубина у грудных детей;
В) за счет билирубина при гипермоторике тонкой кишки;
Г) при панкреатитах;
Д) при энтерите с ускоренной перистальтикой.

470. Рецидивирующие схваткообразные боли преимущественно в левом квадранте живота, выделение при приступе боли большого количества слизи при неизменной слизистой оболочке кишечника характерны для:

- А) хронического колита;
- Б) хронического энтерита;
- В) раздраженного кишечника;
- Г) неспецифического язвенного колита;
- Д) болезни Крона;
- Е) всех перечисленных заболеваний.

471. Какой вид желтухи из нижеперечисленных не сопровождается неконъюгированной гипербилирубинемией:

- А) паренхиматозная;
- Б) гемолитическая;
- В) синдром Жильбера;
- Г) синдром Криглера-Нояра.

472. Какие из перечисленных изменений в биохимическом анализе крови характерны для механической желтухи:

- А) неконъюгированная гипербилирубинемия, повышение уровня АЛТ, АСТ;
- Б) конъюгированная гипербилирубинемия, резкое повышение уровня АЛТ, АСТ, холестерина;
- В) конъюгированная гипербилирубинемия, повышение уровня щелочной фосфатазы;
- Г) неконъюгированная гипербилирубинемия;
- Д) все перечисленные.

473. Укажите на симптом, не характерный для бродильной диспепсии:

- А) вздутие и распирание живота;
- Б) ухудшение после белковой пищи;
- В) схваткообразные боли, уменьшающиеся после отхождения газов или стула;
- Г) поносы.

474. Какая анемия не характерна для хронического энтерита:

- А) железодефицитная;
- Б) В12-дефицитная;
- В) гемолитическая.

475. Дефицит массы тела характерен для:

- А) хронического энтерита;
- Б) хронического колита.

476. Какой метод наиболее информативен в диагностике хронического колита:

- А) иригография;
- Б) исследование ферментов;
- В) колоноскопия;
- Г) дуоденография в условиях гипотонии.

477. Черно-коричневый, плотный кал:

- А) характерен для мясной диеты;
- Б) появляется после употребления в пищу черники, черной смородины;
- В) появляется при приеме карболена, висмута;
- Г) появляется при некрозе правого отдела толстой кишки;

Д) может появляться при гнилостной диспепсии.

478. Жидкий с плотными кусочками, свернувшейся слизью, кровью и гноем кал характерен для:

- А) синдрома раздраженного кишечника;
- Б) некротически-язвенного процесса в ректо-сигмоидальном отделе;
- В) аллергического колита;
- Г) энтерита с ускоренной перистальтикой;
- Д) некроза правого отдела толстой кишки.

479. Гемолитические желтухи проявляются:

- А) конъюгированной билирубинемией и повышением уровня АЛТ, АСТ, ЛДГ;
- Б) неконъюгированной билирубинемией и повышением уровня АЛТ, АСТ, ЛДГ;
- В) неконъюгированной гипербилирубинемией;
- Г) конъюгированной гипербилирубинемией;
- Д) ни одним из перечисленных.

480. Паренхиматозная желтуха не наблюдается при:

- А) вирусном гепатите;
- Б) раке печени;
- В) болезни Минковского — Шоффара;
- Г) циррозе печени;
- Д) всех перечисленных заболеваниях.

481. Какие биохимические показатели указывают на наличие синдрома холестаза:

- А) диспротеинемия, изменения тимоловой и сулемовой проб;
- Б) повышение уровня билирубина, щелочной фосфатазы, гиперхолестеринемия;
- В) повышение уровня АЛТ, АСТ, ЛДГ4, ЛДГ5;
- Г) повышение уровня амилазы.

482. Первым лабораторно обнаруживаемым нарушением у больных с вирусным гепатитом является:

- А) гипертрансаминаземия;
- Б) гипербилирубинемия;
- В) билирубинурия;
- Г) повышение уровня щелочной фосфатазы;
- Д) удлинение протромбинового времени.

