

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»**
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский
Университет)

СОГЛАСОВАНО

Директор Департамента подготовки
кадров высшей квалификации
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России (Пироговский
Университет)

_____ М.В. Хорева

«09» июня 2026 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность
31.08.49 Терапия

Этап программы ординатуры
Второй этап

Направленность (профиль) программы
Гастроэнтерология

Москва, 2026 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с образовательным стандартом специализированного высшего образования по специальности 31.08.49 Терапия, утверждённым ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет) "24" июня 2026 г. № 988 рук, педагогическими работниками (межкафедрального объединения: кафедры госпитальной педиатрии имени академика В.А. Таболина ИМД и кафедры госпитальной терапии имени академика Г.И. Сторожакова ИКМ

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность в Университете, кафедра
1.	Никитин Игорь Геннадиевич	Д. м. н., профессор	Заведующий кафедрой Госпитальной терапии имени академика Г.И. Сторожакова ИКМ
2.	Шумилов Петр Валентинович	Д. м. н., профессор	Заведующий кафедрой Госпитальной педиатрии имени академика В.А. Таболина ИМД
3.	Дубровская Мария Игоревна	Д. м. н., профессор	Профессор кафедры Госпитальной педиатрии имени академика В.А. Таболина ИМД
4.	Полякова Светлана Игоревна	Д. м. н., профессор	Профессор кафедры Госпитальной педиатрии имени академика В.А. Таболина ИМД
5.	Демьянова Татьяна Геннадьевна	К.м.н., доцент	Доцент кафедры Госпитальной педиатрии имени академика В.А. Таболина ИМД
6.	Грязнова Екатерина Игоревна	К.м.н., ассистент	Ассистент кафедры Госпитальной педиатрии имени академика В.А. Таболина ИМД
7.	Ильченко Людмила Юрьевна	Д.м.н., профессор	Профессор кафедры Госпитальной терапии имени академика Г.И. Сторожакова ИКМ
8.	Эттингер Ольга Александровна	К.м.н., доцент	Доцент кафедры Госпитальной терапии имени академика Г.И. Сторожакова ИКМ
9.	Байкова Ирина Евгеньевна	К.м.н., доцент	Доцент кафедры Госпитальной терапии имени академика Г.И. Сторожакова ИКМ
10.	Модестова Анна Владимировна	К.м.н.	Доцент кафедры Госпитальной терапии имени академика Г.И. Сторожакова ИКМ
11.	Волынкина Виктория Михайлова	К.м.н., доцент	Доцент кафедры Госпитальной терапии имени академика Г.И. Сторожакова ИКМ
12.	Кисляков Владимир Аркадьевич	К.м.н., доцент	Доцент кафедры Госпитальной терапии имени академика Г.И. Сторожакова ИКМ
13.	Тотолян Гаяне Гургеновна	К.м.н., доцент	Доцент кафедры Госпитальной терапии имени академика Г.И. Сторожакова ИКМ
14.	Федоров Илья Германович	К.м.н., доцент	Доцент кафедры госпитальной терапии имени академика Г.И. Сторожакова ИКМ

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании межкафедрального объединения, протокол от «29» мая 2026 г. № 8.

Руководитель
межкафедрального объединения

_____ И.Г. Никитин

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	Цель и задачи государственной итоговой аттестации	4
2.	Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание	5
3.	Описание критериев и шкал оценивания компетенций	106
4.	Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации	107

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных во втором этапе программы ординатуры по специальности 31.08.19 Педиатрия.

Задачи государственной итоговой аттестации

Оценка уровня сформированности универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, установленных образовательным стандартом специализированного высшего образования, утвержденным Университетом самостоятельно (далее – ОС СПбВО).

Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-гастроэнтеролог – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению второго этапа программы ординатуры и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения второго этапа программы ординатуры, проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных во втором этапе программы ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Коммуникация	УК-2. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-3. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
--	--

Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Профессиональные компетенции

Таблица 3

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
Медицинская деятельность	ПК-1. Способен проводить диагностику заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы
	ПК-2. Способен назначать лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контролировать его эффективность и безопасность
	ПК-3. Способен проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализовывать индивидуальные программы реабилитации или абилитации инвалидов
	ПК-4. Способен проводить медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы
	ПК-5. Способен проводить мероприятия по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
	ПК-6. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию, организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ПК-7. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствие с требованием ОС СпВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 2 зачетные единицы (72 академических часа), из которых 1.3 зачетные единицы (48 академических часов) отводится на подготовку к государственному экзамену, 0.7 зачетных единиц (24 академических часа) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 1,5 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

1 этап - тестирование	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний , приобретенных обучающимся в результате освоения второго этапа программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Университета в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.
2 этап - практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений , приобретенных обучающимся в результате освоения второго этапа программы ординатуры
Особенности проведения	Обучающему предлагается дать ответ на практические вопросы. В процессе ответов на вопросы обучающийся должен продемонстрировать следующие навыки: оценить анамнез, оценить жалобы, сделать заключение о состоянии пациента, провести расчет питания, провести анализ результатов лабораторных и (или) инструментальных исследований, сделать заключение об изменениях. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач)
3 этап - собеседование	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях Университета, так и на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки,

	повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)
--	---

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Предэкзаменационные консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Тестовые задания (1 этап)

1	Гастроэнтерология
1	При манометрии пищевода давление в области верхнего пищеводного сфинктера в норме составляет
	60 - 100 мм.рт.ст
	0 – 2 мм.рт.ст
	3 – 10 мм.рт.ст
	10 – 30 мм.рт.ст
	30 – 50 мм.рт.ст
2	При манометрии пищевода давление в области нижнего пищеводного сфинктера в норме составляет
	0 - 2 мм.рт.ст
	3 - 10 мм.рт.ст
	30 - 50 мм.рт.ст
	10 - 30 мм.рт.ст
	60 - 100 мм.рт.ст.
3	Что такое одиофагия?
	ощущение затрудненного прохождения пищи по пищеводу
	ощущение болезненного прохождения пищи по пищеводу
	ноющие боли в области мечевидного отростка после приема пищи
	невозможность глотания
	срыгивание после приема пищи
4	Выявляемое при ЭГДС физиологическое сужение в нижней трети пищевода образовано
	утолщением мышечной оболочки пищевода
	пересечением с дугой аорты
	нижним пищеводным сфинктером
	пересечением с левым главным бронхом
	пересечением с правым главным бронхом
5	Дисфагия – это
	ощущение затрудненного прохождения пищи по пищеводу
	ощущение болезненного прохождения пищи по пищеводу
	ноющие боли в области мечевидного отростка после приема пищи
	невозможность глотания
	срыгивание после приема пищи
6	Каким эпителием в норме выстлана слизистая оболочка пищевода?

	многослойным плоским эпителием
	однослойным цилиндрическим эпителием
	однослойным плоским эпителием
	однослойным призматическим эпителием
	кишечным эпителием
7	Ахалазия кардии характеризуется
	снижением давления нижнего пищеводного сфинктера
	повышением давления нижнего пищеводного сфинктера
	неполным смыканием нижнего пищеводного сфинктера
	увеличением числа спонтанных расслаблений нижнего пищеводного сфинктера
	уменьшением числа спонтанных расслаблений нижнего пищеводного сфинктера
8	Тонус нижнего пищеводного сфинктера снижают
	нитраты
	антациды
	прокинетики
	альгинаты
	H2-блокаторы
9	Что является основным симптомом больных ахалазией кардии?
	боль за грудиной
	частая изжога
	дисфагия
	ощущение царапания за грудиной
	ощущение кома за грудиной
10	При манометрии пищевода характерным признаком ахалазии кардии является:
	давление нижнего пищеводного сфинктера выше 30 мм.рт.ст., не снижающееся в ответ на глотание
	давление нижнего пищеводного сфинктера в покое 10-30 мм.рт.ст.
	давление нижнего пищеводного сфинктера в покое ниже 10 мм.рт.ст.
	давление нижнего пищеводного сфинктера в покое ниже 30 мм.рт.ст.
	увеличенное число спонтанных расслаблений нижнего пищеводного сфинктера
11	Хирургическое лечение ахалазии кардии
	фундопликация по Ниссену
	фундопликация по Тупе
	эзофагокардиомиотомия по Геллеру
	крурорафия
	наложение гастростомы
12	Какой метод лечения противопоказан при ахалазии кардии?
	прием нифедипина
	прием нитроглицерина
	инъекции токсина ботулизма
	прием мотилиума
	пневмокардиодилатация
13	Фактором агрессии в отношении слизистой оболочки пищевода является
	соляная кислота
	слизь
	ионы гидрокарбоната

	простогландин E2
	панкреатический сок
14	Фактором защиты пищевода от гастроэзофагеальных рефлюксов считают
	замедленную перистальтику пищевода
	тонус нижнего пищеводного сфинктера
	сниженную секрецию слизи и бикарбонатов железами пищевода
	увеличение числа спонтанных расслаблений нижнего пищеводного сфинктера
	расширение пищевода
15	Предрасполагающим фактором развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни принято считать наличие
	ахалазии кардии
	скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
	параэзофагеальной грыжи
	наддиафрагмальных дивертикулов
	диффузного эзофагоспазма
16	Согласно Лос-Анджелесской классификации рефлюкс-эзофагитов один (или более) участок поврежденной слизистой оболочки размером до 5 мм, который не захватывает слизистую оболочку между складками (расположен на вершине складки) характерен для
	стадии А
	стадии В
	стадии С
	стадии D
17	Согласно Лос-Анджелесской классификации рефлюкс-эзофагитов один (или более) участок поврежденной слизистой оболочки размером более 5 мм, который не захватывает слизистую оболочку между складками (расположен на вершине складки) характерен для
	стадии А
	стадии В
	стадии С
	стадии D
18	Согласно Лос-Анджелесской классификации рефлюкс-эзофагитов один (или более) участок поврежденной слизистой оболочки, который распространяется на слизистую оболочку между двумя (или более) складками, но захватывает менее 75% окружности пищевода характерен для
	стадии А
	стадии В
	стадии С
	стадии D
19	Согласно Лос-Анджелесской классификации рефлюкс-эзофагитов один (или более) участок поврежденной слизистой оболочки, который захватывает более 75% окружности пищевода характерен для
	стадии А
	стадии В
	стадии С
	стадии D
20	Суточное мониторирование pH пищевода позволяет выявить
	дискинезию пищевода

	выраженность эзофагита
	кислотный желудочно-пищеводный рефлюкс
	скользящую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы
	ахалазию кардии
21	Методом диагностики эзофагита является
	манометрия пищевода
	эзофагоскопия
	интрапищеводная рН-метрия
	рентгеноконтрастная эзофагография
	эндоскопическое УЗИ пищевода
22	К достоверным внепищеводным проявлениям гастроэзофагеальной рефлюксной болезни относится
	бронхиальная астма
	полипоз носа
	хронический гастрит
	эндокардит
	хронический дуоденит
23	Наиболее полное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни включает в себя
	ингибиторы протонной помпы + прокинетики
	ингибиторы протонной помпы + прокинетики + антациды + альгинаты
	прокинетики + антациды
	ингибиторы протонной помпы + альгинаты
	ингибиторы протонной помпы
24	К осложнениям гастроэзофагеальной рефлюксной болезни относится
	пищевод Баррета
	ахалазия кардии
	диффузный спазм пищевода
	дивертикул Ценкера
	грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
25	В клиническом анализе крови при эозинофильном эзофагите выявляется
	анемия
	тромбоцитоз
	эозинофилия
	ретикулоцитоз
	лейкопения
26	Одним из факторов развития кандидозного эзофагита является
	скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
	терапия нестероидными противовоспалительными препаратами
	недостаточность кардии
	длительная антибактериальная терапия
	дуоденогастральный рефлюкс
27	Одним из предрасполагающих факторов развития кандидозного эзофагита является
	ахалазия кардии
	параэзофагеальная грыжа
	недостаточность кардии
	скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

	дуоденогастральный рефлюкс
28	Хирургическое лечение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы включает в себя лапароскопическую миотомию по Геллеру фундопликацию по Ниссену прошивании кардии стежками подслизистую эндоскопическую миотомию наложение гастростомы
29	Протяженность метаплазированного эпителия «короткого сегмента» пищевода Баррета составляет 3 см 1 см 5 см 7 см 9 см
30	Протяженность метаплазированного эпителия «длинного сегмента» пищевода Баррета составляет более 3 см 1 см 3 см 5 см не менее 9 см
31	Пищевод Баррета характеризуется наличием язвы пищевода атонии пищевода дивертикулов пищевода цилиндрического (кишечного) метаплазированного эпителия в слизистой оболочке пищевода стриктуры пищевода
32	Облегчение глотания на фоне постоянной дисфагии у больного раком пищевода указывает на кровотечение распад опухоли образование свища выздоровление образование дивертикула
33	Длительно текущие хронические эзофагиты с тяжелой дисплазией слизистой оболочки следует рассматривать как предраковое заболевание доброкачественное заболевание злокачественное заболевание вариант нормы
34	При каком из перечисленных заболеваний и синдромов диарея сопровождается «приливами», отеком и гиперемией лица, тахикардией, гипотонией? синдром Золлингера-Эллисона болезнь Крона язвенный колит

	карциноидный синдром
	панкреатическая холера
35	Витамин В12 всасывается в
	желудке
	двенадцатиперстной кишке
	проксимальном отделе подвздошной кишки
	дистальном отделе подвздошной кишки
	толстой кишке
36	При сочетании диареи с болью и обызвествлением мезентериальных лимфатических узлов можно предполагать
	рак толстого кишечника
	болезнь Крона
	язвенный колит
	амебиаз
	туберкулезный илеотифлит
	целиакию
37	Периодические схваткообразные боли по ходу толстой кишки, неустойчивый стул со слизью при неизменной слизистой оболочке кишечника характерны для
	хронического панкреатита
	сальмонеллеза
	синдрома раздраженного кишечника
	язвенного колита
	болезни Крона
38	Эозинофилия крови может свидетельствовать о
	манифестации воспалительных заболеваний кишечника
	онкопатологии толстой кишки
	гельминтозах
	бактериальных кишечных инфекциях
	раке желудка
39	Какое исследование является «золотым стандартом» при заболеваниях тонкой кишки?
	рентгенологическое исследование
	морфологическое исследование
	копрологическое исследование
	капсульная эндоскопия
	ультразвуковое исследование
40	Тест с Д-ксилозой используется для диагностики
	нарушения толерантности к глюкозе
	синдрома нарушенного всасывания в тонкой кишке
	нарушений синтетической функции печени
	секреторной функции поджелудочной железы
	секреторной функции желудка
41	Укажите на энтеральный копрологический синдром
	креаторея, стеаторея, амилорея, полифекалия
	незначительное количество мышечных волокон, слизь, лейкоциты
	кашицеобразный, светло-коричневый стул со слабым запахом и щелочной реакцией, незначительное количество мышечных волокон, крахмала и неперевариваемой клетчатки

42	Основной метод лечения целиакии
	антибиотики
	глюкокортикоиды
	аглютеновая диета
	цитостатики
	пробиотики
43	Достоверным признаком ремиссии целиакии является
	увеличение массы тела
	рентгенологическое исследование тонкой кишки
	копрологическое исследование
	морфологическая картина слизистой оболочки тонкой кишки
	улучшение клинических и биохимических показателей крови
44	В этиологии болезни Уиппла основную роль отводят фактору
	инфекционному
	аутоиммунному
	неопластическому
	наследственному
	метаболическому
45	Что является возбудителем болезни Уиппла?
	St. aureus
	Carina - бактерия
	Clostridium difficile
	Tropheryma whippelii
	Escherichia coli
46	При жалобах пациента на развитие у него диареи, болей в животе и повышенного газообразования после употребления молочных продуктов, можно заподозрить
	целиакию
	синдром раздраженного кишечника
	болезнь Уиппла
	новообразование тонкой кишки
	лактазную недостаточность
47	Какой из симптомов является проявлением синдрома мальабсорбции?
	гематурия
	трофические расстройства
	лейкоцитоз
	кровь в кале
	избыточный вес
48	Какая анемия характерная для синдрома нарушенного всасывания?
	гипопластическая анемия
	B12-дефицитная анемия
	железодефицитная анемия
	гемолитическая анемия
	B12- + железодефицитная анемия
	B12- + гемолитическая анемия
49	Какой тип диареи наиболее характерен для целиакии?

	гиперсекреторная диарея
	осмотическая диарея
	гиперкинетическая диарея
	гиперэкссудативная диарея
50	Усиливают диарею при целиакии
	мясо
	сырые овощи и фрукты
	рис
	кукуруза
	белые сухари
51	Какой из перечисленных злаков при употреблении продуктов из него не вызывает ухудшения течения целиакии у взрослых?
	пшеница
	рожь
	ячмень
	рис
	овес
52	Длительность аглютеновой диеты у больных целиакией?
	1 год
	6 месяцев
	5 – 6 лет
	пожизненно
53	Где происходит реабсорбция желчных кислот?
	двенадцатиперстная кишка
	тощая кишка
	проксимальный отдел подвздошной кишки
	дистальный отдел подвздошной кишки
	толстая кишка
54	Больная 30 лет обратилась с жалобами на диарею, вздутие, урчание, переливание в животе. Болеет с детского возраста, росла слабым ребенком. Часто возникала диарея, которая расценивалась как «отравление». Объективно: питание пониженное, кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, ногти ломкие. Голени пастозны. Живот мягкий, положительный симптом Образцова. Стул кашицеобразный, полифекалия. О каком заболевании можно думать?
	болезнь Уиппла
	болезнь Крона
	лимфома тонкой кишки
	целиакия
	карциноидный синдром
55	Больной 35 лет страдал хроническим бронхитом в течение нескольких лет. 3 года тому назад появилась полиартралгия. При амбулаторном обследовании выявлена ахлоргидрия, железодефицитная анемия. В связи с лихорадкой, появлением диареи, быстрым истощением госпитализирован в терапевтическое отделение. Через несколько дней потерял сознание. Диагностирован менингит. О каком заболевании идет речь?
	болезнь Уиппла
	болезнь Крона
	лимфома тонкой кишки

	целиакия
	болезнь Гордона
56	Структурной единицей, которая раньше всего поражается при целиакии, является
	лимфатические сосуды
	кровеносные сосуды
	аргентофильные клетки
	бруннеровы железы
	эпителиоциты
57	При каком заболевании тонкой кишки часто выявляется лямблиоз?
	глутеновая энтеропатия
	синдром раздраженного кишечника
	общая переменная гипогаммаглобулинемия
	болезнь Уиппла
	болезнь Крона
58	Снижение концентрации сывороточных иммуноглобулинов какого класса является постоянным симптомом общей переменной гипогаммаглобулинемии?
	иммуноглобулин А
	иммуноглобулин М
	иммуноглобулин G
	иммуноглобулин Е
59	Больной жалуется на диарею, схваткообразные боли по всему животу, чувство жара, гиперемия лица, приступы сердцебиения и удушья. О каком заболевании можно думать?
	болезнь Уиппла
	болезнь Крона
	лимфома тонкой кишки
	карциноидный синдром
	целиакия
60	При хронических запорах пациентам необходимо рекомендовать прием
	риса
	чернослива
	белого хлеба
	гороха
	картофеля
61	Что является показанием для проведения колоноскопии?
	жидкий стул с примесью крови
	стеаторея
	стул по типу «мелены»
	рвота с примесью крови
	боли в эпигастральном отделе
62	При возникновении острой внезапной боли в животе без четкой локализации у пациентки 80 лет и появлении кровавого стула можно заподозрить
	дизентерию
	новообразование толстой кишки
	обострение геморроя
	мезентериальный тромбоз
	кровотечение из язвы желудка

63	При появлении упорных запоров, болей в животе, примеси в кале крови и слизи, похудании, анемии у пациента 70 лет следует думать о
	дивертикулярной болезни с явлениями дивертикулита
	обострении язвенной болезни
	манифестации воспалительных заболеваний кишечника
	колоректальном раке
	раке желудка
64	Какие отделы желудочно-кишечного тракта наиболее часто поражаются при болезни Крона
	верхние отделы ЖКТ
	перипростальная область
	тощая кишка
	илеоцекальная область
	сигмовидная кишка
65	Для синдрома раздраженного кишечника характерно
	развитие В12 – дефицитной анемии
	удовлетворительное состояние
	потеря веса
	изменение кожных покровов
	повышение температуры тела
66	Какой признак характерен для синдрома раздраженного кишечника?
	появление крови в стуле
	лихорадка и лейкоцитоз
	изменение частоты и консистенции стула
	боли в животе по ночам
	отсутствие аппетита и похудание
67	Какой тип диареи характерен для синдрома раздраженного кишечника?
	Гиперсекреторная диарея
	Осмотическая диарея
	Гиперкинетическая диарея
	Гиперэкссудативная диарея
68	Какие препараты применяются при лечении синдрома раздраженного кишечника с преобладанием диареи?
	спазмолитики
	прокинетики
	антидиарейные препараты
	желчегонные препараты
	нитраты
69	К лечению синдрома раздраженного кишечника с преобладанием запоров целесообразно добавить
	отруби
	сок капусты
	сок алоэ
	гранаты
	рис

70	Этиологическим фактором псевдомембранозного колита является
	кловидия дифициле
	зеленящий стрептококк
	гемолитический стрептококк
	кишечная палочка
	кловидия перфрингенс
71	Препаратами первой линии в лечении болезни Крона являются
	препараты 5-АСК
	глюкокортикоиды
	азатиоприн
	метотрексат
	антитела к ФНО-α
72	В лечении болезни Крона илеоцекальной локализации низкой активности отдается предпочтение препаратам
	сульфасалазину
	азатиоприну
	топическим стероидам
	рифаксимину
	инфликсимабу
73	При болезни Крона возможно поражение
	желудка
	подвздошной кишки
	сигмовидной кишки
	прямой кишки
	любого отдела желудочно-кишечного тракта
74	Для болезни Крона характерно
	сегментарность поражения желудочно-кишечного тракта
	непрерывное поражение желудочно-кишечного тракта
	изолированное поражение прямой кишки
	частое развитие псевдополипоза
	низкий риск рецидивов
75	Частый жидкий стул с кровью, множественные псевдополипы слизистой оболочки, поражение слизистой оболочки прямой кишки характерны для
	дизентерии
	болезни Крона
	язвенного колита
	дивертикулита
	псевдомембранозного колита
76	В чью честь названа болезнь Крона?
	в честь греческого бога, олицетворения времени
	в честь первого пациента, у которого было диагностировано данное заболевание
	в честь немецкого врача-хирурга, который описал данное заболевание в 1870 году
	в честь американского врача-гастроэнтеролога, который описал данное заболевание в 1932 году
77	При болезни Крона в воспалительный процесс вовлекается
	слизистая оболочка

	слизистая + подслизистая оболочка
	мышечная оболочка
	серозная оболочка
	вся кишечная стенка
78	При ишемическом колите наиболее часто поражается
	печеночный изгиб толстой кишки
	селезеночный изгиб толстой кишки
	сигмовидная кишка
	периаанальная область
	тонкая кишка
79	Рентгенологический феномен «яблочной кожуры» характерен для кишечной стриктуры, ассоциированной с
	раком толстой кишки
	язвенным колитом
	псевдомембранозным колитом
	ишемическим колитом
	полипами толстой кишки
80	По какой шкале оценивается степень тяжести болезни Крона?
	индекс активности Мэйо-Шредера
	индекс активности Рахмилевича
	Оксфордский индекс
	Монреальская классификация
	индекс активности Беста
81	Наиболее информативными морфологическими признаками ишемического колита является
	косое расположение мышечных волокон между очагами атрофии
	наличие грануляционной ткани в дне язвенного дефекта в сочетании с обнаружением в подслизистой основе макрофагов, нагруженных гемосидерином
	наличие в подслизистой основе нейтрофильных лейкоцитов в сочетании с косым расположением волокон в мышечном слое между очагами атрофии
82	«Эталонной» комбинацией лекарственных средств для лечения псевдомембранозного колита являются
	линкомицин + цефалоспорин
	ванкомицин + метронидазол+лоперамид
	метронидазол + клиндамицин + кишечные адсорбенты
	ванкомицин + метронидазол + кишечные адсорбенты
	ванкомицин+лоперамид
83	В каком из отделов толстой кишки наиболее часто встречаются дивертикулы?
	в прямой кишке
	в сигмовидной кишке
	в нисходящей ободочной кишке
	в поперечной ободочной кишке
	в слепой кишке
84	Методом выбора в диагностике дивертикулярной болезни, осложненной дивертикулитом, является
	колоноскопия

	ирригоскопия
	компьютерная томография
	обзорная рентгенография брюшной полости
	ультрасонография
85	В триаду Сента включают сочетания дивертикулеза с
	желчнокаменной болезнью и диафрагмальной грыжей
	язвенной болезнью
	панкреатитом
	кардиомиопатией
	бронхиальной астмой
86	Лечебная тактика при развитии токсической дилатации толстой кишки, осложнившей язвенный колит у пациента, ранее не получавшего терапии
	немедленное оперативное вмешательство
	перевод пациента на парентеральное питание, глюкокортикостероиды 2 мг/кг/сут (в пересчете на преднизолон), метронидазол 1,5 г в/в, выжидательная тактика в течение 24 часов
	перевод пациента на парентеральное питание, глюкокортикостероиды 1 мг/кг/сут (в пересчете на преднизолон), метронидазол 1,5 г в/в, выжидательная тактика в течение 48 часов
	пульс-терапия глюкокортикостероидами
87	Лечебная тактика при развитии токсической дилатации толстой кишки, осложнившей язвенный колит у пациента, получающего адекватную лекарственную терапию
	немедленное оперативное вмешательство
	перевод пациента на парентеральное питание, глюкокортикостероиды 2 мг/кг/сут (в пересчете на преднизолон), метронидазол 1,5 г в/в, выжидательная тактика в течение 24 часов
	перевод пациента на парентеральное питание, глюкокортикостероиды 1 мг/кг/сут (в пересчете на преднизолон), метронидазол 1,5 г в/в, выжидательная тактика в течение 48 часов
	пульс-терапия глюкокортикостероидами
88	Наиболее частым осложнением язвенного колита является
	токсическая дилатация толстой кишки
	образование межкишечных фистул и свищей
	образование абсцессов и инфильтратов
	стеноз просвета кишки
	развитие синдрома мальабсорбции
89	Какое из заболеваний при естественном длительном течении наиболее часто осложняется раком толстой кишки?
	болезнь Крона
	язвенный колит
	ишемический колит
	псевдомембранозный колит
90	Внекишечные проявления болезни Крона, связанные с активностью заболевания
	узловатая эритема, артропатии, иридоциклит
	сacroилеит, остеопороз, псориаз
	стеатогепатит, первичный склерозирующий холангит, афтозный стоматит
	холелитиаз, остеопороз, увеит

