



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета  
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Рабочая программа	«Государственной итоговой аттестации»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа ординатуры по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология
Квалификация (специальность)	Врач-гастроэнтеролог
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра пропедевтики внутренних болезней

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Бутов Михаил Александрович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Гончаренко Валентина Фёдоровна	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доцент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Якушин Сергей Степанович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Урясьев Олег Михайлович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой

Одобрено учебно-методической комиссией по ординатуре и аспирантуре.  
Протокол № 7 от 26.06.2023 г.

Одобрено учебно-методическим советом.  
Протокол № 10 от 27.06.2023 г.

Нормативная справка.

Рабочая программа «Государственной итоговой аттестации» разработана в соответствии с:

<b>ФГОС ВО</b>	Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 № 1070 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология»
<b>Порядок организации и осуществления образовательной деятельности</b>	Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры"

**Целью** государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной профессиональной образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (далее – ФГОС ВО).

**Задачами** государственной итоговой аттестации является определение сформированности у обучающихся основных компетенций, установленных ФГОС ВО, и оценка готовности обучающихся к решению профессиональных задач в соответствии с видами профессиональной деятельности, на которые ориентирована образовательная программа.

**Компетенции выпускника, сформированность которых оценивается на государственной итоговой аттестации**

Универсальные компетенции (УК):

УК-1: готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

УК-2: готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.

УК-3: готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Профессиональные компетенции (ПК):

ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространение заболеваний, их раннюю диагностику, выяснения причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

ПК-2: готовность к осуществлению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.

ПК-3: готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.

ПК-4: готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков.

ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).

ПК-6: готовность к лечению и ведению пациентов нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи.

ПК-7: готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.

ПК-8: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.

ПК-9: готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

ПК-10: готовность к применению новых принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

ПК-11: готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.

ПК-12: готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

**Объем** государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы, 108 академических часов.

Государственная итоговая аттестация в полном объеме относится к базовой части Блока 3 ОПОП ординатуры.

### **Процедура проведения государственной итоговой аттестации**

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией, состав которой утверждается приказом ректора не позднее чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации. Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации не позднее 31 декабря года, предшествующего году проведения государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация обучающихся проводится в форме государственного экзамена (междисциплинарного).

Программа государственной итоговой аттестации, включая критерии оценки результатов сдачи государственного экзамена, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся, не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Все экзаменационные материалы для проведения государственного междисциплинарного экзамена обсуждаются на заседаниях учебно-

методических комиссий и утверждаются на заседании учебно-методического совета Университета.

Срок проведения государственной итоговой аттестации определяется расписанием, которое составляется в соответствии с учебным планом, утверждается ректором и доводится до сведения обучающихся, председателя и членов государственных экзаменационных комиссий и апелляционных комиссий, секретарей государственных экзаменационных комиссий не позднее чем за 30 календарных дней до дня проведения первого государственного аттестационного испытания.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

### **Структура и содержание государственной итоговой аттестации в форме государственного экзамена**

Государственный экзамен по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология включает в себя несколько аттестационных испытаний и проводится в три этапа: I этап - тестирование; II этап - оценка практических навыков и умений; III этап - собеседование.

## **ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ, ВЫНОСИМЫХ НА ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН**

### **Общие вопросы гастроэнтерологии.**

Диагностический алгоритм первичного обследования гастроэнтерологических больных в поликлинических условиях. Особенности подготовки и проведения основных лабораторно-инструментальных методов исследования желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях.

Физиологические диетические рационы. Особенности лечебного питания при основных заболеваниях органов пищеварения.

Показания к применению препаратов энтерального парентерального питания. Методы энтерального питания.

Диагностическая ценность основных лабораторных методов исследования, применяемых в гастроэнтерологии и гепатологии. Основные лабораторные симптомы и синдромы поражения органов пищеварения.

Основные симптомы и синдромы поражения органов пищеварения по данным инструментальных методов исследования.

Санаторно-курортное лечение больных с заболеваниями органов пищеварения.

### **Гепатология.**

Дифференциальный диагноз при основных клинических синдромах поражения печени: гепатомегалии, гепатолиенальном синдроме, желтухе, портальной гипертензии, асците, геморрагическом синдроме, синдроме печеночной энцефалопатии, гепаторенальном синдроме.

Дифференциальный диагноз при основных клинико-лабораторных синдромах, сопровождающих течение заболеваний печени: синдроме цитолиза, холестаза, иммуно-воспалительном синдроме, синдроме печеночно-клеточной функциональной недостаточности.

Инструментальные методы исследования печени (диагностические возможности метода, показания, противопоказания, подготовка больных, ведение больных после исследования).

Острый вирусный гепатит (А, В, дельта, С, D, E).

Токсическая болезнь печени. Лекарства и поражения печени. Нарушение фармакокинетики лекарств при болезнях печени.

Алкогольная болезнь печени. Клинико-морфологические варианты алкогольной болезни печени. Алкогольное жировое перерождение печени. Алкогольный гепатит. Алкогольный фиброз и склероз печени. Алкогольный цирроз печени. Алкогольная печеночная недостаточность: острая, подострая, хроническая, с или без печеночной комы.

Хронический гепатит. Хронический персистирующий гепатит. Хронический лобулярный гепатит. Хронический активный гепатит.

Фиброз и цирроз печени. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению больных циррозом печени.

Первичный билиарный цирроз. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.

Вторичный билиарный цирроз печени. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.

Другие формы циррозов печени. Криптогенный. Макронодулярный. Микронодулярный. Смешанного типа. Портальный.

Первичный склерозирующий холангит. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современное лечение.

Гемохроматоз. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современное лечение.

Гепатолентикулярная дегенерация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.

Порфирии. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.

Амилоидоз печени. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.

Жировая печень. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.

Болезни сосудов печени. Тромбоз воротной вены. Тромбофлебит воротной вены. Болезнь и синдром Бадда-Киари. Синдром Крювелье-Баумгартена.

Доброкачественные опухоли печени. Кисты печени. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Трансплантация печени. Принципы отбора больных. Показания, противопоказания.

Билиарные дисфункции. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Медикаментозная терапия. Профилактика.

Желчнокаменная болезнь (синоним холелитиаз). Калькулез желчного пузыря с острым холециститом. Калькулез желчного пузыря без холецистита. Острый калькулезный холецистит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. Эндоскопический метод лечения.

Острый холецистит, некалькулезный. Абсцесс желчного пузыря. Холецистит эмфизематозный, гангренозный, гнойный. Эмпиема желчного пузыря. Гангрена желчного пузыря.

Постхолецистэктомический синдром. Причины развития. Патогенез. Классификация. Клинические варианты течения. Методы диагностики. Меры профилактики. Показания к липотропно-жировой диете. Консервативная терапия. Показания к повторному оперативному вмешательству.

Холестероз желчного пузыря. Клубничный желчный пузырь. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. Эндоскопический метод лечения.

Холангит. Нисходящий, первичный, рецидивирующий, склерозирующий, вторичный, стенозирующий, гнойный. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.

Спазм сфинктера Одди. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.

### **Заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.**

Методы исследования пищевода.

Дисфагия. Дифференциальный диагноз. Программа обследования больных с дисфагией.

Ахалазия кардии.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (синоним - рефлюкс-эзофагит).

Пептическая язва пищевода. Эрозия пищевода. Синдром Барретта..

Дискинезии пищевода. «Пищевод шелкунчика». Диффузный эзофагоспазм. Кардиоспазм. Гипомоторные дискинезии.

Дивертикул пищевода. Пищеводный карман. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.

Гастро-эзофагеальный разрывно-геморрагический синдром. Синдром Меллори-Вейсса. Этиология. Патогенез. Клиника. Течение. Лечение.

Методы исследования желудочной секреции. Рентгенодиагностика. Гастродуоденоскопия. Диагностика *Helicobacter pylori*.

Функциональная /идиопатическая/ диспепсия. Определение понятия. Клинические варианты неязвенной диспепсии. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения.

Язва желудка (синоним: язвенная болезнь желудка). Эрозия желудка. Язва пептическая: пилорического канала, медиогастральная. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клинические варианты течения. Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Диспансеризация и профилактика. Диетолечение. Санаторно-курортное лечение.

Дуоденальная язва (синоним - 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. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Диспансеризация и профилактика. Диетолечение. Санаторно-курортное лечение.

Гастроеюнальная язва. Язва (пептическая) или эрозия: анастомоза, гастроколит гастроинтестинальная, гастроеюнальная, еюнальная язва, краевая язва, язва стомы. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение.

Пенетрирующая язва. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение.

Каллезная язва. Морфология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение.

Перфорация язвы. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение.

Язвенное кровотечение. Методы ранней диагностики. Методы интенсивной терапии и ведения больных с язвенным кровотечением. Хирургическое лечение.

Стеноз привратника. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение.

Синдром Золингера-Эллисона. Этиология, патогенез. Особенности клиники, диагностики. Дифференциальный диагноз. Медикаментозное лечение. Оперативное лечение.

Гастрит и дуоденит острый и хронический. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.

Хронический гипертрофический гастрит. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

Гранулематозный гастрит. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

Болезнь Менетрие. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

Острый геморрагический гастрит. Острый гастрит с кровотечением. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.

Алкогольный гастрит. Этиология и патогенез. Особенности клиники, диагностики и лечения.

Хронический атрофический гастрит. Желудочная атрофия. Этиология и патогенез. Особенности клиники, диагностики и лечения.

Дуоденит, острый и хронический. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.

Постгастрорезекционные расстройства. Демпинг-синдром. Синдром приводящей петли. Гипогликемический синдром. Постгастрорезекционная дистрофия. Пептическая язва анастомоза. Клиника. Диагностика. Лечение.

#### **Заболевания поджелудочной железы.**

Острый панкреатит. Острый рецидивирующий, геморрагический, подострый, гнойный.

Хронический панкреатит. Этиология и патогенез. Клиника. Варианты течения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диетотерапия.

Алкогольный хронический панкреатит. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.

Панкреатическая стеаторея. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

Другие заболевания поджелудочной железы. Киста, атрофия, калькулез (камни), фиброз, цирроз, некроз (асептический, жировой).

#### **Заболевания тонкой кишки, колопроктология.**

Методы диагностики заболеваний тонкой кишки.

Синдром недостаточности всасывания.

Дифференциальный диагноз при диарее.

Болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.

Острые сосудистые заболевания тонкой кишки. Инфаркт кишечника. Мезентериальный тромбоз. Эмболия.

Хронические сосудистые заболевания тонкой кишки. Хронический ишемический энтерит. Ишемическая стриктура кишечника. Мезентериальный атеросклероз и сосудистая недостаточность.

Паралитический илеус. Инвагинационная непроходимость. Заворот кишечника (странгуляция, заворот, скручивание).

Дивертикулярная болезнь кишечника. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.

Абсцесс кишечника. Нетравматическая перфорация кишечника. Фистула кишечника.

Энтероптоз. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.

Непереносимость углеводов. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.

Болезнь Уипла. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.

Целиакия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.

Карциноидный синдром. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.

Методы диагностики заболеваний толстой кишки.

Дифференциальный диагноз различных копрологических синдромов.

Дифференциальный диагноз при запорах. Классификация запоров. Патогенетические факторы развития. Профилактика. Особенности применения различных групп препаратов. Диетолечение. Очистительные клизмы.

Язвенный колит. Энтероколит. Илеоколит. Проктит. Ректосигмоидит. Псевдополипоз толстой кишки. Слизистый проктоколит.

Радиационный, токсический, аллергический колит. Этиология. Патогенез. Классификация. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.

Проктит. Проктосигмоидит. Клиническая симптоматика. Течение. Осложнения. Лечение.

Метеоризм. Дифференциальный диагноз и лечение.

Дискинезии толстой кишки. Диагностика и лечение.

Дивертикулярная болезнь кишечника. Течение. Осложнения. Диагностика. Консервативная терапия.

Синдром раздраженного кишечника (с диареей, без диареи). Клиническая симптоматика. Течение. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.

Полипоз кишечника. Этиология. Патогенез. Классификация  
Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.

Функциональная диарея. Нейрогенный кишечник. Мегакolon.  
Анальный спазм.

Анальное и ректальное кровотечение. Этиология. Патогенез. Клиника.  
Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к  
хирургическому лечению. Профилактика развития.

Долихосигма. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Течение.  
Осложнения. Консервативная терапия. Показания к хирургическому  
лечению. Профилактика развития.

Болезнь Гиршпрунга. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика.  
Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к хирургическому  
лечению. Профилактика развития.

Наружный и внутренний геморрой. Этиология. Патогенез. Клиника.  
Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к  
хирургическому лечению. Профилактика развития.

### **Терапия.**

Клинические проявления со стороны пищеварительной системы при  
заболеваниях легких, сердца, системной патологии и др. Критерии  
дифференциального диагноза между первичной гастроэнтерологической  
патологией и клиническими проявлениями со стороны пищеварительной  
системы при заболеваниях других органов и систем

## **ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА**

Обучающийся выбирает билет, который включает в себя вариант  
тестового задания, вариант задания с тремя вопросами по физическому  
обследованию органов пищеварения, теоретический вопрос. Демонстрация  
практических навыков проводится с участием пациентов  
гастроэнтерологического отделения.

Время ответа на тестовые задания (100 вопросов) 60 мин.

Время подготовки к теоретическому ответу составляет 40 минут.

Ответ обучающегося заслушивают не менее двух членов  
экзаменационной комиссии. Экзаменаторы имеют право задавать  
обучающемуся уточняющие вопросы, которые вместе с ответами  
обучающегося заносятся в протокол.

Обучающимся и лицам, привлекаемым к государственной итоговой  
аттестации, во время ее проведения запрещается иметь при себе и  
использовать средства связи.

Нарушения обучающимся учебной дисциплины при проведении  
государственной итоговой аттестации пресекаются. В этом случае  
составляется акт о нарушении учебной дисциплины и выставляется оценка  
«неудовлетворительно».

К нарушениям учебной дисциплины во время государственной  
итоговой аттестации относятся:

- списывание (в том числе с использованием мобильной связи, ресурсов Интернет, а также литературы и материалов, не разрешенных к использованию на экзамене или зачёте);

- обращение к другим обучающимся за помощью или консультацией при подготовке ответа по билету или выполнении задания;

- прохождение государственной итоговой аттестации лицами, выдающими себя за обучающегося, обязанного сдавать экзамен.