483. Какой из перечисленных симптомов является основным клиническим признаком холестаза:

- А) «печеночные» ладони;
- Б) кожный зуд;
- В) сосудистые звездочки;
- Г) астенизация.

484. Всасывание железа в кишечнике наиболее интенсивно происходит из:

- А) мясных продуктов и печени;
- Б) фруктов;
- В) яблок;
- Г) моркови;
- Д) сыра.

485. Снижение синтетической функции печени проявляется:

- А) гипоальбуминемией;
- Б) гипопротромбинемией;
- В) гипохолестеринемией;
- Г) гаптоглобулинемией;
- Д) гипоферментемией.

486. Обилие стекловидной слизи в кале характерно для:

- А) синдрома раздраженного кишечника;
- Б) некротически-язвенного процесса в ректо-сигмоидальном отделе;
- В) аллергического колита;
- Г) энтерита с ускоренной перистальтикой;
- Д) некроза правого отдела толстой кишки.

487. Показаниями для выполнения УЗИ органов брюшной полости являются:

- А) подозрение на наличие объемных образований в брюшной полости;
- Б) увеличение органов брюшной полости;
- В) подозрение на наличие асцита;
- Г) оценка васкуляризации опухолей печени;
- Д) проведение тонкоигльной аспирационной биопсии.

488. Показаниями для рентгеноконтрастного исследования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки являются:

- А) дисфагия;
- Б) изжога;
- В) боль в грудной клетке;
- Г) рвота;
- Д) диагностика нарушений моторики указанных отделов ЖКТ.

490. Недостатками рентгеноконтрастного исследования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки являются:

- А) риск аспирации;
- Б) плохая детализация слизистой;
- В) невозможность биопсии;
- Г) низкая чувствительность в выявлении раннего рака;
- Д) газы и жировая клетчатка затеняют данные.

491. Ценкеровские дивертикулы имеют характерную локализацию в:

- А) задней стенке глотки и пищевода;
- Б) средней трети пищевода;
- В) нижней трети пищевода;
- Г) абдоминальной части пищевода;
- Д) поддиафрагмальной части пищевода.

492. Жгучие боли у основания мечевидного отростка с иррадиацией в область сердца, возникающие и усиливающиеся через полчаса после еды, при физической нагрузке и наклоне туловища, не купируются полностью при приеме алгелдрата + магния гидроксида, отмечаются также отрыжка воздухом, приступы удушья, кашель. При рентгенологическом исследовании с барием отмечается рефлюкс контрастной массы из желудка в пищевод. Все это позволяет заподозрить:

- А) аксиальную грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит;
- Б) рак пищевода;

- В) бронхиальную астму;
- Г) хронический гастрит;
- Д) ахалазию пищевода.

493. Острый катаральный эзофагит может дать:

- А) острое кровотечение;
- Б) микрокровотечение (диапедезное);
- В) перфорацию;
- Г) стенозы;
- Д) пневмонии.

494. Наиболее частыми ранними осложнениями пептической язвы являются:

- А) кровотечение;
- Б) стенозы;
- В) малигнизация;
- Г) пенетрация;
- Д) перфорация.

495. Для эзофагоспазма характерны:

- А) дисфагия непостоянная на жидкую пищу;
- Б) боли за грудиной при волнении;
- В) регургитация;
- Г) жжение за грудиной;
- Д) гиперсаливация.

496. Больная А., 56 лет, поступила с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту и чувство горечи во рту по утрам, умеренный зуд кожи. В анамнезе холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита. Боли в правом подреберье длятся от нескольких часов до 2-х сут и повторяются по несколько раз в месяц. Последнее время у больной стали возникать приступы болей в правом подреберье. При осмотре — повышенного питания, иктеричность склер и кожных покровов, температура тела 37,5°C. Тоны сердца приглушены, пульс — 82/мин, ритмичный, АД — 135/80 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, болезненна при пальпации. Предварительный диагноз в этом случае:

- А) хронический гепатит;
- Б) хронический рецидивирующий панкреатит;
- В) постхолецистэктомический синдром;
- Г) рак головки поджелудочной железы;
- Д) холангит.