91	Внекишечные проявления болезни Крона, не связанные с активностью заболевания
	узловатая эритема, артропатии, иридоциклит
	сакроилеит, остеопороз, псориаз
	стеатогепатит, первичный склерозирующий холангит, афтозный стоматит
	холелитиаз, остеопороз, увеит
92	Согласно модифицированной Сиднейской классификации гастритов (Хьюстонской, 1996 год) к особым формам гастрита относится
	хронический неатрофический гастрит
	хронический аутоиммунный атрофический гастрит
	хронический мультифокальный атрофический гастрит
	хронический неинфекционный гранулематозный гастрит
93	Для какого хронического гастрита характерно выявление АТ к париетальным клеткам желудка?
	для хронического неатрофического гастрита
	для хронического аутоиммунного атрофического гастрита
	для хронического мультифокального атрофического гастрита
	для хронического эозинофильного гастрита
	для хронического лимфоцитарного гастрита
94	Для хронического атрофического гастрита характерно
	нормацидность
	гиперацидность
	гипоацидность
	гиперплазия обкладочных клеток
	увеличение количества лимфоцитов в слизистой оболочке желудка
95	Лимфоцитарный гастрит характеризуется
	лимфоцитарной инфильтрацией слизистой оболочки желудка
	эозинофильной инфильтрацией слизистой оболочки желудка
	кишечной метаплазией эпителия слизистой оболочки желудка
	умеренной дисплазией эпителия слизистой оболочки желудка
	тяжелой дисплазией эпителия слизистой оболочки желудка
96	Для хронического аутоиммунного атрофического гастрита характерно
	преимущественное поражение антрального отдела желудка
	преимущественное поражение тела желудка
	гиперацидность
	увеличение количества лимфоцитов в слизистой оболочке желудка
	увеличение количества эозинофилов в слизистой оболочке желудка
97	Какой метод не следует применять для оценки эффективности антихеликобактерной терапии?
	быстрый уреазный тест
	серологический метод (антитела к <i>Helicobacter pylori</i>)
	13С-уреазный дыхательный тест
	определение антигена <i>Helicobacter pylori</i> в кале
	микробиологическое исследование биоптатов

98	Какой метод диагностики <i>Helicobacter pylori</i> используют в качестве первичной диагностики, а также после недавнего приема антибактериальных или антисекреторных препаратов?
	быстрый уреазный тест
	серологический метод (антитела к <i>Helicobacter pylori</i>)
	13C-уреазный дыхательный тест
	определение антигена <i>Helicobacter pylori</i> в кале
	микробиологическое исследование биоптатов
99	Новая классификация гастритов, предложенная в Киотском консенсусе (2014 год)
	отменяет Хьюстонский пересмотр Сиднейской системы
	дополняет этиологический раздел Хьюстонского пересмотра Сиднейской системы
100	Хронический неинфекционный гранулематозный гастрит выявляется при
	целиакии
	пищевой аллергии
	болезни Крона
	панкреатите
	желчнокаменной болезни
101	Для какого из заболеваний характерен лимфоцитарный гастрит?
	болезнь Крона
	саркоидоз
	сифилис
	целиакия
	B12-дефицитная анемия
102	Для функциональной желудочной диспепсии по типу постпрандиального дистресс-синдрома характерно
	болевым синдромом в эпигастральной области натошак
	поздние боли в эпигастральной области
	изжога
	чувство быстрого насыщения
	регургитация
103	Функциональную желудочную диспепсию по типу эпигастральной боли необходимо дифференцировать с
	язвенным колитом
	язвенной болезнью желудка
	дивертикулярной болезнью толстой кишки
	целиакией
	псевдомембранозным колитом
104	Третья линия эрадикационной терапии инфекции <i>Helicobacter pylori</i> включает в себя
	индивидуальный подбор антибиотиков по чувствительности
	схемы тройной терапии
	схемы последовательной терапии
	схемы с препаратами висмута
	схемы с прокинетиками
105	Какова тактика ведения пациента с атрофией слизистой оболочки желудка средней и тяжелой степени?
	ЭГДС с биопсией один раз в 3 месяца

	ЭГДС с биопсией один раз в 6 месяцев
	ЭГДС с биопсией один раз в 2-3 года
	ЭГДС с биопсией один раз в 5 лет
	ЭГДС с биопсией один раз в 7 лет
106	Какова тактика ведения пациента с дисплазией слизистой оболочки желудка тяжелой степени?
	ЭГДС с биопсией один раз в 3 месяца
	ЭГДС с биопсией один раз в 6 месяцев
	ЭГДС с биопсией один раз в год
	ЭГДС с биопсией один раз в 2-3 года
	эндоскопическая или хирургическая резекция слизистой желудка
107	Обязательным исследованием при подозрении на язвенную болезнь желудка является
	эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией
	электрогастрография
	интрагастральная рН-метрия
	УЗИ органов брюшной полости
	рентгеновское исследование желудка
108	Современным стандартом лечения НР-ассоциированной язвенной болезни являются
	ингибиторы протонной помпы+антибиотики
	блокаторы гистаминовых H2-рецепторов+антибиотики
	антациды+антибиотики
	антациды+прокинетики
	ингибиторы протонной помпы + прокинетики+антациды
109	С целью выявления Helicobacter pylori в слизистой оболочке желудка используется
	эндоскопия высокого разрешения
	хромоскопия
	уреазный дыхательный тест
	бактериоскопия кала
	желудочное зондирование
110	В какие сроки оценивается эффективность проведенного курса эрадикационной терапии Helicobacter pylori?
	сразу после окончания лечения
	через 2 недели после окончания лечения
	через 4-6 недель после окончания лечения
	через 4 месяца после окончания лечения
	через 6 месяцев после окончания лечения
111	Какое количество биоптатов слизистой оболочки желудка необходимо для морфологической верификации хронического гастрита
	один
	два
	три
	четыре
	пять
112	Перфорацию язвы подтверждает
	рентгенологически определяемый газ под правым куполом диафрагмы
	острые боли внизу живота

	повышение артериального давления
	повышение температуры
	нарастающая анемия
113	Для кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки характерно
	предшествующая боль резко усиливается
	боль исчезает или уменьшается
	боль становится кинжальной
	боль иррадирует в прекардиальную область
	боль иррадирует в паховую область
114	На какое осложнение язвенной болезни 12-перстной кишки указывает частая рвота в течение длительного времени
	пилородуоденальный стеноз
	малигнизация
	кровотечение
	перивисцерит
	пенетрация
115	У больного с длительным анамнезом язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в последнее время изменилась клиническая картина: появилась тяжесть после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, потеря веса. Можно думать о следующем осложнении язвенной болезни
	органическом стенозе пилородуоденальной зоны
	функциональном стенозе пилородуоденальной зоны
	малигнизации язвы
	перивисцерите
	пенетрации язвы
116	Какой препарат относится к ингибиторам протонной помпы?
	ранитидин
	гастроцепин
	париет
	де-нол
	мотилиум
117	К какому из антибактериальных препаратов отсутствует резистентность <i>Helicobacter pylori</i> ?
	метронидазол
	кларитромицин
	амоксциллин
	джозамицин
	де-нол
118	Назначение какого кислотодепрессивного препарата наиболее обосновано при сочетанном приеме НПВП?
	фамотидин
	омепразол
	лансопразол
	эзомепразол
	пантопразол
119	На какие сроки обычно назначается курс антисекреторной терапии при язве желудка?

	2 недели
	4 недели
	6 недель
	8 недель
	12 недель
120	На какие сроки обычно назначается курс антисекреторной терапии при язве двенадцатиперстной кишки?
	2 недели
	4 недели
	6 недель
	8 недель
	12 недель
121	При условии проведения рациональной противоязвенной терапии, не зарубцевавшиеся в какие сроки язвы желудка считаются резистентными?
	8 недель
	12-16 недель
	24 недели
	36 недель
	72 недель
122	При эндоскопии обнаружены множественные язвы в 12-перстной кишке, не заживающие при стандартной 6-недельной терапии. Наиболее вероятным диагнозом является
	рак 12-перстной кишки
	гастринома
	В12-дефицитная анемия
	карциноидный синдром
	целиакия
123	Концентрация гастрина в крови резко повышена при
	хроническом неатрофическом пангастрите
	язвенной болезни желудка
	язвенной болезни 12-перстной кишки
	полипозе желудка
	синдроме Золлингера - Эллисона
124	Наиболее характерным местом колонизации желудка Helicobacter pylori инфекцией является
	кардия
	дно желудка
	тело желудка
	антральный отдел
125	Для верификации диагноза хронического гастрита используется
	гастроскопия
	гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка
	рентгеноскопия желудка
	дуоденальное зондирование
	анализ желудочного сока
126	Для болезни Менетрие характерным является
	запор

	гигантская гипертрофия желудочных складок
	увеличение массы тела
	лихорадка
	метеоризм
127	Боли в эпигастральной области, возникающие через 2 - 3 часа после приема пищи, натошак, купирующиеся приемом пищи, характерны для
	рака желудка
	язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
	язвенной болезни желудка
	стеноза привратника
128	Боли в эпигастральной области, возникающие сразу после приема пищи, уменьшающиеся через 2 – 3 часа, характерны для
	рака желудка
	язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
	язвенной болезни желудка
	стеноза привратника
129	К предраковым заболеваниям относится
	хронический неатрофический гастрит
	хронический атрофический гастрит
	хронический лимфоцитарный гастрит
	хронический неинфекционный гранулематозный гастрит
	хронический эозинофильный гастрит
130	У больного с длительным анамнезом язвенной болезни желудка последнее время усилились боли в эпигастральной области, приняли постоянный характер, ухудшился аппетит, появилась слабость, потерял в весе 15 кг. Можно думать о
	микроворотечениях из язвы
	перфорации язвы
	раке желудка
	пенетрации язвы
	пилородуоденальном стенозе
131	К серологическим маркерам рака желудка относят
	СА - 19-9, РЭА
	СА – 19-9, альфа-фетопротеин
	СА – 19-9, АТ к париетальным клеткам желудка
	РЭА, антимитохондриальные антитела
	Альфа-фетопротеин, антитела к глиадину
132	Париетальные клетки желудка секретируют
	молочную кислоту
	соляную кислоту
	желчные кислоты
	гастроукопротеин
	муцин
133	Гастрин-17 секретируется в
	антральном отделе желудка
	фундальном отделе желудка
	в подвздошной кишке

	в поперечной ободочной кишке
	в сигмовидной кишке
134	К факторам защиты слизистой оболочки желудка относят
	секрецию соляной кислоты
	секрецию пепсиногена
	секрецию желудочной слизи и бикарбонатов
	продукцию противовоспалительных цитокинов
	секрецию желчных кислот
135	Синдром приводящей петли развивается после операции
	резекции желудка по Бильрот I
	резекции желудка по Бильрот II
	стволовой ваготомии
	селективной проксимальной ваготомии
	фундопликации
136	К клиническим проявлениям синдрома приводящей петли относят
	голодные, ночные боли в эпигастральной области, купирующиеся приемом пищи
	боли в эпигастральной области после приема пищи, уменьшающиеся через 2 – 3 часа
	схваткообразные боли в эпигастральной области, купирующиеся после рвоты с примесью желчи
	приступообразные боли в правом подреберье, возникающие после приема пищи, сопровождающиеся тошнотой и горечью во рту
	ноющие боли в левой подвздошной области
137	Клинические симптомы раннего демпинг-синдрома возникают
	ранним утром
	в течение 30 минут после приема пищи
	ночью
	в первые часы после резекции желудка
	в первые годы после селективной проксимальной ваготомии
138	Клинические симптомы позднего демпинг-синдрома возникают
	в течение 30 минут после приема пищи
	через 2 часа после приема пищи
	ночью
	ранним утром
	через 3 – 4 года после резекции желудка
139	Характерным для демпинг-синдрома является
	возникновение приступов слабости после приемов пищи
	возникновение приступов головокружения при изменении положения тела
	возникновение приступов сердцебиения после быстрой ходьбы
	возникновение кожного зуда
	отсутствие облегчения клинических проявлений приступа в положении лежа
140	Хирургическое лечение демпинг-синдрома показано при
	демпинг-синдроме легкой степени тяжести
	демпинг-синдроме средней степени тяжести
	демпинг-синдроме тяжелой степени
	раннем демпинг-синдроме
	позднем демпинг-синдроме

141	Для обострения хронического бескаменного холецистита характерно
	боль в правом подреберье
	выявление симптомов раздражения брюшины
	лейкопения
	анемия
	головокружение
142	Характерным УЗ-признаком хронического бескаменного холецистита является
	перегиб шейки желчного пузыря
	утолщение стенки желчного пузыря более 3 мм
	гиперэхогенное образование в полости желчного пузыря с четкой акустической тенью
	гиперэхогенное образование, прилежащее к стенке желчного пузыря и не смещаемое при изменении положения тела
	перегиб шейки и тела желчного пузыря
143	Достоверным признаком хронического бескаменного холецистита в фазе обострения является
	болезненность в зоне Шоффара
	положительный симптом Пастернецкого
	болезненность при перкуссии в эпигастральной области
	болезненность при пальпации в правом подреберье
	положительный симптом Образцова
144	Показанием к назначению беззондовых (гуманных) тюбажей является
	желчнокаменная болезнь
	постхолецистэктомический синдром
	гипермоторная дискинезия желчевыводящих путей
	гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей
	гастроэзофагеальный рефлюкс
145	Для лечения гипокинетической формы дискинезии желчного пузыря применяют
	холекинетики
	альгинаты
	алюминийсодержащие антациды
	панкреатические ферменты
	адсорбенты
146	Для лечения гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря применяют
	спазмолитики
	блокаторы H2-рецепторов гистамина
	холекинетики
	альгинаты
	беззондовые (гуманные) тюбажи
147	Что относят к злокачественным образованиям желчного пузыря?
	скирр
	холестероз
	истинные полипы
	холестериновые полипы
	сладж
148	Образование «билиарного сладжа» в полости желчного пузыря характерно для

	1 (начальной) стадии ЖКБ
	2 стадии ЖКБ – стадии формирования желчных камней
	3 стадия ЖКБ – стадии хронического калькулезного холецистита
	4 стадия ЖКБ – стадии осложнений
149	У пациентов с желчнокаменной болезнью наиболее часто выявляются
	оксалатные камни
	холестериновые и смешанные камни
	коричневые пигментные камни
	черные пигментные камни
	черные и оксалатные камни
150	Причиной образования черных пигментных камней является
	стеатоз печени
	бактериальный холангит
	гемолитическая анемия
	гемангиома печени
	вирусный гепатит
151	Что является причиной образования коричневых пигментных камней?
	бактериальный холангит
	терминальный илеит
	панкреатит
	язвенный колит
	язвенная болезнь желудка
152	К факторам риска развития желчнокаменной болезни относят
	мужской пол
	женский пол
	молодой возраст
	астеническое телосложение
	рефлюкс-эзофагит в анамнезе
153	Приступ желчной колики проявляется
	острой болью в правом подреберье, рвотой и лихорадкой
	постоянной болью в правом подреберье и лихорадкой
	тупой болью в правой половине живота, метеоризмом, запором
	болью в правой половине живота, иррадиирующей в паховую область, дизурией
	болью в левой подвздошной области, диареей
154	В лечении пациентов с «билиарным сладжем» препаратами выбора являются
	панкреатические ферменты
	антациды
	холинолитики
	препараты урсодезоксихолевой кислоты
	ингибиторы протонной помпы
155	Болевой синдром при функциональных расстройствах желчного пузыря и сфинктера Одди характеризуется
	купированием приступа после приема пищи
	непостоянным уровнем интенсивности во время приступа
	частым сочетанием со стенозом большого дуоденального сосочка
	частым сочетанием с язвенной болезнью желудка

	продолжительностью приступа более 30 минут
156	Что является скрининговым исследованием при заболеваниях билиарного тракта?
	УЗИ органов брюшной полости
	компьютерная томография органов брюшной полости
	магнитно-резонансная холангиопанкреатография
	эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
	эндоскопическая ультрасонография
157	Метод эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии позволяет
	удалять полипы желчного пузыря
	выявлять эхинококковые кисты в печени
	выявлять опухоли в печени
	выявлять и удалять камни в желчевыводящих путях
	выявлять метастатическое поражение печени
158	Сколько мм составляет толщина стенки желчного пузыря в норме по данным УЗИ
	1 – 2 мм
	3 – 4 мм
	5 – 6 мм
	7 – 8 мм
	9 – 10 мм
159	Основной функцией желчи является
	эмульгирование жиров
	гидролиз углеводов
	лизис белков
	лизис жиров
160	Для лечения неалкогольного стеатогепатита применяются
	гепатопротекторы
	омепразол
	сукральфат
	мотилиум
	ретаболил
161	С какой скоростью необходимо снижать массу тела при лечении ожирения у больного стеатогепатитом?
	0,2-0,3 кг неделю
	0,5-1 кг в неделю
	2-3 кг в неделю
	3-4 кг в неделю
	4-5 кг в неделю
162	Больному стеатогепатитом с наличием синдрома холестаза предпочтительно назначение
	хофитола
	урсодезоксихолевой кислоты
	силимарина
	адеметионина
	тиоктацида
163	Назначение какого препарата наиболее показано при высокой активности алкогольного стеатогепатита

	гептрал
	преднизолон
	урсодезоксихолевая кислота
	эссенциале
	силимарин
164	Печеночная кома может быть осложнением
	острой язвы желудка
	синдрома Ротора
	рака толстой кишки
	острого лекарственного гепатита
	синдрома Жильбера
165	Этиологическая роль лекарственного препарата в поражении печени считается определенной, если временной интервал между приемом препарата и развитием гепатотоксической реакции составляет
	свыше 30 дней
	свыше 60 дней
	свыше 90 дней
	свыше 180 дней
	свыше года
166	К системным иммуноопосредованным гиперчувствительным реакциям при применении лекарственных препаратов относится
	спленомегалия
	кровотечение
	анемия
	эозинофилия
	тромбоцитоз
167	Индикатором тяжелого лекарственного поражения печени является
	повышение уровня АЛТ свыше 3 раз
	повышение уровня АСТ свыше 3 раз
	повышение уровня общего билирубина свыше 2 раз
	повышение уровня АЛТ свыше 3 раз, повышение уровня общего билирубина свыше 2 раз
	повышение уровня АСТ свыше 3 раз, повышение уровня общего билирубина свыше 2 раз
168	К лекарственным поражениям печени относится
	гемохроматоз
	портальная гастропатия
	первичный билиарный холангит
	стеатогепатит
	первичный склерозирующий холангит
169	Какой лекарственный препарат (вещество) может вызвать развитие острого лекарственного гепатита
	изониазид
	преднизолон
	дексаметазон
	цинк сульфат
	рифаксимин
170	При лекарственно-индуцированном аутоиммунном гепатите наблюдается

	гепатоцеллюлярное гидроксилирование или окисление препарата с образованием токсических метаболитов
	конъюгация лекарственных метаболитов с эндогенными детоксицирующими субстанциями
	внутриклеточный транспорт метаболитов к синусоидальному или билиарному полюсу гепатоцита
	экскреция препарата в общий кровоток или желчь
	продукция аутоантител к лекарственным метаболитам
171	Какие лекарственные препараты используются при лечении лекарственных гепатитов высокой степени активности?
	эссенциальные фосфолипиды
	адemetионин
	глюкокортикостероиды
	урсодезоксихолевая кислота
	тиоктовая кислота
172	Какой метод наиболее информативен в установлении причины гепатомегалии?
	УЗИ
	компьютерная томография
	биопсия печени
	радиоизотопное сканирование печени
	магнитно-резонансная томография
173	Серьезным осложнением чрескожной биопсии печени является
	кровотечение в брюшную полость
	кровотечение в плевральную полость
	желчная эмболия
	повреждение органов брюшной полости иглой
	пневмоперитонеум
174	Хроническая алкогольная интоксикация способствует развитию
	болезни накопления
	аутоиммунного гепатита
	гранулематоза печени
	цирроз печени
	гемангиом печени
175	Какое минимальное количество жира в печени характерно для жировой инфильтрации печени?
	более 3% веса печени
	более 5% веса печени
	более 15% веса печени
	более 25% веса печени
	более 40% веса печени
176	Для хронического панкреатита характерны
	кожная сыпь
	желтушность кожных покровов
	запоры
	стеаторея
	гипогликемия

177	Выберите наиболее достоверный тест, отражающий состояние экзокринной функции поджелудочной железы
	D-ксилозный тест
	концентрация эластазы-1 в кале
	активность трипсина, липазы и амилазы в сыворотке крови
	амилазо-креатининовый коэффициент
	копрологическое исследование
178	Наиболее частыми последствиями хронического панкреатита являются
	экзокринная недостаточность поджелудочной железы
	перитонит
	псевдокисты
	асцит
	рак поджелудочной железы
179	Ранним копрологическим показателем снижения экзокринной функции поджелудочной железы является
	креаторея
	стеаторея
	наличие соединительной ткани
	амилорея
	наличие непереваримой растительной клетчатки
180	Наиболее характерным признаком хронического панкреатита является
	развитие сахарного диабета
	снижение экзокринной функции поджелудочной железы
	желтуха
	повышение активности аминотрансфераз
	гепатомегалия
181	Для хронического билиарнозависимого панкреатита характерно
	развитие в результате обструкции главного протока поджелудочной железы
	развитие в результате стеноза большого дуоденального соска
	развитие в результате дуоденальной гипертензии
	развитие в результате патологии печени
	сочетания с патологией билиарной системы
182	Для хронического кальцифицирующего панкреатита характерно
	отсутствие в протоках белковых преципитатов
	наличие стеноза и атрезии протоков, атрофии ацинарной ткани поджелудочной железы
	наличие кист в паренхиме печени
	наличие дискомфорта в правом подреберье
	наличие абдоминальных болей, уменьшающихся после акта дефекации
183	При хроническом паренхиматозном панкреатите назначаются
	урсоиксиды
	наркотические препараты
	желчегонные
	ферменты
	антациды
184	Наиболее часто выявляемый при хроническом панкреатите симптом
	боли в верхней половине живота

	гипергликемия
	желтуха
	стеаторея
	рвота
185	При обострении хронического панкреатита наблюдается увеличение содержания в крови
	пируватдегидрогеназы
	орнитина
	креатинфосфокиназы
	эластазы-1
	щелочной фосфатазы
186	Наиболее информативным методом выявления объемных процессов в поджелудочной железе является
	рентгенологическое исследование желудка и кишечника с бариевой взвесью
	чрескожная чреспеченочная холангиография
	компьютерная томография
	ретроградная панкреатохолангиография
	магнитно-резонансная томография
187	При подозрении на опухоль большого дуоденального сосочка (фатерова соска) методом выбора диагностики заболевания является
	внутривенная холеграфия
	обзорная рентгенография брюшной полости
	эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография
	транспариетальная холангиография
	УЗИ поджелудочной железы
188	Какой метод исследования наиболее информативен в диагностике формы и осложнений острого панкреатита?
	диагностический пневмоперитонеум
	обзорная рентгеноскопия брюшной полости
	лапароскопия
	гастродуоденоскопия
	определение амилазы крови и мочи
189	У больного 30 лет с деструктивным панкреатитом на 14 день от поступления в клинику появились: гектическая температура, тахикардия, ознобы, сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево, пальпируется инфильтрат в эпигастриальной области. Ваш диагноз?
	холангит
	пневмония
	киста поджелудочной железы
	забрюшинная флегмона
	абсцесс сальниковой сумки
190	Какая клиническая форма чаще развивается при длительном течении алкогольного панкреатита?
	болевая
	рецидивирующая
	безболевая
	псевдотуморозная
	отечная (интерстициальная)

191	В каком отделе двенадцатиперстной кишки открывается проток поджелудочной железы?
	луковица
	верхняя горизонтальная
	нисходящая
	нижняя горизонтальная
	восходящая
192	Секрецию панкреатического сока наиболее активно стимулирует
	соматостатин
	гастрин
	секретин
	вазоинтестинальный пептид
	глюкагон
193	Какое из перечисленных заболеваний обязательно сопровождается поражением поджелудочной железы?
	холецистит
	муковисцидоз
	эзофагит
	язвенная болезнь
	первичный билиарный холангит
194	Абсолютными показаниями к назначению этиотропной терапии при хронических вирусных гепатитах являются
	репликация вирусов
	нормальные величины АЛТ, АСТ
	увеличение АЛТ, АСТ в 2-3 раза
	репликация вирусов, нормальные величины АЛТ, АСТ
	репликация вирусов; увеличение АЛТ, АСТ в 2-3 раза, наличие фиброза
195	Какие препараты предпочтительны в этиотропной терапии хронического гепатита С?
	урсодезоксихолевая кислота
	ламивудин
	альфа-интерферон
	рибавирин
	препараты с прямым противовирусным действием
196	Выберите категории ДНК-положительных больных хроническим гепатитом В, нуждающихся только в динамическом наблюдении
	при повышении уровня трансаминаз более 2 норм
	при высоком уровне виремии
	при отсутствии явных клинических признаков поражения печени
	при тяжелом фиброзе печени
	при нормальном уровне трансаминаз и отсутствии явных клинических признаков поражения печени
197	Какая тактика наиболее показана при нормальном уровне трансаминаз (АЛТ, АСТ) у больных хроническим вирусным гепатитом В
	назначение противовирусной терапии
	наблюдение каждые 6-12 месяцев (определение уровня АЛТ, АСТ, HBsAg, ДНК HBV в крови)
	назначение гепатопротективной терапии
	назначение иммуносупрессоров

	назначение желчегонных препаратов
198	Какая продолжительность противовирусной терапии пегинтерферонами и рибавирином должна быть при хроническом вирусном гепатите С генотип 1?
	1 месяц
	3 месяца
	6 месяцев
	9 месяцев
	12 месяцев
199	Признаками цитолиза гепатоцитов является увеличение в лабораторных тестах
	сывороточных трансаминаз
	холестерина
	тромбоцитов
	мочевины
	неконъюгированного билирубина
200	Выявление в крови антител к HBsAg (анти-HBs) может свидетельствовать о
	выздоровлении
	репликации HBV
	интеграции HBV
	иммунной реакции на вакцинацию
	выздоровлении или иммунной реакции на вакцинацию
201	Выявление в крови одновременно HBsAg, анти-HBe и ДНК вируса гепатита свидетельствует о
	репликации «мутантного» штамма HBV
	репликации «дикого» штамма HBV
	интеграции «мутантного» штамма HBV
	интеграции «дикого» штамма HBV
	выздоровлении
202	Выявление в крови анти-HBc IgG, анти-HBs и анти-HBe имеет место при
	репликации «дикого» штамма HBV
	репликации «мутантного» штамма HBV
	выздоровлении
	после вакцинации
	интеграции HBV
203	Выявление в крови антител к HBsAg (анти-HBs) может свидетельствовать о
	репликации «дикого» штамма HBV
	репликации «мутантного» штамма HBV
	интеграции HBV
	предшествующей вакцинации
	неактивном «носителе»
204	Репликативная фаза развития HBV-инфекции свидетельствует
	о наличии активности печеночного процесса
	о прогрессировании заболевания
	об отсутствии показаний для проведения противовирусной терапии
	о необходимости проведения противовирусной терапии
	об отсутствии активности печеночного процесса