Результаты государственного экзамена оцениваются по четырехбалльной системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного экзамена объявляются обучающимся в день проведения экзамена после оформления и утверждения протоколов заседания государственной экзаменационной комиссии.

### **Критерии оценки междисциплинарного государственного экзамена:**

- оценка **«отлично»** выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему полное освоение компетенций, предусмотренных программой, системные знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины, проявивший творческие способности в понимании и применении на практике содержания обучения;

- оценка **«хорошо»** выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему достаточное освоение компетенций, предусмотренных программой, полное знание программного материала, способному к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности;

- оценка **«удовлетворительно»** выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему недостаточно полное освоение компетенций, предусмотренных программой, обнаружившему достаточный уровень знания основного программного материала, но допустившему погрешности при его изложении;

- оценка **«неудовлетворительно»** выставляется обучающемуся, не продемонстрировавшему освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

### **Перечень рекомендуемой литературы:**

Основная литература:

1. Гастроэнтерология: нац. рук. Краткое изд. / под ред. В.Т. Ивашкина и др. - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 462 с.

2. Циммерман Я.С.Гастроэнтерология: рук. / Я. С. Циммерман. - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2013. - 799 с.

3. Тарасова Л.В. Болезни кишечника: клиника, диагностика и лечение: учеб. пособие для системы послевуз. и доп. проф. образования врачей / Л. В. Тарасова, Д.И. Трухан. - СПб. : СпецЛит, 2013. - 143 с.

4. Гастроэнтерология: рук. для врачей / под. ред. Е.И. Ткаченко. - СПб.: СпецЛит, 2013. - 637 с.

5. Болезни поджелудочной железы: диагностика, лечение, профилактика/ сост. В.Ф. Ильин. - СПб. : ВЕКТОР, 2013. - 157 с.

Дополнительная литература:

1. Гастроэнтерология: Клинич.рек. / Под ред.Ивашкина В.Т. - 2-е изд.,испр.и доп. - М. : Изд.группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 207 с.

2. Рапопорт С.И. Гастриты: Пособие для врачей / С. И. Рапопорт ; Моск.мед.акад. - М. : ИД "Медпрактика-М", 2010. - 20 с.

3. Громнацкий Н.И.Болезни органов пищеварения: учеб. для студентов мед. вузов / Н. И. Громнацкий. - М. : ООО "Мед. информ. агентство", 2010. - 335 с.

4. Ильченко А.А.Болезни желчного пузыря и желчных путей: рук. для врачей / А. А. Ильченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ООО "Мед. информ. агентство", 2011. - 878 с.

5. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь/ под ред. Л.Б. Лазебника. - М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2012. - 355 с.

6. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.

### **Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»**

[www.rosmedlib.ru/](http://www.rosmedlib.ru/)(Консультант врача «Электронная медицинская библиотека»)

<http://www.internist.ru/>Всероссийский образовательный интернет-ресурс для врачей

<http://elibrary.ru/>Сайт Научной электронной библиотеки

[www.antibiotic.ru/](http://www.antibiotic.ru/)Архив журнала «антибиотики и антимикробная терапия»

[www.t-patient.ru/](http://www.t-patient.ru/) Архив журнала «Трудный пациент»

<http://www.cito03.ru/>(Сайт национального научно-практического общества скорой медицинской помощи)

[www.bibliomed.ru/](http://www.bibliomed.ru/)Электронная медицинская библиотека

<http://www.rmj.ru/> Русский медицинский журнал

<http://www.gastro-j.ru/> Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии

<http://www.rsls.ru/>Сайт Российского общества по изучению печени

### **Примеры тестов с эталонами ответов:**

Для цитолитического синдрома при заболеваниях печени характерно

- А. повышение активности АЛАТ**
- Б. повышение активности ЩФ и ГГТП
- В. увеличение размеров печени
- Г. увеличение размеров селезёнки
- Д. появление «сосудистх звёздочек»

Синдром Крювелье-Баумгартена развивается при

- А. выраженной желтухе
- Б. повышении давления в воротной вене**
- В. гипертрансаминаземии
- Г. повышении желудочной секреции
- Д. повышении давления в брюшной полости

Типичным фактором, провоцирующим развитие гипокалиемической печёночной комы, является

- А. повышенная физическая нагрузка
- Б. обширные ожоги
- В. массивные травмы
- Г. обильный диурез**
- Д. нервно-психический стресс

Копрологическим признаком воспалительного процесса в кишечнике является

- А. увеличение содержания органических кислот
- Б. увеличение содержания аммиака
- В. положительная реакция Трибуле – Вишнякова**
- Г. уменьшение содержания органических кислот
- Д. отрицательная реакция Трибуле – Вишнякова

В биоптате печени тельца Маллори выявляются при циррозе печени

- А. алкогольном**
- Б. вирусном
- В. билиарном
- Г. кардиальном
- Д. при всех видах цирроза

Оптимальным сочетанием препаратов в качестве базисной терапии первичного билиарного цирроза печени является

- А. кортикостероиды + интерферон
- Б. цитостатики + интерферон
- В. кортикостериды + цитостатики
- Г. урсодезоксихолевая кислота + кортикостероиды
- Д. урсодезоксихолевая кислота + цитостатики**

**Пример билета для оценки практических навыков по физикальному исследованию органов пищеварения:**

**Билет № 2**

Физическое обследование органов пищеварения  
для Государственной итоговой аттестации ординаторов по специальности  
31.08.28 Гастроэнтерология  
Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

1. Ориентировочная пальпация живота.
2. Перкуссия селезенки.
3. Болевые точки при язвенной болезни желудка.

**Порядок подачи и рассмотрения апелляций:**

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении порядка проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственной итоговой аттестации

обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственной итоговой аттестации обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае принятия решения об удовлетворении апелляции результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные Университетом.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного аттестационного испытания.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного аттестационного испытания и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.



### Лист утверждения и согласования

Программа государственной итоговой аттестации для выпускников по программам подготовки кадров высшей квалификации – программам ординатуры по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (общее количество страниц 64):

1. Согласована с научной библиотекой университета по рекомендуемой литературе

Заведующая научной библиотекой \_\_\_\_\_ /О.В. Козлова  
подпись

2. Утверждена на заседании кафедры

Протокол № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Зав. кафедрой, профессор, д.м.н. \_\_\_\_\_ / М.А. Бутов  
подпись

3. Утверждена на заседании учебно-методической комиссии по программам аспирантуры, ординатуры, магистратуры.

Протокол № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Председатель комиссии, к.м.н., доцент \_\_\_\_\_ /Л.В. Твердова  
подпись

4. Согласована с отделом образовательных программ на соответствие макету, учебному плану и наличию сопроводительной документации

Начальник отдела \_\_\_\_\_ /А.А. Сидоров  
подпись

5. Утверждена на заседании учебно-методического совета университета.

Протокол № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Матрица компетенций, сформированность которых оценивается на  
государственном экзамене

Номер ситуационной задачи и/или задания/билета	Компетенции
Тестовые задания. Вариант 1	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
Тестовые задания. Вариант 2	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
Тестовые задания. Вариант 3	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
Физикальное обследование органов пищеварения. Задание 1	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Физикальное обследование органов пищеварения. Задание 2	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Физикальное обследование органов пищеварения. Задание 3	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Физикальное обследование органов пищеварения. Задание 4	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Физикальное обследование органов пищеварения. Задание 5	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Физикальное обследование органов пищеварения. Задание 6	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Физикальное обследование органов пищеварения. Задание 7	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Физикальное обследование органов пищеварения. Задание 8	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Физикальное обследование органов пищеварения. Задание 9	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Физикальное обследование органов пищеварения. Задание 10	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

**Тестовые задания для Государственной итоговой аттестации  
ординаторов по специальности 31.08.28 «Гастроэнтерология»**

**ВАРИАНТ 1**

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

1. Для синдрома гепатомегалии характерно
  - А. повышение активности АлАТ
  - Б. повышение активности ЩФ и ГГТП
  - В. увеличение размеров печени
  - Г. увеличение размеров селезёнки
  - Д. появление «сосудистых звёздочек»
  
2. При постнекротическом циррозе печени при физическом исследовании
  - А. выявляется печень уменьшенная в размерах
  - Б. выявляется печень гладкая
  - В. выявляется печень бугристая
  - Г. выявляется печень болезненная при пальпации
  - Д. выявляется гепатомегалия
  
3. Вторичный билиарный цирроз печени может возникать у больных
  - А. вирусным гепатитом
  - Б. алкогольассоциированным гепатитом
  - В. лекарственным гепатитом
  - Г. желчно-каменной болезнью
  - Д. болезнью Менетрие
  
4. Для гемохроматоза характерно накопление в тканях организма
  - А. меди
  - Б. железа
  - В. серебра
  - Г. липидов
  - Д. пуринов
  
5. Положительный симптом Гаусмана на вдохе характерен для
  - А. острого гастрита
  - Б. острого холецистита
  - В. острого аппендицита
  - Г. язвенной болезни желудка в фазу обострения заболевания
  - Д. болезни Менетрие
  
6. Симптом Лидского может выявляться у больных
  - А. острым гастритом
  - Б. острым холециститом
  - В. острым эзофагитом
  - Г. острым энтеритом
  - Д. острым колитом

7. При ультразвуковом исследовании толщина стенки желчного пузыря у здорового человека составляет
- А. 1-1,5 мм
  - Б. 1,5-2 мм
  - В. 2-3 мм
  - Г. 3-4 мм
  - Д. 4-5 мм
8. При болезни Вильсона-Коновалова в организме человека происходит
- А. накопление железа
  - Б. накопление меди
  - В. накопление серебра
  - Г. накопление солей кальция
  - Д. накопление солей висмута
9. Для синдрома спленомегалии характерно
- А. выявление анемии, тромбопении, лейкопении
  - Б. выявление эритроцитарных цилиндров в моче
  - В. выявление гиперхолестеринемии
  - Г. выявление увеличенных размеров печени
  - Д. выявление увеличенных размеров селезёнки
10. Для портального цирроза печени не характерно появление
- А. холестаза и холемии
  - Б. гиперфибриногенемии
  - В. гиперлипидемии
  - Г. гиперферментемии
  - Д. кахексии
11. Повышение активности АЛАТ указывает на развитие синдрома
- А. холестаза
  - Б. воспаления
  - В. повреждения гепатоцитов
  - Г. ДВС
  - Д. энцефалопатии
12. У пациентов с высокой желудочной секрецией появляется склонность к
- А. мелене
  - Б. диарее
  - В. констипации
  - Г. икоте
  - Д. регургитации
13. Пищевод впадает в желудок под углом
- А. Гиса
  - Б. Трендэленбурга
  - В. Гаусмана
  - Г. Стражеско
  - Д. Берга

14. У больных язвенной болезнью желудка болевые точки Боаса располагаются
- А. по остистым отросткам V, VI, VII грудных позвонков
  - Б. по остистым отросткам от VIII грудного до I-II грудных позвонков
  - В. на уровне поперечных отростков X, XI, XII грудных позвонков
  - Г. в углу между прямой мышцей спины и XII ребром
  - Д. в эпигастрии
15. Неконъюгированный билирубин в большом количестве присутствует в крови
- А. у больного гемолитической желтухой
  - Б. у больного паренхиматозной желтухой
  - В. у больного механической желтухой
  - Г. у здорового человека
  - Д. А и Г
16. Ускоряют опорожнение желчного пузыря гормоны
- А. ацетил холин
  - Б. тироксин
  - В. серотонин
  - Г. адреналин
  - Д. А и Б
17. Дисфагией называется ощущение
- А. раздувания кишечника
  - Б. затруднения глотания
  - В. пустоты в животе
  - Г. отрыжки
  - Д. боли в эпигастрии
18. Симптом «голова медузы» появляется при
- А. портальной гипертензии
  - Б. спленомегалии
  - В. энцефалопатии
  - Г. ДВС-синдроме
  - Д. цитолизе гепатоцитов
19. Рвота может быть вызвана ...
- А. импульсацией из рефлексогенных зон, из коры головного мозга, обонятельных центров
  - Б. импульсацией из рефлексогенных зон, патологическими процессами в головном мозге, токсическими воздействиями на ротный центр
  - В. условно-рефлекторно
  - Г. безусловно-рефлекторно и произвольно
  - Д. В и Г
20. При резких болях в животе, обусловленных острым панкреатитом больной предпочитает лежать
- А. на животе
  - Б. на спине

- В. на левом боку
  - Г. на правом боку
  - Д. нет предпочтений
21. Наиболее характерным симптомом стеноза привратника является
- А. кахексия
  - Б. кровавая рвота
  - В. рвота съеденной накануне пищей
  - Г. каловая рвота
  - Д. характерный симптом не указан
22. Утренняя рвота с большим количеством слизи характерна для
- А. патологии пищевода
  - Б. хронического гастрита, особенно у алкоголиков
  - В. язвенной болезни желудка
  - Г. патологии билиарного тракта
  - Д. патологии поджелудочной железы
23. Если неизменённая по окраске кровь располагается на поверхности обычного по консистенции калового комка, то источник кровотечения находится
- А. на уровне сфинктера прямой кишки
  - Б. на участке от селезёночного угла, до прямой кишки
  - В. на участке от слепой до печёночного угла восходящей кишки
  - Г. в тонкой кишке
  - Д. в пилорическом сфинктере
24. Наиболее характерным симптомом язвенного колита является
- А. упорная боль в гипогастрии
  - Б. выход на стул 2-3 раза в день и кал 7 типа
  - В. частые кровянистые испражнения
  - Г. лихорадка и диарея
  - Д. боли в животе по вечерам и метеоризм
25. Тенезмами называются
- А. болезненные и часто ложные позывы на стул
  - Б. резкие боли в конце акта дефекации
  - В. позывы на стул с полифекалией
  - Г. запоры, при которых больной пальцами помогает выделять кал
  - Д. неудержимые позывы на стул
26. Для определения наличия крови в кале часто используют реакцию
- А. Гросса
  - Б. Грегерсена
  - В. Трибуле-Вишнякова
  - Г. ван ден Берга
  - Д. бромсульфалеиновую
27. Причиной механической желтухи не является
- А. холедохолитиаз
  - Б. язвенная болезнь 12-перстной кишки

