

1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине/модулю, практике __гастроэнтерология__
 (наименование дисциплины)
 по специальности ____31.08.28 гастроэнтерология__
 (шифр, наименование)

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1.	1. Заболевания ЖКТ 2. Ургентная гастроэнтерология 3. Терапия 4. Геронтология и гериатрия	УК-1,2,3 ПК- 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	<u>Знать:</u> - вопросы организации лечебно-профилактической помощи и обеспечения лекарственными препаратами различных групп больных с гастроэнтерологическими заболеваниями; - клиническую симптоматику, особенности течения, прогноз заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы и печени; - принципы проведения фармакотерапии, физиотерапии, лечебного питания, показания и противопоказания к хирургическому лечению заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы и печени; - диагностическую значимость, условия проведения, показания и противопоказания лабораторных, биохимических, эндоскопических, рентгенологических, ультразвуковых, электрофизиологических и других методов исследования применительно к	Тест Сит. задачи	145 30

			<p>диагностике и ведению больных с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы и печени – патогенез заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы и печени;</p> <p>- патологическую анатомию, генетику, биохимию заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы и печени;</p> <p>- клиническую фармакологию лекарственных средств, регулирующих секреторную и моторную функцию желудочно-кишечного тракта и печени, антимикробных и противовоспалительных лекарственных средств, основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения.</p>		
			<p><u>Уметь:</u></p> <p>- проводить расспрос больного с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и печени (жалобы, анамнез), применять методы объективного обследования (по всем органам и системам) и трактовать его результаты;</p> <p>- проводить дифференциальный диагноз заболеваний желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы и печени;</p>		

			<ul style="list-style-type: none"> - распознать и определить характер и необходимость экстренных лечебных мероприятий при различной патологии желудочно-кишечного тракта; - оказать первую врачебную помощь (при кровотечениях из желудочно-кишечного, при острой печеночной недостаточности, прободной язве, ущемленной грыже, калькулезном холецистите, панкреатите, аппендиците, острой кишечной непроходимости); - трактовать результаты клинических лабораторных, биохимических, электрофизиологических и других методов исследования при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и печени; - трактовать результаты эндоскопических методов исследования: эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, ректороманоскопии, лапароскопии; - трактовать результаты рентгенологических методов исследования пищевода, желудка, тонкой и толстой кишки, желчного пузыря, компьютерной томографии органов брюшной полости; - уметь трактовать результаты ультразвукового 		
--	--	--	--	--	--

			<p>исследования органов брюшной полости; - уметь провести всестороннее клиническое обследование больного и на этом основании определить: предварительный диагноз, тяжесть состояния, неотложные мероприятия, план дополнительного обследования, в том числе консультации других специалистов, лабораторные и инструментальные исследования, избегая необоснованных и опасных, показания и сроки госпитализации, трудоспособность.</p>		
			<p><u>Владеть:</u> - методикой общеклинического осмотра: пальпация живота (поверхностная, глубокая скользящая пальпация по методу Образцова-Стражеско), поджелудочной железы, пальцевое исследование прямой кишки, определение размеров печени по Курлову; - методами эндоскопического исследования органов желудочно-кишечного тракта: фиброгастроскопией, фиброколоноскопией, ректороманоскопией, холецистохолангиографией, дуоденальным зондированием с различными стимуляторами, рН-метрией желудка; - методами ультразвукового</p>		

			<p>исследования органов желудочно-кишечного тракта;</p> <p>- методами подготовки к лечебно-диагностическим инвазивным исследованиям органов желудочно-кишечного тракта (биопсия, лапароскопия, лапароцентез);</p> <p>- методами оказания неотложной помощи (трансфузии компонентов крови, венепункция, остановка кровотечения, искусственное дыхание и непрямой массаж сердца, трахеотомия, наложение повязки на рану, иммобилизация конечности), в том числе при ургентных ситуациях у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (промывание желудка, постановка зонда Блэкмора при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода, коррекция водно-электролитных нарушений, дезинтоксикация);</p> <p>- методами диагностики и медикаментозного лечения острых заболеваний желудочно-кишечного тракта на дохирургическом этапе (купирование рвоты, диареи, острой боли в животе, желудочно-кишечного кровотечения);</p> <p>- методами ведения медицинской документации.</p>		
--	--	--	---	--	--

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
(полный перечень оценочных средств)

2.1. Тестовые задания по дисциплине

Выберите один правильный ответ:

Раздел 1. Заболевания ЖКТ

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
1. МЕХАНИЗМ БОЛЕЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЯЗВЫ В ЛУКОВИЦЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НЕ ЗАВИСИТ ОТ: 1) спазма пилородуоденальной зоны 2) наличия хеликобактерной инфекции 3) кислотно-пептического фактора 4) глубина язвы	УК-1 ПК-1,5
2. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОЛИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ КАЛ: 1) скудный, жидкий 2) дегтеобразный 3) с примесью чистой крови 4) обильный, жидкий	УК-1 ПК-1,5
3. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) боль в животе 2) ректальное кровотечение 3) диарея в ночное время 4) вздутие живота	УК-1 ПК-1,5
4. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АУТОИММУНОМ ГЕПАИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) сульфасалазин 2) интерферон 3) микофенолата мофетил 4) аналог нуклеотидов/нуклеозидов	УК-1 ПК-1,6
5. СПЕЦИФИЧНЫМИ АУТОАНТИТЕЛАМИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ХОЛАНГИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) ANA 2) AMA 3) ANCA 4) LKM	УК-1 ПК-1,5

<p>6. СОЧЕТАНИЕ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО И МЕЗЕНХИМАЛЬНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) цирроза печени 2) хронического неактивного гепатита 3) острого вирусного гепатита В 4) острого вирусного гепатита С 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>7. ПРИЧИНОЙ ИЗМЕНЕНИЯ ФОРМЫ ЖЕЛУДКА В ВИДЕ ПЕСОЧНЫХ ЧАСОВ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) язва ДПК 2) язва желудка 3) сифилис 4) рак желудка 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>8. КАКОЙ ТИП ПИЩЕВОДНЫХ ГРЫЖ ВЫЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) скользящая (аксиальная) 2) врожденный короткий пищевод 3) сальниковая 4) параэзофагеальная 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>9. В ДИАГНОСТИКЕ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИТЕЛ К НР ИСПОЛЬЗУЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) контроля полноты эрадикации 2) первичной диагностики 3) определения патогенных штаммов НР 4) определения чувствительности НР к антибиотикам 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>10. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ РАЗМЕРЫ ПЕЧЕНИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ЦИРРОЗА ЧАЩЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) уменьшены 2) увеличены 3) значительно уменьшены 4) находятся в пределах нормы 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>11. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тест Берштейна 2) ЭГДС 3) рентгенологическое исследование пищевода 4) суточная рН-метрия пищевода 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>12. К АРЕАЛУ ОБИТАНИЯ ХЕЛИКОБАКТЕРА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ОТНОСЯТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) желчевыводящие пути 2) толстую кишку 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>