205	К симптомам портальной гипертензии при циррозе печени относятся
	добавочная доля с селезенки
	уменьшение размеров печени
	увеличение диаметра печеночных вен
	уменьшение артериального давления
	варикозное расширение вен пищевода
206	При каком заболевании наиболее часто встречается синдром печеночно-клеточной недостаточности
	синдроме Дакина-Джонсона
	хроническом гепатите С
	циррозе печени
	синдроме Жильбера
	неалкогольном стеатогепатите
207	К мерам профилактики вирусного гепатита В относят
	личную гигиену
	употребление кипяченой воды
	использование индивидуальной посуды
	применение одноразовой одежды
	вакцинацию против гепатита В
208	В каком проценте случаев при хроническом гепатите В развивается цирроз печени?
	10%
	30%
	50%
	70%
	100%
209	Вирус гепатита С относится к
	одноцепочечным ДНК-содержащим вирусам
	самым большим из вирусов человека
	патогенам, передающимся воздушно-капельным путем
	агентам с парентеральным и половым путем передачи
	вирионам
210	Некрозы гепатоцитов при хроническом вирусном гепатите В обусловлены
	клеточным иммунным ответом на HBsAg и HBeAg
	активацией купферовских клеток
	жировой инфильтрацией гепатоцитов
	клеточным иммунным ответом на HBsAg
	аутоиммунными механизмами
211	Показателями, отражающими белково-синтетическую функцию печени, являются
	альбумин, холестерин
	холинэстераза, билирубин
	щелочная фосфатаза, альбумин
	ГГТП, холестерин
212	Холестатический синдром проявляется повышением
	конъюгированного билирубина, ЩФ, ГГТП
	неконъюгированного билирубина, ЩФ, холестерина
	ЩФ, триглицеридов, АСТ, АЛТ

	гамма-глобулинов, желчных кислот, ГГТП
	щелочной фосфатазы, ГГТП, АЛТ
213	Цитолитический биохимический синдром проявляется повышением
	АСТ, АЛТ
	АСТ, АЛТ, общего холестерина, триглицеридов
	серомукоида, гамма-глобулинов, С-реактивного белка
	тимоловой пробы, сулемовой пробы, ЛДГ, альдолазы
	конъюгированного билирубина, желчных кислот, ЩФ
214	Мезенхимально-воспалительный синдром проявляется повышением
	АСТ, альдолазы, тимоловой и сулемовой проб
	серомукоида, сиаловых кислот, общего холестерина, триглицеридов
	α -1, α -2 глобулинов, С-реактивного белка, иммуноглобулинов
	ЩФ, серомукоида, С-реактивного белка
	иммуноглобулинов, ЛДГ, альдолазы
215	Маркерами синдрома печеночно-клеточной недостаточности (гепатодепрессивного синдрома) являются
	АСТ, АЛТ, ЛДГ
	альбумин, протромбиновое время, холестерин
	АМА, ANA, anti-LKM
	ЩФ, ГГТП, желчные кислоты, билирубин
	аммиак, эндотоксин, α -фетопротеин
216	Гиперспленизм это
	увеличение селезенки
	обязательное увеличение селезенки, сопровождающееся усилением и извращением функции органа по удалению разрушенных тромбоцитов
	состояние, которое может сопровождаться увеличением селезенки с усилением и извращением функции органа по удалению разрушенных тромбоцитов, эритроцитов и гранулоцитов
	обязательное увеличение селезенки, сопровождающееся усилением и извращением функции органа по удалению разрушенных тромбоцитов эритроцитов, гранулоцитов
217	«Сосудистые» звездочки при циррозе печени отражают
	цитолитический синдром
	мезенхимально-воспалительный синдром
	синдром портальной гипертензии
	синдром печеночно-клеточной недостаточности
218	Какое из следующих утверждений является верным?
	повышение содержания ЩФ в сыворотке крови является специфичным для заболеваний печени
	некоторые физиологические состояния могут вызывать отклонения уровня ЩФ в сыворотке крови
	в клинической практике одновременное измерение ЩФ и ГГТП бесполезно
	определение активности ЩФ целесообразно лишь в педиатрической практике
219	Какое из следующих утверждений о биопсии печени является верным?
	это единственный доступный способ, позволяющий определить причину заболевания печени

	она преимущественно используется для определения активности и стадии заболевания печени
	она связана с высоким риском серьезных осложнений
	эта процедура позволяет диагностировать цирроз печени при наличии признаков портальной гипертензии
220	Классическая триада проявлений гемохроматоза
	хронический панкреатит, цирроз печени, сахарный диабет
	пигментация кожи, цирроз печени, сахарный диабет
	цирроз печени, сахарный диабет, койлонихии
	сахарный диабет, неврологическая симптоматика, цирроз печени
221	Препаратом выбора при гемохроматозе является
	фенобарбитал
	сульфат цинка
	D- пеницилламин
	десферал
222	Для диагностики болезни Вильсона-Коновалова используют
	определение церулоплазмينا в моче
	определение ферритина в крови
	суточное содержание меди в моче
	исследование биоптата печени
223	Препарат выбора для лечения болезни Вильсона-Коновалова
	десферал
	преднизолон
	амиодарон
	D-пеницилламин
	азатиоприн
224	Какова вероятность передачи вируса гепатита С от матери ребенку?
	<10%
	10-20%
	20-30%
	30-40%
225	Какова вероятность развития цирроза печени через 20 лет после первичного инфицирования вирусом гепатита С у пациента без дополнительных факторов риска?
	2-10%
	2-20%
	40-60%
	70-80%
226	Какова вероятность перехода острого гепатита С в хронический?
	2-15%
	20-30%
	30-40%
	40-60%
227	Для аутоиммунного гепатита 2 типа характерно наличие следующих антител
	антинуклеарных антител
	антигладкомышечных антител

	антимитохондриальных антител
	антител к микросомам печени и почек
	антител к цитоплазме нейтрофилов
228	Для первичного склерозирующего холангита характерно наличие следующих антител
	антинуклеарных антител
	антигладкомышечных антител
	антимитохондриальных антител
	антител к микросомам печени и почек
	антител к цитоплазме нейтрофилов
229	Препаратом для лечения печеночной энцефалопатии при циррозе печени является
	верошпирон
	орнитин-аспартат
	β -адреноблокаторы и нитраты
	витамины группы В
	интерферон-альфа
230	Какова начальная тактика диуретической терапии у пациента с циррозом печени и асцитом, ранее не получавшим лечения?
	фуросемид внутривенно
	фуросемид перорально
	парацентез
	спиронолактон с последующим применением фуросемида перорально
231	Рекомендуемым скринингом гепатоцеллюлярной карциномы у пациентов с циррозом печени является
	трехфазная КТ каждые 6-12 месяцев
	комбинация определения уровня альфа-фетопротеина каждые 3-6 месяцев и УЗИ печени каждые 6-12 месяцев
	комбинация определения уровня альфа-фетопротеина каждые 3-6 месяцев и трехфазной КТ каждые 6-12 месяцев
	определение уровня альфа-фетопротеина каждые 3 месяца
	определение уровня альфа-фетопротеина каждые 6 месяцев
232	Для снижения выраженности портальной гипертензии при циррозе печени используют
	β -адреноблокаторы
	β -адреноблокаторы и антагонисты кальция
	антагонисты кальция и нитраты
	α -адреноблокаторы и нитраты
	β -адреноблокаторы и нитраты
233	Увеличение содержания в сыворотке крови IgM и появление аутоантител к компонентам митохондрий у больных с желтухой и гепатоспленомегалией с большей вероятностью свидетельствует о
	аутоиммунном циррозе печени
	первичном билиарном холангите
	вирусном циррозе печени
	алкогольном циррозе печени
	первичном склерозирующем холангите
234	Для аутоиммунного гепатита 1-го типа характерно повышение антител
	ANA

	LKM-1
	АССР
	pANCA
235	Диагностическим критерием первичного склерозирующего холангита является
	расширение вен пищевода при ЭГДС
	нормальный уровень ЩФ
	четкообразные изменения внутри- и внепеченочных желчных протоков при холангиографии
	повышенный уровень ЩФ
236	Какие морфологические изменения характерны для аутоиммунного гепатита?
	диффузные мультифокальные кольцевидные стриктуры, чередующиеся с участками нормальных или слегка расширенных протоков
	центрилобулярные некрозы гепатоцитов, тельца Мэллори, жировая дистрофия, лимфоидная инфильтрация
	перипортальное воспаление, центрилобулярные некрозы, плазматочная инфильтрация
	гранулемы в ткани печени, лимфоидная инфильтрация, воспаление мелких желчных протоков
237	Классификация хронических панкреатитов TIGAR-O - это
	классификация по этиологии
	классификация по характеру течения
	классификация по клиническим проявлениям
	классификация осложнений хронического панкреатита
238	Для хронического панкреатита наиболее характерен следующий клинический синдром
	анемический синдром
	болевого синдрома
	геморрагический синдром
	отеочно-асцитический синдром
239	Для болевого синдрома при хроническом панкреатите характерно
	появляется и усиливается после приема пищи
	появляется и усиливается при голодании
	носит спастический характер
	сопровождается кожным зудом
240	Гиперплазия железистых, мышечных, соединительнотканых и нервных элементов в стенках желчного пузыря отмечается при
	ксантогранулематозном холецистите
	аденомиоматозе желчного пузыря
	гиалинокальцинозе желчного пузыря
	лимфоплазматическом холецистите
241	Рентгенологическими признаками ахалазии кардии являются
	отсутствие газового пузыря желудка
	регидность стенки пищевода в месте сужения
	ровное сужение дистальной участка пищевода в виде «мышинного хвоста» («кончика морковки»)
	наличие «дефекта наполнения» в месте сужения
	супрастенотическое расширение пищевода

242	Какие факторы играют роль в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни?
	снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера
	повышение тонуса нижнего пищеводного сфинктера
	гиперсекреция соляной кислоты
	усиление пищеводного клиренса
	ослабление пищеводного клиренса
243	Какие боли в грудной клетке характерны для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни?
	возникают при ходьбе
	связаны с приемом пищи
	купируются спазмолитиками
	купируются антацидами
	возникают в горизонтальном положении и при наклонах туловища
244	Перечислите основные клинические симптомы дивертикулов пищевода
	дисфагия
	боли за грудиной
	изжога
	ночной кашель
	срыгивание
245	К осложнениям язвенной болезни относятся
	перфорация
	пенетрация
	кровотечение
	стеноз привратника
	кишечная непроходимость
246	Для хронического аутоиммунного атрофического гастрита (тип А) характерно
	наличие АТ к обкладочным клеткам
	преимущественное поражение антрального отдела желудка
	развитие пернициозной анемии
	преимущественное поражение тела желудка
	гипоацидность
247	Что характерно для хронического хеликобактерного гастрита (тип В)?
	наличие АТ к обкладочным клеткам
	преимущественное поражение антрального отдела желудка
	развитие пернициозной анемии
	преимущественное поражение тела желудка
	частое сочетание с язвенной болезнью
248	При избыточном употреблении алкоголя происходит
	пониженная мобилизация жирных кислот из жировой ткани
	увеличение синтеза жирных кислот в печени
	накопление триглицеридов в гепатоцитах
	повышение содержания витамина В12 в организме
	повышение содержания фолиевой кислоты в организме
249	Предрасполагающими факторами лекарственных поражений печени считаются
	заболевания печени с наличием печеночно-клеточной недостаточности
	мужской пол
	прием антиоксидантов

	вегетарианская диета
	алкоголь
250	Рентгенологические признаки болезни Менетрие
	складки слизистой оболочки желудка гипертрофированы
	складки слизистой оболочки желудка сохраняют определенный порядок
	складки слизистой оболочки желудка располагаются беспорядочно
	стенка желудка остается эластичной
	эластичность стенки желудка снижена
251	Наиболее ранним показателем повреждения печени является
	повышение альдолазы
	повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы
	гипоальбуминемия
	повышение активности аланиновой аминотрансферазы
252	Необходимый объем исследований при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
	клинический анализ крови, кал на скрытую кровь, определение <i>Helicobacter pylori</i> , фиброэзофагогастродуоденоскопия
	определение общей амилазы, липазы сыворотки крови, амилазы мочи фиброэзофагогастродуоденоскопия
	биохимия крови, белки острой фазы воспаления, УЗИ органов брюшной полости
	клинический анализ крови, определение железосвязывающей способности сыворотки крови, рентгенологическое исследование желудка с контрастом.
253	Необходимый объем лабораторных исследований при хроническом панкреатите
	клинический анализ крови, кал на скрытую кровь, определение <i>Helicobacter pylori</i> , копрограмма
	биохимия крови: белковые фракции, сывороточное железо, клинический анализ крови, копрограмма
	определение панкреатической амилазы, липазы сыворотки крови, амилазы мочи, эластаза кала, копрограмма
	определение уровня витамина Д, цинка, фосфора в сыворотке крови, копрограмма
254	Наиболее вероятной причиной дисфагии у подростка на фоне эмоционального стресса может быть
	аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
	гиперкинезия пищевода
	гипокинезия нижнего пищеводного сфинктера
	пептическая язва пищевода
255	Для подтверждения диагноза дисфагии у подростка следует назначить
	общий анализ крови, копрограмму, эзофагогастродуоденоскопию
	24 мониторирование pH пищевода, эзофагогастродуоденоскопию
	рентгеноскопию пищевода, манометрия пищевода
	исследование желудочной секреции, эзофагогастродуоденоскопию
256	Наиболее частой причиной кашля у детей при гастроэзофагеальном рефлюксе является
	регургитация желудочного содержимого в дыхательные пути
	аденоидит
	бронхит
	эзофагобронхиальный рефлекс

257	Рефлюкс ларингит при гастроэзофагеальном рефлюксе обусловлен
	воспалением слизистой оболочки глотки или гортани, вызванное соляной кислотой
	избыточной массой тела и длительностью заболевания
	спазмом верхнего пищеводного сфинктера
	непереносимостью углеводов
258	Стриктура дистального отдела пищевода обычно обусловлена
	эрозивно-язвенным рефлюкс-эзофагитом
	хронической обструктивной болезнью легких
	язвенной болезнью желудка
	грибковым эзофагитом
259	Синдром Меллори Вейса у детей может быть вызван
	неукротимой рвотой
	непереносимостью белка коровьего молока
	непереносимостью углеводов
	длительным течением бронхита
260	Признаками пищевода Баррета являются
	линейные эрозии пищевода
	очаги метаплазии кишечного эпителия
	врожденный короткий пищевод
	циркулярные эрозии пищевода
261	Наиболее частыми ранними осложнениями пептической язвы является
	кровотечение
	стенозы
	малигнизация
	пенетрация
	перфорация
262	Пептическую язву пищевода следует дифференцировать с
	изъязвленным раком
	лейомиомой
	саркомой
	дивертикулом пищевода
263	Для лечения ахалазии предпочтительны
	эндоскопическая дилатация
	эзофаготомия
	бужирование пищевода
	антихолинергические средства
	седативные средства
264	Показанием для кардиодилатации при ахалазии пищевода является
	отсутствие эффекта от консервативной терапии
	кровотечения
	эзофагиты
	беременность
	легочные осложнения
265	Высокий риск развития патологии пищевода при
	недостаточности эзофагокардиального отдела

	спастическом запоре
	гепатите
	дисфункции билиарного тракта
	панкреатите
266	При подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы необходимо провести
	рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с проведением водно-сифонной пробы
	фиброгастродуоденоскопию
	внутрижелудочную pH-метрию
	рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с барием
	УЗИ желудка
267	Для выявления варикозного расширения вен пищевода наиболее информативным исследованием является
	фиброгастродуоденоскопия
	рентгенография ЖКТ с барием
	исследование кала на скрытую кровь
	анализ крови
	внутрижелудочная pH-метрия
268	Для эзофагита характерно
	боли за грудиной
	метеоризм
	жидкий стул
	запоры
	тошнота
269	Для халазии характерен следующий симптом
	боли в правом подреберье
	запоры
	боли натошак в эпигастрии
	рецидивирующая рвота
	метеоризм
270	Для выявления халазии необходимо провести
	холецистографию
	копрологическое исследование
	рентгеноскопию желудка с водно-сифонной пробой
	ирригоскопию
	колоноскопию
271	Ахалазия сопровождается
	рвотой непереваренной пищей
	рвотой с примесью желчи
	срыгивание через 1 час после еды
	рвотой переваренной пищей
	изжогой
272	Качественный метод диагностики хеликобактериоза
	при обнаружении микроба в слюне методом ПЦР
	при положительном уреазном тесте с биоптатом
	при выделении чистой культуры пилорического хеликобак-тера из биоптата

	при клинико-эндоскопическом исследовании
	копрология
273	При хеликобактериозе не эффективен
	де-нол
	фуразолидон
	препараты висмута
	спазмолитик
	макролид
274	Наиболее информативным исследованием при гастрите является
	эндоскопия с биопсией
	рентгеноконтрастное исследование
	УЗИ
	иридодиагностика
	копрограмма
275	Эвакуацию из желудка замедляет
	жидкости
	мясные блюда
	щелочное питье
	кефир
	рыба
276	Укажите сроки контрольного проведения ЭФГДС при ЯБ ДПК
	на 11-14 день от начала эрадикационной терапии
	через 3 недели от начала эрадикационной терапии
	через 4 недели от начала эрадикационной терапии
	при хорошем самочувствии не проводить
	зависит от размера язвенного дефекта
277	Какие продукты снижают тонус нижнего пищеводного сфинктера?
	мясные продукты
	цитрусовые, томаты, кофе, шоколад, жиры, газированные напитки
	молоко, творог, кефир
	капуста, огурцы, кабачки, яблоки, сливы
	все выше перечисленные
278	Гастрит, ассоциированный с <i>Helicobacter pylori</i> , относится к
	бактериально-обусловленному (тип В)
	аутоиммунному (тип А)
	смешанному (тип А и В)
	химико-токсически индуцированному (тип С)
279	Методом диагностики желудочно-дуоденального кровотечения является
	эзофагогастродуоденоскопия
	рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта с барием
	обзорный снимок брюшной полости
	УЗИ брюшной полости
280	Характерной клинической чертой хронического панкреатита является
	развитие сахарного диабета
	недостаточность функции внешней секреции

	желтуха
	повышение аминотрансфераз
	гепатомегалия
281	Больному хроническим панкреатитом латентного течения показаны
	общий полноценный рацион
	диета с преобладанием жиров
	диета с преобладанием углеводов
	диета с преобладанием белков
	диета с повышенным содержанием железа
282	Терапия хронического панкреатита в фазе стойкой ремиссии включает
	хирургическое лечение
	ингибиторы трипсина
	ферментные препараты
	диету №5п
	анальгетики
283	К возможным осложнениям при наличии абберантной поджелудочной железы относится
	изъязвление слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки
	прободение желудка
	желудочнокишечное кровотечение
	дуоденостаз
	гастринома
284	К возможным причинам развития кист в поджелудочной железе относятся
	дискинезия двенадцатиперстной кишки
	перенесенный острый панкреатит
	язвенная болезнь желудка
	калькулезный холецистит
	поликистоз почек
285	Кольцевидная поджелудочная железа может сочетаться с врожденными пороками развития
	сердца
	почек
	печени
	легких
	кишечника
286	Сочетание кожных проявлений с диарейным синдромом у детей наиболее характерно для
	лактазной недостаточности
	целиакии
	пищевой аллергии
	муковисцидоза
287	Наиболее значимым углеводом в питании ребенка первых месяцев жизни является
	сахароза
	лактоза
	крахмал
	гликоген
288	Стул при тонкокишечном кровотечении

	не изменен
	окрашен в черный цвет
	с примесью алой крови
	с темными сгустками крови
289	Воспаление слизистой оболочки прямой кишки при неспецифическом язвенном колите наблюдается в
	10 - 20% случаев
	25 - 50% случаев
	50 - 70% случаев
	70 - 85% случаев
	Более 95% случаев
290	При неспецифическом язвенном колите в патологический процесс вовлекается
	слизистая оболочка кишки
	слизистая и подслизистая оболочки
	мышечный слой кишки
	серозная оболочка
	вся стенка кишки
291	В периоде обострения неспецифического язвенного колита характерно увеличение содержания в кале
	углеводов
	альфа-1-антитрипсина
	фекального калпротектина
	эластазы
292	Взятие биопсийного материала при неспецифическом язвенном колите следует проводить из
	прямой и сигмовидной кишки
	подвздошной и участков толстой кишки с наиболее выраженными признаками воспаления
	всех отделов толстой кишки
	подвздошной и всех отделов толстой кишки
293	В качестве терапии первой линии для индукции и поддержания ремиссии у детей с легкой и среднетяжелой активностью неспецифического язвенного колита необходимо назначение:
	препаратов 5-аминосалициловой кислоты per rectum
	препаратов 5-аминосалициловой кислоты per os
	глюкокортикостероидов per os
	тиопуринов
	биологических препаратов (ингибиторов фактора некроза опухоли)
294	При неспецифическом язвенном колите воспаление чаще локализуется в
	слепой кишке
	ободочной кишке
	сигмовидной кишке
	прямой кишке
295	При болезни Крона в патологический процесс вовлекается
	слизистая оболочка кишки
	слизистая и подслизистая оболочки
	мышечный слой кишки

	серозная оболочка
	вся стенка кишки
296	Взятие биопсийного материала при неспецифическом язвенном колите следует проводить из
	прямой и сигмовидной кишки
	подвздошной и участков толстой кишки с наиболее выраженными признаками воспаления
	всех отделов толстой кишки
	подвздошной и всех отделов толстой кишки
297	При экссудативной энтеропатии характерно увеличение содержания в кале
	углеводов
	альфа-1-антитрипсина
	фекального калпротектина
	эластазы
298	При болезни Крона воспаление чаще всего локализуется в
	пищевод
	желудке
	подвздошной кишке
	аппендиксе
	прямой кишке
299	Патогенетическое лечение болезни Крона заключается в назначении
	диетотерапии
	антибактериальной терапии
	иммуносупрессивной терапии
	ферментной терапии
300	Заброс содержимого из слепой кишки в подвздошную
	допускается только у детей старшего возраста
	допускается только у детей раннего возраста
	допускается у детей любого возраста
	является патологическим в любом возрасте
301	Признаком экзокринной недостаточности поджелудочной железы является
	увеличение альфа-1-антитрипсина в кале
	уменьшение альфа-1-антитрипсина в кале
	положительная проба Бенедикта
	увеличение эластазы кала
	уменьшение эластазы кала
302	Для лактазной недостаточности характерно
	увеличение альфа-1-антитрипсина в кале
	уменьшение альфа-1-антитрипсина в кале
	положительная проба Бенедикта
	увеличение эластазы кала
	уменьшение эластазы кала
303	Назначить ребенку безглютеновую диету следует
	в случае диагностирования целиакии у близких родственников
	при выявлении анамнестических и клинических данных, характерных для целиакии
	при ухудшении состояния после употребления глютен-содержащих продуктов

	после выявления высокого титра антител к тканевой трансглутаминазе
	после выявления атрофии слизистой оболочки тощей кишки
304	Больные целиакией должны придерживаться безглютеновой диеты
	до исчезновения клинических проявлений заболевания
	до исчезновения клинических проявлений заболевания и нормализации лабораторных показателей
	до нормализации состояния слизистой оболочки тонкой кишки (подтвержденной гистологически)
	до достижения возраста 18 лет
	пожизненно
305	Наиболее выраженным иммуносупрессивным действием обладает
	азатиоприн
	преднизолон
	инфликсимаб
	циклоsporин
306	Тенезмы – это
	ночные дефекации, сопровождающиеся болями в животе
	болезненные ложные позывы на дефекацию
	тянущие боли в левой подвздошной области
	тянущие боли в правой подвздошной области
307	Воспаление слизистой оболочки слепой кишки является признаком
	трансерзита
	баугинита
	тифлита
	еюнита
	илеита
308	Экзокринная функция поджелудочной железы заключается в переваривании
	белков, жиров
	белков, углеводов
	белков, жиров, углеводов
	белков, жиров, углеводов, клетчатки
309	Главный проток поджелудочной железы, сливаясь с общим желчным протоком, имеет с ним общий сфинктер, который называется
	Вирсунгов
	Одди
	Люткинса
	Фатеров
310	Секреция панкреатической амилазы у грудных детей
	не изменена
	снижена
	повышена
	отсутствует
311	Нормальное соотношение ворсина/крипта
	1:4
	3:1

	2:1
	1:3
312	Наибольшая роль в процессах всасывания отводится
	желудку
	двенадцатиперстной кишке
	проксимальным отделам тощей кишки
	дистальным отделам тощей кишки
	слепой кишке
313	Лактоза состоит из
	глюкоза+глюкоза
	глюкоза+мальтоза
	глюкоза+галактоза
	глюкоза+фруктоза
314	Подвздошная кишка располагается до
	складки Губарева
	сфинктера Одди
	баугиниевой заслонки
	сфинктера Люткенса
315	Неактивный трипсиноген активируется в просвете кишки
	дуоденалой
	эластазой
	кишечной энтерокиназой
	трипсином
316	В 12-перстной кишке происходит
	закисление желудочного химуса
	ощелачивание желудочного химуса
	нейтрализация желудочного химуса
	кислотность желудочного химуса не меняется
317	Врожденная халазия кардии - это
	стеноз в области кардии
	кардиоспазм
	врожденная недостаточность кардии
	метаплазия эпителия слизистой оболочки кардии
318	Ахалазия пищевода – это
	стеноз в области кардии
	кардиоспазм
	врожденная недостаточность кардии
	метаплазия эпителия слизистой оболочки кардии
319	Клинически ахалазия пищевода проявляется
	частыми срыгиваниями после кормления
	рвотой во время еды и дисфагией
	рвотой желудочным содержимым
	«вытеканием» нествороженного молока сразу после кормления
320	Основным принципом диетотерапии больных целиакией является исключение

	лактозы
	белка коровьего молока
	глутена
	арахиса
321	Типичным гистологическим признаком целиакии является наличие
	лимфангиоэктазии
	саркоидных гранулем
	метаплазии эпителия слизистой оболочки кишки
	атрофии ворсинок слизистой оболочки тонкой кишки
322	Типичным гистологическим признаком болезни Крона является наличие
	лимфангиоэктазии
	саркоидных гранулем
	метаплазии эпителия слизистой оболочки кишки
	атрофии ворсинок слизистой оболочки тонкой кишки
323	Антинейтрофильные цитоплазматические антитела (pANCA) чаще встречаются при
	целиакии
	неспецифическом язвенном колите
	некротическом энтероколите новорожденных
	болезни Крона
324	Антитела к грибам <i>Saccharomyces cerevisiae</i> (ASCA) чаще встречаются при
	целиакии
	неспецифическом язвенном колите
	болезни Крона
	аутоиммунном гепатите
325	Сочетание признаков жирового перерождения печени по данным УЗИ с повышением
	трансаминаз называется
	стеатоз печени
	стеатогепатит
	стеаторея
	цирроз печени
326	Синдром цитолиза в биохимическом анализе крови характеризуется
	повышением щелочной фосфатазы и ГГТП
	повышением АЛТ и АСТ
	снижением АЛТ и АСТ
	увеличением уровня прямого билирубина
327	Моча при синдроме холестаза окрашивается в темный цвет за счет
	непрямого билирубина
	прямого билирубина
	желчных кислот
	холестерина
328	Сочетание гиперпигментации кожи, сахарного диабета и цирроза печени характерно для
	синдрома Швахмана-Даймонда
	недостаточности альфа-1-антитрипсина
	хронического панкреатита
	наследственного гемохроматоза