- В. рак головки поджелудочной железы  
Г. псевдотуморозный панкреатит  
Д. рак фатерова соска
28. Признаком инкреторной недостаточности поджелудочной железы является
- А. желтуха  
Б. частые обмороки  
В. высокий уровень глюкозы в крови и моче  
Г. гепатомегалия и спленомегалия  
Д. креаторея и стеаторея
29. При дифференциальной диагностике острого холецистита и желчной колики их различить можно по
- А. повлению лихорадки и лейкоцитоза  
Б. совершенно различной локализации боли  
В. совершенно различной иррадиации боли  
Г. появлению запора  
Д. появлению диареи
30. Увеличение уровня  $\alpha$ -фетопротеина в крови может отмечаться при
- А. остром и хроническом токсическом гепатите  
Б. эхинококкозе печени  
В. болезни Крювелъе  
Г. остром и хроническом вирусном гепатите  
Д. раке печени
31. Повление диарей в сочетании с «приливами», отёком и гиперемией лица, тахикардией, артериальной гипотонией может быть при
- А. синдроме Золлингера-Эллисона  
Б. болезни Крона  
В. синдроме Гудпасчера  
Г. карциноидном синдроме  
Д. синдроме Иценко-Кушинга
32. При пальпации живота у больных циррозом печени типичным является выявление
- А. плотной, безболезненной печени с острым краем  
Б. бугристой печени каменистой плотности  
В. уплотнённой болезненной печени с закруглённым краем  
Г. обычной по плотности увеличенной печени  
Д. эластичной печени обычных размеров
33. Укажите на энтеральный копрологический синдром
- А. креаторея, стеаторея, амилорея, полифекалия  
Б. незначительное количество мышечных волокон, слизь, лейкоциты  
В. кашеобразный, светло-коричневый кал со слабым запахом, щелочной реакцией, незначительным количеством мышечных волокон, крахмала, непереваримой клетчатки

- Г. в кале много слизи, лейкоцитов, гной, большое количество слущенного эпителия, положительна реакция Трибуле – Вишнякова
- Д. уменьшено количество кала с гнилостным запахом, тип кала 1, содержит остатки не переваренной пищи в нормальных количествах
34. Диагноз хронического гастрита может быть выставлен при наличии
- А. постпрандиального дистресс-синдрома
  - Б. «голодной» боли в эпигастрии
  - В. кислого привкуса во рту
  - Г. гистологических изменений слизистой оболочки желудка
  - Д. всех перечисленных симптомов
35. На *Helicobacter pylori* не действует препарат
- А. ранитидин
  - Б. висмута трикалия дицитрат
  - В. омепразол
  - Г. рабепразол
  - Д. эзомепразол
36. Из биохимических анализов крови на появление холестаза указывают
- А. диспротеинемия, изменения тимоловой и сулемовой проб
  - Б. увеличение уровня билирубина, холестерина, активности щелочной фосфатазы и  $\gamma$ -ГТП
  - В. увеличение активности АлАТ, АсАТ, ЛДГ<sub>4</sub>, ЛДГ<sub>5</sub>
  - Г. увеличение уровня амилазы
  - Д. увеличение активности  $7\alpha$ -гидроксилазы
37. Длительный, многолетний приём ингибиторов протонной помпы повышает риск развития
- А. остеопороза
  - Б. пневмоний
  - В. клостридиозной инфекции
  - Г. сосудистых катастроф
  - Д. всего перечисленного
38. Для синдрома недостаточности поступления желчи в кишечник характерны следующие признаки
- А. количество кала нормально, консистенция нормальная, запах гнилостный, рН щелочная, значительное количество мышечных волокон непереваренных с поперечной исчерченностью, соединительная ткань, увеличено количество органических кислот
  - Б. количество кала увеличивается до 1 кг в сутки, консистенция 6 типа, серовато-желтый цвет, запах зловонный, рН щелочная, много непереваренных мышечных волокон, много нейтрального жира, внеклеточный крахмал в большом количестве, непереваренная клетчатка
  - В. количество кала уменьшено, консистенция его твердая – 1 тип, кал с гнилостным запахом, содержит остатки не переваренной пищи в нормальных количествах

Г. количество кала больше нормы, мазевидная консистенция, цвет сероват или белый, рН кислотный, в кале много нейтрального жира, реакция на желчные кислоты отрицательная, реакция на стеркобилин слабо положительна

Д. количество кала больше нормы, кал 7 типа, пенистый, желтый, запах кислый, рН кислая, много крахмала и клетчатки, значительно увеличено количество органических кислот

39. На подавление кислотного фактора не направлено действие препарата

- А. омепразол
- Б. ранитидин
- В. мебеверин
- Г. гастрोцепин
- Д. атропин

40. Синдром Золлингера-Эллисона вызван

- А. гиперплазией обкладочных клеток
- Б. опухолью гастринпродуцирующих клеток
- В. опухолью инсулинпродуцирующих клеток
- Г. частым употреблением больших доз алкоголя
- Д. всеми перечисленными факторами

41. Оптимальными способами диагностики целиакии являются

- А. расспрос больного
- Б. дуоденоскопия с биопсией слизистой тонкой кишки
- В. выявление в крови антител к глютену
- Г. выявление в крови антител к эндомизию тонкой кишки, ретикулину и тканевой трансглутаминазе
- Д. Б и Г

42. Ионы магния в антацидах обеспечивают

- А. Быстрое наступление эффекта
- Б. Продолжительный эффект и абсорбцию ионов водорода
- В. Не влияют на скорость проявления эффекта

43. Для ИПП характерен эффект

- А. Функциональной кумуляции
- Б. Накопления в париетальной клетке действующего вещества
- В. Кумуляции блокирования рецепторов париетальной клетки
- Г. Накопления препарата в плазме крови
- Д. Блокирования  $H^+/K^+$ - АТФазы в париетальной клетке

44. Феномен «рикошета» при отмене препарата характерен для

- А. М-холинолитиков
- Б. Блокаторов  $H_2$ - рецепторов
- В. К-конкурентных блокаторов
- Г. Ингибиторов протонной помпы

Д. Всех перечисленных препаратов

45. Эрадикацию *H. pylori* проводят перед длительным назначением
- А. нестероидных противовоспалительных препаратов
  - Б. ингибиторов АПФ
  - В. препаратов  $Ca^{++}$
  - Г. антацидов
  - Д. алгинатов
46. На фоне проведения эрадикационной терапии больной
- А. должен отказаться от употребления алкоголя
  - Б. должен отказаться от употребления жирной пищи
  - В. должен отказаться от углеводистой пищи
  - Г. должен отказаться от употребления всех перечисленных продуктов
  - Д. может не отказываться от перечисленных пищевых продуктов
47. Высокие дозы ИПП в схемах эрадикации *H. pylori* по сравнению со стандартными дозами
- А. эффективнее
  - Б. мало эффективны
  - В. по эффективности не сравнивались
  - В. снижают эффект эрадикации
  - Г. плохо переносятся больными
48. В желудке соляная кислота продуцируется
- А. париетальными клетками
  - Б. главными клетками
  - В. G-клетками
  - Г. аргенофильными клетками
  - Д. всеми перечисленными клетками
49. Реализация протеолитической активности осуществляется при pH 1,5-2,0
- А. гастрином
  - Б. пепсином
  - В. грелином
  - Г. трипсином
  - Д. всеми перечисленными элементами
50. Точки Гербста располагаются
- А. по остистым отросткам 5, 6, 7 грудных позвонков
  - Б. по остистым отросткам от 8 грудного до 1-2 грудных позвонков
  - В. на уровне поперечных отростков 10, 11, 12 грудных позвонков
  - Г. на биссектрисе угла, образованного позвоночником и 12 ребром
  - Д. по остистым отросткам 3-4 грудных позвонков

51. Биохимическая диагностика *Helicobacter pylori* основана на
- А. способности *Helicobacter pylori* разрушать мочевины с образованием аммиака и углекислого газа
  - Б. способности *Helicobacter pylori* выделять токсины
  - В. способности *Helicobacter pylori* разрушать гемоглобин с образованием метгемоглобина
  - Г. способности *Helicobacter pylori* поглощать железо
  - Д. способности *Helicobacter pylori* разрушать глюкозу с образованием углекислого газа и воды
52. При дуодените и язвенной болезни 12-перстной кишки боль облегчается
- А. приемом пищи с высокой щелочной буферностью
  - Б. приемом достаточного количества теплой воды
  - В. приемом антацидных препаратов
  - Г. приемом антисекреторных препаратов
  - Д. всеми перечисленными способами
53. Наличие желудочной метаплазии нижнего пищеводного сфинктера характерно для
- А. эзофагита
  - Б. склеродермии
  - В. ахалазии пищевода
  - Г. скользящей грыжи пищеводного отдела диафрагмы
  - Д. пищевода Барретта
54. Для лечения больных церебро-интестинальными дисфункциями международным соглашением «Рим- IV» рекомендован геаленовый препарат
- А. уролесан
  - Б. иберогаст
  - В. юниэнзим с МТС
  - Г. холосас
  - Д. циквалон
55. После появления клиники острого панкреатита можно зафиксировать наибольший уровень амилазы крови через
- А. 1-2 часа
  - Б. 10-12 часов
  - В. 18-24 часа
  - Г. 24-48 часов
  - Д. 48-56 часов
56. Для купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите не применяют

- А. атропин
- Б. баралгин
- В. новокаин
- Г. промедол
- Д. морфин

57. Наиболее частым последствием хронического панкреатита, возникшего вследствие злоупотребления алкоголем, является

- А. экзокринная недостаточность поджелудочной железы
- Б. эндокринная недостаточность поджелудочной железы
- В. кисты в поджелудочной железе
- Г. перитонит
- Д. асцит

58. Базисная терапия язвенного колита представлена

- А. антибиотиками
- Б. производными 5-аминсалициловой кислоты
- В. кортикостероидами
- Г. цитостатиками
- Д. антидепрессантами

59. «Эталонным» лабораторным маркером алкогольного гепатита является

- А. повышение трансаминаз в крови
- Б. повышение  $\gamma$ -ГТП в крови
- В. повышение билирубина в крови
- Г. десахарированный трансферрин
- Д. ничего из перечисленного

60. Индекс фиброза 2 по Desmeth соответствует морфологическим критериям

- А. минимальному фиброзу
- Б. умеренному фиброзу
- В. выраженному фиброзу
- Г. циррозу
- Д. отсутствию признаков фиброза

61. Кроме цирроза печени, у больных с врожденным дефицитом  $\alpha$ 1-антитрипсина наиболее часто присутствует в клинической картине

- А. хроническое рецидивирующее поражение легких с развитием дыхательной недостаточности
- Б. остеомалация, патологические переломы
- В. нарушение фертильности
- Г. прогрессирующая энцефалопатия
- Д. все перечисленные признаки

62. Укажите наиболее надёжный метод для исключения малигнизации язвы желудка
- А. рентгенологический
  - Б. эндоскопический
  - В. кал на скрытую кровь
  - Г. желудочный сок с гистамином
  - Д. эндоскопия с биопсией
63. Для лечения язвенной болезни не используют
- А. ингибиторы протонной помпы
  - Б. симпатомиметики
  - В. полусинтетические пенициллины
  - Г. блокаторы  $H_2$ -гистаминовых рецепторов
  - Д. висмутсодержащие препараты
64. Для синдрома раздражённого кишечника не характерно появление
- А. болевого синдрома
  - Б. склонности к запорам или поносам, или их чередование
  - В. чувства тревоги, возбуждения
  - Г. кала с примесью крови
  - Д. выделения слизи с калом
65. У больного портальным циррозом печени в анализе крови – анемия, лейкопения, тромбоцитопения, которые можно объяснить наличием
- А. геморрагическим синдромом
  - Б. кровопотерей из расширенных вен пищевода;
  - В. синдромом гиперспленизма
  - Г. синдромом спленомегалии
  - Д. синдромом гемолиза
66. При хронических заболеваниях печени классическим показанием для иммуносупрессивной терапии является
- А. билиарный цирроз
  - Б. аутоиммунный гепатит
  - В. лекарственный гепатит
  - Г. гепатоцеллюлярная карцинома
  - Д. вирусный гепатит
67. Наиболее характерным симптомом язвенного колита является
- А. разлитая боль в животе
  - Б. кал 6-7 типа
  - В. частые кровянистые испражнения
  - Г. анемия
  - Д. полиартралгия

68. Блокирует H<sub>2</sub>-рецепторы гистамина только
- А. низатидин
  - Б. рабепразол
  - В. эзомепразол
  - Г. сукральфат
  - Д. мизопростол
69. Для энтеритного копрологического синдрома не характерно наличие
- А. жидкого пенистого желтого кала
  - Б. крови в кале
  - В. стеатореи
  - Г. креаторея
  - Д. увеличенной массы кала
70. Для синдрома цитолиза гепатоцитов, развивающегося при острых заболеваниях печени, характерно
- А. повышение активности АсАТ, АлАТ, ЛДГ
  - Б. повышение уровня щелочной фосфатазы
  - В. снижение уровня протромбина
  - Г. изменение белково-осадочных проб
  - Д. появление положительной реакции Кумбса
71. Препаратом выбора для лечения болезни Коновалова-Вильсона является
- А. преднизолон
  - Б. пеницилламин
  - В. интерферон-α
  - Г. липоевая кислота
  - Д. урсодезоксихолевая кислота
72. Оптимальным сочетанием препаратов для базисного лечения пациентов с аутоиммунным гепатитом является
- А. кортикостероиды + интерферон
  - Б. цитостатики + интерферон
  - В. кортикостероиды + цитостатики
  - Г. урсодезоксихолевая кислота + кортикостероиды
  - Д. урсодезоксихолевая кислота + цитостатики
73. Оптимальным сочетанием при лечении портальной гипертензии у больных с циррозом печени является:
- А. ограничение физической нагрузки, снижение потребления поваренной соли, назначение салуретиков
  - Б. назначение салуретиков в сочетании с β-блокаторами

В. назначение комбинированной салуретической терапии с обязательным включением верошпирона, ограничение потребления поваренной соли,  $\beta$ -блокаторов

Г. кровопускание, назначение салуретиков

Д. ограничение физической нагрузки, назначение  $\beta$ -блокаторов

74. У больного возникла острая язва на фоне длительной стероидной терапии. В этом случае рационально назначить препарат