<ul style="list-style-type: none"> 3) пищевод 4) желудок 	
<p>13. НАЛИЧИЕ ТРИАДЫ СИМПТОМОВ: СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ, ИЗЪЯЗВЛЕНИЕ ЖКТ, ДИАРЕЯ УКАЗЫВАЕТ НА:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) синдром Золлингера-Эллисона 2) язвенный колит 3) язвенную болезнь с локализацией в желудке 4) язвенную болезнь с локализацией в постбульбарном отделе 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>14. В ДИАГНОСТИКЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) физикальное исследование 2) микробиологическое исследование 3) ректороманоскопия (колоноскопия) 4) анализ кала на скрытую кровь 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>15. ПРИ ЖЕЛТУХЕ ЗУД КОЖИ ВЫЗЫВАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) щелочной фосфатазы 2) фосфолипидов 3) солей желчных кислот 4) холестерина 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>16. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНА ГИПЕРТОНИЯ НИЖНЕГО ПИЩЕГОДНОГО СФИНКТЕРА, ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) пищевод Барретта 2) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 3) ахалазия кардии 4) хронический рефлюкс-эзофагит 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>17. НОРМАЛЬНОЙ СЧИТАЕТСЯ РЕАКЦИЯ КАЛА:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) резко кислая 2) нейтральная или слабощелочная 3) кислая 4) щелочная 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>18. НАИБОЛЬШЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИМЕЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОЙ АКТИВНОСТИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) щелочной фосфатазы 2) ГГТП 3) альфа-амилазы 4) ЛДГ 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>

<p>19. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ДЕБЮТА АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) цитолитический синдром высокой степени активности (повышение АЛТ, АСТ > 5-10 норм) 2) повышение АЛТ, АСТ до 3 норм 3) холестатический синдром (повышение ЩФ > в 2 раза или ГГТП в 4 раза) 4) минимальный цитолиз (повышение АЛТ, АСТ до 3 норм), IgG и гамма-глобулины в норме 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>20. ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ АЛЬФАФЕТОПРОТЕИНА ОБНАРУЖИВАЕТСЯ В КРОВИ БОЛЬНЫХ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) полипозным гастритом 2) первичным гепатоцеллюлярным раком печени 3) туморозной формой хронического панкреатита 4) лейомиомой желудка 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>21. К ПРЕДРАКАМ ОТНОСЯТСЯ ПОЛИПЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) реактивные 2) смешанные 3) аденоматозные 4) гиперпластические 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>22. ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ РЕГУЛЯРНОГО МОНИТОРИНГА АКТИВНОСТИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) уровень ферритина 2) уровень С-реактивного белка 3) определение рANCA 4) уровень иммуноглобулинов 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>23. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА В ТОНКОЙ КИШКЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) посев кала 2) посев кишечного содержимого 3) уреазный дыхательный тест 4) дыхательный водородный тест 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>24. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ЦЕЛИАКИИ ИМЕЮТ ТЕСТЫ-АНТИТЕЛА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) антимитохондриальные 2) к тканевой транслугаминазе 3) антинуклеарные 4) к псевдотуберкулезу 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>

<p>25. БИЛИРУБИУРИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) хронической почечной недостаточности 2) вирусном гепатите 3) сахарном диабете 4) инфекциях мочевого пузыря 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>26. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГИПОМОТОРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ускоренная эвакуация контраста 2) вытянутый желудок 3) отсутствие газового пузыря в желудке 4) желудок в форме «песочных часов» 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>27. АЛКОГОЛЬНЫЙ СТЕАТОГЕПАТИТ У ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ В БОЛЬШИХ КОЛИЧЕСТВАХ, МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАН С ПОМОЩЬЮ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) АшТеста 2) СтеатоТеста 3) НешТеста 4) ФиброТеста 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>28. ПАТОГЕНЕЗ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) снижением осмотического давления в просвете тонкой кишки 2) замедленной эвакуацией пищи из желудка в тонкую кишку 3) ускоренной эвакуацией пищи из желудка в тонкую кишку 4) депрессией симпатико-адреналовой системы 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>29. ДИАРЕЯ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С КОЖНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПРИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пищевой аллергии 2) дивертикулезе ободочной кишки 3) лактазной недостаточности 4) муковисцидозе 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>30. ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гематурией 2) увеличением в крови уровня креатинина 3) нейтрофильным лейкоцитозом 4) лейкоцитурией 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>31. ЧАСТАЯ РВОТА СЪЕДЕННОЙ ПИЩЕЙ В ТЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВРЕМЕНИ У БОЛЬНОГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДПК УКАЗЫВАЕТ НА:</p>	<p>УК-1 ПК-1,5</p>

<ul style="list-style-type: none"> 1) перивисцерит 2) пилородуоденальный стеноз 3) пенетрацию язвы 4) кровотечение 	
<p>32. ДЛЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ ХАКАРТЕРНО:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) выявление признаков дефицита витамина С 2) выявление пеллагроидных изменений кожи 3) удовлетворительное состояние больного 4) развитие гипохромной анемии 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>33. ДИАМЕТР СОСУДОВ ВОРОТНОЙ СИСТЕМЫ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ):</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 5-6 2) 7-8 3) 10-12 4) 13-14 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>34. ОБЛЕГЧЕНИЯ ГЛОТАНИЯ НА ФОНЕ ПОСТОЯННОЙ ДИСФАГИИ У БОЛЬНОГО РАКОМ ПИЩЕВОДА УКАЗЫВАЕТ НА:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) выздоровление 2) кровотечение 3) образование свища 4) распад опухоли 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>35. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ МНО У ПАЦИЕНТА С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) цитолитического 2) портальной гипертензии 3) печеночно-клеточной недостаточности 4) иммуновоспалительного 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>36. ХРОНИЧЕСКИЙ НЕИНФЕКЦИОННЫЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ ГАСТРИТ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) болезни Крона 2) пищевой аллергии 3) лямблиозе 4) целиакии 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>37. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ В НОРМЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) на 5см ниже точки пересечения наружного края правой прямой мышцы живота и реберной дуги 2) справа от пупка 3) в точке пересечения передне-аксиллярной линии справа и реберной дуги 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>

4) в точке пересечения наружного края правой прямой мышцы живота и реберной дуги	
38. ОДНИМ ИЗ ПУСКОВЫХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ КАНДИДОЗНОГО ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) терапия НПВС 2) недостаточность кардии 3) длительная антибактериальная терапия 4) скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	УК-1 ПК-1,5
39. К ПОВЫШЕНИЮ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИВОДИТ: 1) катаральный проктит 2) долихосигма 3) метеоризм 4) дивертикул Меккеля	УК-1 ПК-1,5
40. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ БОЛЕЗНИ МЕНЕТРИЕ ОТНОСЯТ: 1) энтеролизацию слизистой оболочки желудка 2) гигантские гипертрофические складки слизистой оболочки желудка 3) хлоргидропеническую уремию (желудочную тетанию) 4) вирховские метастазы	УК-1 ПК-1,5
41. ОДНИМ ИЗ СИМПТОМОВ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ ПРИ ПАТОЛОГИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА, ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ: 1) Мюсси-Георгиевского 2) Пастернацкого 3) Менделя 4) Поргеса	УК-1 ПК-1,5
42. МЕТАСТАЗ ВИРХОВА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В: 1) дугласовом пространстве 2) надключичном лимфоузле слева 3) яичниках 4) надключичном лимфоузле справа	УК-1 ПК-1,5
43. К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩЕМУ О НАЛИЧИИ ХОЛЕСТАЗА, ОТНОСЯТ: 1) ксантомы и ксантелазмы 2) асцит 3) пальмарная эритема 4) телеангиоэктазии	УК-1 ПК-1,5