	хронической надпочечниковой недостаточности
329	Продукция глюкокортикоидов осуществляется
	щитовидной железой
	клетками островков Лангерганса поджелудочной железы
	гипофизом
	корой надпочечников
	гипоталамусом
330	Показателем экзокринной недостаточности поджелудочной железы в копрограмме является
	непереваримая клетчатка
	крахмал
	нейтральный жир
	мыла
	жирные кислоты
331	Укажите фермент пристеночного пищеварения
	липаза
	энтерокиназа
	лактаза
	эластаза
	амилаза
332	Детям с функциональными нарушениями ЖКТ рекомендуется прием панкреатина в дозе _____ ЕД/кг/сутки по липазе
	2000 - 6000
	4000-6000
	2500 – 3000
	500 - 2000
	6000 - 10000
333	Укажите фермент полостного пищеварения
	лактаза
	сахараза
	липаза
	мальтаза
	изомальтаза
334	Минимикросферической формой панкреатина является
	креон
	мезим-форте
	микразим
	пангрол
	фестал
335	Трипсин расщепляет
	жир
	белок
	крахмал
	сахар
	клетчатку

336	О патологии поджелудочной железы в копрограмме свидетельствует
	измененные мышечные волокна
	нейтральный жир
	лейкоциты
	йодофильная флора
	жирные кислоты
337	Наиболее специфичным биохимическим маркером внутрипеченочного холестаза является
	кислая фосфатаза
	аланинаминотрансфераза
	щелочная фосфатаза
	конъюгированный билирубин
	неконъюгированный билирубин
338	При заболеваниях печени меньше всего страдает уровень
	фибриногена
	тромбина
	фактора V
	антигемофильного глобулина
	Фактора XII
339	Тимоловая проба находится в большой зависимости от содержания в сыворотке
	альбумина
	фибриногена
	б-глобулина
	у-глобулина
	билирубина
340	Высокий уровень гаммаглутамилтранспептидазы является характерным для
	острого алкогольного гепатита
	хронического гепатита В и С
	гемохроматоза
	сахарного диабета
	хронического панкреатита
341	Уровень конъюгированного билирубина в крови остается неизменным при
	синдроме Ротора
	синдроме Дабина-Джонсона
	гемолитической желтухе
	желчно-каменной болезни
	холангите
342	Наиболее чувствительным тестом при синдроме гиперспленизма является определение в
	крови уровня
	билирубина
	щелочной фосфатазы
	аминотрансфераз
	лейкоцитов и СОЭ
	гранулоцитов и тромбоцитов
343	Высокий уровень трансаминаз в сыворотке крови указывает на
	микронодулярный цирроз печени
	холестаз

	острый вирусный гепатит
	первичный билиарный цирроз
	аминазиновую желтуху
344	Зуд при желтухе связан с повышением уровня
	билирубина
	желчных кислот
	лецитина
	фосфолипидов
	щелочной фосфатазы
345	Морфологический субстрат хронического гепатита представлен
	некрозами
	склерозом желчных протоков
	жировой дистрофией
	узелковой деформацией паренхимы
	расширением кровеносных сосудов
346	Биохимическими маркерами активности цирроза печени являются
	повышение уровня прямого билирубина, гиперглобулинемия, повышение печеночных трансаминаз
	гиперпротеинемия и гиперферментемия
	метаболический ацидоз, гипоксемия
	повышение уровня щелочной фосфатазы, микропротеидов
347	При циррозах печени показанием к назначению глюкокортикоидной терапии является
	активная стадия
	гепатомегалия
	вирусная этиология
	гипертермия
	желудочно-кишечное кровотечение
348	Для скрининг-теста на муковисцидоз в крови определяют уровень
	иммунореактивного трипсина
	хлора
	липазы
	натрия
	калия
349	При синдроме гиперспленизма прогностически опасным является
	анемия
	снижение содержания тромбоцитов до $50-30 \times 10^3/\text{л}$
	лейкопения
	отсутствие эффекта терапии преднизолоном
	ускоренное СОЭ
350	Решающим в диагностике хронического гепатита любого генеза является
	определение уровня трансфераз
	генетическое исследование
	гистологическое исследование пунктата печени
	томографическое сканирование
	определение уровня билирубина

351	К более постоянному клиническому проявлению гемохроматоза относится
	пигментация кожи
	атаксия
	кольцо Кайзера-Флейшнера
	кожный зуд
	ангиоэктазии
352	Для верификации гемохроматоза наиболее достоверной диагностической процедурой является
	биопсия кожи
	определение сывороточного железа
	рентгенография легких
	проба с купренилом
	биопсия печени
353	Лекарством выбора для лечения болезни Вильсона-Коновалова является
	метилпреднизолон
	имуран
	D-пеницилламин
	цинктерал
	роферон
354	Хроническая негемолитическая неконъюгированная гипербилирубинемия (синдром Криглера-Найяра) является следствием
	нарушенной билирубин-альбуминовой диссоциации
	снижения содержания белка
	уменьшения внутриклеточного транспорта билирубина
	уменьшения или отсутствия глюкуронилтрансферазы
	повышения захвата билирубина гепатоцитами
355	Аутоиммунный гепатит эффективно лечится
	преднизолоном
	D-пеницилламином
	пентасой
	хофитолом
	интерфероном
356	Экскреция конъюгированного билирубина в желчь осуществляется через билиарный полюс гепатоцита с участием
	цитоплазматических мембран
	лизосом
	аппарата Гольджи
	глюкуронилтрансферазы
	внутриклеточного белка
357	Активность и прогрессирование патологического процесса при хроническом вирусном гепатите В связаны с
	репликативной фазой вируса
	суперинфекцией вируса гепатита D
	интегративной фазой вируса
	аутоиммунными нарушениями
	сопутствующими заболеваниями

358	При первичном билиарном циррозе рекомендуется
	аллохол
	холосас
	урсодезоксихолевая кислота
	эссенциале
	дюспаталин
359	Спленомегалия с желтушным синдромом позволяет заподозрить
	болезнь Гоше
	цирроз печени
	лимфому
	тромбоз селезеночной вены
	инфекционный мононуклеоз
360	Достоверное подтверждение наличия внутрипеченочного холестаза гарантирует
	ультразвуковое сканирование печени
	томография печени
	биопсия печени
	исследование гаммаглутамилтрансферазы
	исследование щелочной фосфатазы
361	Причиной гиперферремии при гемохроматозе является
	расстройство экскреции железа из организма
	неспособность печени метаболизировать железо
	увеличение всасывания железа из кишечника
	высокое содержание железа в рационе
	множественная гемотрансфузия
362	Основной функцией жёлчи является
	эмульгация жиров
	гидролиз углеводов
	лизис белков
	лизис жиров
	нейтрализация желудочного содержимого
363	Диагностировать болезнь Вильсона поможет определение
	растворимых рецепторов трансферрина
	кислой липазы
	церулоплазмина
	антимитохондриальных антител
	антитрипсина
364	Вирусный гепатит достоверно позволяет диагностировать
	биохимический анализ крови
	иммунологическое исследование
	генетический анализ крови
	ПЦР крови
	исследование биоптата печени
365	Сочетание гепатомегалии с неврологическими симптомами характерно для
	Вирусного гепатита
	Аутоиммунного гепатита
	Болезни Вильсона

	Болезни Гоше
	гемохроматоза
366	Аутоиммунный гепатит характеризуется
	гипергаммаглобулинемией
	гиперферремией
	гиперпротеинемией
	гиперфибриногенемией
	гипераммониемией
367	Сочетание бронзовой окраски кожи с гепатомегалией характерно для
	болезни Вильсона
	каротиновой желтухи
	гемолитической анемии
	гемохроматоза
	болезни Гоше
368	Генетическое исследование поможет в диагностике
	лекарственного гепатита
	синдрома Бадда-Киари
	болезни Вильсона
	вирусного гепатита
	гепатокарциномы
369	Достоверным методом диагностики первичного склерозирующего холангита следует считать
	ультразвуковое сканирование
	биопсию печени
	магнитно-резонансную панкреатографию
	холангиографию
	эластографию
370	Боли при дискинезии желчевыводящих путей по гипертоническому типу имеют характер
	кратковременных приступообразных болей в правом подреберье
	опоясывающих
	поздних болей в верхней половине живота
	постоянных распирающих болей в правом подреберье
	тупых распирающих болей в околопупочной области
371	Боли при дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому типу имеют характер
	постоянных распирающих болей в правом подреберье
	опоясывающих
	кратковременных приступообразных болей в правом подреберье
	поздних болей в верхней половине живота
	тупых распирающих болей в околопупочной области
372	Наиболее полную информацию о строении и возможных аномалиях желчевыводящих путей дает
	ретроградная панкреатохолангиография
	УЗИ
	гепатобилисцинтиграфия
	биохимическое исследование пузырной желчи
	холецистография

373	Нарушение синтеза желчных кислот характерно для болезни
	Гоше
	Вильсона
	Байлера
	Кавасаки
	Фабри
374	Желтуха при синдроме Жильбера усиливается при использовании
	сульфаниламидов
	фенобарбитала
	антисекреторных препаратов
	прокинетики
	эссенциале-форте
375	В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря используют
	H2-блокаторы гистамина
	препараты группы сукральфата
	спазмолитики, одестон
	беззондовые тюбажи
	хирургическое лечение
376	В лечении гипокинетической формы дискинезии желчного пузыря используют
	холекинетики
	спазмолитики
	хирургическое лечение
	антациды
	ферменты
377	Желчные камни чаще всего состоят из
	солей желчных кислот
	холестерина
	оксалатов
	мочевой кислоты
	цистина
378	При желчнокаменной болезни имеет место
	снижение соотношения желчных кислот к холестерину
	снижение уровня билирубина в моче
	повышение уровня желчных кислот
	повышение уровня лецитина
	снижение уровня белков желчи
379	Жиры
	способствуют сокращению желчного пузыря и сокращению сфинктера Одди
	способствуют расслаблению желчного пузыря и сокращению сфинктера Одди
	не влияют на желчный пузырь
	способствуют сокращению желчного пузыря и расслаблению сфинктера Одди
	не влияют на сфинктер Одди
380	Назовите изменения в копрограмме, характерные для нарушения желчеотделения
	нейтральный жир
	зерна крахмала

	иглы жирных кислот
	мышечные волокна
	мыла
381	Особенно предрасполагают к развитию холепатии
	заболевания 12-перстной кишки
	хронический тонзиллит
	гастрит
	пневмония
	панкреатит
382	Холестаз отсутствует при
	повреждении гепатоцита
	патологии билиарных путей
	дисбактериозе
	обилии жира в пище
	желчнокаменной болезни
383	Сомнительное проявление дискинезии желчных путей
	боль в правом подреберье
	субиктеричность склер
	обложенность языка
	телеангиоэктазии на коже
	горечь во рту
384	Гинекомастия у больного хроническим гепатитом связана с нарушением
	Синтеза альбумина
	Дезинтоксикации эстрогенов
	Выделения желчи
	Синтеза фибриногена
	Дезинтоксикации аммония
385	Гиосцина бутилбромид (Бускопан)
	действует на гладкую мускулатуру желудка, двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря
	снимает спазм без развития гипотонии гладкой мускулатуры кишечника
	оказывает ганглиоблокирующее действие
	способствует расширению сосудов и повышению АД
	действует как прокинетик
386	Для диагностики желчнокаменной болезни применим комплекс
	клинический, рентгенологический
	клинический, рентгенологический, биохимический анализ крови, УЗИ органов брюшной полости
	клинический, УЗИ органов брюшной полости, копрограмма
	клинический, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
	рентгенологический, УЗИ
387	Расслаблению желчного пузыря способствует
	умеренное раздражение блуждающего нерва
	сильное раздражение блуждающего нерва
	выброс секрета
	раздражение симпатического нерва
	выброс гастрина

388	Гимекромон (одестон)
	действует на гладкую мускулатуру желудка, двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря
	снимает спазм без развития гипотонии гладкой мускулатуры кишечника
	оказывает ганглиоблокирующее действие
	оказывает избирательное спазмолитическое действие на сфинктер Одди и сфинктер желчного пузыря
	уменьшает образование и отделение желчи
389	При гипокинетических расстройствах желчного пузыря отмечаются
	коликообразные боли в правом подреберье, горечь во рту, вздутие живота, неустойчивый стул
	тупые боли в правом подреберье, чувство давления, распирающего, которые усиливаются при изменении положения тела, тошнота, вздутие живота
	чувство давления в эпигастрии, распирающего, которые усиливаются при изменении положения тела
	горечь во рту, вздутие живота, неустойчивый стул
	тупые, ноющие боли в правом подреберье, сопровождаются рвотой
390	Укажите показатели копрограммы связанные с патологией толстой кишки
	мышечные волокна
	слизь, лейкоциты, эритроциты
	крахмал, мыла, нейтральный жир
	жирные кислоты, мыла, крахмал
	нейтральный жир, жирные кислоты, мыла
391	Показанием к проведению колоноскопии является
	жидкий стул с примесью крови
	жидкий стул с кислым запахом
	стеаторея 2 типа
	рвота с примесью крови
	жидкий стул с примесью зелени
392	Назовите полный комплекс мероприятий при функциональных запорах
	прием пищи 5 раз в день, прием слабительных
	двигательный режим, очистительные клизмы, формирование рефлекса на дефекацию
	прием слабительных, формирование рефлекса на дефекацию, опорожнение кишечника в одно и тоже время
	прием пищи 5 раз в день, достаточный прием жидкости, двигательный режим, опорожнение кишечника в одно и тоже время
	двигательный режим, достаточный прием жидкости
393	Прививка от гепатита В у здоровых детей проводится по схеме
	0-1-6
	0-1-2-12
	0-6-12
	0-2-6
	0-1-12
394	Клинические проявления гипокалиемии
	судороги
	мышечная слабость
	гиперсаливация

	гипохромная анемия
395	Клинические проявления сидеропении
	судороги
	мышечная слабость
	гиперсаливация
	гипохромная анемия
396	Клинические проявления гипомagneмией
	судороги
	мышечная слабость
	гиперсаливация
	гипохромная анемия
397	Клинические проявления гипокальциемии
	судороги
	мышечная слабость
	гиперсаливация
	гипохромная анемия
398	Конъюгированный билирубин образуется в клетках печени с помощью фермента
	Глюкуронилтрансферазы
	Щелочной фосфатазы
	Гамма-глутамилтранспептидазы
	5-нуклеотидазы
399	Максимальная реабсорбция желчных кислот происходит в
	12-перстной кишке
	тощей кишке
	подвздошной кишке
	толстой кишке
400	По Бристольской шкале кала диареей считается
	I и II тип кала
	II и III тип кала
	III и IV тип кала
	VI и VII типы кала
401	По Бристольской шкале кала запором считается
	I и II тип кала
	II и III тип кала
	III и IV тип кала
	VI и VII тип кала
402	При гиперацидности в поджелудочной железе увеличивается синтез
	бикарбонатов
	фосфатов
	липазы
	триптазы
403	При язвенной болезни 12-перстной кишки болевой синдром
	Постоянный
	Возникает сразу после приема пищи

	Возникает через 1-1,5 часа после еды
	Имеет мойнингановский ритм
404	Золотым стандартом диагностики желудочно-дуоденального кровотечения является
	УЗИ брюшной полости
	обзорный снимок брюшной полости
	рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта с барием
	эзофагогастродуоденоскопия
405	Возбудителем язвенной болезни является
	Candida albicans
	Helicobacter pylori
	Streptococcus viridans
	Staphylococcus aureus
406	Терапией первой линии в эрадикации Helicobacter Pylori является
	тройная терапия: ингибитор протонной помпы + кларитромицин + амоксициллин
	тройная терапия: ингибитор протонной помпы + амоксициллин + де-нол
	тройная терапия: ингибитор протонной помпы + тетрациклин + де-нол
	Квадротерапия: ингибитор протонной помпы + кларитромицин + амоксициллин + де-нол
407	Терапией второй линии в эрадикации Helicobacter Pylori является
	тройная терапия: ингибитор протонной помпы + кларитромицин + амоксициллин
	тройная терапия: ингибитор протонной помпы + амоксициллин + де-нол
	тройная терапия: ингибитор протонной помпы + тетрациклин + де-нол
	Квадротерапия: ингибитор протонной помпы + кларитромицин + амоксициллин + де-нол
408	В поджелудочной железе синтез ферментов осуществляется клетками
	калликреиновой системы
	эпителиально-железистой ткани
	β -клетками
	α -клетками
409	В поджелудочной железе синтез инсулина осуществляется клетками
	калликреиновой системы
	эпителиально-железистой ткани
	β -клетками
	α -клетками
410	Гипергликемия натощак выявляется при
	аддисоновой болезни
	фруктоземии
	хроническом гепатите
	хроническом панкреатите
411	Гипогликемия после еды выявляется при
	аддисоновой болезни
	фруктоземии
	хроническом гепатите
	хроническом панкреатите
412	Исходом хронического панкреатита являются
	Эндокринная недостаточность поджелудочной железы

	экзокринная недостаточность поджелудочной железы
	перитонит
	кахексия
413	Показаниями к обзорной рентгенографии органов брюшной полости являются
	диагностика кишечной непроходимости
	диагностика паралитического илеуса
	подозрение на перфорацию полых органов
	диагностика дивертикулёза
	диагностика новообразований
414	При гиперкинезии пищевода рекомендуется
	жидкое питание
	седативная терапия
	вяжущие и обволакивающие средства
	физиотерапия
	блокаторы кальциевых каналов
415	Для эзофагоспазма характерно
	дисфагия непостоянная при употреблении жидкой пищи
	боли за грудиной при волнении
	снижение массы тела
	жжение за грудиной
	диарея
416	Клинические проявления ахалазии кардии включают
	дисфагию
	загрудинную боль
	регургитацию пищеводного содержимого (пищеводная рвота)
	изжогу
	отрыжку воздухом
417	При аллергическом поражении пищевода могут отмечаться
	изжога
	отрыжка
	дисфагия
	непереносимость продуктов
	боли в правом подреберье
418	Какие группы препаратов применяются при эрадикации Хеликобактерной инфекции
	препараты висмута
	пробиотики
	ингибиторы протонной помпы
	производные нитрофурана
	антибиотики
419	Укажите методы контроля за эффективностью эрадикационной терапии Нр-ассоциированного гастрита
	фиброэзофагогастродуоденоскопия
	дыхательный хелик-тест
	бактериологический посев кала
	ИФА IgG в сыворотке крови
	ПЦР кала

420	Укажите режимы назначения антацидов у ребенка с эрозивным дуоденитом
	через 40 мин - 1 час после еды
	по требованию
	за 30 мин до еды
	после еды
	только на ночь
421	Действие секретина заключается в
	торможении секреции соляной кислоты
	снижении гастрина в сыворотке
	повышении секреции бикарбонатов
	снижении секреции бикарбонатов
	повышении продукции гастрина
422	Выработку гастрина антральным отделом желудка могут стимулировать
	ощелачивание антрума
	растяжение антрума
	прием пищи
	ацидофикация антрума
	гипергликемия
423	Для эозинофильного гастроэнтерита характерны
	гранулематозная инфильтрация слизистой оболочки ЖКТ
	эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки ЖКТ
	тошнота, боли в животе, диарея
	купирование клинических симптомов при соблюдении элиминационной диеты
424	При язвенной болезни непрерывно-рецидивирующего течения обострения возникают
	1 раз в год
	4 раза и более в год
	2 раза в год
	нет периодов ремиссии
	3 раза в год
425	При гастропозе отмечаются
	тяжесть, распирающие боли в подложечной области
	отрыжка, изжога
	снижение аппетита
	схваткообразные боли
	метеоризм
426	Для дуоденогастрального рефлюкса характерны
	боли в эпигастрии
	изжога
	чувство горечи во рту
	отрыжка
	запор
427	Этиологическими факторами развития язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей могут быть
	инфицирование хеликобактером пилори
	отягощенная семейная наследственность по язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

	приемом нестероидных противовоспалительных препаратов
	ротавирусная инфекция
428	Хеликобактерная инфекция может быть этиологическим фактором развития язвы в
	антральном отделе желудка
	дуоденальной луковице 12-перстной кишки
	пищеводе
	кардиальном отделе желудка
429	К снижающим продукцию соляной кислоты относятся препараты
	H ₂ -антагонисты
	ингибиторы протонной помпы
	висмута трикалия дицитрат
	M-холинолитики
	гевискон
430	Противопоказаниями к применению невсасывающихся антацидов у детей являются
	почечная недостаточность тяжелой степени;
	повышение уровня кальция в сыворотке крови;
	высокая кислотность желудочного содержимого
	снижение уровня фосфатов в крови
431	Внезапное появление ночью интенсивных некупирующихся болей в эпигастрии, сопровождающихся рвотой, после вечернего обильного приема пищи требует проведения дифференциального диагноза с
	аксиальной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы
	острым панкреатитом
	острым гастроэнтеритом
	гиперкинезией пищевода
	желчной коликой
432	Перечислите необходимые обследования при подозрении на атрезию пищевода у новорожденного
	катетеризация пищевода
	рентгенологическое исследование пищевода
	фибронатрахеобронхоскопия
	фиброэзофагогастродуоденоскопия
	определение эластазы кала
433	Эктопированная поджелудочная железа – хориома наиболее часто локализуется в
	двенадцатиперстной кишке
	в тощей или подвздошной кишке
	желудке
	печени
	пищевод
434	Биохимическими маркерами синдрома холестаза являются
	увеличение уровней трансаминаз
	увеличение уровня ГГТ
	гипопротеинемия
	гипербилирубинемия за счет прямой фракции
	высокая активность щелочной фосфатазы

435	Для первичного билиарного цирроза печени характерны
	высокая лихорадка
	кожный зуд
	увеличение уровня щелочной фосфатазы в 3 и более раз
	гипербилирубинемия с преобладанием конъюгированной фракции
	гипопротеинемия
436	Для экссудативной энтеропатии наиболее характерно
	дефицит массы тела
	лихорадка
	отечный синдром
	синдром мальабсорбции
	синдром гемоколита
437	Эндоскопическими признаками неспецифического язвенного колита являются
	изменения слизистой по типу «булыжной мостовой
	очаговость изменений слизистой оболочки кишки
	непрерывный характер изменений слизистой оболочки кишки
	язвенные дефекты линейные, глубокие
	язвенные дефекты округлой формы, поверхностные
438	Эндоскопическими признаками болезни Крона являются
	изменения слизистой по типу «булыжной мостовой
	очаговость изменений слизистой оболочки кишки
	непрерывный характер изменений слизистой оболочки кишки
	язвенные дефекты линейные, глубокие
	язвенные дефекты округлой формы, поверхностные
439	Пациентам с вторичной лактазной недостаточностью из питания исключают
	цельное молоко
	йогурты
	плавленые сыры
	твердые сорта сыра
	творог
440	Для синдрома Швахмана-Даймонда характерно
	задержка умственного развития
	задержка физического развития
	стеаторея
	креаторея
	нейтропения
441	Основными компонентами секрета поджелудочной железы являются
	слизь
	ферменты
	бикарбонат натрия
	соли калия
	вода
442	Врожденная экзокринная недостаточность поджелудочной железы характерна для
	целиакии
	синдрома Швахмана-Даймонда
	муковисцидоза

	болезни Гоше
	изолированной липазной недостаточности
443	Провокационный тест (нагрузка глютенем) проводится детям
	с 3-х лет
	с 7 лет
	амбулаторно
	в стационаре
	соблюдающим безглютеновую диету
444	«Скрытый» глютен содержится в
	молоке
	колбасных изделиях
	консервах и соусах
	конфетах
	бобовых
445	При смешанной форме муковисцидоза у ребенка может наблюдаться
	задержка умственного развития
	задержка физического развития
	частые респираторные инфекции
	нейтропения
	цирроз печени
446	Калькулезный холецистит может иметь осложнения
	гастродуоденальное кровотечение
	панкреонекроз
	стеноз фатерова сосочка
	гнойный холангит
447	К пузырьным симптомам относятся
	симптом Мейо-Робсона
	симптом Ортнера
	френикус-симптом
	симптом Мерфи
448	Увеличение активности щелочной фосфатазы в крови возможно при
	гипертиреозе
	внутри- и внепеченочном холестазае
	беременности
	гипотиреозе
	резких скачках роста у детей
449	Показаниями к литотрипсии является наличие
	желтухи
	одиночных камней
	камней диаметром менее 2-х см
	холестериновых камней
	камней диаметром более 3-х см
450	При подозрении на хронический калькулезный холецистит с целью уточнения диагноза целесообразно провести
	динамической гепатобилисцинтиграфии

	магнитно-резонансную холангиопанкреатографию
	обзорную рентгенографию органов брюшной полости
	УЗИ
	ЭГДС
451	Основными принципами диетотерапии болезни Крона у детей являются
	исключение глютен-содержащих продуктов
	исключение цельного молока и кисло-молочных продуктов
	обогащение рациона питания белком за счет творога
	исключение свежих овощей и фруктов
	ограничение мясных продуктов
452	К признакам синдрома мальабсорбции при копрологическом исследовании относятся
	увеличение содержания мышечных волокон
	увеличение числа лейкоцитов
	увеличение содержания мыла и жирных кислот
	уменьшение количества клетчатки
	большое количество слизи в кале
453	Белки коровьего молока, наиболее часто вызывающие сенсibilизацию у детей
	лактоферрин
	казеин
	лизоцим
	α-лактальбумин
	β-лактоглобулин
454	Наличие крови в стуле в виде прожилок характерно для
	экссудативной энтеропатии
	интестинальной формы пищевой аллергии
	язвенной болезни 12-перстной кишки, осложненной кровотечением
	неспецифического язвенного колита
	инфекционного колита
455	К истинно тонкокишечным относятся ферменты
	энтерокиназа
	лактаза
	мальтаза
	щелочная фосфатаза
	липаза
456	Больные с целиакией могут употреблять в пищу
	булгур
	кукурузу
	черный хлеб
	картофель
	пшено
457	В отношении болезни Гиршпрунга верны следующие положения
	чаще это наследственное заболевание
	чаще болеют дети
	является широко распространенным
	чаще болеют пожилые
	хорошо лечится консервативно