А. сайтотек

Б. фамосан

В. актовегин

Г. гастрोцепин

Д. омепразол

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

А. гепатомегалия

Б. спленомегалия

В. асцит

Г. расширение вен пищеводно-желудочного сплетения

Д. гиперспленизм

76. Укажите основную цель антихеликобактерной терапии при язвенной болезни

А. снижение секреции соляной кислоты

Б. уменьшение выраженности болевого синдрома

В. ускорение рубцевание язвы

Г. уменьшение риска прободения язвы

Д. снижение частоты рецидивов язвенной болезни

77. О чём в типичных случаях свидетельствует болезненность в зоне Шоффара

А. о поражении тела желудка

Б. о поражении пилорической части желудка

В. о поражении 12-перстной кишки

Г. о поражении 12-перстной кишки и/или пилорической части желудка

Д. о поражении пилорической части желудка, 12-перстной кишки и/или головки pancreas

78. Для хронического атрофического гастрита характерно наличие

А. лейкоцитоза со сдвигом влево и снижение кислотности желудочного сока

Б. снижения секреции желудочного сока и анемии

В. анемии и лейкоцитоза со сдвигом влево

- Г. анемии и упорных запоров
- Д. упорных поносов и эритремии

79. Поражение печени при сахарном диабете клинически проявляется

- А. гепатомегалией
- Б. спленомегалией
- В. желтухой
- Г. носовыми кровотечениями
- Д. асцитом

80. Для больных гипотиреозом характерны

- А. запоры
- Б. пернициозная анемия
- В. поносы
- Г. тахикардия
- Д. все перечисленное

81. Типичными признаками карциноида являются

- А. мучительные запоры, приступообразная бледность
- Б. рвота, папулезная сыпь, приступы гипертермии
- В. упорные поносы, приступы одышки, гиперемия кожных покровов
- Г. левожелудочковая недостаточность, спленомегалия
- Д. клонические судороги

82. Для ишемии кишечника характерно

- А. кровавая диарея
- Б. частый жидкий стул
- В. тахикардия и гипотензия
- Г. отсутствие физикальных находок в брюшной полости при сильных абдоминальных болях
- Д. правильные ответы А и Г

83. Дисфагия при раке пищевода появляется, прежде всего, на пищу

- А. жирную
- Б. твердую
- В. горячую
- Г. холодную
- Д. любую

84. Наиболее характерным признаком рака печени является

- А. тяжесть и боли в правом подреберье
- Б. прогрессирующее похудание
- В. желтуха
- Г. гепатомегалия

Д. асцит

85. Обычными симптомами рака левых отделов толстой кишки являются все перечисленные, кроме

- А. болей в спине
- Б. схваткообразных болей в животе
- В. крови в кале
- Г. мелены
- Д. изменения внешнего вида кала

86. К развитию синдрома Мэллори-Вейсса может привести:

- А. синдром мальабсорбции
- Б. скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- В. отравление алкоголем
- Г. синдром раздраженной толстой кишки
- Д. прием противовоспалительных нестероидных средств (салицилатов)

87. Наиболее частый ранний признак первичного билиарного цирроза:

- А. варикозно-расширенные вены
- Б. кожный зуд
- В. желтуха
- Г. асцит
- Д. спленомегалия

88. Повышение аланиновой трансаминазы в сыворотке крови может быть вызвано всеми перечисленными состояниями, кроме :

- А. некроза гепатоцитов любой этиологии
- Б. миокардита
- В. заболевания почек
- Г. травмы скелетных мышц
- Д. инфаркта миокарда

89. Причиной синдрома холестаза не может быть:

- А. билиарная дисфункция
- б) желнекаменная болезнь
- в) опухоль фатерова соска
- г) рак головки поджелудочной железы

90. Укажите правильное определение общественного здоровья и здравоохранения как науки:

А. это наука о стратегии и тактике системы здравоохранения, направленная на улучшение общественного здоровья населения

Б. это наука, изучающая влияние факторов среды обитания на человека и разрабатывающая оптимальные требования к условиям жизнедеятельности человека

- В. это система мероприятий по охране здоровья населения  
Г. это наука о населении
91. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются:
- А. генетические
  - Б. природно-климатические
  - В. социальные
  - Г. все вышеперечисленное
92. В структуре смертности населения экономически развитых стран ведущие места занимают
- А. инфекционные и паразитарные заболевания, болезни системы пищеварения, психические заболевания
  - Б. болезни системы кровообращения, новообразования, травмы и отравления
  - В. новообразования, травмы и отравления
  - Г. болезни органов дыхания, болезни системы кровообращения
93. Повышение качества медицинской помощи населению возможно при выполнении следующих мероприятий
- А. улучшении технологии оказания лечебно - профилактической помощи
  - Б. обучении методам контроля качества всех работающих в медицинских учреждениях
  - В. участии всех специалистов в мероприятиях по контролю качества
  - Г. все вышеперечисленное
94. Что составляет предмет врачебной тайны
- А. диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении
  - Б. информация о факте обращения за медицинской помощью диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении
  - В. состояние здоровья пациента
  - Г. все вышеперечисленное
95. Чрезвычайные ситуации условно подразделяют на:
- А. Аварии, стихийные бедствия, катастрофы
  - Б. Разрушения и уничтожения материальных ценностей
  - В. Механические, термические, биологические
  - Г. Радиационные, химические, смешанные
96. К техногенным ЧС не относятся:
- А. Пожары, взрывы
  - Б. Аварии с выбросом биологически опасных веществ

В. Поражение сельскохозяйственных растений болезнями и вредителями

Г. Аварии на электроэнергетических системах

97. При наличии в атмосфере паров аммиака необходимо перемещаться:

А. В верхние этажи зданий

Б. На улицу

В. В нижние этажи и подвалы

Г. Перемещаться нет смысла

98. Характерные черты педагогического процесса как системы:

А. целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения

Б. гуманистичность и толерантность

В. плюралистичность

Г. статичность

99. Одним из важнейших направлений профилактики, является

А. ЗОЖ

Б. охрана окружающей среды

В. вакцинация

Г. экологическая безопасность

100. Конфликтная ситуация – это

А. ситуация, субъективно оцениваемая как некомфортная, неопределенная для участников общения

Б. ситуация, объективно содержащая явные предпосылки для конфликта, провоцирующая враждебные действия, конфликт

В. способ бытия человека в обществе

1	В	21	В	41	Д	61	А	81	В
2	В	22	Б	42	А	62	Д	82	Д
3	Г	23	Б	43	А	63	Б	83	Г
4	Б	24	В	44	Б	64	Г	84	Д
5	Б	25	А	45	А	65	В	85	Г
6	Б	26	Б	46	Д	66	Б	86	В
7	Б	27	Б	47	А	67	В	87	Б
8	Б	28	В	48	А	68	А	88	В
9	Д	29	А	49	Б	69	Б	89	А
10	А	30	Д	50	А	70	А	90	А
11	В	31	Г	51	А	71	Б	91	Г
12	В	32	А	52	Д	72	В	92	Б
13	А	33	А	53	Д	73	В	93	Г
14	В	34	Г	54	Б	74	А	94	Г

15	А	35	А	55	Г	75	Г	95	А
16	Д	36	Б	56	Д	76	Д	96	В
17	Б	37	Д	57	В	77	Д	97	В
18	А	38	Г	58	Б	78	Б	98	А
19	Д	39	В	59	Г	79	А	99	А
20	А	40	Б	60	Б	80	А	100	Б

## ВАРИАНТ 2

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

1. Для цитолитического синдрома при заболеваниях печени характерно
  - А. повышение активности АлАТ
  - Б. повышение активности ЩФ и ГГТП
  - В. увеличение размеров печени
  - Г. увеличение размеров селезёнки
  - Д. появление «сосудистх звёздочек»
  
2. Токсическое поражение печени может наступать при приёме большой дозы
  - А. парацетамола
  - Б. аспирина
  - В. пенициллина
  - Г. аскорбиновой кислоты
  - Д. урсодезоксихолевой кислоты
  
3. Для хронического персистирующего гепатита характерным является
  - А. выраженный болевой синдром в правом подреберье
  - Б. выраженное изменение «печёночных проб»
  - В. наличие упорной диареи
  - Г. выраженный геморрагический синдром
  - Д. здесь не указаны характерные симптомы
  
4. Синдром Крювелье-Баумгартена развивается при
  - А. выраженной желтухе
  - Б. повышении давления в воротной вене
  - В. гипертрансаминаземии
  - Г. повышении желудочной секреции
  - Д. повышении давления в брюшной полости
  
5. Для синдрома Мэлори-Вейса характерно появление
  - А. обильной диареи
  - Б. обильной кровавой рвоты
  - В. упорного запора

- Г. сильнейшей головной боли
  - Д. яркой желтухи
6. Симптом Харитонова может выявляться у больных
- А. острым гастритом
  - Б. острым холециститом
  - В. острым эзофагитом
  - Г. острым энтеритом
  - Д. острым колитом
7. У здорового человека уровень белка в сыворотке крови составляет
- А. 30-40 г/л
  - Б. 40-50 г/л
  - В. 50-60 г/л
  - Г. 60-70 г/л
  - Д. 70-90 г/л
8. Для синдрома цитолиза характерно
- А. повышение температуры тела
  - Б. наличие болевого синдрома
  - В. повышение уровня холестерина в крови
  - Г. повышение уровня глюкозы в крови
  - Д. появление периферических отёков
9. Типичным фактором, провоцирующим развитие гипокалиемической печёночной комы, является
- А. повышенная физическая нагрузка
  - Б. обширные ожоги
  - В. массивные травмы
  - Г. обильный диурез
  - Д. нервно-психический стресс
10. Первичный билиарный цирроз печени может быть следствием
- А. алкоголизма
  - Б. приёма пероральных контрацептивов
  - В. желчно-каменной болезни
  - Г. дуоденальной гипертонии
  - Д. болезни легионеров
11. Повышение активности ЩФ и ГГТП указывает на развитие синдрома
- А. холестаза
  - Б. воспаления
  - В. повреждения гепатоцитов
  - Г. ДВС

Д. энцефалопатии

12. У пациентов с низкой желудочной секрецией появляется склонность к
- А. мелене
  - Б. диарее
  - В. констипации
  - Г. икоте
  - Д. регургитации
13. Компоненты соляной кислоты продуцируются
- А. главными клетками слизистой оболочки желудка
  - Б. обкладочными клетками слизистой оболочки желудка
  - В. G- клетками слизистой оболочки желудка
  - Г. мукоидными клетками слизистой оболочки желудка
  - Д. добавочными клетками слизистой оболочки желудка
14. Болезненность в точке Певзнера появляется при локализации язвы в
- А. кардиальном отделе желудка
  - Б. на малой кривизне желудка
  - В. на большой кривизне желудка
  - Г. в пилорическом отделе желудка
  - Д. на задней стенке луковицы 12-перстной кишки
15. Уробилин в большом количестве присутствует в моче
- А. у больного гемолитической желтухой
  - Б. у больного паренхиматозной желтухой
  - В. у больного механической желтухой
  - Г. у здорового человека
  - Д. А и Г
16. Задерживают опорожнение желчного пузыря гормоны
- А. ацетил холин
  - Б. тироксин
  - В. серотонин
  - Г. адреналин
  - Д. В и Г
17. Обычно пространство Траубе определяются
- А. в гипогастрии
  - Б. в мезогастрии
  - В. в эпигастрии
  - Г. в правой подвздошной области
  - Д. в левой подвздошной области

18. Появление изжоги свидетельствует о
- А. желудочной гиперсекреции
  - Б. констипации
  - В. гастро-эзофагеальном рефлюксе
  - Г. низкой желудочной секреции
  - Д. хеликобактериозе
19. Запором называется опорожнение кишечника реже, чем
- А. 1 раз в 12 часов
  - Б. 1 раз в 24 часа
  - В. 1 раз в 48 часов
  - Г. 1 раз в 36 часов
  - Д. определяют не по времени, а по типу кала
20. Отсутствие печеночной тупости при перкуссии живота указывает на
- А. сморщивание печени
  - Б. появление асцита
  - В. перфорацию полого органа
  - Г. гипертрофию селезёнки
  - Д. острый гастрит
21. Ангулярный хейлит встречается при
- А. гиповитаминозе В<sub>2</sub>
  - Б. гиповитаминозе С
  - В. Herpes labialis
  - Г. хеликобактериозе
  - Д. аскаридозе
22. Болевая пилорoduоденальная точка находится
- А. на нижней трети прямой, соединяющей пупок с серединой правой реберной дуги
  - Б. на середине линии соединяющей пупок с мечевидным отростком
  - В. левее и ниже пупка
  - Г. на верхней трети прямой, соединяющей пупок с серединой правой реберной дуги
  - Д. на верхней трети прямой, соединяющей пупок с серединой левой реберной дуги
23. Количество аммиака в кале возрастает при
- А. бродильных процессах в кишечнике
  - Б. гнилостных процессах в кишечнике
  - В. диарее
  - Г. запоре
  - Д. дисхолии

24. Копрологическим признаком воспалительного процесса в кишечнике является
- А. увеличение содержания органических кислот
  - Б. увеличение содержания аммиака
  - В. положительная реакция Трибуле – Вишнякова
  - Г. уменьшение содержания органических кислот
  - Д. отрицательная реакция Трибуле – Вишнякова
25. «Симптом струны» является поздним рентгенологическим признаком
- А. болезни Крона
  - Б. язвенного колита
  - В. синдрома раздраженного кишечника
  - Г. дисплазии толстой кишки
  - Д. хронического энтерита
26. Скрининговым тестом при диагностике желчнокаменной болезни является
- А. дуоденальное зондирование
  - Б. хроматическое дуоденальное зондирование
  - В. ультразвуковое исследование желчного пузыря
  - Г. интрагастральная рН-метрия
  - Д. холецистография
27. Решающими обстоятельствами при решении вопроса о необходимости плановой холецистэктомии являются
- А. выраженная диспепсия
  - Б. длительный анамнез
  - В. наличие желчнокаменной болезни 1 стадии
  - Г. наличие эпизодов рецидивирующего панкреатита
  - Д. наличие жирового гепатоза
28. Признаком секреторной недостаточности поджелудочной железы является
- А. желтуха
  - Б. частые обмороки
  - В. высокий уровень глюкозы в крови и моче
  - Г. гепатомегалия и спленомегалия
  - Д. креаторея и стеаторея
29. Тромбоцитопения характерна для
- А. синдрома холемии
  - Б. синдрома цитолиза гепатоцитов
  - В. синдрома гиперспленизма
  - Г. синдрома желтухи