497. Гипокинетическая форма дискинезии желчного пузыря характеризуется:

- А) частым сочетанием с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и гастродуоденитом;
- Б) при рентгеновском исследовании выявляются удлиненный желчный пузырь и замедление его опорожнения;
- В) ноющими и распирающими болями в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку и ключицу;
- Г) диспепсическими расстройствами;
- Д) нейровегетативным синдромом.

498. Язвенноподобный вариант желудочной диспепсии сопровождается

- А) пониженной секреторной функцией желудка
- Б) повышенной секреторной функцией желудка
- В) нормальной секреторной функцией желудка

Г) нарушением моторики желудка

499. Дискинетический вариант желудочной диспепсии сопровождается

- А) пониженной секреторной функцией желудка
- Б) повышенной секреторной функцией желудка
- В) нормальной секреторной функцией желудка
- Г) нарушением моторики желудка

500. Хронический гастрит и функциональная диспепсия

- А) характеризуются одинаковыми клиническими симптомами
- Б) характеризуются наличием морфологических изменений слизистой оболочки желудка
- В) не имеют ничего общего
- Г) это одно и то же

Ответы на вопросы:

468 — Б. 469 — Е. 470 — Г. 471 — В. 472 — А. 473 — В. 474 — Б. 475 — В. 476 — А. 477 — В. 478 — А, Б, В, Д. 479 — Б. 480 — В. 481 — В. 482 — Б. 483 — А. 484 — Б. 485 — А. 486 — А, Б, В. 487 — А, В. 488 — А, Б, В, Д. 489 — А, Б, В, Г, Д. 490 — А, Б, В, Г. 491 — А. 492 — А. 493 — Б. 494 — А. 495 — А, Б. 496 — Д. 497 — А, Б, В, Г, Д. 498 — Б. 499 — Г. 500 — А.

3.2 Вопросы собеседования

1. Организация и структура гастроэнтерологической службы
2. Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения
3. Современные представления о механизмах развития гастродуоденальной патологии
4. Диагностика инфекции *Helicobacter pylori*
5. Лечение гастродуоденальных заболеваний, ассоциированных с инфекцией *Helicobacter pylori*.
6. Аутоиммунный гастрит
7. Реактивный гастрит
8. Антисекреторная терапия
9. Становление кишечной микробиоты и ее функции.
10. Про- и пребиотики.
11. Клиника и диагностика целиакии.
12. Лечение целиакии
13. Дифференциальный диагноз болезней тонкой кишки.
14. Пищевая аллергия. Гастроинтестинальные проявления.
15. Пищевая аллергия. Профилактика и лечение.
16. Аутоиммунный гепатит.
17. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей.
18. Синдром срыгиваний у детей раннего возраста. Дифференциальный диагноз и лечение
19. Синдром раздраженного кишечника.
20. Функциональная (неязвенная) диспепсия.
21. Болезнь Крона.
22. Неспецифический язвенный колит.
23. Антибиотикоассоциированная диарея.
24. Острые кишечные инфекции. Этиология, классификация, клиника
25. Острые кишечные инфекции, диагностика и лечение
26. Лактазная недостаточность.
27. Нарушения кишечного всасывания
28. Вирусный гепатит А.