458	Ведущими симптомами болезни Гиршпрунга являются
	отсутствие самостоятельного стула
	увеличение живота в размерах (лягушачий живот)
	видимая перистальтика
	поносы
	примесь крови в кале
459	Пассаж в кишечнике замедляют следующие продукты
	рис
	сваренное вкрутую яйцо
	молоко
	вода
	овощи
460	Для гемолитической желтухи является характерным
	увеличение в крови неконъюгированного билирубина
	нормальный уровень сывороточной щелочной фосфатазы
	нормальный уровень сывороточных трансаминаз и гаммаглутамилтранспептидазы
	билирубинурия
461	Протеолитическая активность панкреатического сока у ребенка на грудном вскармливании
	выше, чем у ребенка на искусственном вскармливании
	ниже, чем у ребенка на искусственном вскармливании
	ниже, чем у ребенка на смешанном вскармливании
	выше, чем у ребенка получающего продукты прикорма
	ниже, чем у ребенка, получающего продукты прикорма
462	Правильным определением понятия "аллергия" является
	гипореактивность организма
	гиперреактивность организма
	способ защиты организма от чужеродных веществ
	иммунная реакция организма, сопровождающаяся повреждением собственных тканей
	защита от инфекционного фактора
463	К иммунокомпетентным клеткам относят
	лимфоциты
	макрофаги
	плазматические клетки
	тучные клетки
	тромбоциты
464	К медиаторам аллергических реакций относят
	гистамин
	каликреин
	серотонин
	норадреналин
	ацетилхолин
465	К функциям Т-лимфоцитов относят
	клеточные иммунные реакции
	главные регуляторные функции иммунитета
	противоопухолевую защиту

	продукцию иммуноглобулинов
	фагоцитоз
466	Всасывание жира в кишечнике нарушается при
	дефиците витаминов группы В
	дефиците желчных кислот
	травмах
	белковом голодании
	избытке углеводов в рационе
467	Наследственная предрасположенность отмечается при следующих
	гастроэнтерологических заболеваниях
	язвенная болезнь
	калькулезный холецистит
	язвенный колит
	цирроз печени
	киста поджелудочной железы
468	Концентрация гастрина в крови достигает значительных степеней при
	хроническом аутоиммунном гастрите
	синдроме Золингера - Элисона
	язвенной болезни желудка
	язвенной болезни 12-перстной кишки
	хроническом панкреатите
469	Механизм действия соматостатина
	стимуляция выделения соляной кислоты
	торможение выделения соляной кислоты
	стимуляция моторики желудка и кишечника
	стимуляция секреции бикарбонатов панкреатического сока
	торможение моторики кишечника
470	Холецистокинин стимулирует
	секрецию панкреатических ферментов
	сокращение желчного пузыря
	расслабление сфинктера Одди
	моторику желудка и кишечника
	секрецию соляной кислоты
471	Механизм действия бомбезина
	увеличение концентрации ферментов в панкреатическом соке
	увеличение количества бикарбонатов в доуденальном соке
	стимуляция выделения соляной кислоты
	торможение моторной активности кишечника
472	Дефицит в крови кальция вызывает
	судорожный синдром
	мышечную слабость
	остеопению
	гипохромную анемию
473	В диагностике холестатического синдрома имеют значение повышение
	щелочной фосфатазы

	прямого билирубина
	холестерина
	г-глутамилтранспептидазы
	липопротеина
474	Жирные кислоты и мыла в кале свойственны для следующих заболеваний
	синдром Швахмана
	болезнь Уиппла
	глутеновая болезнь
	ускоренная перистальтика кишечника
	амилоидоз тонкой кишки
475	Значительное повышение сывороточной амилазы указывает на
	паротит
	острый панкреатит
	острый гепатит
	перитонит
	острый гастрит
476	Активность трипсина сыворотки крови повышается при
	остром панкреатите
	обострении хронического панкреатита
	язвенной болезни
	хроническом гепатите
477	Диагностическими маркерами болезни Вильсона являются
	Увеличение суточной экскреции меди с мочой
	Снижение уровня церулоплазмينا
	Кольцо Кайзера-Флешнера
	Снижение альфа1-антитрипсина
	Увеличение липопротеинов высокой плотности
478	Повышение аспартатаминотрансминазы в сыворотке крови может быть вызвано
	некрозом гепатоцитов любой этиологии
	миокардитом
	инфарктом миокарда
	заболеванием почек
	травмой
479	Тромбоцитопения при заболеваниях печени наблюдается вследствие
	уменьшения образования тромбоцитов в костном мозге
	повышенного распада тромбоцитов в селезенке
	нарушения образования протромбина
	качественных изменений тромбоцитов
	нарушения образования тромбокиназы
480	Суточное мониторирование рН пищевода позволяет определить
	наличие желудочно-пищеводного рефлюкса
	частоту и время заброса содержимого желудка в пищевод
	выраженность эзофагита
	наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
	наличие эрозивного эзофагита

481	Инфицирование слизистой оболочки желудка пилорическим хеликобактером выявляется исследованием
	биоптата слизистой оболочки антрального отдела желудка
	сыворотки крови на антитела
	уреазного теста
	желудочного сока
	мониторированием pH
482	Холестатическая желтуха характеризуется
	гипербилирубинемией с преобладанием конъюгированной фракции
	гиперхолестеринемией
	повышением щелочной фосфатазы
	гипербилирубинемией с преобладанием неконъюгированной фракции
	гипохолестеринемией
483	Гипонатриемия наступает при
	бессолевой диете
	рвоте
	диарее
	запоре
	безбелковой диете
484	Диагностическими маркерами аутоиммунного гепатита у детей являются
	гипергаммаглобулинемия
	гиперфибриногенемия
	Титр аутоантител 1:80 и более
	Титр аутоантител 1:20 и более
	гиперлипидемия
485	Повышение уровня железа в сыворотке крови наблюдается при
	гемолитической анемии
	гемохроматозе
	синдроме цитолиза
	гипохромной постгеморрагической анемии
	позднем хлорозе
486	Гипокупремия отмечается при
	отравлениях ртутью
	отравлениях свинцом
	атрофическом гастрите
	болезни Вильсона-Коновалова
	амилоидозе печени
487	Активность факторов протромбинового комплекса уменьшается при
	аутоиммунном гепатите
	циррозах печени
	хроническом холецистите
	желчнокаменной болезни
	хроническом панкреатите
488	Для острого гепатита характерны морфологические изменения в виде
	зернистой дистрофии печени
	гидропенической дистрофии (баллонной)

	некроза гепатоцитов
	жировой дистрофии печени
	телец Мэллори
489	Лабораторными показателями, характерными для печеночного мезенхимально-воспалительного синдрома, являются
	гипер-γ-глобулинемия
	повышение в крови продуктов соединительной ткани (С-реактивного белка, гексоз, серомукоида)
	гипербилирубинемия
	гипертрансаминаземия
	гиперхолестеринемия
490	Чёрно-коричневый, плотный кал
	характерен для мясной диеты
	характерен для приёма черники, чёрной смородины
	появляется при приёме карболена, висмута
	появляется при эрозивно-язвенном процессе в правых отделах толстой кишки
	может появляться при гнилостной диспепсии
491	Золотисто-жёлтая окраска кала возникает
	при прекращении поступления желчи в кишечник
	за счёт билирубина у грудных детей
	за счёт билирубина при гипермоторики тонкой кишки
	при панкреатитах
	при энтерите с ускоренной перистальтикой
492	Обилие стекловидной слизи в кале характерно для
	синдрома раздражённого кишечника
	некротически-язвенного колита
	аллергического колита
	энтерита с ускоренной перистальтикой
	некроза правого отдела толстой кишки
493	Для вакцинации от гепатита В могут использоваться
	регевак
	энджерикс
	инфанрикс
	приорикс
	ультравак
494	Недостатками УЗИ органов брюшной полости являются
	низкая чувствительность метода при малых размерах очагов
	не исследуется функция органов
	результат в большой степени зависит от врача, проводившего исследование
	газы и жир затеняют данные
	недорогой метод исследования
495	Недостатками компьютерной томографии органов брюшной полости являются
	высокая доза облучения
	возможна недооценка некоторых опухолей
	результат в большой степени зависит от врача, проводившего исследование
	газы и жир затеняют данные

	дорогостоящий метод исследования
496	Недостатками рентгеноконтрастного исследования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки являются
	риск аспирации
	плохая детализация слизистой
	невозможность биопсии
	низкая чувствительность в выявлении раннего рака
	газы и жировая клетчатка затеняют данные
497	Показаниями к проведению эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются
	потеря массы тела
	острое или хроническое желудочно-кишечное кровотечение
	подозрительные результаты исследования с бариевым завтраком
	биопсия слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки для выявления причин мальабсорбции
	диагностика перфорации в указанных отделов ЖКТ
498	Показаниями к проведению колоноскопии являются
	подозрение на воспалительные заболевания кишечника
	хроническая диарея
	дискомфорт в животе
	прямокишечное кровотечение или анемия
	оценка отклонений, выявленных при ирригоскопии
499	Показанием к плановому оперативному лечению язвы желудка являются
	Размер язвенного дефекта более 3 см
	Пенетрация
	Частые кровотечения в анамнезе
	Отсутствие рубцевания в течение более 2-х месяцев
500	При обострении панкреатита из рациона исключается
	цельное молоко
	свежие овощи и фрукты
	крупяные блюда
	отварное мясо
501	Экзокринная недостаточность поджелудочной железы выявляется при
	Хроническом гастродуодените
	муковисцидозе
	хроническом панкреатите
	Хроническом гепатите
502	Лабораторными признаками пенетрации язвы желудка в поджелудочную железу является
	повышение
	амилазы
	липазы
	глюкагона
	щелочная фосфатазы
503	Золотым стандартом диагностики острого панкреатита является
	ультразвуковое исследование органов брюшной полости

	обзорная рентгенограмма органов брюшной полости
	определение уровня липазы крови
	липидограмма кала
504	Биохимическими маркерами острого панкреатита являются
	гиперамилаземия
	гиперлипаземия
	гипертрипсинемия
	диспротеинемия
505	Препаратами первой линии при остром панкреатите являются
	блокаторы H2-гистаминовых рецепторов
	сандостатин
	прокинетики
	пеногасители
506	В островках Лангерганса осуществляется синтез
	секретина
	инсулина
	гастроингибирующего полипептида
	глюкагона
507	При муковисцидозе поражаются
	бронхолегочная система
	поджелудочная железа
	потовые железы
	почки
508	Проявлением муковисцидоза в неонатальном периоде является
	пневмония
	мекониальный илеус
	затянувшаяся гипербилирубинемия
	нарушения водно-электролитного обмена
509	Проявлением муковисцидоза в грудном периоде является
	пневмония
	мекониальный илеус
	затянувшаяся гипербилирубинемия
	стеаторея
510	Проявлением муковисцидоза во взрослом возрасте является
	Бесплодие у мужчин
	Кишечная непроходимость
	Желтуха
	Рецидивирующие бронхо-пневмонии
511	Для диагностики муковисцидоза применяют
	Определение хлоридов в поте
	Определение натрия в поте
	Определение эластазы в кале
	Определение липазы в кале
512	Осложнениями хронического панкреатита являются

	кисты
	анафилактический шок
	стеноз дистального отдела холедоха
	абсцессы поджелудочной железы
513	Болевой синдром при панкреатите обусловлен
	воспалением поджелудочной железы
	сдавлением солнечного сплетения
	повышением внутрипротокового давления
	формированием псевдокист
514	Стимуляторами секреции панкреатического сока являются
	холецистокинин
	соляная кислота
	соматостатин
	гастрин
515	Биохимическим маркером синдрома цитолиза является
	Повышение уровня билирубина
	Повышение уровня щелочной фосфатазы
	Повышение уровня трансаминаз
	Повышение уровня лактатдегидрогеназы
516	Биохимическим маркером синдрома холестаза является
	Повышение уровня билирубина
	Повышение уровня щелочной фосфатазы
	Повышение уровня трансаминаз
	Повышение уровня лактатдегидрогеназы
517	Биохимическим маркером синдрома печеночно-клеточной недостаточности является
	гипоальбуминемия
	гипогаммаглобулинемия
	гипохолестеринемия
	гипонатриемия

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Оценка анамнеза и жалоб пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы.
2. Оценка состояния и физического развития пациентов различного возраста.
3. Оценка проведенного осмотра пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы.
4. Оценка результатов лабораторных методов обследования:
 - клинического анализа крови;
 - общего анализа мочи;
 - биохимического анализа мочи;
 - биохимического анализа крови при гастроэнтерологических заболеваниях (общий белок, белковые фракции, холестерин, общий билирубин, его фракции, проба Вельтмана, сулемовая проба, тимоловая проба, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), амилазы крови, липаза);
 - коагулограммы: время свертывания, длительность кровотечения, толерантность к гепарину, протромбиновый индекс, протромбиновое время, время рекальцификации.
 - кислотно-основного состояния крови;

- сахара крови натощак;
- серологических маркеров вирусных гепатитов А, В, С;
- амилазы мочи (диастазы);
- кала (копрограммы, бактериологического исследования кала, кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена), фекального кальпротектина, антигена *Clostridium difficile*, *Helicobacter pylori* в кале, альфа-1 антитрипсина в кале);

5. Оценка результатов инструментальных методов исследования:

- эзофагогастродуоденоскопии;
- морфологического исследования биоптатов слизистой оболочки (пищевода, желудка, 12-п кишки, тонкой и толстой кишки);
- 24-часовой внутрипищеводной рН-метрии;
- УЗИ органов брюшной полости;
- Ультразвуковой эластографии и эластометрии печени, степени фиброза по шкале MetAvir;

- обзорной рентгенографии органов брюшной и грудной полости;
- рентгенологического исследования ЖКТ с контрастом;
- ректороманоскопии;
- колоноскопии;
- биопсии печени;
- эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ);
- компьютерной томографии (КТ);
- магнитно-резонансной томографии (МРТ);
- магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ)

6. Формулировка диагноза в соответствии с общепринятой для данной нозологической формы классификации и действующей МКБ.

7. Составление и обоснования плана лечения пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы. Назначение медикаментозной и немедикаментозной терапии, лечебного питания. Расчет питания.

8. Определение медицинских показаний и противопоказаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации;

9. Определение признаков временной и стойкой нетрудоспособности;

10. Рассказать о тактике врача-гастроэнтеролога при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы:

- кровотечении из верхних отделов ЖКТ;
- кровотечении из нижних отделов ЖКТ;
- химическом ожоге пищевода, травме пищевода, инородном теле пищевода;
- перфорации и пенетрации язвы желудка и 12-п кишки;
- травме желудка и двенадцатиперстной кишки;
- остром животе;
- остром панкреатите, панкреонекрозе;
- острой печеночной недостаточности;
- желчной колике;
- остром холецистите, холецистохолангите;
- острой кишечной непроходимости;
- остром нарушении мезентериального кровообращения.

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Основы организации гастроэнтерологической помощи в Российской Федерации. Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по

вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы. Стандарты медицинской помощи.

2. Особенности организации гастроэнтерологической помощи в стационаре. Основные принципы работы с медицинской документацией и организация деятельности медицинского персонала в стационаре. Медицинские показания для направления пациентов для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара.

3. Основы здорового образа жизни. Профилактические программы для оптимизация физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела. Профилактика развития заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы.

4. Основы медико-социальной экспертизы. Основная нормативная документация. Медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, имеющих стойкое нарушение функций организма, на прохождение медико-социальной экспертизы.

5. Санитарно-противоэпидемическая работа лечебно-профилактического учреждения. Нормативная документация, регламентирующая основные санитарно-эпидемиологические требования.

6. Порядок организации медицинской реабилитации. Основные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические), применяемые для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы.

7. Структурные и функциональные особенности слизистой оболочки пищеварительного тракта. Физиология пищеварения. Возрастные особенности транспортных процессов в пищеварительном тракте у детей и взрослых.

8. Задачи и принципы медикогенетической службы в России. Принципы диагностики наследственных болезней. Клинические, инструментальные и лабораторные методы диагностики. Синдромологический анализ. Клинико-генеалогический анализ. Принципы лечения наследственных болезней и болезней с наследственным предрасположением (симптоматические методы лечения; патогенетическое лечение этиологическое лечение).

9. Особенности фармакокинетики и фармакодинамики у детей.

10. Особенности фармакокинетики и фармакодинамики у пожилых.

11. Анатомофизиологические особенности пищевода детей и взрослых.

12. Методы исследования пищевода. Рентгенологические методы. Эзофагоманометрия. Фармакодиагностика. Методы выявления гастроэзофагеального рефлюкса. Эзофагоскопия.

13. Аномалии развития пищевода. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение. Динамическое наблюдение за больным после оперативного лечения.

14. Синдром рвоты и срыгивания у детей. Гастроэзофагеальный рефлюкс у детей грудного и раннего возраста. Течение и осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению.

15. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению.

16. Гастроэзофагеальный рефлюкс. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению.

17. Пептическая язва пищевода. Эрозия пищевода. Пищевод Баррета. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение и осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение.

18. Дискинезия пищевода. Пищевод Щелкунчика. Диффузный эзофагоспазм. Спазм пищевода. Дифференциальная диагностика. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
19. Аллергический эзофагит. Дифференциальная диагностика. Лечение.
20. Микозы пищевода. Дифференциальная диагностика. Лечение.
21. Склеродермия пищевода. Дифференциальная диагностика. Лечение.
22. Туберкулез пищевода. Дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное и хирургическое лечение.
23. Травмы пищевода. Ожоги пищевода. Химический эзофагит. Первая помощь и тактика ведения. Показания к оперативному лечению. Особенности наблюдения за детьми после ожога пищевода. Особенности ведения взрослых пациентов после ожогов пищевода. Реабилитационные мероприятия.
24. Доброкачественные опухоли пищевода. Клинические симптомы Дифференциальная диагностика. Лечение.
25. Злокачественные опухоли пищевода. Клинические симптомы Дифференциальная диагностика. Лечение. Медико-социальная экспертиза и реабилитация.
26. Анатомофизиологические особенности желудка и двенадцатиперстной кишки.
27. Пороки развития желудка и двенадцатиперстной кишки Пилоростеноз. Патологическая анатомия. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Хирургическое лечение.
28. Функциональные нарушения ЖКТ у детей раннего возраста. Синдром рвоты и срыгивания у детей у детей раннего возраста. Пилороспазм у детей раннего возраста. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения.
29. Этиология и клинических проявления гастрита и дуоденита у детей раннего возраста. Принципы диагностики и алгоритм терапии.
30. Функциональная диспепсия. Определение понятия. Клинические варианты диспепсии.
31. Язвенная болезнь желудка. Современные представления об эрозивных поражениях желудка. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клинические варианты течения. Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
32. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Эрозия двенадцатиперстной кишки. Язва пептическая двенадцатиперстной кишки. Язва постпилорическая. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клинические варианты течения. Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
33. Осложнения течения язвенной болезни у детей, частота встречаемости. Кровотечение, пенетрация, перфорация, стеноз привратника, перивисцерит. Клиническая картина. Методы ранней диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение.
34. Синдром Золингера-Эллисона. Этиология, патогенез. Особенности клиники, диагностики. Дифференциальный диагноз. Медикаментозное лечение. Оперативное лечение.
35. Гастрит острый и хронический. Современная классификация хронического гастрита. Этиология. Клинические симптомы. Диагностика. Лечение.
36. Хронический атрофический гастрит. Желудочная атрофия. Этиология и патогенез. Особенности клинических симптомов, диагностики и лечения.
37. Дуоденит, острый и хронический. Этиология. Клинические симптомы. Диагностика. Лечение.
38. Доброкачественные опухоли желудка: полипы, миомы, фибромы, гемангиомы, невриномы.

39. Злокачественные опухоли желудка: рак желудка, саркома желудка, лимфома желудка. Лимфомы желудка, MALT-лимфома. Клинические симптомы Дифференциальная диагностика. Принципы терапии. Вопросы деонтологии. Медико-социальная экспертиза и реабилитация.
40. Анатомофизиологические особенности поджелудочной железы.
41. Аномалии развития поджелудочной железы. Кольцевидная поджелудочная железа. Абберрантная поджелудочная железа. Эктопия поджелудочной железы. Разделенная поджелудочная железа. Пороки развития протоковой системы поджелудочной железы.
42. Панкреатит, вызванный аномалиями развития желчевыводящих путей, травмой поджелудочной железы, инфекционным процессом. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.
43. Муковисцидоз. Классификация. Генетические маркеры. Клинические проявления. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Современные препараты панкреатических ферментов. Прогноз.
44. Болезнь Швахмана. Классификация. Генетические маркеры. Клинические проявления. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Современные препараты панкреатических ферментов. Прогноз.
45. Наследственный хронический панкреатит. Генетические маркеры. Клинические проявления. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Прогноз.
46. Острый панкреатит. Острый рецидивирующий, геморрагический, подострый, гнойный. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз.
47. Осложнения острого панкреатита. Абсцесс поджелудочной железы. Некроз поджелудочной железы острый, инфекционный. Консервативная терапия. Показания, возможности, методы и результаты оперативного лечения.
48. Хронический панкреатит. Классификация хронического панкреатита у детей по этиологии, течению, степени тяжести, функциональному состоянию поджелудочной железы, наличию сопутствующих заболеваний. Этиология и патогенез. Клинические симптомы. Варианты течения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диетотерапия.
49. Экзокринная недостаточность поджелудочной железы. Этиология и патогенез. Клинические симптомы. Диагностика. Лечение.
50. Гормонпродуцирующие опухоли поджелудочной железы. Инсулинома, гастринома, випома. Этиология и патогенез. Клинические симптомы. Варианты течения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.
51. Рак поджелудочной железы. Клинические симптомы Дифференциальная диагностика. Принципы терапии. Вопросы деонтологии. Медико-социальная экспертиза и реабилитация.
52. Анатомофизиологические особенности печени и протоковой системы.
53. Дифференциальный диагноз при основных клинико-лабораторных синдромах, сопровождающих течение заболеваний печени: синдроме цитолиза, холестаза, иммуновоспалительном синдроме, синдроме печеночно-клеточной функциональной недостаточности.
54. Поражение печени при внутриутробных инфекциях. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Генетические аспекты. Прогноз.
55. Нарушения метаболизма малых молекул, углеводов, липидов. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Прогноз.
56. Галактоземия. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Прогноз.

57. Тирозинемия тип 1. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Прогноз.
58. Неонатальный гемохроматоз. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Прогноз.
59. Болезнь Вольмана. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Прогноз.
60. Синдром Цельвегера. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Прогноз.
61. Лизосомные болезни накопления. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Прогноз.
62. Аминоацидопатии. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Прогноз.
63. Органические ацидурии. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Прогноз.
64. Гликогенозы. Клинические симптомы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Прогноз.
65. Болезнь Гоше. Клинические симптомы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Прогноз.
66. Болезнь Нимана-Пика, тип В и С. Клинические симптомы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Прогноз.
67. Недостаточность альфа-1- антитрипсина. Клинические симптомы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Прогноз.
68. Болезнь накопления эфиров холестерина. Клинические симптомы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Прогноз.
69. Гемохроматоз. Этиология. Патогенез, классификация. Клинические симптомы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Прогноз.
70. Болезнь Вильсона-Коновалова (гепатолентикулярная дегенерация). Клинические симптомы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.
71. Порфирии. Клинические симптомы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.
72. Ретикулогистиоцитоз. Этиология. Патогенез. Формы гистиоцитоза Х. Клинические симптомы. Генерализация процесса с поражением внутренних органов. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.
73. Хронические вирусные гепатиты. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические симптомы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Осложнения.
74. Хронические невирусные гепатиты. Аутоиммунный, лекарственный, криптогенный гепатиты. Этиология. Патогенез. Клинические симптомы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Осложнения.
75. Неалкогольная жировая болезнь печени. Этиология. Патогенез. Клинические симптомы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Осложнения.
76. Алкогольная болезнь печени. Клинико-морфологические формы лекарственной болезни печени. Этиология. Патогенез. Клинические симптомы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современное лечение.
77. Первичный склерозирующий холангит. Первичный билиарный холангит. Этиология. Патогенез. Клинические симптомы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современное лечение.

78. Фиброз и цирроз печени. Классификация. Морфологическая характеристика
79. . Этиология. Клиническая картина. Течение. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению.
80. Трансплантация печени. Принципы отбора больных. Показания, противопоказания. Возможности и результаты. Ведение больных после операции. Реабилитация.
81. Амилоидоз печени. Жировая дистрофия печени. Этиология. Патогенез. Клинические симптомы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.
82. Болезни сосудов печени. Болезнь и синдром Бадда-Киари. Тромбоз воротной вены. Тромбофлебит воротной вены. Синдром Крювелле-Баумгартена.
83. Паразитарные заболевания печени. Опухоли печени. Кисты печени. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
84. Анатомофизиологические особенности желчного пузыря и желчевыводящих путей.
85. Пороки развития желчевыводящей системы. Атрезия желчевыводящих ходов. Гипоплазия желчных протоков. Кисты печени и желчных протоков. Классификация. Основные клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к трансплантации печени.
86. Прогрессирующий внутрипеченочный холестаз. Синдром Байлера. Патогенез. Клинические проявления. Критерии диагностики. Дифференциальный диагноз. Современные методы лечения. Показания к трансплантации печени.
87. Слизистые и желчные пробки желчных протоков. Холангиты у детей раннего возраста. Клинические проявления. Критерии диагностики. Дифференциальный диагноз. Современные методы лечения.
88. Особенности желчнокаменной болезни у детей раннего возраста. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение.
89. Функциональные расстройства желчного пузыря и желчевыводящих путей. Гипотония, гипертония желчного пузыря; дисфункция сфинктера Одди. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Терапия. Профилактика.
90. Холецистит (с сохраненной функцией желчного пузыря, отключенный желчный пузырь). Холангит. Холецистохолангит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические симптомы. Диагностика и дифференциальная диагностика. Современная терапия. Профилактика. Прогноз.
91. Желчнокаменная болезнь. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические симптомы. Диагностика и дифференциальная диагностика. Медикаментозная терапия. Показания к хирургическому лечению. Профилактика. Прогноз.
92. Холестероз желчного пузыря. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Медикаментозная терапия, показания к диетотерапии. Профилактика.
93. Паразитарные заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Клинические симптомы. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Медикаментозная терапия. Профилактика.
94. Опухолевые заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей. Клинические проявления. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.
95. Анатомофизиологические особенности тонкой и толстой кишки.
96. Аномалии развития тонкой кишки. Аплазия, атрезия, стеноз тонкой кишки. Мальротация кишечника. Дивертикул Меккеля. Инвагинация. Кишечная непроходимость. Клиническая симптоматика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Возможности консервативной терапии.