Д. хеликобактериоза

30. Гектическая лихорадка у больного с гепатомегалией, лейкоцитозом крови со сдвигом влево и токсической зернистостью лейкоцитов указывает на вероятность развития

- А. острого вирусного гепатита А
- Б. хронического вирусного гепатита В+С
- В. абсцесса печени
- Г. холестатического гепатита
- Д. рака печени

31. У больных циррозом печени в пунктате её выявляются

- А. фиброз, узловая регенерация, перестройка сосудистого русла, воспалительно-инфильтративная реакция
- Б. фиброз и жировая дистрофия
- В. фиброз и воспалительная инфильтрация
- Г. жировая дистрофия и воспалительная инфильтрация
- Д. атрофия гепатоцитов и жировая дистрофия

32. В биоптате печени тельца Маллори выявляются при циррозе печени

- А. алкогольном
- Б. вирусном
- В. билиарном
- Г. кардиальном
- Д. при всех видах цирроза

33. При хронических энтеритах проба Трибуле-Вишнякова отражает

- А. обострение воспалительного процесса в кишечнике
- Б. замедление перистальтики тонкой кишки
- В. ускорение перистальтики тонкой кишки
- Г. активацию кишечного пищеварения
- Д. появление крови в кале

34. Верифицировать диагноз хронического гастрита позволяет

- А. интрагастральная рН-метрия
- Б. электрогастрография
- В. гастроскопия с биопсией
- Г. УЗИ желудка
- Д. рентгеноскопия/графия желудка

35. Если на коже больного с заболеванием печени появляются телеангиэктазии, то это указывает на наличие

- А. цитолитического синдрома
- Б. синдрома холемии

- В. синдрома портальной гипертензии\
- Г. геморрагического синдрома
- Д. мезенхимально- воспалительного синдрома

36. В схему лечения больных хроническим гепатитом не входит назначение

- А. адеметионина
- Б. эссенциальных фосфолипидов
- В. урсодезоксихолевой кислоты
- Г. тетрациклина
- Д. силимарина

37. Для хронического панкреатита характерен копрологический синдром, отвечающий следующим признакам

А. количество кала нормально, консистенция нормальная, запах гнилостный, рН щелочная, значительное количество мышечных волокон непереваренные с поперечной исчерченностью, соединительная ткань, увеличено количество органических кислот

Б. количество кала увеличивается до 1 кг в сутки, консистенция б типа, серовато-желтый цвет, запах зловонный, рН щелочная, много непереваренных мышечных волокон, много нейтрального жира, внеклеточный крахмал в большом количестве, непереваренная клетчатка

В. количество кала уменьшено, консистенция его твердая – 1 тип, кал с гнилостным запахом, содержит остатки не переваренной пищи в нормальных количествах

Г. много слизи, не перемешанной с калом, большое количество лейкоцитов, клеток кишечного эпителия, резко положительна реакция Трибуле - Вишнякова, различная степень выраженности дисбиоза кишечника

Д. количество кала больше нормы, кал 7 типа, пенистый, желтый, запах кислый, рН кислая, много крахмала и клетчатки, значительно увеличено количество органических кислот

38. Прямым рентгенологическим признаком язвенной болезни 12-перстной кишки является

- А. выявление ниши в луковице 12-перстной кишки
- Б. выявление деформации луковицы 12-перстной кишки
- В. выявление стеноза привратника
- Г. усиление моторики 12-перстной кишки
- Д. замедление моторики 12-перстной кишки

39. Действием, блокирующим М-холинорецепторы, не обладает препарат

- А. гастрозипин
- Б. атропин
- В. низатидин
- Г. гастрोцепин

Д. пирензипин

40. Увеличение содержания в сыворотке крови IgM и появление аутоантител к компонентам митохондрий у больных с желтухой и гепатоспленомегалией часто свидетельствует о

- А. портальной гипертензии
- Б. первичном билиарном циррозе печени
- В. вирусном поражении печени
- Г. алкогольном поражении печени
- В. ДВС-синдроме

41. Антацид алюминия гидроокись+магния карбонат+магния гидроокись (Гастал) относится к

- А. Резорбирующимся
- Б. Не резорбирующимся
- В. Комбинированным сбалансированным
- Г. Адсорбирующим
- Д. Смешанным

42. Сбалансированные антацидные препараты рекомендуют принимать

- А. Через 1 час после еды
- Б. Через 3 часа после еды
- В. На ночь и сразу после сна до завтрака
- Г. Сразу после еды
- Д. Можно принимать любым из перечисленных способов

43. Длительный приём ИППТ требует предварительного обследования пациента на наличие

- А. Гастродуоденальных язв
- Б. *Helicobacter pylori*
- В. Мочекаменной болезни
- Г. Ишемической болезни сердца
- Д. Синдрома Жильбера

44. Наличие хеликобактериоза способствует развитию

- А. анемии
- Б. гастрита
- В. нарушениям мозгового кровообращения
- Г. инфаркта миокарда
- Д. всем перечисленным заболеваниям

45. Эффективность эрадикации *H. pylori* мочевиным дыхательным тестом оценивают

- А. только через 7 дней после курса лечения

- Б. только через 14 дней после курса лечения
- В. только через 28 дней после курса лечения
- Г. только на фоне приёма ИПП
- Д. только на фоне приёма препарата висмута

46. В третью линию эрадикационной терапии вместо кларитромицина следует вводить

- А. фурагин
- Б. тетрациклин
- В. левофлоксацин
- Г. стрептомицин
- Д. метронидазол

47. Висмута трикалия дицитрат, введённый в схему эрадикации *H. pylori*,

- А. повышает её эффект
- Б. позволяет преодолевать резистентность *H. pylori* к амоксициллину
- В. снижает эффективность действия кларитромицина
- Г. повышает приверженность больного к лечению
- Д. устраняет явления дисбиоза кишечника

48. Иннервация желудка обеспечивается

- А. блуждающими нервами
- Б. чревными нервами
- В. диафрагмальными нервами
- Г. интрамуральной нервной системой
- Д. всеми перечисленными элементами

49. При язвенной болезни желудка боли возникают после еды через

- А. 1-1,5 часа
- Б. 1,5-2 часа
- В. 2-2,5 часа
- Г. 2,5-3 часа
- Д. 3-3,5 часа

50. Нормальными значениями интрагастральной рН в теле желудка считаются величины

- А. менее 1,2
- Б. от 1,2 до 2,0
- В. от 2,1 до 3,0
- Г. от 3,1 до 5,0
- Д. более 5,1

51. Иммунологическая диагностика *Helicobacter pylori* основана на

А. на определении специфических анти-*Helicobacter pylori*. антител классов А, М, G, Е в крови или кале больного

Б. на определении специфических анти-*Helicobacter pylori*. антител классов А, М, G в крови или кале больного

В. на определении специфических анти-*Helicobacter pylori*. антител класса А в крови или кале больного

Г. на определении специфических анти-*Helicobacter pylori*. антител класса М в крови или кале больного

Д. на определении специфических анти-*Helicobacter pylori*. антител класса G в крови или кале больного

52. «Eructatio» – это

А. отрыжка

Б. изжога

В. срыгивание

Г. тошнота

Д. рвота

53. Наличие триады симптомов – стойкое повышение желудочной секреции, изъязвление слизистой оболочки ЖКТ, диарея – характерно для

А. синдром Золлингера-Эллисона

Б. язвенной болезни с локализацией язвы в желудке

В. язвенной болезни с локализацией язвы в 12-перстной кишке

Г. хронический панкреатит

Д. язвенный колит

54. Достоверным признаком стеноза привратника является

А. рвота с желчью

Б. рвота съеденной накануне пищей

В. метеоризм

Г. громкое урчание в животе

Д. упорная диарея

55. Не характерным симптомом хронического панкреатита является

А. абдоминальная боль

Б. стеаторея

В. «водная» диарея

Г. креаторея

Д. амилорея

56. Для постбульбарной язвы не характерным симптомом является

А. боль через 3-4 часа

Б. боль с иррадиацией в правое или левое подреберье

В. «пульсирующая» боль

- Г. кровотечение
- Д. положительный эффект от приёма антацида

57. В консервативную терапию хронического панкреатита не включают

- А. панкреатины
- Б. диетологические рекомендации
- В. анальгетики
- Г. кортикостероиды
- Д. сандостатин

58. Пальпируемый кишечный инфильтрат в брюшной полости является диагностическим признаком

- А. болезни Уиппла
- Б. болезни Крона
- В. болезни Крювелье
- Г. язвенного колита
- Д. целиакии

59. Наиболее быстрые сроки прогрессирования хронического гепатита В в цирроз/рак печени ассоциированы с

- А. мужским полом
- Б. мутантным, HBe-негативным, штаммом HBV
- В. злоупотреблением алкоголем
- Г. длительностью заболевания
- Д. всем перечисленными факторами

60. Укажите коммерческие аналоги  $\alpha$ -IFN

- А. роферон-А, интрон-А
- Б. реаферон, риальдирон, эгиферон
- В. ребиф, бетаферон
- Г. имукин
- Д. А и Б

61. Из инструментальных методов диагностики заболеваний поджелудочной железы является эталонным

- А. ультрасонография
- Б. компьютерная томография
- В. лапароскопия
- Г. селективная ангиография
- Д. капилляроскопия

62. Стрессовая язва желудка проявляется чаще

- А. перфорацией
- Б. кровотечением

- В. пенетрацией
- Г. малигнизацией
- Д. анорексией

63. Для язвенной болезни 12-перстной кишки не характерно развитие

- А. стеноза привратника
- Б. перфорации
- В. кровотечения
- Г. пенетрации
- Д. малигнизации

64. Для подавления активности ферментов поджелудочной железы применяют

- А. антациды
- Б. М-холинолитики
- В. ингибиторы протонной помпы
- Г. ингибиторы протеинолиза
- Д. блокаторы  $H_2$ -рецепторов гистамина

65. Гепатомегалия, спленомегалия и мелена вызывают подозрение на

- А. кровоточащую язву 12-перстной кишки
- Б. кровоточащие вены пищевода при циррозе печени
- В. тромбоз мезентериальной артерии
- Г. язвенный колит
- Д. кровоточащую язву желудка

66. При постановке диагноза хронического гепатита решающим является

- А. вирусный гепатит в анамнезе
- Б. гистологическое исследование печени
- В. выявление в сыворотке крови маркеров гепатитов В и С и др.
- Г. периодический субфебрилитет, иктеричность, боли в правом подреберье, умеренная гепатомегалия
- Д. выявление в сыворотке крови  $\alpha$ -фетопротеина

67. Из ниже перечисленных показателей в пользу внутрипечёночного холестаза свидетельствует увеличение в крови

- А. уровня аммиака
- Б. уровня  $\gamma$ -глобулинов
- В. уровня аминотрансфераз
- Г. уровня щелочной фосфатазы
- Д. уровня кислой фосфатазы

68. Больному с повышенной желудочной секрецией для антисекреторного действия не следует назначать

- А. циметидин
- Б. фамотидин
- В. омепразол
- Г. мизопростол
- Д. эзомепразол

69. Наиболее специфичны отдалённые метастазы рака желудка в

- А. регионарные лимфоузлы
- Б. печень
- В. вирховскую железу
- Г. дугласово пространство
- Д. легкие

70. Синдром хронического панкреатита, преимущественно с признаками экзокринной недостаточности, часто развивается в рамках

- А. синдрома Дауна
- Б. синдрома Марфана
- В. первичного амилоидоза
- Г. муковисцидоза
- Д. синдрома Мюнхаузена

71. Возможной причиной развития вторичного склерозирующего холангита является

- А. цитомегаловирусная инфекция
- Б. желчекаменная болезнь с признаками рецидивирующей обструкции
- В. ВИЧ-инфекция
- Г. все вышеперечисленное
- Д. ничего из вышеперечисленного

72. Методом выбора при определении лечебной тактики у пациентов с прогрессирующей печеночноклеточной недостаточностью любого генеза является

- А. массивная кортикостероидная терапия
- Б. временная заместительная терапия (искусственная печень) с проведением трансплантации печени
- В. массивная кортикостероидная терапия в сочетании с цитостатиками
- Г. массивная интерферонотерапия
- Д. массивная противоотёчная терапия

73. Что из перечисленного является наиболее значимым для диагностики первичного гемохроматоза?