<p>44. ФОРМИРОВАНИЮ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ СПОСОБСТВУЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) слабость связочного аппарата пищевода отверстия диафрагмы, повышение внутрибрюшного давления, спастическая дискинезия грудного отдела пищевода 2) висцероптоз, дивертикул Ценкера, гипомоторная дискинезия грудного отдела пищевода 3) дивертикул Ценкера, стриктуры пищевода, гипомоторная дискинезия грудного отдела пищевода 4) недостаточность кардии, дивертикул Ценкера, гипомоторная дискинезия грудного отдела пищевода 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>45. ПРЯМЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) изменение тонуса желудка 2) конвергенция складок слизистой 3) нарушение эвакуации из желудка 4) симптом «ниши» желудка 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>46. ПОД ЛЕЙКОПЛАКИЕЙ ПИЩЕВОДА ПОНИМАЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) злокачественную опухоль пищевода 2) кистозный эзофагит 3) грибковое поражение пищевода 4) очаги ороговевшего эпителия пищевода 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>47. «ПОЗДНИЙ ШУМ ПЛЕСКА» (СИМПТОМ ВАСИЛЕНКО) ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) хроническом панкреатите 2) стенозе привратника 3) перфорации язвы желудка 4) ЖКБ 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>48. ХАРАКТЕРНЫМ УЗИ-ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) утолщение стенки желчного пузыря более 3мм 2) гиперэхогенное образование в полости желчного пузыря с четкой акустической тенью 3) гиперэхогенное образование, прилежащее к стенке желчного пузыря и не смещаемое при изменении положения тела 4) перегиб шейки желчного пузыря 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>

<p>49. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «ПИЩЕВОД БАРРЕТА» ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наличие патологического гастроэзофагеального рефлюкса по данным длительной рН-метрии 2) наличие эндоскопических изменений слизистой пищевода 3) неэффективность терапии ингибиторами протонной помпы 4) наличие кишечной метаплазии по данным морфологического исследования 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>50. ПАРИЕТАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА СЕКРЕТИРУЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гастромукопротеид 2) пепсиноген 3) муцин 4) соляную кислоту 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>51. В ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВКЛЮЧАЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сосудистые препараты 2) ингибиторы АПФ 3) кортикостероиды 4) ферменты (панкреатин) 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>52. В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗНОГО ЭЗОФАГИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) алгедрат + Магния гидроксид 2) омепразол 3) флуконазол 4) висмута трикалия дицитрат 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>53. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ РАНИТИДИНА ОТНОСЯТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мено-метроррагии 2) галакторея 3) феномен «рикошета» 4) нарушение аккомодации 	<p>УК-1 ПК-1,;6</p>
<p>54. ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ К ГАСТРОПРОТЕКТОРАМ ОТНОСИТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вздутие живота и понос при употреблении злаков 2) рвота с примесью желчи 3) запор 4) неустойчивый стул при употреблении молочных продуктов 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>

<p>55. ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) язвенный колит 2) запор 3) рак толстой кишки 4) дивертикулит 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>56. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ КИШКА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тощая 2) ободочная 3) прямая 4) слепая 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>57. ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ ОТМЕЧАЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аномалии развития кишечника 2) наследственные нарушения 3) функциональные расстройства 4) органические изменения 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>58. УХУДШЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИИ ВЫЗЫВАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ячмень 2) гречиха 3) кукуруза 4) рис 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>59. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЖЕЛУДКА ПРИМЕНЯЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) позитронно-эмиссионную томографию 2) компьютерную томографию 3) ультразвуковое исследование 4) фиброгастроскопию с биопсией 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>60. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) спленомегалия 2) кожный зуд 3) асцит 4) гепатомегалия 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>61. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) рентгеноскопия 2) УЗИ брюшной полости 3) рН-метрия 4) эндоскопия 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>62. ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p>	<p>УК-1 ПК-1,5</p>

<ul style="list-style-type: none"> 1) нарушение диеты 2) нарушение моторики желудка 3) Helicobacter pylori 4) курение 	
<p>63. СИНТЕЗ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ В ЖЕЛЕЗАХ ЖЕЛУДКА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) мукоциты 2) нейроэндокринные клетки 3) париетальные клетки 4) главные клетки 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>64. СИМПТОМ ИЗЖОГИ ВЫРАЖЕН ПРИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гастроэзофагеальной рефлюксной болезни 2) хроническом панкреатите 3) хроническом пиелонефрите 4) хроническом холецистите 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>65. ПИЩЕВОД БАРЕТТА ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гастроэзофагеальной рефлюксной болезни 2) рака пищевода 3) стриктур пищевода 4) дивертикулеза пищевода 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>66. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гипергликемия 2) высокий уровень амилазы в крови (диастазы в моче) 3) стеаторея 4) боль опоясывающего характера 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>67. ГИГАНТСКИМИ СЧИТАЮТСЯ ЯЗВЫ РАЗМЕРОМ БОЛЕЕ (СМ):</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 5 2) 6 3) 3 4) 4 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>68. СРЕДСТВОМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) амоксициллин 2) месалазин 3) дротаверин 4) преднизолон 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>69. В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ультразвуковое исследование 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>

<ul style="list-style-type: none"> 2) рентгенография 3) эластометрия 4) ирригоскопия 	
<p>70. НАИБОЛЬШЕЙ ГЕПАТОТОКСИЧНОСТЬЮ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Ацетилсалициловая кислота 2) Кеторолак 3) Ибупрофен 4) Парацетомол 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>71. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ КОЖНОГО ЗУДА ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Урсодезоксихолевая кислота 2) Рибавирин 3) Мебеверин 4) Лактулоза 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>72. ТЮБАЖ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) обезболивания 2) уменьшения оттока желчи 3) увеличения оттока желчи 4) уменьшения воспаления 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>73. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ СОКРАЩАЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гастрин 2) панкреатического сока 3) холецистокинина 4) секретина 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>74. ЖЕЛУДОЧНУЮ СЕКРЕЦИЮ СНИЖАЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) сукральфат 2) омепразол 3) дрогаверин 4) амоксициллин 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>75. АНТАЦИДНЫМ ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) сукральфат 2) гастролфарм 3) де-нол 4) гастал 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>76. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НАИМЕНЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЯЗВЫ В:</p>	<p>УК-1 ПК-1,6</p>