97. Аномалии развития толстой кишки. Атрезия прямой кишки, ануса. Гиперплазия, стеноз, удвоение толстой кишки. Этиология. Патогенез. Клиническая симптоматика. Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к хирургическому лечению.
98. Некротизирующий энтероколит. Этиология. Патогенез. Клиническая симптоматика. Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к энтеральному и парентеральному питанию. Показания к хирургическому лечению. Профилактика развития.
99. Синдром короткой кишки у детей раннего возраста. Этиология. Патогенез. Клиническая симптоматика. Принципы современного лечебного питания. Показания к трансплантации. Прогноз. Послеоперационная терапия.
100. Дисахаридазная недостаточность. Лактазная недостаточность. Сахаразная-изомальтазная мальабсорбция. Распространенность. Патогенез. Классификация. Клиническая симптоматика. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современная терапия.
101. Глюкозо-галактозная мальабсорбция. Патогенез. Клиническая симптоматика. Дифференциальный диагноз. Прогноз. Терапия.
102. Врожденная хлоридная диарея. Врожденная натриевая диарея. Патогенез. Клиническая симптоматика. Дифференциальный диагноз. Особенности инфузионной терапии у детей. Прогноз.
103. Пищевая аллергия. Патогенез. Классификация. Эозинофильный гастроэнтерит, аллергическая энтеропатия, аллергический энтероколит, эозинофильный проктосигмоидит. Клиническая симптоматика. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современная медикаментозная и диетотерапия.
104. Целиакия. Патогенез. Кишечные и внекишечные проявления болезни у детей различных возрастных групп. Клиническая симптоматика. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Современная терапия.
105. Первичная интестинальная лимфангиэктазия (Болезнь Вальдмана). Патогенез. Клиническая симптоматика. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Осложнения. Прогноз. Основные принципы лечебного питания детей.
106. Экссудативная энтеропатия. Клинические варианты. Дифференциальный диагноз. Современные принципы фармакотерапии. Показания к диетотерапии. Прогноз.
107. Аутоиммунная энтеропатия. Патогенез. Клинические варианты. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Осложнения. Прогноз.
108. Иммунодефицитные состояния с поражением пищеварительного тракта у детей раннего возраста. Патогенез. Классификация. Клинические варианты. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Осложнения. Прогноз.
109. Энтеропатический акродерматит. Болезнь Менкеса. Классификация. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Прогноз.
110. Интестинальный полипоз. Патогенез. Классификация. Клинические варианты. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Осложнения. Прогноз.
111. Воспалительные заболевания кишечника с ранним началом. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современная терапия. Прогноз.
112. Болезнь Гиршпрунга. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.
113. Функциональные нарушения пищеварения. Колики. Функциональная диарея. Функциональная дисхезия. Функциональный запор. Дифференциальный диагноз и лечение. Профилактика.

114. Острые вирусные, бактериальные кишечные инфекции. Эпидемиология. Этиология. Патогенез Классификация диарей. Основные принципы лечения диарейного синдрома. Прогноз.
115. Паразитарные инвазии кишечника. Лямблиоз. Амебиаз. Гельминтозы. Эпидемиология. Этиология. Патогенез Классификация. Основные принципы лечения. Прогноз.
116. Болезнь Уиппла. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.
117. Антибиотикоассоциированная диарея. Псевдомембранозный колит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Основные принципы лечения. Прогноз.
118. Кампилобактериоз. Микоз. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Основные принципы лечения. Прогноз.
119. Язвенный колит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Прогноз.
120. Болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Внекишечные проявления. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Прогноз.
121. Полипы и полипоз толстой кишки. Дивертикулярная болезнь кишечника. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.
122. Синдром раздраженного кишечника. Классификация. Клиническая симптоматика. Течение. Дифференциальный диагноз. Лечение.
123. Функциональный запор. Этиология. Патогенез. Клинические симптомы. Дифференциальный диагноз. Диетотерапия. Терапия.
124. Энтероптоз. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.
125. Анальная трещина. Анальный свищ. Проктит. Этиология. Патогенез. Клиническая симптоматика. Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к хирургическому лечению. Профилактика развития.
126. Наружный и внутренний геморрой. Анальный и ректальный полип. Анальное и ректальное кровотечение. Этиология. Патогенез. Клиническая симптоматика. Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к хирургическому лечению. Профилактика развития.
127. Опухоли кишечника. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Терапия. Медико-социальная экспертиза.
128. Основные принципы диагностики, терапии неотложных состояний в гастроэнтерологии.
129. Неотложные состояния при болезнях пищевода. Диагностика. Лечение. Профилактика.
130. Неотложные состояния при болезнях желудка и двенадцатиперстной кишки. Диагностика. Лечение. Профилактика.
131. Неотложные состояния при болезнях печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей. Диагностика. Лечение. Профилактика.
132. Неотложные состояния при болезнях поджелудочной железы. Диагностика. Лечение. Профилактика.

133. Неотложные состояния при болезнях кишечника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

134. Дифференциальный диагноз заболеваний пищеварительного тракта, сопровождающихся синдромом абдоминальной боли. Клиническая картина, методы обследования больного (физикальные, лабораторные, инструментальные). Методы консервативного лечения. Показания к хирургическому лечению.

Ситуационные задачи

Задача № 1

На прием из московской области приехали родители с ребенком 7 мес с жалобами на плохую прибавку в массе тела, отставание в физическом развитии, увеличение живота, иногда разжиженный стул.

Анамнез жизни: девочка от II беременности, протекавшей с токсикозом в 1/3, II срочных родов (I беременность – срочные роды, ребенок погиб в возрасте 1,5 мес, диагноз не установлен). При рождении состояние удовлетворительное, масса тела 3600 г, длина 53 см; закричала сразу, по шкале Апгар 8/9 баллов. Период новорожденности протекал без особенностей, вскармливание грудное, прикорм введен по возрасту. Профилактические прививки не проводились (отказ родителей), кроме БЦЖ и гепатита В.

В возрасте 2 мес появились жалобы на вялость, потливость, похолодание конечностей, иногда цианоз носогубного треугольника при более длительном, чем обычно промежутке между кормлениями. Однократно наблюдались судорожные подергивания конечностей, ребенок был госпитализирован в областную больницу, при обследовании выявлено: гипогликемия до 1,2 ммоль/л, лактацидоз, получала симптоматическое лечение в виде в/в инфузий глюкозы, витаминов. Обследована на галактоземию, результат отрицательный. Маме было рекомендовано кормить ребенка чаще меньшими объемами молока (с интервалом в 2.0 - 2.5 часа, с ночным перерывом в 4 часа), на фоне чего подобных приступов не повторялось. Однако у ребенка отмечалась плохая динамика массы тела (300-400 г/мес), в возрасте 4 мес педиатром отмечено некоторое увеличение размеров печени. В возрасте 5 мес в связи с изменениями в анализах мочи ребенку проведено УЗ-исследование органов брюшной полости и почек, обнаружено увеличение размеров печени, повышение эхогенности паренхимы, реактивные изменения поджелудочной железы; увеличение размеров почек.

При осмотре: масса тела 7400 г, рост 68 см. Обращают на себя внимание: «кукольное» лицо с толстыми щеками, увеличение размеров живота, тонкие ручки и ножки. Кожа чистая, бледно-розовая, лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. Зев не гиперемирован, миндалины чистые. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД 26 в 1 минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы: правая – по правой парастеральной линии, верхняя – 2 ребро, левая – на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 120 уд. в мин, шумов нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см, плотная, безболезненная, край закруглен. Селезенка не пальпируется. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту.

По результатам обследования:

- общий анализ крови: Нб – 116 г/л, Эр – $3,7 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $6,9 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 32%, э – 1%, л – 59%, м – 6 %, СОЭ – 5 мм/час

- биохимический анализ крови: общий белок – 69 г/л, альбумины – 49%, глобулины: α_1 - 5%, α_2 - 12%, β - 25%, γ – 15%, мочевины – 3,6 ммоль/л (норма 2,8-6,4 ммоль/л), креатинин 46 мкмоль/л (норма до 1 г.ж. 36-62 мкмоль/л), билирубин общ. – 14,1 мкмоль/л, билирубин пр. 3,1 мкмоль/л, АЛТ – 56 Ед/л, АСТ – 52 Ед/л, ЩФ – 241 Ед/л (норма 50-330 Ед/л), холестерин – 7,6 ммоль/л (норма для детей 1 г.ж. 1.8-4.9), ТГ – 1.02 ммоль/л (норма 0.39-0.93 ммоль/л), глюкоза – 2,2 ммоль/л,

мочевая кислота – 0,65 ммоль/л (норма – 0,17 – 0,41), молочная кислота – 2,9 ммоль/л (норма – 1,0 – 1,7).

- кислотно-основное состояние крови: pH = 7,34, BE = - 6 ммоль/л, лактат 4,0 ммоль/л.

- УЗИ брюшной полости: печень увеличена (правая доля 67 мм, левая 54 мм), контуры нечеткие, края сглажены, структура диффузно неоднородна, эхогенность повышена; желчный пузырь, поджелудочная железа – без особенностей. Почки расположены обычно, увеличены, паренхима – норма, ЧЛК не расширена.

Задания:

1. Ваш диагноз.
2. Дифференциально диагностический алгоритм.
3. Основные принципы лечения данного заболевания.

Задача № 2

Мальчик Н. 9 мес., направлен на консультацию из районной поликлиники, где наблюдается специалистами – педиатром, неврологом, кардиологом. Родители предъявляют жалобы на отставание в нервно-психическом развитии и частые респираторные инфекции.

Анамнез: ребенок от I, физиологически протекавшей беременности, I срочных родов. Масса тела при рождении 3100 г, длина 52 см, кричал сразу, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Семейный анамнез: родители ребенка здоровы, двоюродный дедушка по отцовской линии погиб в возрасте 17 лет от «мышечного» заболевания, диагноз точно не установлен. Ребенок находился на грудном вскармливании, период новорожденности протекал без особенностей, однако мама отмечала, что ребенок «слабый», головку не держит, не активен. В 1 мес ребенок планово осмотрен неврологом, поставлен диагноз мышечной гипотонии, получал пантогам, курсы массажа с нестойким положительным эффектом. Профилактические прививки – до 6 мес по календарю, далее – мед.отвод. С 6 мес начал часто болеть респираторными инфекциями; мама стала замечать у ребенка одышку после нагрузки. Мышечная гипотония сохранялась, навыки психомоторного развития приобретал с задержкой – голову держит с 3 мес, переворачивается с 6 мес, сидит с 8 мес.

При осмотре: мальчик 9 мес, масса тела 7300 г, длина тела 63 см, ПЖК развита недостаточно. Обращает на себя внимание макроглоссия, увеличение живота в объеме. Кожа чистая, бледно-розовая, лимфоузлы мелкие, видимых отеков нет. Мышечный тонус значительно снижен. Зев не гиперемирован, миндалины чистые. В легких дыхание несколько ослаблено, хрипов нет, ЧД 29 в 1 минуту. Границы сердца: правая – на 1 см снаружи от правой парастернальной линии, левая – на 3,5 см снаружи от срединно-ключичной линии, верхняя – 2 ребро. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, ЧСС 146 уд. в мин, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный при пальпации; печень + 4 см, плотная, безболезненная, край закруглен, селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание – без особенностей. Нервно-психическое развитие: к игрушке тянется, хватает, переворачивается, ползет по-пластунски, сидит неуверенно, недолго, стоит недолго, гулит.

По данным обследования:

- общий анализ крови: Hb – 127 г/л, Эр – 3,7х10¹²/л, лейкоц – 5,9х10⁹/л, п/я – 1%, с/я – 33%, э – 1%, л – 59%, м – 6 %, СОЭ – 5 мм/час.

- биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, альбумины – 55%, глобулины: α1 - 5%, α2 - 14%, β - 11%, γ – 15%, мочевины – 3,6 ммоль/л (норма 2,8-6,4 ммоль/л), креатинин – 46 мкмоль/л (норма до 1 г.ж. 36-62 мкмоль/л), билирубин общ. – 16,7 мкмоль/л, билирубин пр. 4,1 мкмоль/л, АЛТ – 38 Ед/л, АСТ – 48 Ед/л, КФК – 467 Ед/л (норма 0-203 Ед/л), ЩФ – 347 Ед/л (норма 50-330 Ед/л), ЛДГ 502 (норма 180-430 Ед/л), глюкоза – 2,2 ммоль/л.

- ЭКГ: синусовая аритмия, ЧСС - 126-141 в мин, э.о.с. отклонена влево, увеличение вольтажа комплекса QRS, признаки гипертрофии миокарда желудочков.

• Рентгенограмма грудной клетки: легочный рисунок усилен, очаговых и инфильтративных теней не выявлено, КТИ (кардиоторакальный индекс) – 66%.

• УЗИ брюшной полости: печень увеличена, контуры нечеткие, края сглажены, структура диффузно неоднородна, эхогенность повышена; желчный пузырь, поджелудочная железа, почки – без особенностей.

Задания:

1. Ваш диагноз.
2. Дифференциально-диагностический алгоритм.
3. Основные принципы лечения данного заболевания.

Задача № 3

Ребенок 8 месяцев.

Анамнез: ребенок от молодых, здоровых родителей. Беременность первая, протекала физиологически, первые срочные роды. Масса тела при рождении 3100 г, длина 50 см, закричал сразу, оценка по Апгар 8/9 баллов, к груди приложен в родильном зале, из родильного дома выписан на 5 сутки. В первые 4 месяца жизни в развитии ребенка изменений не наблюдалось, на учете у специалистов не состоял, прививки по плану. Находится на грудном вскармливании, прикорм по возрасту.

С 5 – 6 месяцев у ребенка нарушилась двигательная активность, возникли периодические бесцельные движения, ритмические покачивания туловища, появился гипертонус конечностей. Ребенок начал отставать в нервно-психическом развитии. Временами отмечались приступы неукротимой рвоты.

Объективно: ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Обращает на себя внимание очень светлая кожа, белокурые волосы, ярко голубые глаза и своеобразный «мышинный» запах. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы. ЧДД = 32/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС = 124 /мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, эластичной консистенции, безболезненная. Неврологический статус: ребенок эмоционально вял, издает редкие монотонные звуки, не узнает мать; отмечается выраженный гипертонус, усиление глубоких сухожильных рефлексов.

Общий анализ крови: Нв - 110г/л., Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л., Лейк - $5,8 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 32%, лимфоциты – 58%, моноциты – 8%, эозинофилы – 1%, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 40 мл, относительная плотность – 1012, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – нет, слизь – немного.

Скрининг тест Гатри: положительный

Задания:

1. Ваш диагноз.
2. Дифференциально-диагностический алгоритм.
3. Основные принципы лечения данного заболевания.

Задача № 4.

В приемное отделение планово доставлен мальчик 1 года с направляющим диагнозом: «Гипотрофия 3й степени. Гепатоспленомегалия неясной этиологии».

Из анамнеза известно: ребенок от матери 30 лет, соматически здоровой, от 1й бер, протекавшей с умеренным многоводием по данным УЗИ, 1-х срочных естественных родов, Масса

тела 3020г, длина тела 49 см, оценка по шкале Апгар - 8/9 баллов. Ранний и поздний неонатальный периоды протекали без особенностей. Со слов матери, начиная с 1 го мес жизни, ребенок плохо прибавлял в весе (масса в 1 мес - 3150г), отмечались частые срыгивания, периодическая рвота, отказ от груди, задержка моторного развития (в 3 мес неуверенно держал голову, к 6 мес не переворачивался). В возрасте 1 мес. осмотрен неврологом: «Последствия перинатального поражения ЦНС гипоксически-ишемического генеза, синдром мышечной дистонии». Назначены массаж и лечебная гимнастика, курс ноотропных препаратов (пантогам, витамины гр В), которые не принесли видимого результата. Мальчик плохо прибавлял в весе, был плаксивым, не интересовался окружающими людьми, игрушками. В 8 мес не ползал, сидел с поддержкой взрослых. За период 1го года жизни ребенок перенес 5 эпизодов ОРВИ, 1 эпизод острого среднего катарального отита. Педиатром по месту жительства дано направление в стационар для обследования.

При осмотре: вес 7000г, рост 60 см. Ребенок астенического телосложения, пониженного питания. При осмотре обращает на себя внимание увеличение окружности живота. Костно-мышечная система: избыточно выражены грудной кифоз и поясничный лордоз, крыловидные лопатки. Кожные покровы гиперпигментированы, чистые, сухие, выражен периорбитальный цианоз. Периферические лимфоузлы: пальпируются увеличенные задне- и переднешейные, подчелюстные лимфоузлы, а также подмышечные и паховые подвижные, плотноватой консистенции. Зев не гиперемирован, в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧСС-120 в минуту, систолический шум с р. мах в V т. Перкуторно - границы сердца в пределах возрастной нормы. Живот мягкий, безболезненный, печень вступает из-под края реберной дуги на 4,0 см, край эластичный, безболезненный, селезенка – на 2,5 см. Стул, мочеиспускание не нарушены. В неврологическом статусе: выраженное снижение мышечного тонуса и мышечной силы (ребенок встает с поддержкой, не ходит), снижение сухожильных рефлексов, негативизм, плаксивость, слабая реакция ребенка на обращенную речь. Мальчик не говорит, отсутствуют элементарные моторные навыки самообслуживания (не пьет самостоятельно из бутылочки, чашки; не держит ложку).

По результатам обследования:

- общий анализ крови: гемоглобин 90 г/л, эритроциты- $4,2 \cdot 10^{12}/л$, ЦП-0,85, НСТ-30%, тромбоциты $215 \cdot 10^9/л$, лейкоциты- $5,2 \cdot 10^9/л$, ретикулоциты-2%, п/я -2%, с/я- 18%, эоз- 2%, баз-1%, лимф-63%, мон-5%, СОЭ-15 мм/час. В мазке периферической крови - вакуолизированные лимфоциты.

- биохимическое исследование крови: общий белок, белковые фракции, альбумин- в пределах нормы, АСТ- 85 Ед/л, АЛТ – 76 Ед/л, общий холестерин-5,8 ммоль/л (норма 1,8-4,9), триглицериды- 2,5 ммоль/л (норма 0,4-1,69).

- УЗИ органов брюшной полости: печень- увеличена, контуры ровные, паренхима неоднородная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена; желчный пузырь обычной формы, толщина стенок до 2.7 мм, поджелудочная железа – без патологических изменений.

- по данным осмотра офтальмолога: выявлено помутнение роговицы, при осмотре глазного дна – вишнево-красное пятно в области желтого пятна сетчатки.

- Консультация оториноларинголога: нейросенсорная тугоухость OU.

Задания:

1. Ваш диагноз.
2. Дифференциально диагностический алгоритм.
3. Основные принципы лечения данного заболевания.

Задача №5

Ребенок 4 лет 1 мес. из многодетной семьи госпитализирован в отделение по экстренным показаниям по направлению участкового педиатра с жалобами на отставание в физическом развитии, увеличение размеров живота, жидкий стул после приема молока и фруктов, слабость, вялость.

Анамнез жизни: Ребенок от X беременности, протекавшей с резусом – конфликтом, от 5-х преждевременных родов путем Кесарева сечения, родившимся с массой тела 2900 г и длиной тела 50 см, перенесшим ЗПК на 2е сутки жизни. Мать ребенка больна гепатитом С. На 1 мес. жизни на фоне СДР перенес пневмонию (ТДГКБ). Анемия с рождения, лечение не получал. С рождения на искусственном вскармливании стул неустойчивый с тенденцией к неоформленному, прикорм введен после года, мясо после 3 лет, рацион: преимущественно молочно-растительная пища, фрукты (бананы) хлеб, печенье. Вес в 1 год 10 кг. Семейный анамнез – отец ребенка не переносит молоко (жидкий стул, боли в животе), мать с отягощенным аллергоанамнезом (аллергический конъюнктивит, полиноз).

Анамнез заболевания: Со слов матери до 3 лет рос и развивался нормально, наблюдался у педиатра 1 раз в год. В течение последнего года отмечается увеличение размеров живота, вырос на 5 см, в весе потерял 800 г, на фоне приема молока и кисломолочных продуктов, овощей, фруктов – неоформленный стул, светло- коричневого цвета, темнеет и оформляется при приеме мяса, картофеля и каш.

При поступлении: t° -36,3, ЧСС 110/мин. ЧД 22/мин. Вялый, выражены признаки хронической интоксикации. Вес 11,8 кг. Рост 94 см. Кожные покровы сухие, бледные, с землистым оттенком, цианоз носогубного треугольника. Пастозность голеней, стоп и верхних век. Подкожно – жировой слой выражен слабо, распределен равномерно, резко выраженная ягодичная складка. Тургор тканей снижен. Язык обложен белым налетом, больше у корня. Живот увеличен в размерах стоя и лежа, вздут, глубокая пальпация затруднена. Перкуторно свободная жидкость в брюшной полости не определяется. При пальпации петли кишечника раздуты, наполнены газами, аускультативно определяется урчание Печень у края реберной дуги, край острый, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул получен после очистительной клизмы в приемном отделении 20.06.13 (ахоличный, в небольшом количестве). В отделении после клизмы стул полуоформленный, ахоличный, с жирным блеском. Область почек не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Ребенок в сознании, менингеальных знаков нет, вялый, на осмотр реагирует негативно.

Обследование:

- Клинический анализ крови 20.06.13: Нв 83.0 г/л Эр 3.93, тромбоциты 309.0 Лейкоциты 9.2, нейтрофилы п/я 2%, нейтрофилы с/я 33%, эозинофилы 3%, базофилы 0%, лимфоциты 53%, моноциты 8%, СОЭ 9 мм/час.

- Биохимический анализ крови: 21.06.13: АлАт - 66 ед\л (до 40), АсАт – 92 ед\л (до 40), щелочная фосфатаза – 112 ед\л, амилаза – 35 ед\л (до 80), панкреатическая амилаза 12 ед\л (17-115), ГГТ 39 ед\л (9-64), ЛДГ 306,00 ед\л (125-450), общий белок – 49,70 г\л (65 – 85), альбумин 20 г\л (35-50), холестерин – 2,26 ммоль\л (1,7 - 5,2), билирубин общий – 3,50 мкмоль\л (1,3 – 20,5), глюкоза – 4,36 ммоль\л (3,00-5,55), железо 2,80 мкмоль\л (4,50-27,90), трансферрин 1,18 г\л (1,91-3,15), кальций общий 1,88 ммоль\л (2-2,70), хлориды 111 ммоль\л (98-111), натрий 137 ммоль\л (136-152), СРБ 0,20 мг\л (0,10-8,20), а1-кислый гликопротеин 1,65 г\л (0,50-1,20).

- Результат биопсии: 1,2 – 12 п.к Ворсины отсутствуют, крипты глубокие, с выраженной пролиферативной активностью эпителия. Покровный эпителий уплощен, обильно инфильтрирован лимфоцитами, щеточная кайма низкая. В собственной пластинке определяется обильный диффузный инфильтрат из лимфоцитов, лейкоцитов, плазмочитов. 3- слизистая антрального отдела желудка, представленная глубоким фовеолярным эпителием и мелкими прилежащими фрагментами функциональных желез. В покровно-ямочном эпителии определяется распространенная необильная инфильтрация лимфоцитами, гистиоцитами.

Задания:

1. Ваш диагноз.
2. Дифференциально диагностический алгоритм.
3. Основные принципы лечения данного заболевания.

Задача № 6

Девочка Алина, 6 лет, поступила в отделение гастроэнтерологии впервые для обследования. При поступлении жалобы отсутствовали.

Из анамнеза: ребенок от 1-й беременности, протекавшей без особенностей, срочных, физиологических родов. Масса тела при рождении 3750г, рост 50 см, по Апгар 8/9 баллов. Росла и развивалась по возрасту. Прививки – по календарю. Перенесенные заболевания: ОРВИ 1-2 раза в год, ветряная оспа в 4 года.

Около полугода назад мама заметила у девочки желтушность склер и кожных покровов, ахоличный стул, потемнение мочи. При обследовании в поликлинике по месту жительства: общий анализ крови - эр $3,25 \times 10^{12}/л$, Нв 120г/л, Л $5,4 \times 10^9/л$, п-1, с-62, л-35, м-5, Тц $328 \times 10^9/л$. СОЭ-41 мм/час, общий анализ мочи – белок 0.01 г/л, присутствует прямой билирубин (+), уробилиноиды (+), остальные показатели – норма. В б/х крови – повышение АЛТ до 211 Ед/л, АСТ 198 Ед/л, билирубин общ. - 46,7, прямой 19,4 мкмоль/л; маркеры вирусных гепатитов А, В, С – отрицательные. Ребенок направлен в стационар.

При поступлении состояние средней тяжести. Температура тела не повышена. Девочка правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост 118 см, вес 18,5 кг. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, отмечается пальмарная эритема. Склеры субиктеричны. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. Слизистая ротоглотки розовая, чистая, зев не гиперемирован. Носовое дыхание не затруднено, в легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 100 уд/мин, шумы не выслушиваются. Язык чистый. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Симптомы Кера, Ортнера – отрицательные. Печень +2 – +3 – ср/3, эластичная, безболезненная. Селезенка - у края реберной дуги. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, коричневый. Мочеиспускание свободное, моча темная. Сознание ясное, психомоторное развитие по возрасту. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Обследование:

- общий анализ крови: эр $4,55 \times 10^{12}/л$, Нв 139 г/л, л $9,4 \times 10^9/л$, п-3, с-51, л-34, эоз.-5, мон.- 7, тромбоциты $314 \times 10^9/л$. СОЭ 37 мм/час.

- общий анализ мочи: плотность 1015, рН 5.5, белок – 0,180 г/л, глюкоза – abs, уробилиноген (+), эритроциты -0-1 в п/зр, лейкоциты -0-2 в п/зр, соли - нет, слизь – немного.

- б/х крови: общий белок 94 г/л, мочевины 2.2 ммоль/л, билирубин общ. 27.2 мкмоль/л, билирубин прямой 11.0 мкмоль/л, АЛТ 874.0 Ед/л, АСТ 1155 Ед/л, ЩФ 199 Ед/л, ЛДГ 189 Ед/л, ГГТП 96 Ед/л, глюкоза 3.9 ммоль/л, холестерин 4.09 ммоль/л.

- белковые фракции крови: альбумин 40.5 % (норма 55,8-66,1), α_1 – 2.9 (2,9-4,9), α_2 – 7.1 (7,1-11,8), β_1 – 5.0 (4,7-7,2), β_2 – 3.8 (3,2-6,5), γ – 41.8 (11,1 – 18,8).

- уровень сывороточных антител: IgA 227 мг/дл (норма 60-380), IgG 4960 мг/дл (600-1600), IgM 360 мг/дл (40-345).

- УЗИ органов брюшной полости: гепатомегалия, диффузные изменения паренхимы печени без гемодинамических нарушений; S-образная деформация желчного пузыря, утолщение его стенок. Реактивные изменения поджелудочной железы.

Задания:

1. Ваш диагноз.
2. Дифференциально диагностический алгоритм.
3. Основные принципы лечения данного заболевания.

Задача № 7.

На приеме мальчик 14 лет, предъявляет жалобы на утомляемость, снижение массы тела, боли в животе без четкой локализации, боли в суставах. Данные симптомы появились около года назад.

Из анамнеза известно: ребенок от I беременности, I срочных родов; раннее развитие по возрасту, привит по календарю. До 10 лет болел редко, перенес ветряную оспу в 6 лет. С 10 лет мальчик наблюдается эндокринологом с диагнозом «сахарный диабет I типа», получает препараты инсулина. Аллергоанамнез не отягощен. Семейный анамнез: отец – язвенная болезнь желудка, бабушка по материнской линии – инсулинозависимый сахарный диабет; младший брат - здоров.

При осмотре: мальчик астенического телосложения, рост 167 см, вес 42 кг. Кожные покровы гиперпигментированы, бронзового оттенка, сухие, с единичными телеангиоэктазиями на груди. Волосы тонкие, ногти - с поперечной исчерченностью. Склеры субиктеричны. Лимфоузлы не увеличены, видимых отеков нет. Зев не гиперемирован, миндалины чистые, язык обложен бело-желтым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны сердца громки, аритмичные, ЧСС 68-82 уд. в мин, шумов нет. Живот мягкий, глубокой пальпации доступен во всех отделах; печень + 6 см, плотная, безболезненная. Селезенка пальпируется у края реберной дуги. Стул регулярный, оформленный, мочеиспускание – без особенностей, моча светлая. Половое развитие – отмечается гипогонадизм.