- А. повышение уровня гемоглобина и сывороточного железа;
- Б. повышение уровня экскреции железа с мочой;
- В. насыщение трансферрина железом более 70%;

- Г. насыщение трансферрина железом более 45%.
- Д. повышение уровня гемоглобина

74. У больного хроническим гастритом, ассоциированным с *Helicobacter pylori*, для лечения не применяется препарат

- А. метронидазол
- Б. висмута трикалия дицитрат
- В. омепразол
- Г. амоксициллин
- Д. маалокс

75. Определение степени тяжести цирроза печени (индекс CHILD-PUGH) включает в себя следующие клинико-лабораторные показатели, кроме

- А. наличия асцита
- Б. стадии печеночной энцефалопатии
- В. уровня альбуминов и билирубина
- Г. количества тромбоцитов
- Д. протромбинового времени

76. Портальная гипертензия может наблюдаться при

- А. циррозе печени
- Б. метастатическом раке печени
- В. хроническом гепатите
- Г. холелитиазе
- Д. при всех перечисленных состояниях

77. В основе синдрома раздражённого кишечника лежат

- А. нарушения церебро-интестинальных взаимодействий
- Б. нарушения генетического регулирования
- В. нарушения иммунного статуса
- Г. нарушения гормонального фона
- Д. нарушения внутриабдоминальных взаимоотношений

78. К клиническим методам диагностики пищевой аллергии относят

- А. кожные пробы
- Б. RAST
- В. элиминационные диеты
- Г. реакцию бласттрансформации
- Д. базофильный тест Шелли

79. Язва 12-перстной кишки часто возникает

- А. при надпочечниковой недостаточности
- Б. при анемии Аддисона – Бирмера
- В. при недостаточности гипофиза

- Г. при беременности
- Д. при циррозе печени

80. При диффузном токсическом зобе отмечают

- А. поражение печени
- Б. поносы
- В. поражение пищевода
- Г. все перечисленное
- Д. правильные ответы А и Б

81. Карциноид располагается

- А. в слизистой оболочке
- Б. в подслизистом слое
- В. в мышечном слое
- Г. в серозной оболочке
- Д. захватывает все слои

82. Туберкулез кишечника может осложняться

- А. прободением язв
- Б. перитонитом
- В. кишечной непроходимостью
- Г. кишечным кровотечением
- Д. всем перечисленным

83. Для кардиоэзофагеального рака характерны

- А. дисфагия
- Б. регургитация
- В. боли
- Г. икота
- Д. все перечисленное

84. Рак толстой кишки чаще встречается

- А. в прямой кишке
- Б. в сигмовидной
- В. в поперечно-ободочной
- Г. в нисходящей
- Д. в слепой

85. Рак тонкой кишки может давать следующие осложнения

- А. «ложный» асцит
- Б. кишечную инвагинацию
- В. перфорацию
- Г. правильные ответы А и Б
- Д. все перечисленные

86. Конъюгированная гипербилирубинемия не возникает при:
- А. гепатоцеллюлярных заболеваниях
  - Б. внутрипеченочной обструкции желчевыводящих путей
  - В. внепеченочной обструкции желчевыводящих путей
  - Г. нарушениях в системе транспорта билирубина
87. Для синдрома холестаза не характерно:
- А. повышение уровня конъюгированного билирубина
  - Б. повышение уровня желчных кислот
  - В. повышение уровня щелочной фосфатазы
  - Г. повышение уровня неконъюгированного билирубина
88. Диагностическая триада гемохроматоза включает в себя:
- А. сахарный диабет, цирроз печени, сердечная недостаточность
  - Б. цирроз печени, тремор конечностей, нарушения психики
  - В. желтуху, кожный зуд, спленомегалию
  - Г. сахарный диабет, высокий уровень меди в крови, цирроз печени
89. Наиболее распространенной причиной диареи у пациентов с ВИЧ-инфекцией является:
- А. *C. difficile*
  - Б. *Shigella flexneri*
  - В. *Yersinia enterocolitica*
  - Г. *Escherichia coli*
90. Общественное здоровье и здравоохранение -это:
- А. гигиеническая наука
  - Б. клиническая наука
  - В. общегуманитарная наука
  - Г. общественная наука
91. Основные группы высокого риска на участке обслуживания составляют лица:
- А. мигранты
  - Б. с уровнем дохода ниже прожиточного минимума
  - В. БОМЖ
  - Г. дети, пожилые, беременные
92. Укажите какой вид медицинской помощи в настоящее время является наиболее ресурсоемким
- А. стационарная
  - Б. амбулаторно-поликлиническая
  - В. скорая медицинская помощь

Г. санаторно-курортная

93. Знание врачом законов формирования личности позволяет
- А. предупредить пограничные нервно - психические расстройства
  - Б. изучать характер и личность больного
  - В. оказывать своевременную и более совершенную помощь больному
  - Г. все вышеперечисленное
94. При каких обстоятельствах допускается предоставление сведений составляющих врачебную тайну, без согласия пациента или законного представителя
- А. в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю, в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей
  - Б. при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений
  - В. по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством
  - Г. все вышеперечисленное
95. Острая лучевая болезнь развивается в результате:
- А. Неравномерного гамма — облучения в дозе 0,5 Гр.
  - Б. Локального гамма — облучения в дозе 5 Гр.
  - В. Равномерного нейтронного облучения в дозе 0,75 Гр.
  - Г. Равномерного тотального облучения в дозе не менее 1 Гр.
96. Приоритетное значение службы медицины катастроф заключается в:
- А. Сохранении жизни и здоровья населения в ЧС
  - Б. Снижении тяжести возможных чрезвычайных ситуаций
  - В. Ликвидации последствий ЧС
  - Г. Снабжении медицинским имуществом
97. Для качественного промывания желудка зондовым методом необходимо:
- А. 1 л воды
  - Б. 2 л воды
  - В. 5 л воды
  - Г. 10 л воды
98. В тактике лечебной деятельности врач использует следующие коммуникативные средства
- А. просвещение;
  - Б. разъяснение;
  - В. ни одно из перечисленных выше средств;

Г. другие средства, не указанные выше.

99. Устным методом пропаганды ЗОЖ является

А. повседневное общение с окружающими

Б. лекция

В. аудиозаписи

Г. диалог с врачом

100. К характеристикам профессионализации личности врача относятся следующие понятия:

а) профессия;

б) профессиография;

в) профессиональная пригодность;

г) не относится ни одно из перечисленных выше понятий.

1	А	21	А	41	В	61	Г	81	Б
2	А	22	А	42	Д	62	Б	82	Д
3	Д	23	А	43	Б	63	Д	83	Д
4	Б	24	В	44	Д	64	Г	84	А
5	Б	25	А	45	В	65	Б	85	Д
6	Б	26	В	46	В	66	Б	86	Г
7	Д	27	Г	47	А	67	Г	87	Г
8	А	28	Д	48	Д	68	Г	88	А
9	Г	29	В	49	А	69	В	89	А
10	Б	30	В	50	Б	70	Г	90	Г
11	А	31	А	51	Б	71	Г	91	Г
12	Б	32	А	52	А	72	Б	92	А
13	Б	33	А	53	А	73	В	93	Г
14	Д	34	В	54	Б	74	Д	94	Г
15	А	35	А	55	В	75	Г	95	Г
16	Д	36	Г	56	Д	76	А	96	А
17	В	37	Б	57	Г	77	А	97	Г
18	В	38	А	58	Б	78	В	98	Б
19	В	39	В	59	Д	79	Д	99	Б
20	В	40	Б	60	Д	80	Д	100	В

### ВАРИАНТ 3

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

1. Для синдрома холестаза при заболеваниях печени характерно
  - А. повышение активности АлАТ
  - Б. повышение активности ЩФ и ГГТП
  - В. увеличение размеров печени
  - Г. увеличение размеров селезёнки
  - Д. появление «сосудистых звёздочек»
  
2. Пищеводно-желудочное кровотечение характерно для
  - А. синдрома портальной гипертензии
  - Б. синдрома цитолиза
  - В. синдрома спленомегалии
  - Г. синдрома холестаза
  - Д. гепато-ренального синдрома
  
3. Для синдрома гиперспленизма характерно наличие
  - А. гипертрансаминаземии
  - Б. диспротеинемии
  - В. анемии, лейкопении, тромбоцитопении
  - Г. гиперлипидемии
  - Д. гипонатриемии
  
4. Для определения типа билиарной дискинезии лучшим методом является
  - А. электроэнцефалография
  - Б. определение липидного состава крови
  - В. определение гормонального состава крови
  - Г. ультразвуковое исследование органов малого таза
  - Д. дуоденальное зондирование
  
5. Сфинктер Люткенса находится
  - А. в шейке желчного пузыря
  - Б. в стенке желчного пузыря
  - В. в общем желчном протоке
  - Г. в терминальном отделе тонкой кишки
  - Д. в терминальном отделе толстой кишки
  
6. Время пузырного рефлекса у здорового человека составляет
  - А. 1-2 минуты
  - Б. 3-5 минут
  - В. 5-7 минут
  - Г. 7-10 минут
  - Д. 11-15 минут
  
7. У больных с острыми гепатитами и активными циррозами печени происходит

- А. снижение уровня сывороточного железа при росте уровня сывороточной меди
- Б. рост уровня сывороточного железа и уровня сывороточной меди
- В. снижение уровня сывороточного железа и снижение уровня сывороточной меди
- Г. рост уровня сывороточного железа при снижении уровня сывороточной меди
- Д. перечисленных изменений не наблюдается

8. Шум Крювелье–Баумгартена у больных циррозом печени выслушивается

- А. в области мечевидного отростка
- Б. в правом подреберье
- В. в мезогастррии над брюшной аортой
- Г. в гипогастрии
- Д. над пупком

9. Синдром холестаза проявляется повышением в крови

- А. уровня холестерина
- Б. уровня билирубина
- В. уровня железа
- Г. уровня эстрогена
- Д. фибрина

10. У больных жировой болезнью печени самой частой жалобой является

- А. болевой синдром в правом подреберье
- Б. диспептические расстройства
- В. астено-вегетативные расстройства
- Г. снижение памяти
- Д. кахексия

11. Болезнь Вильсона-Коновалова связана с

- А. с нарушением обмена железа
- Б. с нарушением обмена меди
- В. с нарушением обмена кальция
- Г. с нарушением обмена холестерина
- Д. с нарушением обмена глюкозы

12. Одним из путей передачи хеликобактериоза считают

- А. увлечение кофе
- Б. частый приём молока
- В. сухоядение
- Г. увлечение сладостями
- Д. гастродуоденоскопию

13. G- клетки локализованы в

- А. кардиальном отделе желудка
- Б. теле желудка
- В. пилорическом отделе желудка
- Г. антральном отделе желудка
- Д. зоне пилорического сфинктера

14. Значения рН для антрального отдела оцениваются следующим образом: более 6,0

- А. компенсация ощелачивания в антральном отделе желудка
- Б. снижение ощелачивающей функции антрального отдела
- В. субкомпенсация ощелачивания;
- Г. декомпенсация ощелачивания.
- Д. таких показателей не бывает

15. Отсутствие билирубина в моче типично для

- А. больного гемолитической желтухой
- Б. больного паренхиматозной желтухой
- В. больного механической желтухой
- Г. здорового человека
- Д. А и Г

16. Высокая активность 7 $\alpha$ -гидроксилазы в гепатоците

- А. увеличивает образование желчных кислот
- Б. уменьшает образование желчных кислот
- В. увеличивает образование мевалоната
- Г. уменьшает образование мевалоната
- Д. увеличивает образование холестерина

17. Ориентировочная поверхностная пальпация живота позволяет выявить

- А. наличие асцита
- Б. дефанс брюшных мышц
- В. шум Крювелье-Баумгартена
- Г. наличие зон кожной гиперестезии
- Д. локализацию болевых точек

18. Рвота «кофейной гущей» указывает на кровотечение из

- А. воротной вены
- Б. вен пищевода
- В. вен трахеи
- Г. сосудов желудка
- Д. А и Б

19. Поносом называется опорожнение кишечника чаще, чем

- А. 2 раза за 12 часов

- Б. 2 раза за 24 часа
  - В. 2 раза за 48 часов
  - Г. 2 раза за 36 часов
  - Д. определяют не по времени, а по типу кала
20. Афония при аускультации живота может указывать на
- А. парез кишечника
  - Б. обострение энтерита
  - В. гиперфункцию селезенки
  - Г. гипертрофию печени
  - Д. острый гастрит
21. Рвота кислым на высоте болей, приносящая облегчение, характерна для
- А. хронического эзофагита
  - Б. язвенной болезни
  - В. хронического панкреатита
  - Г. хронического холецистита
  - Д. острого колита
22. Дистензионные боли при патологии кишечника характеризуются как
- А. режущие
  - Б. схваткообразные
  - В. распирающие
  - Г. жгучие
  - Д. колющие
23. Болевая точка Поргеса находится
- А. в эпигастрии на передней срединной линии
  - Б. правом подреберье
  - В. на 2 см левее и ниже пупка
  - Г. на 2 см левее и выше пупка
  - Д. в углу между 12 ребром справа и позвоночником
24. Для преобладания бродильных процессов (бродильная диспепсия) характерно увеличение в кале
- А. количества органических кислот
  - Б. количества аммиака
  - В. количества слизи
  - Г. количества папаина
  - Д. СР-белка
25. У больных, принимающих препараты висмута, кал может/должен принимать
- А. зелёную окраску

- Б. чёрную окраску
- В. серую окраску
- Г. жёлтую окраску
- Д. белую окраску

26. Для дифференциальной диагностики острого холецистита и дуоденита следует проводить определение симптома

- А. Мюллера
- Б. Квинке
- В. Мюссе
- Г. Розенбаха
- Д. Гаусмана

27. Для холангита наиболее характерно сочетание симптомов

- А. желтуха+анемия
- Б. желтуха+лихорадка+лейкоцитоз крови
- В. желтуха+асцит+анемия
- Г. лихорадка+асцит+анемия
- Д. желтуха+анемия+асцит

28. Для водянки желчного пузыря не характерен симптом

- А. увеличение желчного пузыря при УЗИ
- Б. отключённого желчного пузыря при холеграфии
- В. боль в правом подреберье
- Г. отсутствия признаков раздражения брюшины
- Д. желтуха

29. Из нижеперечисленных биохимических изменений для синдрома Жильбера характерны

- А. конъюгированная гипербилирубинемия, увеличение активности в крови АЛАТ и АсАТ
- Б. неконъюгированная гипербилирубинемия
- В. неконъюгированная гипербилирубинемия, увеличение активности в крови щелочной фосфатазы и  $\gamma$ -ГТП
- Г. фосфатурия и протеинурия
- Д. анемия и тромбоцитопения

30. Гемохроматоз проявляется

- А. изменением окраски кожи, гепатомегалией, сахарным диабетом
- Б. гепато-лиенальным синдромом и неврологическими нарушениями
- В. гепато-лиенальным синдромом и выраженной желтухой
- Г. печёночной энцефалопатией и геморрагическим синдромом
- Д. кожным зудом и гиперспленизмом

31. К признакам портальной гипертензии не относится
- А. асцит
  - Б. желтуха
  - В. спленомегалия
  - Г. расширение вен пищевода
  - Д. расширение геморроидальных вен
32. При угрозе печёночной комы в диете следует ограничить
- А. белки
  - Б. жиры
  - В. углеводы
  - Г. жидкость
  - Д. минеральные соли
33. Эндоскопическими симптомами язвенного колита являются
- А. гиперемия и отёк слизистой, повышенная контактная кровоточивость
  - Б. гиперемия, отёк, язвы на слизистой
  - В. изменения слизистой со стёртым сосудистым рисунком и псевдополипами
  - Г. А и Б
  - Д. А, Б, В
34. Морфологическим субстратом хронического гастрита является
- А. воспаление
  - Б. фиброз
  - В. геморрагический синдром
  - Г. воспалительно-дистрофические изменения и нарушение клеточной репарации
  - Д. малигнизация
35. Из биохимических анализов крови на факт повреждения гепатоцитов указывает
- А. увеличение активности АлАТ, АсАТ, ЛДГ<sub>4</sub>, ЛДГ<sub>5</sub>
  - Б. увеличение активности щелочной фосфатазы,  $\gamma$ -ГТП
  - В. увеличение активности  $7\alpha$ -гидроксилазы
  - Г. увеличение уровня амилазы
  - Д. увеличение уровня холестерина и общих липидов
36. При хронических заболеваниях печени классическим показанием для назначения иммунодепрессантов является наличие
- А. хронического активного гепатита
  - Б. хронического персистирующего гепатита
  - В. реактивного гепатита