<ul style="list-style-type: none"> 1) кардии 2) антральном отделе 3) теле желудка 4) пилорическом канале 	
<p>77. ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ, ДАЮЩИМ ЧЕРНУЮ ОКРАСКУ СТУЛА, ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) висмута трикалия дицитрат 2) алгедрат+ магния гидроксид 3) сукральфат 4) мизопростол 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>78. ПРИ ЭОЗИНОФИЛЬНОМ ЭЗОФАГИТЕ НЕ НАЗНАЧАЮТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) мотилиум 2) ингибиторы протонной помпы 3) будесонид 4) флутиказон 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>79. ПРЕПАРАТОМ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) анаферон 2) ацикловир 3) ингавирин 4) ремантадин 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>80. ТОНУС НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА СНИЖАЮТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) альгинаты 2) прокинетики 3) нитраты 4) антациды 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>81. СИНДРОМ ОТМЕНЫ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ранитидина 2) урсодезоксихолевой кислоты 3) эзомепразола 4) пантопразол 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>82. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЭРАДИКАЦИИ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ HELICOBACTER PYLORI ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) натрия пикосульфат 2) кларитромицин 3) магния гидроксид 4) активированный уголь 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>

<p>83. БОЛЬНЫЕ С ЦЕЛИАКИЕЙ МОГУТ УПОТРЕБЛЯТЬ В ПИЩУ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кукурузу 2) макаронные изделия 3) черствые изделия из пшеничного теста 4) ржаной хлеб 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>84. АНТИДОТОМ ЛОПЕРАМИДА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) эзомепразол 2) фамотидин 3) натрия пикосульфат 4) налоксон 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>85. В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ИСПОЛЬЗУЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) витаминотерапию 2) стероидные гормоны 3) диету 4) нитрофураны 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>86. СПАЗМОЛИТИКОМ, КОТОРЫЙ ОКАЗЫВАЕТ ЭФФЕКТ ТОЛЬКО В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) оксибутинин 2) мебеверин 3) платифиллин 4) дротаверин 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>87. ПРЕПАРАТОМ, СВЯЗЫВАЮЩИМСЯ С ОПИОИДНЫМИ РЕЦЕПТОРАМИ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) метоклопрамид 2) натрия пикосульфат 3) лоперамид 4) пантопразол 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>88. ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К КОЛОНОСКОПИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) октреотид 2) лансопразол 3) макрогол 4) эзомепразол 	<p>УК-1 ПК-1,5,6</p>

<p>89. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) фталазол 2) рифаксимин 3) энтерол 4) метронидазол 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>90. ПРЕПАРАТОМ С ЖЕЛЧЕГОННЫМИ СВОЙСТВАМИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аллохол 2) омепразол 3) фамотидин 4) альгинат натрия 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>91. ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ В АНАЛИЗЕ КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) снижение уровня холестерина 2) повышение уровня белка 3) снижение уровня амилазы 4) повышение уровня амилазы 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>92. ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ В ПОТЕ БОЛЬНЫХ СОДЕРЖИТСЯ БОЛЬШЕ, ЧЕМ В НОРМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) натрия 2) фосфора 3) кальция 4) магния 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>93. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ХАРАКТЕРНО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) изолированное повышение АЛТ 2) изолированное повышение АСТ 3) преобладание АСТ над АЛТ 4) преобладание АЛТ над АСТ 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>94. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ОТНОСЯТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аминогликозиды 2) ванкомицин 3) ципрофлоксацин 4) цефалоспорины 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>95. НАЛИЧИЕ ЭРОЗИЙ В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аутоиммунного гастрита 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>

<ul style="list-style-type: none"> 2) хеликобактерной инфекции 3) гранулематозного гастрита 4) острого гастрита 	
<p>96. В ОСНОВЕ СИНДРОМА ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА ЛЕЖИТ ГИПЕРПРОДУКЦИЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) пепсина 2) соляной кислоты 3) гастрина 4) глюкокортикоидов 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>97. ЖЕЛУДОЧНУЮ СЕКРЕЦИЮ СТИМУЛИРУЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) холецистокинин 2) секретин 3) гастрин 4) серотонин 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>98. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ СИМПТОМОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА НАЛИЧИЕ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА, ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) тошнота 2) отрыжка воздухом 3) тяжесть в эпигастрии 4) наличие желчи в рвотных массах 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>99. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ХЕЛИКОБАКТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) пилорический отдел желудка 2) кардиальный отдел желудка 3) дно желудка 4) 12-перстная кишка 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>100. ПРИЧИНОЙ БИЛИРУБИНУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) обтурационная желтуха 2) гемолитическая желтуха 3) повышенное всасывание стеркобилина в кишечнике 4) инкубационный период вирусного гепатита 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>

Специальность Гастроэнтерология
Дисциплина Гастроэнтерология
Раздел 2. Ургентная гастроэнтерология

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>101. САМЫМ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ АСЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) развитие венозных коллатералей на брюшной стенке 2) пупочная грыжа 3) одышка 4) спонтанный бактериальный асцит-перитонит 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>102. ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ В ДИЕТЕ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) белки 2) жидкость 3) соль 4) углеводы 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>103. НАИБОЛЕЕ РЕДКИМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стриктура кишки 2) токсическая дилатация ободочной кишки 3) инфильтрат брюшной полости 4) утренний или наружный кишечный свищ 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>104. О ПЕНЕТРАЦИИ ЯЗВЫ НЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) уменьшение ответной реакции на антациды 2) мелена 3) изменение характерного ритма болей 4) появление упорных болей 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>105. ЧЕРЕЗ СКОЛЬКО ЧАСОВ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ КЛИНИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА МОЖНО ЗАФИКСИРОВАТЬ НАИБОЛЬШИЙ УРОВЕНЬ АМИЛАЗЫ КРОВИ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 48-72 2) 18-24 3) 2-4 4) 10-12 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>106. БОЛЬ БУДЕТ ИРРАДИИРОВАТЬ В ЛОПАТКУ ПРИ:</p>	<p>УК-1 ПК-1,5</p>

<ul style="list-style-type: none"> 1) внематочной беременности 2) печеночной колике 3) остром аднексите 4) почечной колике 	
<p>107. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) мелену 2) тощаковые боли 3) диарею 4) резкие боли в животе 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>108. ПРИЗНАКОМ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) уртикарная сыпь 2) артралгия 3) геморрагический синдром 4) кожный зуд 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>109. В ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) октреотид 2) висмута трикалия дицитрат 3) пантопрозол 4) магния гидроксид 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>110. ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ригидность передней брюшной стенки 2) исчезновение или ослабление болей 3) рвота кофейной гущей 4) гиперперистальтика 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>111. ЛЕЧЕБНЫЙ ПАРАЦЕНТЕЗ БОЛЬНОМУ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С АСЦИТОМ ДОЛЖЕН ПРОВОДИТЬСЯ ПРИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) напряженном или рефрактерном к терапии асците 2) нарастании желтухи 3) болях в животе 4) отсутствие артериальной гипотонии 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>112. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ</p>	<p>УК-1 ПК-1,6</p>