По результатам обследования:

- общий анализ крови: Нb – 171 г/л, Эр – 3,6х10¹²/л, MCV 82 фл (норма 80-100 фл), MCH 38 пг (норма 27-34 пг), MCHC 40 (норма 30-34 г/дл), лейкоц – 5,3 х 10⁹/л, п/я – 1%, с/я – 59%, э – 2%, баз 1%, лимф. – 29%, м – 8 %, тромб. 356 х 10⁹/л, СОЭ – 8 мм/час.

- биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, альбумин – 45 г/л, глобулины: α1 - 6%, α2 - 9%, β - 14%, γ – 18 %, мочевины – 5,9 ммоль/л (норма 2,8-6,4 ммоль/л), креатинин – 87 мкмоль/л (норма 45-105 мкмоль/л), билирубин общ. – 29 мкмоль/л, билирубин пр. 8.1 мкмоль/л, АЛТ – 56 Ед/л, АСТ – 62 Ед/л, ЩФ – 297 Ед/л (норма 50-330 Ед/л), глюкоза – 6.5 ммоль/л, холестерин 3,1 ммоль/л (норма 3.7-6.5 ммоль/л), железо сывороточное 42 мкмоль/л (норма 9.3-21.5 мкмоль/л), ОЖСС 31 мкмоль/л (норма 50-85 мкмоль/л), трансферрин 200 (норма 220-350 мг/дл), ферритин 506 мкг/л (норма 6 – 320 мкг/л), коэффициент насыщения трансферрина железом 66% (норма – менее 60%).

- ЭКГ: ритм предсердный, выраженная аритмия, ЧСС 60-94 уд.в мин, единичные желудочковые экстрасистолы; вертикальное положение ЭОС; диффузные изменения миокарда левого желудочка.

- УЗИ брюшной полости: размеры печени увеличены, паренхима, края ровные, четкие, структура неоднородная, эхогенность повышена. Желчный пузырь без особенностей, поджелудочная железа – размеры меньше физиологической нормы, эхогенность повышена.

Задания:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Современные методы лечения.

Задача № 8.

Девочка Оля Д., 17 лет, поступила в отделение гастроэнтерологии с жалобами на слабость, периодические боли в животе.

Из анамнеза: девочка от 2й беременности, 2х срочных родов, ранний анамнез не отягощен. В возрасте 5 лет перенесла лакунарную ангину, из детских инфекций перенесла краснуху, ветряную оспу.

Около 2-3 месяцев назад девочку стали беспокоить периодические боли в животе, головные боли, утомляемость, испортился почерк. При обследовании в поликлинике выявлено повышение трансаминаз до 2-3 норм, маркеры гепатитов А, В, С – отрицательные.

При поступлении: состояние средней тяжести, самочувствие удовлетворительное. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Рост 175 см, вес 58 кг. Кожные покровы бледно-розовые, на коже лица и спины единичные элементы угревой сыпи. Видимые слизистые розовые, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. Носовое дыхание не затруднено. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги, плотно-эластичной консистенции, безболезненная; селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, коричневый. Симптом «поколачивания» отрицательный. Мочеиспускание свободное. Сознание ясное, контакт с окружающими адекватный, психическое развитие по возрасту. Менингеальной и очаговой симптоматики нет.

При обследовании:

- общий анализ крови: эр $4,29 \times 10^{12}/л$, Нв 135 г/л, л $7,6 \times 10^9/л$, п-0, с-50, л-38, эоз.-2, баз.-1, мон.-9, тромб $200 \times 10^9/л$. СОЭ 3 мм/час.

- общий анализ мочи: цвет- желтый, плотность 1024, рН 6.0, белок – отр., глюкоза – отр., уробилиноиды – отр., эпителий плоский немного, переходный – нет, эритроциты измененные 0-1 в п/зр, лейкоц. 0-1 в п/зр, слизь – много, оксалаты – немного.

- б/х крови: общий белок 66 г/л, альбумин 35 г/л, мочевины 4.1 ммоль/л, креатинин 65.9 ммоль/л, билирубин общ. 15.2 мкмоль/л, билирубин прямой 2.7 мкмоль/л, АЛТ 161 Ед/л, АСТ 80.3 Ед/л, ЩФ 141 (норма 42-110) Ед/л, ЛДГ 141 (100-320) Ед/л, ГГТП 49 (норма 5.0-35.0) Ед/л, глюкоза 4.5 ммоль/л.

- уровень альфа-1-антитрипсина: 110 мг/дл (норма 88.0-174.0)

- уровень церулоплазмينا в сыворотке 10,50 мг/дл (норма 22.0-58.0).

- суточный объем меди в моче: 204,4 мкг/сут (норма <50 мкг/л).

- проба с Д-пеницилламином: суточный объем меди в моче 799,2 мкг/сут

- УЗИ органов брюшной полости: негрубые диффузные изменения паренхимы печени с легкими гемодинамическими нарушениями. Реактивные изменения поджелудочной железы, утолщение стенок желчного пузыря.

- Эластометрия печени: стадия фиброза F1-2 по METAVIR.

Задания:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Современные методы лечения.

Задача №9.

На приеме мальчик 2,5 лет, со слов матери у ребенка запоры, стул 1 раз в 3 суток, чаще по типу «овечьего».

Из анамнеза известно, что ребенок от молодых, здоровых родителей, 2-й беременности (1-я, мальчик, здоров) и самостоятельных срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, рост – 51 см. С рождения на искусственном вскармливании, с этого же времени отмечается склонность к запору, которая усилилась с переводом ребенка на общий стол. В рационе преобладают макаронные изделия, манная и рисовая каши, печенья, сушки, редко мясо, из супов – только бульоны. Для нормализации стула мама добавляла в пищу чернослив, свежие овощи. Ухудшение состояния наблюдается в течение последних трех месяцев, когда ребенок пошел впервые в ясли-сад. С этого

времени акт дефекации раз в 3-4 дня, часто с помощью клизмы. Мальчик малоподвижен, много сидит у телевизора.

При осмотре состояние удовлетворительное. Удовлетворительного питания. Масса тела 14 кг, рост 88 см. Кожные покровы бледно-розовые, периорбитальный цианоз. В углах рта «заеды», язык густо обложен белым налетом. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот правильной формы, не увеличен. Тонус мышц передней брюшной стенки снижен. При пальпации живот мягкий, чувствительный по ходу толстой кишки, сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного тяжа. Печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Периаанальная область слабо гиперемизирована, на 6 часах трещина слизистой оболочки.

Задания:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Современные методы лечения.

Задача №10.

Девушка 16 лет. 1 мес, экстренно госпитализирована с жалобами на сильные боли в животе, 3х кратную рвоту желчью.

Анамнез заболевания: на протяжении 2х лет девочка похудела на 23 кг, страдает рвотами, принимает слабительные. При ФГДС от 17.04.15г Гастродуоденит, эпителизирующиеся эрозии пилорического отдела желудка. На УЗИ органов брюшной полости от августа 2015г - конкременты в полости желчного пузыря. 22.03.16г одновременно приняла 8 табл. сенаде, 23.03.16. появились сильные боли в животе, 3 раза рвота желчью.

При поступлении астенического типа телосложения, сниженного питания. Состояние средней тяжести. Апатична, амимична. Жалобы на тошноту, боли в животе. Физическое развитие высокое, дисгармоничное за счет дефицита веса, ИМТ 18,6. Рост 170 см, масса тела 54 кг. ЧД 20 в/мин. ЧСС 72/мин. АД 110/60 мм.рт.ст. Аппетит отсутствует. Кожные покровы бледные, чистые от инфекционных высыпаний, «тени» под глазами. Видимые слизистые бледные чистые. Подкожно-жировой слой достаточно выражен, распределен равномерно по всему телу. Периферических отеков нет. Тургор тканей удовлетворительный. Костно-мышечная система без особенностей, сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Постоянная тошнота, рвота после приема пищи. Зев – розовый, чистый. Язык обложен белым налетом преимущественно в области корня. Живот плоский, равномерно участвует в акте дыхания, мягкий, при пальпации чувствительный во всех областях. Пузырные симптомы отрицательные. Печень у края реберной дуги, эластичной консистенции, безболезненная, селезенка не пальпируется. Стул со слов девочки с задержкой до 3 дней без патологических примесей. Область почек не изменена. Дизурии нет. Эндокринная система: пальпируется щитовидная железа, эластической консистенции, не увеличена. Половое развитие по Таннеру: Рb 4 Ах 4 Ма 2-3 Ме с 12 лет.

Задания:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Современные методы лечения.

Задача № 11

На приеме у гастроэнтеролога ребенок 4 месяцев с массой 5060 г. длина тела 57 см с рождения находится на искусственном вскармливании смесью «Малютка 1». Жалобы на частый водянистый пенистый стул с кислым запахом с примесью слизи и зелени, выраженные приступы кишечной колики, срыгивания после каждого кормления. Родился с массой 3900 г длина тела 54 см от матери 25 лет, от 1 патологически протекавшей беременности, с угрозой прерывания на всем протяжении, от 1 срочных быстрых родов. При осмотре обращает на себя внимание сухость кожных покровов, снижение тургора тканей, живот резко вздут, при пальпации «урчание» по ходу кишечника, ребенок возбужден, правосторонняя кривошея.

Задания:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Современные методы лечения.

Задача № 12.

Маша Д., 16 лет, поступила повторно с жалобами на разжиженный стул до 5 раз в сутки, с примесью крови, слизи. Рост 160 см, вес 45 кг.

Заболела 4 года назад, когда на фоне полного здоровья появились боли в нижней половине живота, примесь крови в стуле (стул 1 раз в сутки, оформленный, сверху небольшой сгусток темной крови). Через 1,5 мес. на фоне ОРВИ и повышения температуры до 38°C – стул после каждого приема пищи, малыми порциями, жидкий, непереваренный, со слизью и кровью. В связи с чем госпитализирована по месту жительства, проведена ректороманоскопия: Эрозивно-язвенный проктосигмоидит, период обострения, осложненный кишечным кровотечением. гемоглобин 116 г/л, γ -глобулины 20%. Получала симптоматическую терапию без значительного эффекта (кратность стула уменьшилась с 5 раз до 1-2 раз в день, сохранялась примесь крови). Через год госпитализирована с жалобами на опухание и болезненность голеностопных суставов, разжиженный стул 3-4 раза со слизью и кровью. При обследовании: вес 45 кг, кожа сухая, бледная, умеренная болезненность живота во всех отделах, максимальная в мезогастрии, гемоглобин 100 г/л, СОЭ 22 мм/час, сывороточное железо 2,6 мкмоль/л; Б/х крови: α -глобулины 6-12%, β -глобулины 10-11%, γ -глобулины 17%, СРБ ++. Получала лечение: диета №4, инфузионная терапия, преднизолон из расчета 1,5 мг/кг 7 дней, сульфасалазин 1,0 г х2 раза. На фоне лечения состояние улучшилось: стул 1 раз в сутки без патологических примесей. В дальнейшем отмечалось обострение через 2 мес. после снижения дозы сульфасалазина (500 мг в сутки), протекало с учащением стула до 2-х раз в сутки, стабилизировалось при увеличении дозы до 1,0 г х 2 раза. Второе обострение через год на фоне психоэмоционального стресса (смерть отца). Получала метипред 40 мг в/м однократно, преднизолон 1,5 мг/кг курсом, сульфасалазин 0,5 г дважды в сутки 6-8 мес.

Два года назад впервые выявлено увеличение печени (+ 2 см по среднеключичной линии). Транзиторно отмечается повышение ферментов: АСТ максимально до 2 норм, АЛТ до 3 норм, ЩФ до 3 норм, ГГТП до 2 норм.

В анализах крови: эритроциты - $3,66 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 102 г/л, лейкоциты $11,9 \times 10^9/л$, тромбоциты $178 \times 10^9/л$, СОЭ 25 мм/ч; общий билирубин – 45 ммоль/л, ЩФ – 625 ед/л, АЛТ 68 ед/л, АСТ 54 ед/л, ГГТП 184 ед/л, сывороточное железо 7,2 мкмоль/л; анализ кала на скрытую кровь положительный. Маркеры вирусных гепатитов А, В и С отрицательные. Сывороточное содержание железа, меди и церулоплазмина в норме, также как и ANA, AMA, альфа-1-антитрипсин в пределах нормы.

При УЗИ органов брюшной полости размеры печени увеличены, паренхима умеренно уплотнена, эхооднородна, подчеркнут рисунок ветвей печеночных вен. Уплотнены стенки сосудов.

Контуры ровные. Из-под края реберной дуги выступает на 30 мм. Поджелудочная железа равномерно увеличена, паренхима умеренно уплотнена. Желчный пузырь увеличен в объеме, форма обычная, стенка уплотнена, толщиной 2 мм, в просвете много рыхлого осадка. Стенки общего желчного протока уплотнены. Селезенка не увеличена. Паренхима умеренно уплотнена.

Колоноскопия: Слизистая подвздошной кишки розовая, бледная, определяются множественные лимфатические фолликулы диаметром до 2-3 мм. Сосудистый рисунок смазан, определяются множественные подслизистые петехиальные кровоизлияния. Слизистая слепой, восходящей, поперечно-ободочной, нисходящей кишки розовая, сосудистый рисунок местами смазан, определяются точечные втяжения. В сигмовидной и прямой кишке сосудистый рисунок отсутствует, определяются множественные точечные втяжения. Просвет не деформирован.

Биопсия слизистой ЖКТ: на всем протяжении определяются фрагменты атрофичной оболочки толстой кишки. Бокаловидные клетки немногочисленные. Большое количество интраэпителиальных лейкоцитов. Базальная мембрана резко утолщена, однородна. Крипты умеренно деформированы с многочисленными фигурами митозов. Собственная пластинка слизистой отечна. Клеточный инфильтрат обильный, смешанноклеточный с преобладанием нейтрофильных и эозинофильных лейкоцитов.

Биопсия печени: портальные тракты не расширены. Видимые желчевыводящие протоки мелкие. Отмечается умеренная инфильтрация лимфоцитами, гистиоцитами. Фрагменты печеночных долек с дисконфлексацией балок. Гепатоциты со слабо выраженными явлениями зернистой дистрофии. Встречаются единичные гепатоциты с вакуолизированными ядрами.

Задания:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Современные методы лечения.

Задача №13

Пациент А., 57 лет, водитель, поступил в стационар с жалобами на постоянные тупые ноющие боли в правом подреберье, не связанные с приемом пищи, тошноту, увеличение живота в объеме, повышенное газообразование, отеки нижних конечностей, повышение температуры тела до субфебрильных значений, не сопровождающееся ознобом и потливостью, общую слабость, головокружение, нарушение сна.

Из анамнеза известно, что в течение длительного времени злоупотреблял алкоголем. В детстве перенес вирусный гепатит А. Дискомфорт в правом подреберье беспокоит периодически в течение года, связан с приемом алкоголя и жирной пищи. Амбулаторно не обследовался и не лечился. Настоящее ухудшение состояния в течение последнего месяца, когда после ежедневного приема алкоголя в течение 2-х недель усилились боли в правом подреберье, увеличился живот в объеме, появились отеки на голенях и стопах.

При обследовании: состояние больного средней тяжести. Питания умеренного. Температура тела 37,2°C. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Обращает на себя внимание субиктеричность склер. На коже верхней половины туловища и плеч визуализируются «сосудистые звездочки». Симптом «щипка» положительный. Эритема ладоней. Контрактура Дюпюитрена. При осмотре живота имеет место расширение подкожных вен. Отеки стоп и голеней до верхней трети, симметричные. ЧДД 20 в мин. Над легкими дыхание везикулярное, ослаблено над нижне-боковыми отделами справа, хрипы не выслушиваются. ЧСС 102 в мин. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Патологические шумы не выслушиваются. АД 90/60 мм рт.ст. Язык влажный, обложен грязно-желтым налетом у корня. Живот умеренно увеличен в объеме, при пальпации несколько вздут,

мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову: 16-14-12 см. Край печени плотный, гладкий. Селезенка увеличена. Стул - склонность к запорам.

В анализах крови: гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты - $3,2 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 98×10^9 /л, СОЭ – 37 мм/ч, АЛТ – 100 Ед, АСТ – 155 Ед, ГГТП – 358 Ед, щелочная фосфатаза – 410 Ед., общий билирубин - 87 и прямой билирубин - 55 мкмоль/л, ПТИ – 68%, альбумин - 28 г/л.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки инфильтративных изменений в легких не выявлено. Приподнят правый купол диафрагмы.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлены выраженные диффузные изменения печени, гепатоспленомегалия, свободная жидкость в брюшной полости, расширение портальной вены.

Задания:

1. Перечислите лабораторные синдромы, имеющиеся у пациента.
2. Перечислите клинические синдромы, имеющиеся у пациента.
3. Установите диагноз и осложнения заболевания, если они есть.
4. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Задача №14

Пациентка К., 23 лет, в октябре 2019 года, ей произведено диагностическое выскабливание матки по поводу самопроизвольно прервавшейся беременности. В апреле 2020 года появились боли в правом подреберье, субфебрильная температура, потемнела моча. Данная симптоматика была расценена участковым врачом как пищевое отравление, лечение не проводилось. До октября 2020 года чувствовала себя удовлетворительно, хотя все время сохранялись недомогание и субфебрильная температура по вечерам. 25.10.21 г. появились тошнота, слабость, боли в мелких суставах по типу мигрирующих артралгий, желтушность кожных покровов, потемнела моча. Госпитализирована в стационар. При осмотре: кожные покровы несколько желтушны, склеры субиктеричны, лимфатические узлы не увеличены, периферических отеков нет, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, мягкой консистенции, селезенка не пальпируется.

Обследование:

- Клинический анализ крови – эритроциты $4,4 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 138 г/л, лейкоциты $6,7 \times 10^9$ /л, тромбоциты 150×10^9 /л, СОЭ – 18 мм/ч;
- Биохимический анализ крови - АлАТ 272 ед/л, АсАТ 136 ед/л, ГГТП 68 ед/л, билирубин общий 43 мкмоль/л, общий белок 70 г/л, щелочная фосфатаза – 301 ед/л.
- Гистологическое исследование ткани печени: лимфогистиоцитарная и плазмоцитарная инфильтрация перипортальных зон дольки. Цепочки лимфоцитов в просвете желчных протоков, жировая инфильтрация, пролиферация эпителия желчных протоков.

Задания:

1. Перечислите клинические и лабораторные синдромы, имеющиеся у пациентки.
2. Установите предварительный диагноз и осложнения заболевания, если они есть.
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Задача №15

Пациент У. 59 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, бессонницу, снижение памяти, тяжесть в правом подреберье, периодически изжогу, отрыжку кислым или воздухом, потерю аппетита, похудание.

В анамнезе: в конце восьмидесятых годов прошлого века пациент перенёс острый вирусный гепатит ни А ни В, желтушная форма, лечился в КИБ. Не работает, раньше служил на северном

флоте, ушёл в отставку. Наследственность отягощена по материнской линии – рак желудка. Женат с 28 лет, имеет двух детей. Не курит, алкоголь употребляет не чаще 1 раза в неделю, не более 200 мл водки за один раз.

В течение года отмечает слабость, утомляемость, тяжесть в правом подреберье. За последний год похудел на 17кг.

При осмотре: гипотрофия мышц плечевого пояса, непропорционально большой живот. Кожные покровы чистые бледные, сухие, видимые слизистые оболочки и склеры субиктеричны. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритм правильный, ЧСС-90 в минуту, на верхушке выслушивается «дующий» систолический шум. АД – 110/60 мм.рт.ст. Язык малинового цвета с атрофичным сосочковым слоем, чистый. Живот при пальпации мягкий, свободной жидкости в брюшной полости не выявляется, имеется незначительное притупление перкуторного звука в отлогих местах живота. В правом подреберье пальпируется увеличенная печень, выступающая на 7-8 см из-под рёберной дуги. Край её закруглён, плотный безболезненный, поверхность неровная. Пальпация живота безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул один раз в сутки оформленный, коричневого цвета.

Обследование:

- Общий анализ крови: гемоглобин – 114г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,85, ретикулоциты – 9%, тромбоциты – 120×10^9 /л, лейкоциты – $9,4 \times 10^9$ /л, СОЭ – 77мм/ч.
- Биохимический анализ крови: билирубин общий – 51,7мкмоль/л; прямой - 40,2 мкмоль/л; АЛТ – 48 ед/л; АСТ – 36 ед/л; калий – 3,7 ммоль/л; кальций – 2,0 ммоль/л; общий белок 49 г/л; альбумины – 27 г/л; ЩФ – 347ед; ГГТП – 57ед; ПТИ – 57%; фибриноген – 4,7 г/л.
- α -фетопrotein – 340 ед (N-0-10ед).
- Анализ мочи и кала без особенностей.
- УЗИ органов брюшной полости: гепатомегалия, неоднородность печёночной паренхимы, воротная вена – 13мм, селезёночная вена – 7мм, ЖКБ, утолщение стенки желчного пузыря. Небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости.
- ЭГДС – в н/3 пищевода контурируются вены, не выступающие в просвет пищевода, отмечается умеренная рубцовая деформация пилоро-бульбарной зоны.
- ПЦР: HCV RNA + (3×10^4 копий/мл).

Задания:

1. Перечислите клинические и лабораторные синдромы, имеющиеся у пациента.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения и уточнения диагноза?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Задача №16

Пациент А., 28 лет, поступил в стационар с жалобами на жидкий стул до 4-5 раз в сутки без патологических примесей, похудание на 30 кг за последние 2 года, боль в правой подвздошной области, усиливающуюся через 2-2,5 часа после еды, общую слабость.

Anamnesis morbi: из анамнеза известно, что указанные выше жалобы появились около 2 лет назад. Пациент неоднократно обследовался в поликлинике по месту жительства. Ему проводилось комплексное обследование, включая колоноскопию, в ходе которого не было выявлено никаких отклонений. Поставлен диагноз синдрома раздраженного кишечника: вариант с преобладанием диареи. Лечение по поводу поставленного диагноза облегчения пациенту не принесло. Последние 6 месяцев за медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимал симетикон, дротаверин, лоперамид, панкреатин, однако, улучшений не было. За последнюю неделю стала резко нарастать слабость в связи с чем и был госпитализирован.

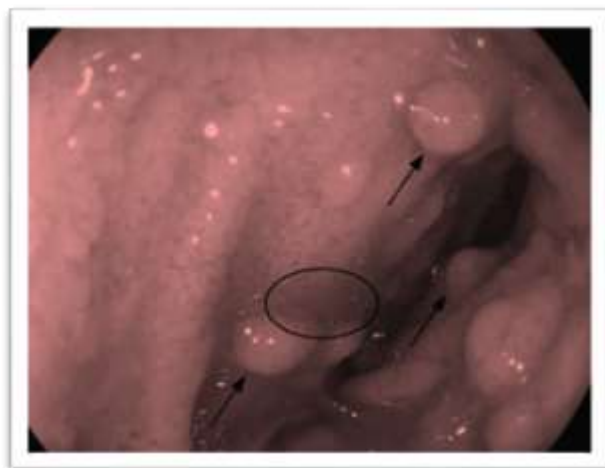
Anamnesis vitae: клинически значимых заболеваний у пациента не было. Он курит 5-6 сигарет в день, на протяжении 10 лет. По профессии экономист. В настоящее время не работает. Аллергических реакций не было. Эпидемиологический анамнез без особенностей.

Status praesens: общее состояние средней тяжести. Рост 173 см, масса тела 41 кг, ИМТ 13,7 кг/м². Телосложение астеническое. Кожные покровы бледные, высыпаний нет. Умеренная отечность стоп и голеней. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Мышечная система и подкожно-жировая клетчатка выражены слабо. В легких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧД 16 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 в 1 минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Кишечные шумы ослаблены. Перкуторно размеры печени в норме. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области с обеих сторон безболезненное.

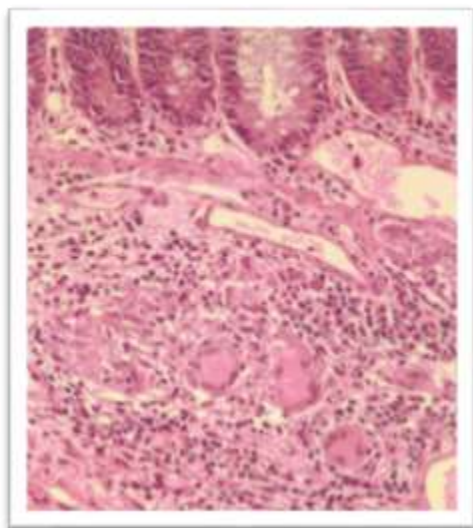
Данные лабораторных, инструментальных методов исследования:

Показатель	Результат	Норма
Гемоглобин	86 г/л	132-164
Эритроциты	$3,26 \times 10^{12}/л$	$4,0-5,6 \times 10^{12}/л$
Гематокрит	27,5%	40-54%
Лейкоциты	$9,2 \times 10^9 /л$	$4-9 \times 10^9 /л$
СОЭ	57 мм/ч	2-10 мм/ч
Общий белок	53,2 г/л	65-85 г/л
Альбумин	25 г/л	35-50 г/л
Холестерин	1,96 ммоль/л	3,9-6,5 ммоль/л
Кальций	1,91 ммоль/л	2,2-2,75 ммоль/л
Железо	4,0 мкмоль/л	13,0-30,0 мкмоль/л
СРБ	4,2 мг/дл	0-0,8 мг/дл
Витамин В ₁₂	<125 пг/мл	125-8000 пг/мл
Анализ кала на токсины А и В <i>Cl.difficile</i>	Отрицательный	Отрицательный
Тест на СИБР	Отрицательный	Отрицательный
Антитела к тканевой транскляминазе	Не обнаружены	Не обнаружены
Тест на стеаторею	Отрицательный	Отрицательный
ЭГДС	Дистальный рефлюкс эзофагит, недостаточность кардии, антральный гастрит, дуоденит. ХЕЛПИЛ-тест отрицательный.	

Пациенту выполнена колоноскопия. Патологии толстой кишки обнаружено не было. Осмотрено 10 см подвздошной кишки. Выявлены изменения, представленные на иллюстрации ниже.



Из терминального отдела подвздошной кишки взята биопсия. Результат гистологического исследования представлен ниже.



Задания:

1. Выделите ведущий клинический синдром.
2. Перечислите заболевания, которые сопровождаются ведущим клиническим синдромом, выявленным у пациента.
3. Какая патология выявлена при эндоскопическом исследовании в подвздошной кишке?
4. Какая гистологическая патология представлена на картинке?
5. Поставьте диагноз пациенту и обоснуйте его.
6. Назначьте пациенту лечение.