- Г. вторичного билиарного цирроза печени
- Д. жирового гепатоза

37. Для синдрома недостаточности желудочного переваривания характерны следующие признаки

А. количество кала нормально, консистенция нормальная, запах гнилостный, рН щелочная, значительное количество мышечных волокон непереваренные с поперечной исчерченностью, соединительная ткань, увеличено количество органических кислот

Б. количество кала увеличивается до 1 кг в сутки, консистенция 6 типа, серовато-желтый цвет, запах зловонный, рН щелочная, много непереваренных мышечных волокон, много нейтрального жира, внеклеточный крахмал в большом количестве, непереваренная клетчатка

В. количество кала уменьшено, консистенция его твердая – 1 тип, кал с гнилостным запахом, содержит остатки не переваренной пищи в нормальных количествах

Г. много слизи, не перемешанной с калом, большое количество лейкоцитов, клеток кишечного эпителия, резко положительна реакция Трибуле - Вишнякова, различная степень выраженности дисбиоза кишечника

Д. количество кала больше нормы, кал 7 типа, пенистый, желтый, запах кислый, рН кислая, много крахмала и клетчатки, значительно увеличено количество органических кислот

38. В группу антацидов не входит препарат

- А. маалокс
- Б. ренни
- В. санпраз
- Г. гидроокись алюминия
- Д. гидроокись магния

39. К ингибиторам карбоангидразы относится

- А. диакарб
- Б. мизопростол
- В. риапростил
- Г. арбапростил
- Д. ревапразан

40. Для эхинококкоза печени характерным признаком является

А. обильное отложение железа, дающего положительную реакцию Перлса, в биоптате печени

Б. появление колец Кайзера-Флейшера на роговице

В. положительная реакция на  $\alpha$ -фетопротейн

Г. положительная реакция гемагглютинации и реакция Кацони

Д. положительная реакция Пирке

41. Антацид алюминия гидроокись+магния гидроокись (Маалокс) относится к
- А. Резорбирующимся
  - Б. Не резорбирующимся
  - В. Комбинированным сбалансированным
  - Г. Адсорбирующим
  - Д. Смешанным
42. Ионы алюминия в антацидах обладают
- А. Послабляющим эффектом
  - Б. Закрепляющим эффектом
  - В. Не влияют на характер стула
43. Гастрозепин относится к группе антисекреторных препаратов
- А. М-холинолитики
  - Б. Блокаторы  $H_2$ - рецепторов
  - В. К-конкурентные блокаторы
  - Г. Ингибиторы протонной помпы
  - Д. Ингибиторы АПФ
44. Для длительного многомесячного приёма обычно рекомендуют
- А. М-холинолитики
  - Б. Блокаторы  $H_2$ - рецепторов
  - В. К-конкурентные блокаторы
  - Г. Ингибиторы протонной помпы
  - Д. Все перечисленные препараты
45. При первичной диагностике хеликобактериоза
- А. приём антисекреторных препаратов следует прекратить за 2 недели до обследования
  - Б. приём антисекреторных препаратов следует продолжать не менее 2 недель до обследования
  - В. приём антисекреторных препаратов не следует отменять
  - Г. приём ингибиторов АПФ не следует отменять
  - Д. приём ингибиторов АПФ следует прекратить за 2 недели до обследования
46. От генотипа CYP2C19 не зависит эффективность ИПП
- А. омепразола
  - Б. лансопразола
  - В. пантопразола
  - Г. рабепразола
  - Д. дексиланта

47. Дополнение схем эрадикации назначением пробиотиков
- А. повышает приверженность больного к лечению
  - Б. не влияет на приверженность больного к лечению
  - В. повышает эффективность эрадикации
  - Г. не повышает эффективность эрадикации
  - Д. снижает риск развития аллергии на препараты
48. Неорганические компоненты желудочного секрета представлены
- А.  $K^+$
  - Б.  $Ca^{2+}$
  - В.  $Cl^-$
  - Г.  $HCO_3^-$
  - Д. всеми перечисленными компонентами
49. Перкуссия по Менделю используется для
- А. определения большой кривизны желудка
  - Б. наличия газа в желудке
  - В. чувствительности брюшной стенки
  - Г. свободной жидкости в брюшной полости
  - Д. свободного газа в брюшной полости
50. Нормальным типом желудочной секреции считается ситуация, когда стимулированная секреция достигает своего максимума через
- А. 45 минут и постепенно снижается
  - Б. 20 минут и постепенно снижается
  - В. 2 часа и постепенно снижается
  - Г. 20 минут и быстро снижается
  - Д. кислотообразование носит постоянный характер
51. Морфологическая диагностика *Helicobacter pylori* предполагает окраску материала помощью
- А. по Граму, по Романовскому-Гимзе, по Вартину-Старри,
  - Б. акридиновым оранжевым,
  - В. карболовым фуксином,
  - Г. толуидиновым синим
  - Д. всеми перечисленными красителями
52. Болезненность в точке Певзнера бывает при
- А. язве задней стенки луковицы 12-перстной кишки
  - Б. язве малой кривизны желудка
  - В. язве кардиального отдела желудка
  - Г. язве пилорического отдела желудка
  - Д. язве передней стенки желудка

53. Наиболее надёжным тестом при диагностике синдрома Золлингера-Эллисона является
- А. интрагастральная рН-метрия
  - Б. рентгенография желудка
  - В. гастродуоденоскопия
  - Г. определения уровня гастрина в крови
  - Д. биопсия слизистой оболочки желудка
54. Стимулирует активность ферментов поджелудочной железы
- А. соматостатин
  - Б. гастрин
  - В. глюкагон
  - Г. мотилин
  - Д. птиалин
55. Какой из перечисленных признаков не характерен для симптоматических язв?
- А. определённая локализация
  - Б. определённость этиологии
  - В. отсутствие рецидивирования
  - Г. хорошо поддаются медикаментозной терапии
  - Д. часто пенетрируют
56. При обследовании больного выявлены ЖКБ, полипоз желудка, на коже и слизистых оболочках имеются пятна дымчатого цвета. Эта симптоматика заставляет думать о
- А. болезни Уиппла
  - Б. болезни Рандю-Ослера
  - В. синдроме Пейтца-Егерса-Клоостермана-Турена
  - Г. синдроме Вильямса
  - Д. синдроме мальабсорбции
57. Возможными осложнениями болезни Крона являются
- А. формирование у свищей и фистул
  - Б. кишечные кровотечения
  - В. токсический мегаколон
  - Г. кишечная непроходимость
  - Д. все перечисленные осложнения
58. Наиболее распространенной гепатотропной вирусной инфекцией, формирующей хронические диффузные заболевания печени, является
- А. HBV
  - Б. HCV

- В. HAV
- Г. HDV
- Д. HGV

59. Какие из перечисленных морфологических признаков определяют неспецифический индекс гистологической активности гепатита по Knodell-Ischak?

- А. лимфогистиоцитарная инфильтрация стромы
- Б. наличие некрозов
- В. активация сателлитных клеток печени
- Г. всё из выше перечисленного
- Д. ни чего из выше перечисленного

60. Укажите основные ферменты репликации HCV

- А. геликаза, металлопротеаза, РНК-зависимая РНК-полимераза, сериновая протеаза
- Б. геликаза, РНК-зависимая РНК-полимераза
- В. ДНК-полимераза, протеаза
- Г. сериновая протеаза, ДНК-полимераза
- Д. все перечисленные

61. М-холинолитики при язвенной болезни 12-перстной кишки следует принимать

- А. за 30 мин до еды
- Б. во время приёма пищи
- В. через 30 мин после еды
- Г. через 1-2 часа после еды
- Д. только на ночь

62. Клиническим проявлением пилоростеноза не является:

- А. рвота, приносящая облегчение
- Б. истощение и обезвоживание
- В. тетания
- Г. диарея
- Д. шум «плеска»

63. Укажите, что не является причиной механической желтухи

- А. холедохолитиаз
- Б. стриктура Фатерова соска
- В. рак поджелудочной железы
- Г. конкремент в желчном протоке
- Д. алкогольный гепатоз

64. Для синдрома цитолиза, развивающегося при вирусном гепатите и других острых повреждениях печени, характерно

А. повышение активности АсАТ, АлАТ, ЛДГ

Б. повышение уровня щелочной фосфатазы,  $\gamma$ -ГТП, повышение  $\beta$ -липопротеидов, гиперхолестеринемия, гипербилирубинемия

В. снижение уровня холинэстеразы, протромбина, общего белка и особенно альбуминов, холестерина, гипербилирубинемия

Г. повышение уровня  $\gamma$ -глобулинов, изменение белково-осадочных проб, повышение уровня иммуноглобулинов

Д. повышение уровня щелочной фосфатазы, снижение уровня холинэстеразы, повышение уровня  $\gamma$ -глобулинов, гипербилирубинемия

65. Синдром цитолиза гепатоцитов в наибольшей степени выражен при

А. синдроме Жильбера;

Б. хроническом гепатите

В. желчнокаменной болезни;

Г. циррозе печени

Д. хроническом холангите

66. Увеличение связанного и несвязанного билирубина в крови наблюдается при

А. наследственном сфероцитозе

Б. синдроме Жильбера

В. холедохолитиазе

Г. вирусном гепатите

Д. опухоли поджелудочной железы

67. Цирроз печени отличается от хронического вирусного гепатита наличием

А. цитолитического синдрома

Б. холестатического синдрома

В. синдрома портальной гипертензии

Г. синдрома холемии

Д. синдрома желтухи

68. При угрозе развития печёночной комы следует ограничить в диете

А. углеводы

Б. белки

В. жиры

Г. жидкость

Д. минеральные соли

69. Для цирроза печени не характерны

А. увеличение печени, «сосудистые звездочки»

Б. спленомегалия, вызванная портальной гипертензией

- В. макроцитарная анемия в связи с дефицитом витамина В<sub>12</sub>  
Г. невысокая лихорадка, не связанная с инфекцией  
Д. гинекомастия, анасарка
70. Препаратами выбора для лечения болезни Коновалова-Вильсона являются
- А. кортикостериды
  - Б. цитостатики
  - В. интерфероны
  - Г. спазмолитики
  - Д. ничего из перечисленного
71. Оптимальным сочетанием препаратов в качестве базисной терапии первичного билиарного цирроза печени является
- А. кортикостероиды + интерферон
  - Б. цитостатики + интерферон
  - В. кортикостериды + цитостатики
  - Г. урсодезоксихолевая кислота + кортикостероиды
  - Д. урсодезоксихолевая кислота + цитостатики
72. Оптимальным лечением печеночной энцефалопатии у больных с циррозом печени является
- А. ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишечника, ограничение потребления белка с пищей
  - Б. ограничение физической нагрузки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого, ограничение потребления белка с пищей
  - В. ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого без существенного ограничения потребления белка с пищей;
  - Г. ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого с ограничением потребления белка с пищей
  - Д. ограничение физической нагрузки, ограничение потребления жидкости, липотропная диета, транквилизаторы
73. Увеличение печени и селезенки в сочетании с обнаружением крупных пенистых клеток с голубой цитоплазмой, минимальной гистологической активностью и неврологическими нарушениями наиболее характерно для
- А. болезни Коновалова-Вильсона
  - Б. первичного гемохроматоза
  - В. хронического вирусного гепатита с внепеченочными проявлениями

- Г. ни для одного из перечисленных заболеваний
- Д. для всех перечисленных заболеваний

74. Какие из перечисленных медикаментов способствуют повреждению слизистой оболочки желудка

- А. аспирин
- Б. индометацин
- В. преднизолон
- Г. реопирин
- Д. все выше перечисленные

75. Наиболее частым показанием к хирургическому лечению болезни Крона является

- А. внутренние свищи
- Б. внешние свищи
- В. инфильтрат в животе
- Г. синдром кишечной недостаточности
- Д. кишечная непроходимость

76. Укажите, какие отделы пищеварительного тракта могут поражаться при болезни Крона

- А. толстый кишечник
- Б. тонкий кишечник
- В. пищевод
- Г. желудок
- Д. все отделы пищеварительной трубки

77. Основным патогенетическим звеном механизма образования язвы желудка является

- А. снижение защитного слизистого барьера и повышение инфузии ионов водорода в слизистую оболочку
- Б. воспаление слизистой оболочки
- В. нарушение микроциркуляции
- Г. нарушение гастродуоденальной моторики и длительный антральный стаз пищевого химуса
- Д. нарушение регенерации эпителия

78. Клиническими проявлениями пищевой аллергии могут быть

- А. отек Квинке
- Б. приступ бронхиальной астмы
- В. ринит
- Г. стоматит
- Д. все перечисленное

79. Для поражения печени при хронических лимфолейкозах характерно

- А. гепатомегалия
- Б. портальная гипертензия
- В. гипербилирубинемия
- Г. правильные ответы а) и б)
- Д. все перечисленное

80. Жировой гепатоз наиболее характерен

- А. для склеродермии
- Б. для хронической недостаточности кровообращения
- В. для сахарного диабета
- Г. для красной волчанки
- Д. для саркоидоза

81. Карциноид наиболее часто встречается

- А. в аппендиксе
- Б. в подвздошной кишке
- В. в желудке
- Г. в бронхах
- Д. в яичниках

82. Для болезни Уиппла не характерно:

- А. диарея
- Б. лихорадка
- В. полифекалия
- Г. полисерозиты
- Д. нефропатия

83. Икота может быть проявлением рака желудка с локализацией

- А. в кардиальном отделе
- Б. в теле желудка
- В. в пилорическом отделе
- Г. в антральном отделе
- Д. в малой кривизне желудка

84. К факторам риска развития рака толстой кишки относятся

- А. хронические воспалительные процессы
- Б. хроническое механическое раздражение слизистой оболочки толстой кишки
- В. полипы
- Г. алиментарный фактор
- Д. все перечисленное

85. Часто встречающимися симптомами рака прямой кишки являются

- А. поносы

- Б. неустойчивый стул
- В. кровь в кале
- Г. правильные ответы А и В
- Д. правильные ответы Б и В

86. Симптомами целиакии являются:

- А. диарея, похудание, примесь слизи и крови в кале
- Б. диарея, похудание, стеаторея, метеоризм, анемия
- В. диарея, похудание, спленомегалия, нарушение водно-электролитного баланса
- Г. диарея, похудание, положительная реакция Трибуле-Вишнякова

87. Гастрин секретруется:

- А. кардиальными железами
- Б. фундальными железами
- В. добавочными железами
- Г. антральными железами

88. Признаками кишечной непроходимости при обзорной рентгенографии брюшной полости являются:

- А. увеличение размеров кишки
- Б. уровни жидкости в смежных коленах кишечной петли
- В. скопление газа в просвете кишечника
- Г. все перечисленное

89. Для цитолитического синдрома характерно повышение в крови:

- А. щелочной фосфатазы
- Б. гамма-глутамилтранспептидазы
- В. лактатдегидрогеназы
- Г. аспартатаминотрансферазы

90. Система здравоохранения в России является:

- А. государственной
- Б. смешанной
- В. страховой
- Г. частной

91. Группы населения, подлежащие диспансеризации в настоящее время, это:

- А. все население, за исключением неработающих граждан
- Б. дети и подростки
- В. беременные женщины
- Г. работающие граждане

92. Для обеспечения целевого и эффективного использования финансовых

средств здравоохранения необходимо

А. усилить ведомственный и общественный контроль за расходами финансовых средств

Б. совершенствовать систему учета средств

В. совершенствовать конкурсную систему закупок и широко использовать финансовый лизинг

Г. все вышеперечисленное верно

93. Ятрогенные заболевания являются:

А. частным случаем психогений

Б. нежелательными изменениями психики, порожденными врачом

В. расстройствами психики в результате воздействия “слова” врача

Г. все вышеперечисленное верно

94. В каких случаях возможен временный перевод работника на другую работу без его согласия?