<p>ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кишечная непроходимость 2) инфильтрат в животе 3) наличие внутренних свищей 4) наличие внешних свищей 	
<p>113. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО АСЦИТ-ПЕРИТОНИТА ОПТИМАЛЬНАЯ КОМБИНАЦИЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) альбумина и диуретиков 2) цефалоспоринов и альбумина 3) диуретиков и гепатопротекторов 4) цефалоспоринов и диуретиков 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>114. БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НЕОБХОДИМО ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ В ОТДЕЛЕНИЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гастроэнтерологическое 2) терапевтическое 3) хирургическое 4) инфекционное 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>115. СТРЕССОВАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЧАЩЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пенетрацией 2) малигнизацией 3) перфорацией 4) кровотечением 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>116. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ РАСПАДАЮЩИХСЯ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) местное охлаждение хлорэтилом 2) электрокоагуляция 3) введение сосудосуживающих препаратов в основание полипа 4) нанесение пленкообразующих веществ 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>117. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p>	<p>УК-1 ПК-1,6</p>

<ul style="list-style-type: none"> 1) острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST 2) сахарный диабет 3) желудочно-кишечное кровотечение 4) одновременный прием с клопидогрелом 	
<p>118. ОСЛОЖНЕНИЕМ, КОТОРОЕ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ, ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) пролежень толстой кишки каловым камнем 2) острая кишечная непроходимость 3) перфорация кишки 4) кишечное кровотечение 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>119. НАЗНАЧЕНИЕ СПАЗМОЛИТИКОВ И ДРУГИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) почечная колика 2) внематочной беременности 3) острым аппендиците 4) печеночной колике 	<p>УК-1 ПК-1,6</p>
<p>120. ПРИСТУП ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) постоянной болью в правом подреберье и лихорадкой, 2) острой болью в правом подреберье, рвотой и лихорадкой 3) болью в правой половине живота, иррадиирующей в паховую область, дизурию 4) тупой болью в правой половине живота, метеоризмом, запором 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>

Специальность Гастроэнтерология

Дисциплина Гастроэнтерология

Раздел 3. Терапия

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>121. УКАЖИТЕ ЭКГ-ПРИЗНАКИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ:</p>	<p>УК-1 ПК-1,5</p>

<p>1) полная нерегулярность сердечных сокращений, волны f 2) зубцы P, не отличающиеся по форме от «синусовых» 3) преждевременные комплексы QRS 4) все вышеперечисленное</p>	
<p>122. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ:</p> <p>1) выявление бессимптомных аритмий 2) уточнение диагноза у больных с частыми клиническими симптомами, если не удалось зарегистрировать аритмию на обычной ЭКГ 3) оба ответа правильные 4) оба ответа неправильные</p>	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>123. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ:</p> <p>1) ишемическая болезнь сердца, 2) митральный стеноз, 3) аортальная недостаточность, 4) тиреотоксикоз привыкания</p>	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>124. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ВНУТРИСЕРДЕЧНОГО ТРОМБОЗА ПРИМЕНЯЮТ:</p> <p>1) трансторакальную эхокардиоскопию 2) чреспищеводную эхокардиоскопию 3) эндокардиальное электрофизиологическое исследование сердца 4) все вышеперечисленное</p>	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>125. ДИАПАЗОН ЗНАЧЕНИЙ МНО ПРИ ПОСТОЯННОМ ПРИЕМЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ:</p> <p>1) 1,5-2,0 2) 2,0-3,0 3) 2,0-4,0 4) 3,0-4,0</p>	<p>УК-1 ПК-1,5,6</p>
<p>126. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ:</p>	<p>УК-1 ПК-1,6</p>

<ul style="list-style-type: none"> 1) дигоксин 2) верапамил 3) кордарон 4) все вышеперечисленное 	
<p>127. КОНТРОЛЬ РИТМА ПРИ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) в покое ЧСС<60/мин. 2) при нагрузке ЧСС<80/мин. 3) в покое ЧСС 60-80/мин., при нагрузке 90-110/мин. 4) в покое ЧСС<100/мин. 	<p>УК-1 ПК-1,5,6</p>
<p>128. К ОСНОВНЫМ ВИДАМ АРИТМИЙ ОТНОСЯТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) аритмии, связанные с нарушением образования импульса 2) аритмии, обусловленные нарушением проведения импульса 3) фибрилляция предсердий и фибрилляция желудочков 4) все перечисленные 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>129. ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ПРОИСХОЖДЕНИИ АРИТМИЙ ПРИНАДЛЕЖИТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гипоксии 2) электролитным нарушениям 3) действию катехоламинов 4) всему перечисленному 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>130. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КЛАССА II В СООТВЕТСВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ НЬЮ-ЙОРСКОЙ АССОЦИАЦИИ СЕРДЦА:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) жалобы на появление одышки, сердцебиения, слабости при небольших нагрузках 2) указанные жалобы возникают только при больших нагрузках 3) может выполнить нагрузку ВЭМ в пределах до 80W 4) указанные жалобы возникают при обычных нагрузках 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>

Специальность Гастроэнтерология
Дисциплина Гастроэнтерология
Раздел 4. Геронтология и гериатрия

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
131. ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ СВЯЗАНА С: 1) повреждающими свойствами рефлюктата (НСІ, пепсин, желчные кислоты) 2) повышением внутрибрюшного давления 3) повышением клиренса пищевода 4) снижением функции антирефлюксного барьера	УК-1 ПК-1,5
132. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ТАЗОВОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ: 1) симптом Щеткина-Блюмберга 2) симптом Ровзинга 3) напряжение мышц в правой подвздошной области 4) болезненность передней стенки прямой кишки при ректальном исследовании	УК-1 ПК-1,5
133. ДЛЯ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНО: 1) сохранение толщины слизистой 2) уменьшение высоты ворсинок 3) увеличение толщины ворсинок 4) увеличение митотического индекса	УК-1 ПК-1,5
134. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГЕМОРРОЯ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) недостаточность анального сфинктера 2) язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки 3) гипертоническая болезнь с частыми кризами; портальная гипертензия 4) хронический панкреатит	УК-1 ПК-1,6
135. ДЛЯ СЕКРЕТОРНЫХ ПРОЦЕССОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ХАРАКТЕРНО:	УК-1 ПК-1,5

<p>1) повышение активности амилазы 2) диспанкреатизм 3) рост активности трипсина 4) значительное повышение протеолитической и липолитической активности</p>	
<p>136. ОПАСНОЙ ФАЗОЙ ПАНКРЕАТИТА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) фаза деструктивных осложнений в периоде асептической деструкции 2) фаза деструктивных осложнений в периоде гнойной деструкции 3) фаза панкреатогенной токсемии в периоде гемодинамических расстройств 4) фаза панкреатогенной токсемии в периоде полиорганной недостаточности</p>	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>137. ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРНО: 1) малосимптомность 2) более тяжелое течение 3) предрасположенность к малигнизации 4) язвы больших и гигантских размеров</p>	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>138. ХАРАКТЕРНЫМИ ЖАЛОБАМИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) возникновения болей через 1-1,5 часа после приема пищи 2) обострение болей после приема НПВП 3) иррадиации болей в поясничную область 4) рвота</p>	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>139. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ВЫРАЖАЮТСЯ В: 1) увеличении объема желчного пузыря при исследовании натошак 2) снижении сократительной способности желчного пузыря 3) повышении тонуса сфинктера Одди: расширении общего желчного протока 4) повышении тонуса сфинктера Одди при наличии юктапапиллярного дивертикула</p>	<p>УК-1 ПК-1,5</p>