29. Вирусный гепатит В
30. Вирусный гепатит С
31. Хронический гепатит
32. Цирроз печени
33. Полипы и полипозы ЖКТ.
34. Семейные холестазы
35. Обменные заболевания печени.
36. Желчнокаменная болезнь.
37. Функциональные расстройства билиарного тракта
38. Острый панкреатит.
39. Хронический панкреатит.
40. Муковисцидоз.
41. Гангетически детерминированные заболевания поджелудочной железы: синдром Швахмана-Даймонда, синдром Пирсона-Штоддарта, синдром Шелдона-Рея и др.
42. Энтеральное питание при заболеваниях кишечника.
43. Синдром короткой кишки
44. Пороки развития ЖКТ
45. Лямблиоз.
46. Гельминтозы.
47. Ожоги пищевода.
48. Кровотечения из верхних отделов ЖКТ.
49. Функциональные расстройства ЖКТ у детей раннего возраста
50. Функциональные расстройства ЖКТ у детей старшего возраста
51. Запоры
52. Белково-калорийная недостаточность и ее коррекция
53. Нарушения водно-электролитного обмена и их коррекция
54. Методы оценки секреторной функции желудка
55. Методы диагностики заболеваний поджелудочной железы
56. Методы диагностики заболеваний желчевыводящих путей
57. Методы диагностики заболеваний кишечника
58. Дифференциальный диагноз желтух у детей раннего возраста
59. Дифференциальный диагноз гепатомегалий
60. Печеночная недостаточность
61. Современная концепция сбалансированного питания
62. Вскармливание детей раннего возраста
63. Питание детей с заболеваниями органов пищеварения
64. Хронические расстройства питания
65. Диагностика и лечение пороков развития ЖКТ
66. Ведение больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью
67. Диагностика гастродуоденальных заболеваний.
68. Лечение гастродуоденальной патологии
69. Хроническая диарея.
70. Синдром мальабсорбции.
71. Хронический холецистит
72. Диагностика хронических болезней печени
73. Лечение холестатических заболеваний печени
74. Диагностика и ведение ректальных кровотечений
75. Парентеральное искусственное питание в гастроэнтерологии
76. Аутоиммунный панкреатит
77. Эозинофильный эзофагит, гастрит, энтерит.
78. Диагностика пищевой аллергии.
79. Дифференциальный диагноз пищевой аллергии с целиакией.

80. Дифференциальный диагноз целиакии с другими заболеваниями тонкой кишки.
81. Диетопрофилактика пищевой аллергии
82. Диета и медикаментозная терапия при пищевой аллергии.
83. Причины функциональных срыгиваний у детей.
84. Клинические особенности функциональных срыгиваний и их отличия от органических.
85. Диагностический алгоритм при срыгиваниях у детей.
86. Диетическая коррекция срыгиваний в раннем возрасте
87. Медикаментозная терапия рвот и срыгиваний.
88. Болезнь Вильсона-Коновалова
89. Гемохроматоз
90. Дефицит α -1-антитрипсина

Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

3.3. Алгоритмы практических навыков

1. Особенности анамнеза при патологии органов пищеварения
2. Методика осмотра полости рта и зева
3. Осмотр живота
4. Поверхностная пальпация живота
5. Пальпация сигмовидной кишки
6. Пальпация слепой кишки
7. Пальпация подвздошной кишки
8. Глубокая пальпация поперечной ободочной кишки
9. Пальпация привратника
10. Пальпация поджелудочной железы по методу Грота
11. Болевые точки и зоны поджелудочной железы на передней брюшной стенке
12. Пальпация и перкуссия селезенки
13. Пальпация печени
14. Определение размеров печени по Курлову
15. Пальпация желчного пузыря. Пузырные симптомы
16. Исследование наличия жидкости в брюшной полости (перкуссия)
17. Исследование наличия жидкости в брюшной полости (флюктуация)
18. Аускультация живота
19. Аускультация

20. Симптомы «острого» живота
21. Копрологические синдромы (стеаторея)
22. Копрологические синдромы (креаторея)
23. Копрологические синдромы (оральный синдром)
24. Копрологические синдромы (гастрогенный синдром)
25. Копрологические синдромы (пилородуоденальный синдром)
26. Копрологические синдромы (секреторная недостаточность поджелудочной железы)
27. Копрологические синдромы (недостаточность желчеотделения)
28. Копрологические синдромы (энтеральный синдром)
29. Копрологические синдромы (илеоцекальный синдром)
30. Копрологические синдромы (колитный синдром)

3.4. Ситуационные задачи

Задача 1:

Назначьте питание ребенку 4 мес. с атопическим дерматитом при условии отсутствия у матери грудного молока.