А. в случае производственной необходимости или простоя

Б. в связи с изменением условий трудового договора

В. в связи с нарушением трудовой дисциплины

Г. нет верного ответа

95. Зорин, зоман и V-газы относятся к:

А. ОВ смертельного действия

Б. ОВ, вызывающие временную утрату трудоспособности

В. ОВ практически безвредные

Г. ОВ практически нетоксичные

96. Доврачебная медицинская помощь оказывается:

А. Санитарной дружинницей с использованием табельных средств

Б. Медицинской сестрой с использованием табельных средств

В. Фельдшером с использованием подручных средств

Г. Врачом с использованием подручных средств

97. Карантин это:

А. Уничтожение насекомых-переносчиков инфекционных болезней

Б. Уничтожение грызунов – источников возбудителей инфекционных болезней

В. Уничтожение в окружающей среде возбудителей инфекционных болезней

Г. Изоляционные и противоэпидемические мероприятия, направленные на локализацию и ликвидацию ОБП

98. Молодой врач, обучающий медицинский персонал, столкнулся с трудностями по организации с ним обратной связи. Какой из компонентов процесса обучения недостаточно реализован врачом?

- А. оценочно-результативный;
- Б. контрольно-регулирующий;
- В. целевой;
- Г. стимулирующе-мотивационный.

99. Здоровье – это состояние полного...

- А. физического благополучия
- Б. духовного благополучия
- В. социального благополучия
- Г. все ответы верны

100. Учебная деятельность представляет собой:

- А. целенаправленный процесс, посредством которого человек осваивает новые знания и умения;
- Б. коммуникативную деятельность обучающихся;
- В. коммуникативную деятельность педагога и обучающихся;
- Г. оценивание знаний обучающихся;
- Д. все перечисленное выше.

1	Б	21	Б	41	В	61	Б	81	А
2	А	22	В	42	Б	62	В	82	Д
3	В	23	В	43	А	63	Д	83	А
4	Д	24	А	44	Г	64	А	84	Д
5	А	25	Б	45	А	65	Б	85	Д
6	В	26	Д	46	Г	66	Г	86	Б
7	А	27	Б	47	В	67	В	87	Г
8	Д	28	Д	48	Д	68	Б	88	Г
9	А	29	Б	49	В	69	Г	89	Г
10	А	30	А	50	А	70	Д	90	Б
11	Б	31	Б	51	Д	71	Д	91	А
12	Д	32	А	52	А	72	Г	92	Г
13	В	33	Д	53	Г	73	Г	93	Г
14	А	34	Г	54	Б	74	Д	94	А
15	Г	35	А	55	Д	75	Д	95	А
16	А	36	А	56	В	76	Д	96	Б
17	Б	37	А	57	Д	77	А	97	Г
18	Г	38	В	58	А	78	Д	98	Б
19	Б	39	А	59	Г	79	Г	99	Г
20	А	40	Г	60	А	80	В	100	Д

## Задания по физикальному обследованию органов пищеварения

### Задание № 1

Физикальное обследование органов пищеварения

для Государственной итоговой аттестации ординаторов по специальности  
31.08.28 Гастроэнтерология  
Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

1. Определение размеров печени по Курлову.
2. Определение жидкости в брюшной полости.
3. Пальпация сигмовидной кишки по Образцову-Стражеско.

### **Задание № 2**

Физикальное обследование органов пищеварения  
для Государственной итоговой аттестации ординаторов по специальности  
31.08.28 Гастроэнтерология  
Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

1. Ориентировочная пальпация живота.
2. Перкуссия селезенки.
3. Болевые точки при язвенной болезни желудка.

### **Задание № 3**

Физикальное обследование органов пищеварения  
для Государственной итоговой аттестации ординаторов по специальности  
31.08.28 Гастроэнтерология  
Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

1. Осмотр живота.
2. Пальпация селезенки.
3. Методы определения нижней границы желудка.

### **Задание № 4**

Физикальное обследование органов пищеварения  
для Государственной итоговой аттестации ординаторов по специальности  
31.08.28 Гастроэнтерология  
Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

1. Пальпация нижнего края печени.
2. Методы определения жидкости в брюшной полости.
3. Болевые точки при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

### **Задание № 5**

Физикальное обследование органов пищеварения  
для Государственной итоговой аттестации ординаторов по специальности  
31.08.28 Гастроэнтерология  
Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

1. Определение зон кожной гиперестезии.
2. Определение размеров печени по Курлову.
3. Определение симптомов холецистита.

### **Задание № 6**

Физикальное обследование органов пищеварения  
для Государственной итоговой аттестации ординаторов по специальности  
31.08.28 Гастроэнтерология  
Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

1. Ориентировочная пальпация живота.
2. Болевые точки при заболеваниях органов пищеварения.
3. Аускультация живота.

### **Задание № 7**

Физикальное обследование органов пищеварения  
для Государственной итоговой аттестации ординаторов по специальности  
31.08.28 Гастроэнтерология  
Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

1. Осмотр живота.
2. Пальпация толстой кишки по Образцову-Стражеско.
3. Определение размеров печени по Курлову.

### **Задание № 8**

Физикальное обследование органов пищеварения  
для Государственной итоговой аттестации ординаторов по специальности  
31.08.28 Гастроэнтерология  
Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

1. Пальпация нижнего края печени.
2. Перкуссия селезенки.
3. Определение симптомов холецистита.

### **Задание № 9**

Физикальное обследование органов пищеварения  
для Государственной итоговой аттестации ординаторов по специальности  
31.08.28 Гастроэнтерология  
Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

1. Пальпация селезенки.
2. Определение жидкости в брюшной полости.
3. Определение симптомов перитонита.

## Задание № 10

Физикальное обследование органов пищеварения  
для Государственной итоговой аттестации ординаторов по специальности  
31.08.28 Гастроэнтерология  
Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

1. Ориентировочная пальпация живота.
2. Определение размеров печени по Курлову.
3. Болевые точки при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

### ПЕРЕЧЕНЬ ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ ВОПРОСОВ

1. Билиарные дисфункции. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Медикаментозная терапия. Профилактика.

2. Дифференциальный диагноз при основных клинических синдромах поражения печени: гепатомегалии, гепатолиенальном синдроме, желтухе, портальной гипертензии, асците, геморрагическом синдроме, синдроме печеночной энцефалопатии, гепаторенальном синдроме.

3. Желчнокаменная болезнь (синоним холелитиаз). Калькулез желчного пузыря с острым холециститом. Калькулез желчного пузыря без холецистита. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.

4. Постхолецистэктомический синдром. Причины развития. Патогенез. Классификация. Клинические варианты течения. Методы диагностики. Меры профилактики. Показания к липотропно-жировой диете. Консервативная терапия. Показания к повторному оперативному вмешательству.

5. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (синоним - рефлюкс-эзофагит).

6. Функциональная /идиопатическая/ диспепсия. Определение понятия. Клинические варианты неязвенной диспепсии. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения.

7. Язва желудка (синоним: язвенная болезнь желудка). Язва пептическая: пилорического канала, медиогастральная. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клинические варианты течения. Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Диспансеризация и профилактика. Диетолечение. Санаторно-курортное лечение.

8. Хронический панкреатит. Этиология и патогенез. Клиника. Варианты течения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диетотерапия.

9. Язвенный колит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.

10. Синдром раздраженного кишечника (с диареей, без диареи). Клиническая симптоматика. Течение. Дифференциальный диагноз. Лечение.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Экзаменационный билет № 1  
для Государственной итоговой аттестации**

уровень высшего образования: ординатура

по специальности: 31.08.28 Гастроэнтерология

Компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5, ПК6, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11

1. Тесты: вариант №1
2. Физикальное обследование органов пищеварения: задание №6
3. Билиарные дисфункции. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Медикаментозная терапия. Профилактика.

Ректор

Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой  
пропедевтики внутренних болезней

М.А. Бутов

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Экзаменационный билет № 2**  
для Государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

по специальности: 31.08.28 Гастроэнтерология

Компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5, ПК6, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11

1. Тесты: вариант №2
2. Физикальное обследование органов пищеварения: задание №5
3. Дифференциальный диагноз при основных клинических синдромах поражения печени: гепатомегалии, гепатолиенальном синдроме, желтухе, портальной гипертензии, асците, геморрагическом синдроме, синдроме печеночной энцефалопатии, гепаторенальном синдроме.

Ректор

Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой

пропедевтики внутренних болезней

М.А. Бутов

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Экзаменационный билет № 3**  
для Государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

по специальности: 31.08.28 Гастроэнтерология

Компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5, ПК6, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11

1. Тесты: вариант №3
2. Физикальное обследование органов пищеварения: задание №4
3. Желчнокаменная болезнь (синоним холелитиаз). Калькулез желчного пузыря с острым холециститом. Калькулез желчного пузыря без холецистита. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.

Ректор

Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой  
пропедевтики внутренних болезней

М.А. Бутов

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Экзаменационный билет № 4**  
для Государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура  
по специальности: 31.08.28 Гастроэнтерология  
Компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5, ПК6, ПК8, ПК9, ПК10,  
ПК11

1. Тесты: вариант №1
2. Физикальное обследование органов пищеварения: задание №3
3. Постхолецистэктомический синдром. Причины развития. Патогенез. Классификация. Клинические варианты течения. Методы диагностики. Меры профилактики. Показания к липотропно-жировой диете. Консервативная терапия. Показания к повторному оперативному вмешательству.

Ректор

Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой  
пропедевтики внутренних болезней

М.А. Бутов

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Экзаменационный билет № 5**  
для Государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура  
по специальности: 31.08.28 Гастроэнтерология  
Компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5, ПК6, ПК8, ПК9, ПК10,  
ПК11

1. Тесты: вариант №2
2. Физикальное обследование органов пищеварения: задание №7
3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (синоним - рефлюкс-эзофагит).

Ректор

Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой  
пропедевтики внутренних болезней

М.А. Бутов

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Экзаменационный билет № 6  
для Государственной итоговой аттестации**

уровень высшего образования: ординатура  
по специальности: 31.08.28 Гастроэнтерология  
Компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5, ПК6, ПК8, ПК9, ПК10,  
ПК11

1. Тесты: вариант №3
2. Физикальное обследование органов пищеварения: задание №2
3. Функциональная /идиопатическая/ диспепсия. Определение понятия. Клинические варианты неязвенной диспепсии. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения.

Ректор

Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой  
пропедевтики внутренних болезней

М.А. Бутов

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет**

**имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Экзаменационный билет № 7  
для Государственной итоговой аттестации**

уровень высшего образования: ординатура  
по специальности: 31.08.28 Гастроэнтерология  
Компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5, ПК6, ПК8, ПК9, ПК10,  
ПК11

1. Тесты: вариант №1
2. Физикальное обследование органов пищеварения: задание №8
3. Язва желудка (синоним: язвенная болезнь желудка). Язва пептическая: пилорического канала, медиогастральная. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клинические варианты течения. Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Диспансеризация и профилактика. Диетолечение. Санаторно-курортное лечение.

Ректор

Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой  
пропедевтики внутренних болезней

М.А. Бутов

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Экзаменационный билет № 8  
для Государственной итоговой аттестации**

уровень высшего образования: ординатура  
по специальности: 31.08.28 Гастроэнтерология  
Компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5, ПК6, ПК8, ПК9, ПК10,  
ПК11

1. Тесты: вариант №2
2. Физикальное обследование органов пищеварения: задание №1
3. Хронический панкреатит. Этиология и патогенез. Клиника. Варианты течения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диетотерапия.

Ректор

Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой  
пропедевтики внутренних болезней

М.А. Бутов

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Экзаменационный билет № 9  
для Государственной итоговой аттестации**

уровень высшего образования: ординатура  
по специальности: 31.08.28 Гастроэнтерология  
Компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5, ПК6, ПК8, ПК9, ПК10,  
ПК11

1. Тесты: вариант №3
2. Физикальное обследование органов пищеварения: задание №10
3. Язвенный колит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.

Ректор

Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой  
пропедевтики внутренних болезней

М.А. Бутов

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Экзаменационный билет № 10  
для Государственной итоговой аттестации**

уровень высшего образования: ординатура  
по специальности: 31.08.28 Гастроэнтерология  
Компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5, ПК6, ПК8, ПК9, ПК10,  
ПК11

1. Тесты: вариант №1

2. Физикальное обследование органов пищеварения: задание №9
3. Синдром раздраженного кишечника (с диареей, без диареи).  
Клиническая симптоматика. Течение. Дифференциальный диагноз.  
Лечение.

Ректор

Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой  
пропедевтики внутренних болезней

М.А. Бутов