<p>140. ПРИЧИНОЙ УВЕЛИЧЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ ХОЛЕСТЕРИНОВЫХ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) снижение тонуса желчного пузыря 2) снижение сократительной способности желчного пузыря 3) повышение выработки холестерина 4) повышение нуклеации осажденного холестерина 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>141. В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ПРАКТИЧЕСКИ НЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) трещины заднего прохода, парапроктит, язвы заднепроходного канала и перианальной области, ранения прямой кишки, тромбоз геморроидального узла 2) инфекции прямой кишки и перианальной области 3) болезнь Боуэна 4) атрезия прямой кишки 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>142. К ВОЗРАСТНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПЕЧЕНИ И ЕЕ ФУНКЦИИ ОТНОСЯТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) уменьшение массы печени 2) повышение синтеза холестерина в печени 3) снижение синтеза желчных кислот 4) увеличение размеров печени 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>143. В ПОНЯТИЕ СИНДРОМА ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ВХОДЯТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нарушение психического состояния, нарушения электроэнцефалограммы 2) гипераммониемия 3) печеночный запах изо рта 4) гипервентиляция 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>
<p>144. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наличие фоновой дистрофии в сочетании с формированием лимфоидных фолликулов 2) наличие фоновой гиалиновой и/или белковой дистрофии в сочетании с 	<p>УК-1 ПК-1,5</p>

<p>наличием матово-стекловидных гепатоцитов и наличием ядер гепатоцитов в виде «песочных часов»</p> <p>3) разрастание фиброзной ткани без фоновой дистрофии</p> <p>4) лимфогистиоцитарная инфильтрация паренхимы без активации сателлитных клеток печени</p>	
<p>145. ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАН:</p> <p>1) со стриктурой желчных протоков</p> <p>2) с дискинезией кишечника и/или желчных путей</p> <p>3) с опухолью Фатерова соска</p> <p>4) с резидуальным калькулезом</p>	<p>УК-1 ПК-1,5</p>

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1.	2
2.	1
3.	1
4.	3
5.	2
6.	1
7.	4
8.	1
9.	2
10.	2
11.	2
12.	4
13.	1
14.	3
15.	3
16.	3
17.	2
18.	3
19.	1
20.	2
21.	3
22.	2
23.	4
24.	2
25.	2
26.	2
27.	1
28.	3
29.	1
30.	2

31.	2
32.	3
33.	3
34.	4
35.	3
36.	1
37.	4
38.	3
39.	3
40.	2
41.	1
42.	2
43.	1
44.	1
45.	4
46.	4
47.	2
48.	1
49.	4
50.	4
51.	4
52.	3
53.	3
54.	1
55.	4
56.	3
57.	3
58.	1
59.	4
60.	2
61.	4
62.	3
63.	3
64.	1
65.	1
66.	2
67.	3
68.	2
69.	3
70.	4
71.	1
72.	3
73.	3
74.	1
75.	4
76.	1
77.	1
78.	4
79.	2
80.	3

81.	1
82.	2
83.	1
84.	4
85.	2
86.	2
87.	3
88.	3
89.	4
90.	1
91.	4
92.	1
93.	4
94.	2
95.	2
96.	3
97.	3
98.	4
99.	1
100.	1
101.	4
102.	1
103.	2
104.	2
105.	1
106.	2
107.	1
108.	3
109.	1
110.	1

111.	1
112.	1
113.	2
114.	3
115.	4
116.	2
117.	3
118.	4
119.	3
120.	2
121.	1
122.	3
123.	4
124.	2
125.	2
126.	3
127.	3
128.	4
129.	4
130.	4
131.	4
132.	4
133.	2
134.	3
135.	2

136.	4
137.	2
138.	4
139.	1
140.	4
141.	4
142.	1
143.	4
144.	3
145.	4

2.2. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ (ОРДИНАТУРА)

	К о д	Текст названия трудовой функции/текст элемент
	-	001
	У К -1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, син
	П К -1	Готовность к осуществлению комплекса мероприя здорового образа жизни, предупреждение возникно их возникновения и развития, а также направленных
	П К -2	Готовность к проведению профилактических меди хроническими больными
	П К -5	Готовность к определению у пациентов патологи Международной статистической классификацией бо
	П К -6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нужда
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РА
	-	Женщина, 54 лет жалуется на интенсивные боли в ве лет повторяются 1-2 раза в год, иногда сопровожда холецистэктомии в связи с развитием желчной кол не выявила. Объективно: субъиктеричность склер, кожа влажн эпигастральной и околопупочной области, положите Лабораторные данные: лейкоциты $10,7 \times 10^9/\text{л}$, лейко

	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Хронический билиарнозависимый рецидивирующий
	-	Диагноз поставлен верно.
	-	Диагноз поставлен не полностью.
	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	-	Диагноз «Хронический рецидивирующий панкреатит» - данных анамнеза (интенсивные боли в животе, иррадиация в спину); - холецистэктомии в анамнезе; - объективных данных (при пальпации болезненность в правом подреберье); - общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ; - анализ мочи: повышение амилазы.
	-	Диагноз обоснован верно.
	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических критериев не выполнена.
	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии не выполнены.
	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
	-	Пациенту рекомендовано: - ЭГДС; - копрограмма: стеаторея, креаторея, амилорея; - определение уровня фекальной эластазы-1; - биохимический анализ крови: увеличение амилазы; - анализ крови на маркеры вирусных гепатитов, печеночные пробы; - общий анализ крови: динамическое наблюдение; - анализ мочи: динамическое наблюдение. - УЗИ поджелудочной железы, печени и желчевыводящих путей; - КТГ органов брюшной полости; - гепатобилисцинтиграфия для исключения ПХЭС (дифференциальная диагностика).
	-	Ответ верный. Все дополнительные методы обследования перечислены.
	-	Ответ неполный. Перечислены не все методы обследования.
	-	Ответ неверный. Методы дополнительного обследования не перечислены.
	4	Какое лечение рекомендуется пациенту?
	-	Пациенту рекомендована госпитализация, стационарное лечение: - отказ от употребления алкоголя и курения; - режим полупостельный; - дробный прием пищи с равномерным распределением (не реже 4-5 раз в день); - при интенсивной боли необходимо назначение анальгетиков; - антациды; - антибиотики широкого спектра действия; - спазмолитики: папаверин, но-шпа, платифиллин; - заместительная ферментная терапия: пациент должен принимать ферменты в виде таблеток после каждого приема пищи и перед сном, эффективность заместительной ферментной терапии зависит от дозы и качества препарата; - витамины: С, В ₂ , А, Е; - при недостаточной эффективности заместительной ферментной терапии пациентам с сохраняющимися симптомами несмысленной оболочки, следует назначать терапию, подавляющую