Задача 2:

Назначьте питание ребенку 3 месяцев с отягощенной наследственностью по атопии при условии отсутствия у матери грудного молока

Задача 3:

Назначьте питание ребенку 8 месяцев с атопическим дерматитом при условии отсутствия у матери грудного молока

Задача 4:

Мальчик 12 лет с жалобами на боли в животе и эндоскопически установленным поверхностным гастритом при проведении рН-метрии показал следующие значения рН:

- рН тела желудка в пределах 1,2-1,4

-рН антрального отдела – 1,8-2,0

-рН пищевода – 5,3

Что можно сказать о прогнозе и какой должна быть тактика лечения?

Задача 5:

Мальчик 12 лет с жалобами на боли в животе и эндоскопически поверхностным гастритом имеет следующие показатели рН-метрии:

-рН тела желудка – 2,5-3,2

-рН антрального отдела – 4,2-4,6

-рН пищевода – 3,4-3,8

Предполагаемый клинический диагноз и тактика дальнейшего обследования и лечения.

Задача 6:

При проведении исследования с помощью Гастропанели у мальчика 15 лет были обнаружены следующие показатели:

Пепсиноген 1 – 146,2

Пепсиноген 2 – 46,4

Гастрин-17 – 8,2

Антитела к НР (+)

Предполагаемый диагноз, прогноз и тактика лечения

Задача 7:

При проведении исследования с помощью Гастропанели у мальчика 15 лет были обнаружены следующие показатели:

Пепсиноген 1 – 40,2
Пепсиноген 2 – 18,6
Гастрин-17 – 22,3
Антитела к НР (-)
Предполагаемый диагноз, прогноз и тактика лечения

Задача 8:

При проведении исследования с помощью Гастропанели у мальчика 15 лет были обнаружены следующие показатели:

Пепсиноген 1 – 40,2, Пепсиноген 2 – 18,6, Гастрин-17 – 1,3

Предполагаемый диагноз, прогноз и тактика лечения

Задача 9. Ребенок 1 месяца, оперированный по поводу тяжелой формы некротического энтероколита, осложненного перитонитом. Масса 2,5 кг, длина 55 см. Назначьте питание.

Задача 10. Ребенок 1 года с тяжелой формой муковисцидоза и панкреатической недостаточностью. Масса тела 7 кг, рост 70 см. Назначьте питание.

Задача 11. Ребенок 10 лет с тяжелой формой болезни Крона. Масса 25 кг, рост 130 см. Назначьте питание.

Задача № 12

У больного 40 лет вскоре после проведенной диагностической эзофагогастроскопии появились резкие боли за грудиной, иррадиирующие в спину и левое плечо, однократная рвота с примесью алой крови.

При осмотре: состояние больного средней тяжести. Живот мягкий, безболезненный. Температура тела — 37,2°C, лейкоциты — $10 \times 10^9/\text{л}$.

1. Предварительный диагноз:

- А) острый инфаркт миокарда;
- Б) кровотечение из расширенных вен пищевода;
- В) повреждение пищевода;
- Г) перфоративная язва желудка;
- Д) синдром Мелори — Вейса.

2. Наиболее информативные диагностические методы для уточнения диагноза:

- А) обзорная рентгенография грудной и брюшной полости;
- Б) эзофагогастродуоденоскопия;
- В) Р-исследование пищевода с водорастворимым контрастом;
- Г) ЭКГ;
- Д) УЗИ органов брюшной полости.