Задача №17

Жалобы и Anamnesis morbi: Пациент Г., 59 лет, находится 5-ые сутки в стационаре по поводу обострения ХОБЛ, тяжелого течения. На фоне проводимой терапии (бронходилататоры, оксигенотерапия, муколитики, антибиотики, инфузионная терапия) самочувствие пациента и показатели ФВД значительно улучшились. Однако появились жалобы на частый жидкий стул до 8 раз в сутки, схваткообразные боли в левой подвздошной области. Ранее расстройства стула не было, отмечает, что всегда была склонность к запорам.

Anamnesis vitae: Более 10 лет страдает ХОБЛ, по этому поводу наблюдается в профильной клинике. Пациент в прошлом курильщик (не курит около 5 лет) индекс курения 51. Алкоголем не злоупотребляет. По профессии автомеханик. Работает в автомастерской. Аллергических реакций не было. Эпидемиологический анамнез без особенностей.

Status praesens: общее состояние средней тяжести. Рост 184 см, масса тела 90 кг, ИМТ 26,6 кг/м². Телосложение гиперстеническое. Температура тела 37,4°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Отмечается пастозность голеней. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-суставная система без особенностей. В легких дыхание везикулярное с жестким оттенком, единичные сухие рассеянные хрипы над всей поверхностью легких. ЧД 20 в 1 минуту. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. ЧСС 83 в 1 минуту. АД 125/85 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перкуторно размеры печени несколько увеличены (+2 см). Край печени плотный, закругленный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области с обеих сторон безболезненное.

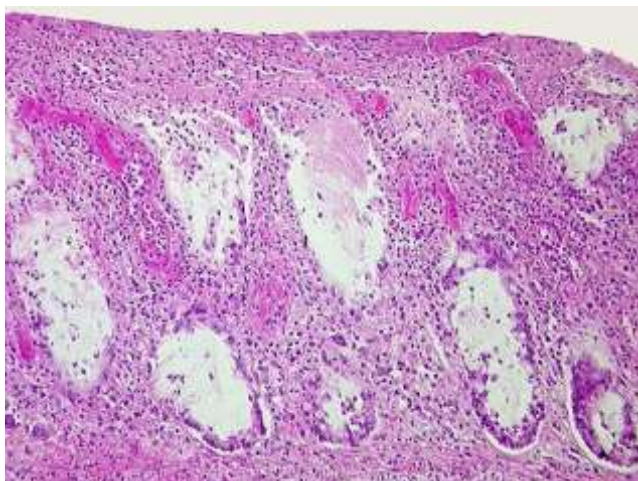
Данные лабораторных, инструментальных методов исследования:

Показатель	Результат	Норма
Гемоглобин	150 г/л	132-164
Эритроциты	$5,2 \times 10^{12}/л$	$4,0-5,6 \times 10^{12}/л$
Лейкоциты	$10,3 \times 10^9/л$	$4-9 \times 10^9/л$
Палочкоядерные нейтрофилы	7%	1-6%
Сегментоядерные нейтрофилы	63%	47-72%
Лимфоциты	25%	19-37%
Эозинофилы	1%	1-5%
Моноциты	4%	3-11%
СОЭ	36 мм/ч	2-10 мм/ч
Общий белок	63 г/л	65-85 г/л
Альбумин	32 г/л	35-50 г/л
Холестерин	5,6 ммоль/л	3,9-6,5 ммоль/л
Креатинин	92 ммоль/л	60-125 ммоль/л
Железо	25,3 мкмоль/л	13,0-30,0 мкмоль/л
СРБ	3,5 мг/дл	0-0,8 мг/дл
АСТ	45	0-40 Ед/л
АЛТ	39	0-40 Ед/л
Рентгенография легких	На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в передней и левой боковой проекции повышена пневматизация легких, расширены межреберные промежутки, легочные поля без инфильтративных изменений. Корни фиброзно деформированы, структурные. Сердце без особенностей. Диафрагма расположена низко, синусы свободные. Аорта уплотнена.	
Копрограмма	Количество за сутки – 180 г, жидкий, реакция на скрытую кровь - +, лейкоциты – много, слизь – много, эритроциты – единичные, яйца глистов – отсутствуют, простейшие – отсутствуют.	

Пациенту выполнена колоноскопия. Данные изменения прослеживаются в прямой кишке, сигмовидной кишке и в нисходящей ободочной кишке.



Взята биопсия. Результат гистологического исследования представлен ниже.



Задания:

1. Выделите ведущий клинический синдром.
2. Перечислите заболевания, которые сопровождаются ведущим клиническим синдромом, выявленным у пациента.
3. Какая патология выявлена при эндоскопическом исследовании?
4. Какая гистологическая патология представлена на картинке?
5. Какое исследование необходимо провести пациенту для подтверждения диагноза?
6. Поставьте диагноз пациенту и обоснуйте его.
7. Назначьте пациенту лечение.

Задача №18

Пациентка В., 32 лет, поступила в стационар с жалобами на жидкий стул до 10-11 раз в сутки, с выделением слизи и крови, частые ложные позывы на дефекацию, ноющую боль в левой подвздошной области, усиливающуюся перед дефекацией, боли в коленных и голеностопных суставах, общую слабость.

Anamnesis morbi: из анамнеза известно, что указанные выше жалобы появились около 2 месяцев назад. Пациентка обратила внимание на появление крови в виде сгустков на поверхности оформленного кала. Так как ранее у пациентки был выявлен хронический геморрой, решила, что появление крови связано с обострением геморроя, в связи с чем самостоятельно стала использовать гепарин натрия в виде геля, ректально и диосмин с флавоноидами по 1000 мг в сутки. Однако улучшения не наступало, постепенно стул участился до 10 раз в сутки, увеличилось содержание в нем крови, появились боли в животе и суставах. Нарастала слабость, и общее недомогание. За время болезни похудела на 2 кг. В связи с ухудшением состояния обратилась к врачу и была госпитализирована.

Anamnesis vitae: клинически значимых заболеваний у пациентки не было. Она не курит, алкоголь употребляет редко, 5-6 раз в год, не более 3-4 алкогольных единиц. Принимает комбинированные оральные контрацептивы, под контролем гинеколога. Работает менеджером по продажам офисной техники. Замужем, имеет двоих детей. Аллергических реакций не было. Эпидемиологический анамнез без особенностей.

Status praesens: общее состояние средней тяжести. Рост 168 см, масса тела 65 кг, ИМТ 23 кг/м². Телосложение нормостеническое. Температура тела 37,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, высыпаний нет. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Суставы внешне не изменены. В легких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧД 14 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 94 в 1 минуту. АД 108/68 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка при глубокой пальпации плотная, болезненная. Перкуторно размеры печени в норме. Край печени

мягкий, острый, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области с обеих сторон безболезненное.

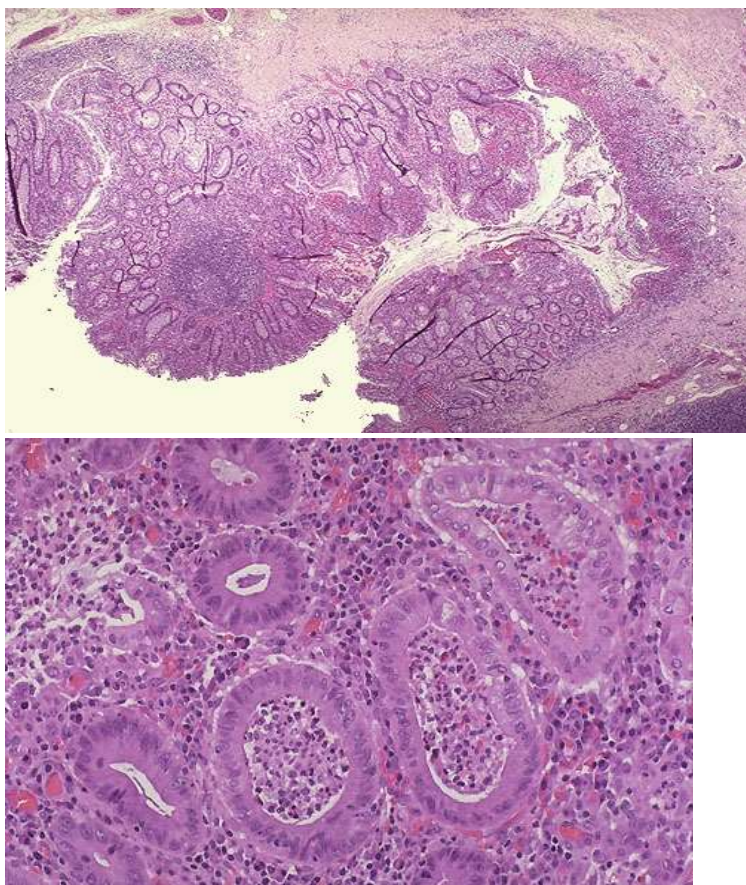
Данные лабораторных, инструментальных методов исследования:

Показатель	Результат	Норма
Гемоглобин	90 г/л	120-160
Эритроциты	$3,45 \times 10^{12}/л$	$3,4-5,0 \times 10^{12}/л$
Лейкоциты	$11,2 \times 10^9/л$	$4-9 \times 10^9/л$
Палочкоядерные нейтрофилы	1%	1-6%
Сегментоядерные нейтрофилы	65%	47-72%
Лимфоциты	30%	19-37%
Эозинофилы	1%	1-5%
Моноциты	3%	3-11%
СОЭ	32 мм/ч	2-20мм/ч
Общий белок	60 г/л	65-85 г/л
Альбумин	34 г/л	35-50 г/л
Холестерин	4,2 ммоль/л	3,2-5,6 ммоль/л
Креатинин	102 ммоль/л	60-125 ммоль/л
Железо	4,0 мкмоль/л	9,0-30,4 мкмоль/л
СРБ	2,2 мг/дл	0-0,8 мг/дл
Витамин В ₁₂	4532 пг/мл	125-8000 пг/мл
АСТ	30	0-35 Ед/л
АЛТ	20	0-35 Ед/л
Рентгенография легких	Патологии не выявлено.	
УЗИ органов брюшной полости и почек	Патологии не выявлено.	
Копрограмма	Количество за сутки – 200 г, жидкий, реакция на скрытую кровь - +++++, лейкоциты – много, слизь – много, эритроциты – много, яйца глистов – отсутствуют, простейшие – отсутствуют.	

Пациентке выполнена колоноскопия. Обнаружены изменения в прямой кишке, сигмовидной кишке и нисходящей ободочной кишке вплоть до ее селезеночного изгиба. Выраженная контактная крововоточивость слизистой оболочки.



Взята биопсия. Результат гистологического исследования представлен ниже.



Вопросы к задаче:

1. Выделите ведущий клинический синдром.
2. Перечислите заболевания, которые сопровождаются ведущим клиническим синдромом, выявленным у пациентки.
3. Какая патология выявлена при эндоскопическом исследовании?
4. Какая гистологическая патология представлена на картинках?
5. Поставьте диагноз пациентке и обоснуйте его.
6. Какое исследование необходимо провести пациентке для оценки динамики заболевания на фоне терапии?
7. Назначьте пациентке лечение.

Задача №19

Больная 42 лет предъявляет жалобы на выраженный кожный зуд, тяжесть в правом подреберье, тошноту, отсутствие аппетита, дисменорею, повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Объективно: пациентка пониженного питания (ИМТ 18), кожные покровы желтушные, со следами от расчесов и участками гиперпигментации, в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см., из-под края реберной дуги, пальпируется селезенка.

Обследование:

- Клинический анализ крови: эритроциты – $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты – $7,9 \times 10^9/л$, тромбоциты – $150 \times 10^9/л$, СОЭ – 36 мм/ч.
- Биохимический анализ крови: билирубин общ. – 35 мкмоль/л, билирубин прямой – 26 мкмоль/л, холестерин 7,75 ммоль/л, общий белок 70 г/л, альбумины – 30 г/л, АЛТ 87 ед/л, АСТ – 93 ед/л, щелочная фосфатаза – 572 ед/л, ГГТП-145 г/л, протромбиновый индекс - 70%.
- ИФА: АМА - > 1:40.
- УЗИ органов брюшной полости – признаки гепатоспленомегалии.

• Для уточнения диагноза была выполнена пункционная биопсия печени. Заключение: негнойные деструктивные изменения междольковых желчных протоков, холестаз преимущественно на периферии долики, эпителиоидно-клеточные гранулемы.

Задания:

1. Выделите ведущий синдром.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Дайте рекомендации по лечению данной больной и прогноз ее состояния.

Задача №20

Пациентка Б., 65 лет, обратилась с жалобами на схваткообразные боли в левой подвздошной области, возникающие через 15-20 минут после употребления жирной и жареной пищи, обильной еды, неустойчивый стул с чередованием запоров и поносов, метеоризм, похудание на 3 кг за последние 3 месяца, пониженный фон настроения.

В анамнезе хронический бронхит, сахарный диабет. Регулярно принимает метформин в дозе 1000 мг 2 р. в день. Также отмечает периодическое повышение АД максимально до 170 и 100 мм рт. ст., лекарственной терапии не получает. Курит 5-8 сигарет в день с 25-летнего возраста, алкоголь 1-2 раза в месяц – до 300 мл вина.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост - 162 см, масса тела - 85 кг. Абдоминальное ожирение. Кожные покровы обычной окраски. ЧДД – 18/мин. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС - 78 уд/ мин, АД - 150 и 95 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 14х12х8 см. Печень выступает на 6 см из-под правого края реберной дуги, край закруглен, тестоватый, поверхность гладкая. Селезенка не пальпируется.

Обследование:

• В клиническом анализе крови: гемоглобин - 105 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 284×10^9 /л, лейкоцитарная формула – п/я – 5%, с/я – 67%, э - 1%, б - 1%, мон - 8%, лим - 18%, СОЭ – 30 мм/час.

• Глюкоза (капиллярная кровь, натощак) – 9,4 ммоль/л. Гликозилированный гемоглобин (2 месяца назад) – 8,3%.

• В биохимическом анализе крови: общий белок - 65 г/л, альбумин - 30 г/л, общий билирубин - 18 мкмоль/л, креатинин - 150 мкмоль/л, мочевины - 11,5 ммоль/л, АСТ - 32 ЕД/л, АЛТ - 25 ЕД/л, ЩФ - 250 ЕД/л, ГГТП - 58 ЕД/л, холестерин - 8,9 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 5,2 ммоль/л.

• Копрограмма: рН кала 8,0, стеркобилин ++, слизь – небольшое количество, лейкоциты 20-40 в п/зр., эритроциты - 10-20 в п/зр., кишечный эпителий – умеренное количество; йодофильная флора, дрожжевые грибы, бактерии, яйца гельминтов не обнаружены.

• Ректороманоскопия: изменений прямой кишки не выявлено.

• Ирригоскопия: в нисходящей ободочной кишке от селезеночного угла отмечается симптом «отпечатка большого пальца».

• ФКС: в нисходящей ободочной и сигмовидной кишке отмечается отечность слизистой оболочки, единичные эрозии. Биопсия слизистой.

• Гистологическое исследование слизистой: отек, утолщение, фиброз подслизистого слоя, инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками.

Задания:

1. Выделите основной клинический синдром и симптомы заболевания. Сформулируйте предварительный клинический диагноз, обоснуйте его, используя имеющиеся в условии задачи данные. Укажите изменения, отражающие наличие сопутствующей патологии.
2. Сформулируйте и обоснуйте необходимый план дообследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Опишите и обоснуйте тактику ведения пациентки на данном этапе.

Задача №21

Больная Б., 30 лет, заболела 4 года назад, когда впервые появился субфебрилитет, частый жидкий стул. При амбулаторном обследовании инфекционная природа заболевания исключена, поставлен диагноз "хронический энтерит". В последующие годы изредка возникали ноющего характера боли в животе, вздутие, жидкий стул. Два месяца назад состояние больной значительно ухудшилось: появился жидкий стул до 10 раз в сутки, повышение температуры до 38-38,5, приступообразные боли в правой половине живота, похудела на 10 кг.

Состояние больной средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие. Питание снижено (рост 160 см, масса тела 45 кг). Со стороны легких патологии нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия. АД 100/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот умеренно вздут, болезненный в правой подвздошной области. При наружном осмотре заднего прохода - язвотрещина с отеком кожи в виде валика в перианальной области.

Обследование:

- Клинический анализ крови: Гемоглобин – 100 г/л, эритроциты 3.0×10^{12} /л, лейкоциты- $12,3 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 440×10^9 /л., СОЭ – 36 мм/ч.

- Клинический анализ мочи – лейкоциты – 15-20 в п/зр.

- Биохимия – АЛТ – 44 ед/л, АСТ – 64 ед/л, ГГТП – 22 ед/л, ЩФ – 189 ед/л, СРБ – 98 мг/л, фибриноген – 7,2 г/л. общий белок 55 г/л

- УЗИ органов брюшной полости, почек – диффузные изменения незначительно увеличенной печени, диффузные изменения поджелудочной железы. Микролиты обеих почек.

- Колоноскопия в терминальном отделе подвздошной кишки визуализируется неравномерное сужение просвета кишки, трансформация слизистой по типу "булыжной мостовой". На осмотренных участках толстой кишки (поперечный, нисходящий, сигмовидная, прямая), слизистая бледная с желтоватым оттенком, сосудистый рисунок обеднен. Проведена лестничная биопсия.

- Гистология: в препаратах фрагменты стенки подвздошной и толстой кишок с умеренной лимфоплазмоцитарной инфильтрацией в собственной пластинке, с участками трансмурального воспаления, а также эпителиоидно-клеточными гранулемами с многоядерными гигантскими клетками в толще кишечной стенки.

Задания:

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
4. Тактика лечения?

Задача №22

Больная М., 50 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на ноющую боль в левом подреберье, в эпигастральной области, слева от пупка, иррадиирующую в спину, в лопатку. Боль усиливается в положении на спине. Также беспокоит тошнота, метеоризм, вздутие живота, частый, обильный кашицеобразный стул 3-5 раз в день, блестящий с неприятным запахом, плохо смывающийся.

Из анамнеза -год назад перенесла холецистэктомию по поводу ЖКБ, периодически после погрешности в диете появляются боли в эпигастральной области, опоясывающие с иррадиацией в поясничную область, тошнота, рвота. Последнее ухудшение состояния в течение 3 недель, когда появились вышеуказанные жалобы.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ = 24.

Кожные покровы обычной окраски, видимые слизистые бледные, тургор кожных покровов снижен. На кожи груди мелко красные пятна «красные капельки», не исчезающие при

надавливания, кожа сухая. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные, 2-3 экстрасистолы в минуту, ЧСС 82 в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Живот равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации – болезненность в точке Мейо – Робсона, положительный френрикус - симптом слева, положительный симптом Катча. Поколачивание сзади слева поясничной области вызывает болезненность. Печень не увеличена, при пальпации безболезненна, селезенка не пальпируется. Отеков нет. Стул 3 – 5 раз в день, кашицеобразный.

Обследования:

- Клинический анализ крови: Hb 110 г/л., эритроциты – $3,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $10,9 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 150×10^9 /л, СОЭ – 30 мм/ч.
- Биохимия: билирубин общ. – 8 мкмоль/л, билирубин прямой – 4 мкмоль/л, общий белок 70 г/л, АЛТ - 37 ед/л, АСТ – 45 ед/л, ГГТП - 45 г/л, панкреатическая амилаза 60 ед/л, липаза-70 МЕ/л.
- Общий анализ мочи: удельный вес – 1020, реакция – кислая, белок – нет, глюкоза – нет, кетоновые тела – нет, эпителий плоский немного, лейкоциты 0 – 1 в поле зрения.
- Копрограмма: переваренные мышечные волокна +++, жир нейтральный +++, жирные кислоты много, крахмал внутриклеточный немного, йодофильная флора немного, лейкоциты нет.
- УЗИ поджелудочной железы: поджелудочная железа увеличена, головка 24 мм, тело – 18 мм. хвост – 28 мм. контуры неровные, структура не однородная, участки повышенной эхогенности чередуются с участками пониженной эхогенности.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы еще?
3. Назначьте необходимое лечение.

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи.

Полный перечень вопросов к первому этапу государственного экзамена приведен в Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АС ПКВК).

В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.

3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получившие оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускаются, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

Таблица 5

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров, ссылка на электронный источник
1.	Внутренние болезни [Электронный ресурс]: система органов пищеварения: учеб. пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 7-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2021. – 560 с. - Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ https://www.books-up.ru/ru/book/vnutrennie-bolezni-sistema-organov-picshevariya-11958322/
2.	Внутренние болезни [Электронный ресурс]: лабораторная и инструментальная диагностика заболеваний внутренних органов: учеб. пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 7-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2021. – 800 с. - Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ https://www.books-up.ru/ru/book/vnutrennie-bolezni-laboratornaya-i-instrumentalnaya-diagnostika-11957433/
3.	Внутренние болезни [Электронный ресурс]: печень, желчевыводящие пути, поджелудочная железа: учеб. пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 5-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2021. – 632 с. - Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ https://www.books-up.ru/ru/book/vnutrennie-bolezni-pechen-zhelchevyvodyashie-puti-podzheludochnaya-zheleza-11959022/
4.	Неалкогольная жировая болезнь печени в работе врача первичного звена: вопросы диагностики и лечения [Текст]: учебно-методическое пособие / Г. Е. Ройтберг, О. О. Шархун, И. Д. Сладникова; Г. Е. Ройтберг, О. О. Шархун, И. Д. Сладникова; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. терапии, общ. лечеб. практики и ядер. медицины ФДПО. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2021. - 43 с.: ил. - Библиогр. : С. 37-38.	10
5.	Внутренние болезни [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. проф. образования]: в 2 т. Т. 1 / [Р. А. Абдулхаков и др.] ; под ред. В. С. Моисеева и др. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019- 960 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453148.html
6.	Внутренние болезни.: учебник: в 2 т. Т. 2. / Моисеев В. С., Мартынов А. И., Мухин Н. А. - 3-е изд., испр. и доп. [Электронный ресурс] - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453155.html
7.	Гастроэнтерология. Национальное руководство [Электронный ресурс]/ под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970444061.html
8.	Тактика врача-гастроэнтеролога. 2-е издание. — Москва [Электронный ресурс]: ГЭОТАР-Медиа, 2025. — ISBN 978-5-9704-9150-8.	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970491508.html
9.	Детская гастроэнтерология. Национальное руководство [Электронный ресурс]/ под ред. С. В. Бельмера, А. Ю. Разумовского, А. И. Хавкина. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 864 с. — ISBN 978-5-9704-6990-3, DOI: 10.33029/9704-6990-3-GAS-2022-1-864. — Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970469903.html
10.	Функциональные расстройства органов пищеварения у детей. Принципы диагностики и лечения (международные и отечественные рекомендации) [Электронный ресурс]/ С. В.	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970456439.html

	Бельмер, А. И. Хавкин, Д. В. Печкуров. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 224 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-5643-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента"	
11.	Хронические гепатиты [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие / [И. Е. Байкова, И. Г. Никитин, В. А. Кисляков и др.]; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. госпит. терапии №2, каф. пропедевтики внутр. болезней лечеб. фак. - - Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191319.pdf&show=dcatalogues/1/4928/191319.pdf&view=true
12.	Клиническая фармакология [Электронный ресурс]: [учеб. для мед. вузов] / [В. Г. Кукес и др.]; под. ред. В. Г. Кукеса. - 6-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1024 с.: ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp ;	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468074.html
13.	Гастроэнтерология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник [Электронный ресурс] / - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 480 с. - ISBN 978-5-9704-5420-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454206.html
14.	Медицинские манипуляции [Электронный ресурс] / М. Стоунхэм, Д. Вэстбрук. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011.- 152 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/IGTR0001.html
15.	Непосредственное исследование больного [Электронный ресурс] учеб. пособие / А. Л. Гребенев, А. А. Шептулин. - Москва: МЕДпресс- информ, 2021. - 176 с. Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ https://www.books-up.ru/ru/book/neposredstvennoe-issledovanie-bolnogo-11962690/
16.	Медицинская лабораторная диагностика: программы и алгоритмы: руководство для врачей [Электронный ресурс]/ под ред. А. И. Карпищенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-6690-2, DOI: 10.33029/9704-6690-2-MLD-2023-1-976. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466902.html
17.	О чем говорят анализы? Клинико-лабораторная диагностика в гастроэнтерологии [Текст]: параметры, нормы, расшифровка: [справочное пособие] / Л. М. Пустовалова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. - 95 с.: табл. - (Медицина). - Библиогр. : С. 95.	5
18.	Современные принципы диагностики и терапии билиарной дисфункции [Текст]: учебное пособие / [сост. : Н. Г. Потешкина, А. М. Сванидзе, Н. С. Крылова] ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. общ.терапии фак. доп. проф. образования. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020. - 83 с. : ил.	10
19.	Современные принципы диагностики и терапии билиарной дисфункции [Электронный ресурс]: учебное пособие/ сост.: Н. Г. Потешкина, А. М. Сванидзе, Н. С. Крылова РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. общ. терапии фак. доп. проф. образования. - - Москва, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190810.pdf&show=dcatalogues/1/4563/190810.pdf&view=true
20.	История болезни [Электронный ресурс]: учебно- методическое пособие [для студентов медицинских вузов] / под ред. Е. В. Резник [и др.]; сост. : Е. В. Резник, А. В. Струтынский, А. К. Журавлев [и др.] ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, межкаф. пособие лечеб. фак. — - Москва, 2023. -Режим доступа http://rsmu.informsystema.ru/login-	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=192116.pdf&show=dcatalogues/1/5507/192116.pdf&view=true

	user?login=Читатель&password=010101.	116.pdf&view=true
21.	Ведение желчнокаменной болезни в условиях поликлиники [Электронный ресурс]: учебно- методическое пособие для студентов, интернов, ординаторов, аспирантов/ М. П. Михайлусова, С. В. Михайлусов, А. С. Николаева. - Москва: Изд-во РАМН, 2016. - 75 с.: ил. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=10bn.pdf&show=dcatalogues/1/3120/10bn.pdf&view=true
22.	Воспалительные заболевания пищевода [Текст]: учебно-методическое пособие / А. Н. Иванов, Э. П. Яковенко, Н. А. Агафонова, А. В. Яковенко; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. гастроэнтерологии и диетологии фак. доп. проф. образования. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2018. - 59 с. : ил. - Библиогр. : С. 58-59.	10
23.	Неалкогольная жировая болезнь печени в работе врача первичного звена: вопросы диагностики и лечения [Текст]: учебно-методическое пособие / Г. Е. Ройтберг, О. О. Шархун, И. Д. Слестникова; Г. Е. Ройтберг, О. О. Шархун, И. Д. Слестникова; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. терапии, общ. лечеб. практики и ядер. медицины ФДПО. - Москва	10
24.	Хронический панкреатит. Стеатоз поджелудочной железы [Текст]: учебное пособие / [А. В. Стародубова, С. Д. Косюра, Ю. Б. Червякова и др.]; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. факультет. терапии лечеб. фак. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2019. - 42 с.	10
25.	Пищеварительная система [Текст]: учебно- методическое пособие / [Е. Е. Никифорова, С. Н. Чилингарида, В. В. Куликов и др.]; под ред. В. В. Куликова; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. анатомии лечеб. фак. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020. - 31 с.	10