	-	Ответ верный. План ведения пациентов назначен вер
	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт н
	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определ
5		Укажите прогноз и профилактику заболевания
		Прогноз в отношении жизни благоприятный при усл Мероприятия по модификации образа жизни с целью - дробное питание (4-5 раз в день, равномерными по - употребление разнообразной пищи с низким сод ограничиваются только у лиц с избыточной массой т - выбор рациона с достаточным количеством пищеви - баланс между количеством принимаемой пищи и с поправкой на возраст).
	-	Ответ верный. Прогноз и профилактика определены
	-	Ответ неполный. Прогноз и профилактика раскрыты
	-	Ответ неверный. Прогноз и профилактика не опред
	-	002
	У	
	К	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, син
	-1	
	П	Готовность к осуществлению комплекса мероприя
	К	здорового образа жизни, предупреждение возникно
	-1	их возникновения и развития, а также направленных
	П	Готовность к определению у пациентов патологии
	К	Международной статистической классификацией бо
	-5	
	П	
	К	Готовность к ведению и лечению пациентов, нужда
	-6	
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РА
		Мужчина, 46 лет, водитель, поступил в приемн эпигастральной области с иррадиацией в спину, в л умеренное вздутие живота, общую слабость, отсут праздник, были погрешности в диете. Подобные бол Но-шпы. Часто ранее отмечал ощущение тяжести и «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным бл на протяжении последних семи лет. - <u>Объективно:</u> Печень при пальпации плотная, безбол Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, у - отрицательные. <u>Лабораторные данные:</u> ОАК: лейкоциты - $9,6 \times 10^9$ /л креаторея, амилорея. <u>УЗИ ОБП:</u> печень увеличена, с перипортальными у дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной ст расширение главного панкреатического протока, раз От ФГДС больной отказался.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Хронический алкогольный панкреатит, обострение.

	- Диагноз поставлен верно.
	- Диагноз поставлен не полностью.
	- Диагноз поставлен неверно.
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. области с иррадиацией в спину, в левую половину. общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли бышпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении поспальпации в эпигастральной области); лабораторные креаторея, амилорея). Диагноз «алкогольный стеат безболезненная, около края рёберной дуги, размер п«ЖКБ, латентное течение» выставлен на основании дорожкой.
	- Диагноз обоснован верно.
	- Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностич
	- Диагноз обоснован неверно. Диагностические крите
3	Составьте план дополнительного обследования паци
	Биохимический анализ крови (глюкоза, липаза, тр анализ кала на эластазу-1 для подтверждения внешн его фракции, щелочная фосфатаза для исключени гликемический профиль, гликированный гемоглобин ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатипер
	- Ответ верный. Все методы дополнительного обследо
	- Ответ не полный. Методы дополнительного обследо
	- Ответ неверный.
4	Проведите дифференциальный диагноз.
	1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперств обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связ желудочного сока, рентгенологически – наличием н - 2) Дисфункция сфинктера Одди – характеризуется Кера, иногда – напряжение мышц в правом подреб печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билируба УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение р
	- Дифференциальный диагноз проведен верно.
	- Дифференциальный диагноз проведен не полностью
	- Дифференциальный диагноз проведен неверно, непр
5	Составьте план лечения.
	Показана госпитализация. 1) Полный отказ от алкоп (80 мг) 2 раза в сутки в/м). 4) Анальгетики (наприме препараты с заместительной целью. 6) Коррекция гл
	- Ответ верный. План ведения пациента описан полно
	- Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не
	- Ответ неверный. План ведения пациента не определ

	-	003
	У К -1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
	П К -1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий здорового образа жизни, предупреждение возникновения и развития, а также направленных
	П К -5	Готовность к определению у пациентов патологии Международной статистической классификацией болезней
	П К -6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РА
	-	<p>Больной В., 43 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в эпигастрии, тошноту и рвоту желудочным содержимым.</p> <p><u>Из анамнеза:</u> впервые подобные жалобы возникли 3 месяца назад, ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения, связанные с употреблением жареной пищи. Работает водителем такси. Питается преимущественно жирной пищей.</p> <p><u>Наследственный анамнез:</u> у отца – язвенная болезнь желудка.</p> <p><u>Объективно:</u> общее состояние относительно удовлетворительное, болезненный в эпигастральной области, с увеличенной печенью.</p> <p><u>Лабораторные данные:</u> ОАК: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – 3,8 × 10¹²/л, лейкоциты – 12 × 10⁹/л, 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 35%.</p> <p><u>ФГДС:</u> пищевод свободно проходим, слизистая оболочка гиперемирована, складки обычной формы и размера, складки неглубокие, дна приподняты, края свободны, дно прикрыто фибрином. Лук. В. выявлен.</p> <p>Выявлен <i>H. Pylori</i> +++.</p>
	1	Выделите основной синдром
	-	Синдром диспепсии (эпигастральная боль).
	-	Синдром определен верно.
	-	Синдром определен не полностью.
	-	Синдром определен неверно.
	2	Сформулируйте диагноз.
	-	Язвенная болезнь желудка, впервые выявленная, с обострением, НР-ассоциированная.
	-	Диагноз сформулирован верно.
	-	Диагноз сформулирован не полностью. Часть диагноза не указана.
	-	Диагноз сформулирован неверно. Диагностические критерии не указаны.
	3	Обоснуйте диагноз
	-	Диагноз выставлен на основании жалоб (ранние боли в эпигастрии, тошнота, рвота, употребление алкоголя, нерегулярное питание, курение, отягощенный анамнез).
	-	Диагноз обоснован полностью.
	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических критериев не указана.

	- Синдромы определены не полностью.
	- Синдромы определены неверно.
2	Оцените данные копрограммы
	- Признаки стеатореи, креатореи, амилореи
	- Данные копрограммы определены верно.
	- Данные копрограммы определены не полностью.
	- Данные копрограммы определены неверно.
3	Сформулируйте диагноз
	- Хронический рецидивирующий панкреатит, с нар...
	- Диагноз поставлен верно
	- Диагноз поставлен не полностью
	- Диагноз поставлен неверно
4	Какие дополнительные исследования необходимо на...
	- Магнитно-резонансная холангиопанкреатография/Э...
	- злокачественными новообразованиями поджелудочн...
	- Дополнительные исследования определены верно.
	- Дополнительные исследования определены не полно...
	- Дополнительные исследования определены неверно
5	Какова Ваша тактика лечения данного заболевания?
	Пациенту рекомендовано:
	- отказ от употребления алкоголя и курения;
	- дробный прием пищи с равномерным распределени...
	(не реже 4-5 раз в день));
	- при интенсивной боли необходимо назначение ана...
	- спазмолитики: папаверин, но-шпа, платифиллин;
	- заместительная ферментная терапия: пациент до...
	промежуточный прием, эффективность заместитель...
	- витамины: С, В ₂ , А, Е;
	- при недостаточной эффективности заместительной...
	- пациентам с сохраняющимися симптомами несмо...
	оболочкой, следует назначать терапию, подавляющую
	- amitriptilin в малых дозах.
	- Ответ верный. Лечение назначено верно
	- Ответ неполный. Лечение назначено не полностью
	- Ответ неверный. Лечение назначено неверно
	- 005
У	
К	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, син...
-1	
П	Готовность к осуществлению комплекса мероприя...
К	здорового образа жизни, предупреждение возникно...
-1	их возникновения и развития, а также направленных