Задача № 13

Больной М., 46 лет, длительно страдает язвенной болезнью желудка. В течение последних 2-х нед стал отмечать боли в эпигастральной области через 15–20 мин после приема пищи. Сегодня утром отметил выраженную слабость и обильный черный жидкий стул.

При осмотре: состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, отмечаются липкий пот, тахикардия до 100 уд./мин, АД снизилось до 90/50 мм рт. ст.

Наиболее вероятный диагноз:

- А) кровотечение из язвы желудка;
- Б) перфорация язвы желудка;
- В) геморроидальное кровотечение;
- Г) острый панкреатит;
- Д) мезентериальный тромбоз.

Задача № 14

Больной Б., 55 лет, жалуется на выделение малоизмененной крови со слизью из заднего прохода во время и помимо дефекации, чувство неполного опорожнения. Указанные жалобы появились и прогрессируют последние 2–3 мес.

1. С какого исследования следует начать в данном случае: с

- А) пальцевого исследования прямой кишки;
- Б) УЗИ;
- В) анализа кала на скрытую кровь;
- Г) ирригоскопии;
- Д) аноскопии.

2. Предполагаемый диагноз:

- А) полип прямой кишки;
- Б) неспецифический язвенный колит;
- В) рак прямой кишки;
- Г) анальная трещина;
- Д) болезнь Крона.

Задача № 15

Больная В., 35 лет, обратилась к врачу с жалобами на тупые, ноющие боли в области правого подреберья, которые обычно возникают через 1–3 ч после приема обильной, особенно жирной пищи, и жареных блюд, ощущение горечи во рту, отрыжку воздухом, тошноту, вздутие живота, неустойчивый стул. Болеет несколько лет.

Объективно: температура тела 37,2°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен желтовато-коричневым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются.

Сформулируйте предварительный диагноз.

Задача № 16

К врачу обратилась женщина 27 лет, с жалобами на тупые, распирающие боли вокруг пупка, возникающие через 3–4 ч после еды, вздутие живота, сильное урчание в животе, обильный жидкий стул 2–3 р./сут, слабость, быструю утомляемость, похудание. Отмечается непереносимость молока. Ухудшение состояния провоцируется приемом острой пищи. Эти симптомы беспокоят в течение 2-х лет.

Объективно: температура тела 36,9°C. Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, бледные, сухие. В углах рта определяются «заеды». Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Со стороны легких и сердца патологии нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области.

Сформулируйте предварительный диагноз.

Эталоны ответов:

Задача № 12. 1 — В. 2 — А, Б, В, Г, Д.

Задача № 13. А.

Задача № 14. 1 — А. 2 — В.

Задача № 15. Хронический холецистит в стадии обострения.

Задача № 16. Хронический энтерит в стадии обострения.

Название рефератов/докладов

1. Диагностика инфекции *Helicobacter pylori*
2. Лечение гастродуоденальных заболеваний, ассоциированных с инфекцией *Helicobacter pylori*.

3. Дисбиоз кишечника.
4. Целиакия.
5. Аутоиммунная энтеропатия.
6. Аутоиммунный гепатит.
7. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей.
8. Болезнь Крона у детей.
9. Неспецифический язвенный колит у детей.
10. Дисахаридазная недостаточность.
11. Гастроинтестинальные проявления пищевой аллергии.
12. Эозинофильный гастроэнтерит.
13. Вирусный гепатит С
14. Семейные холестазы
15. Обменные заболевания печени.
16. Желчно-каменная болезнь у детей.
17. Острый панкреатит.
18. Хронический панкреатит.
19. Синдром Швахмана-Даймонда.
20. Синдром срыгиваний у детей.
21. Синдром раздраженного кишечника у детей.
22. Функциональная (неязвенная) диспепсия.
23. Питание при пищевой аллергии.
24. Лямблиоз.
25. Гельминтозы