	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью
	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно, непр
	5	Какие антибактериальные препараты показаны при
	-	1-я линия - Метронидазол 1,5 мг/сут + Фторхиноло линия – рифаксимин при стабилизации состояния в
	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полно
	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не
	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определ
	-	006
	У	
	К	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, син
	-1	
	П	Готовность к осуществлению комплекса мероприя
	К	здорового образа жизни, предупреждение возникно
	-1	их возникновения и развития, а также направленных
	П	Готовность к определению у пациентов патологи
	К	Международной статистической классификацией бо
	-5	
	П	
	К	Готовность к ведению и лечению пациентов, нужда
	-6	
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РА
		Больной П, 49 лет предъявляет жалобы на выраж кровотечения, увеличение живота в объеме, зуд. <u>Из анамнеза:</u> длительно злоупотребляет алкоголем сосудистые звездочки в области шеи, груди, пальмар веса (вес 58 кг при росте 177 см – ИМТ - 17). Определ жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см <u>Лабораторные данные:</u> белок общий - 59 г/л, альбуми
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
	-	Цирроз печени (алиментарно-токсического генеза),
	-	Диагноз поставлен верно.
	-	Диагноз поставлен не полностью. Часть диагностиче
	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Назовите синдромы поражения внутренних органов
	-	Синдром портальной гипертензии, синдром п воспалительный синдром.
	-	Синдромы определены верно.
	-	Синдромы определены не полностью.
	-	Синдромы определены неверно
	3	Обоснуйте, почему выделили указанные синдромы.
	-	О синдроме портальной гипертензии свидетельств увеличение размеров селезенки.

		О синдроме печёночно-клеточной недостаточности звёздочек на верхней половине туловища, пальмарная эритема Синдром паренхиматозной желтухи проявляется на О наличии мезенхимально-воспалительного синдрома
	-	Ответ верный. Все синдромы обоснованы верно
	-	Ответ не полный. Синдромы обоснованы частично
	-	Ответ неверный. Синдромы обоснованы неверно
	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования
		Для подтверждения диагноза необходимо выполнить: - ЭГДС с оценкой состояния вен пищевода и кардия - Ректороманоскопию с оценкой вен прямой кишки - УЗИ ОБП для определения размеров печени, её структурных полостях - Эластометрия печени - Функциональные печёночные пробы (АЛАТ, АСАТ) - Сосудисто-тромбоцитарный и коагуляционный гемостаз - Серологическое исследование крови на наличие антител к - Аутоантитела (АМА) - Желательно определить уровень альфа-фетопротеина гемохроматоза печени - КТГ органов брюшной полости - Тест связывания чисел
	-	Дополнительные методы назначены верно.
	-	Дополнительные методы назначены не в полном объёме
	-	Дополнительные методы назначены неверно
	5	Какие группы препаратов следует назначить больному
	-	Неселективные бета-блокаторы. Мочегонные. Альбутерол
	-	Ответ верный. Перечислены все группы лекарственных средств
	-	Ответ неполный. Группы лекарственных средств назначены не все
	-	Ответ неверный. Лечение назначено неверно
	-	007
	У	
	К	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
	-1	
	П	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий
	К	здорового образа жизни, предупреждение возникновения и развития, а также направленных на
	-1	их возникновения и развития, а также направленных на
	П	Готовность к определению у пациентов патологии
	К	Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных с
	-5	
	П	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в
	К	
	-6	
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РА
		Женщина, 53 лет обратилась к врачу-терапевту участковой поликлиники - связанной с наклонами туловища вперед. Из анамнеза: изжога беспокоит около 20 лет. Не обоснована

	<p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Раздвигается. ФГДС: в нижней трети пищевода выявлены сливающие</p>
1	<p>Предположите наиболее вероятный диагноз</p> <ul style="list-style-type: none"> - Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюксная - Диагноз поставлен верно. - Диагноз поставлен не полностью. - Диагноз поставлен неверно.
2	<p>Обоснуйте поставленный Вами диагноз</p> <ul style="list-style-type: none"> - Диагноз «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» обоснован на основании анамнеза (изжога более 20 лет), данных ИМТ. - Диагноз обоснован верно. - Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических критериев не выполнена. - Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии не выполнены.
3	<p>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования</p> <ul style="list-style-type: none"> - Пациенту рекомендовано проведение: <ul style="list-style-type: none"> - рентгеноскопии пищевода и желудка для исключения рефлюкса - суточной внутрипищеводной рН-метрии для определения частоты рефлюкса - ЭКГ, проведение проб с физической нагрузкой (исключение кардиальной патологии) - УЗИ органов брюшной полости. - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования выполнены. - Ответ не полный. Методы дополнительного обследования не выполнены. - Ответ неверный.
4	<p>Дайте немедикаментозные рекомендации больному</p> <ul style="list-style-type: none"> - уменьшение массы тела - отказ от курения - отказ от переедания и прекращение приема пищи за 3 часа до сна - максимально избегать ситуаций, способствующих рефлюксу (подъем тяжестей более 8-10кг, работы, сопряженной с наклонами, подъемом тяжестей, занятия спортом, пресса) - поднятие изголовья кровати (при ночной изжоге) - Ответ верный. Немедикаментозные рекомендации даны. - Ответ неполный. Немедикаментозные рекомендации даны не полностью. - Ответ неверный. Немедикаментозные рекомендации даны неверно.
5	<p>Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1. Ингибиторы протонной помпы - базисная группа препаратов (Омепразол, Пантопразол, Рабепразол, Декслансопразол) – лечение должно составлять не менее 8 недель в стандартной дозе. - 2. Антациды, альгинаты - симптоматическая терапия - 3. Прокинетики (итоприда гидрохлорид) - влияние на моторику желудка по показаниям (дуоденогастральный рефлюкс, функциональная диспепсия) - Ответ верный. Медикаментозное лечение пациента подобрано.

	-	Ответ неполный. Медикаментозное лечение пациент
	-	Ответ неверный. Медикаментозное лечение определ
	-	008
	У К -1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, син
	П К -1	Готовность к осуществлению комплекса мероприя здорового образа жизни, предупреждение возникно их возникновения и развития, а также направленных
	П К -2	Готовность к проведению профилактических меди хроническими больными
	П К -5	Готовность к определению у пациентов патологи Международной статистической классификацией бо
	П К -6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нужда
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РА
	-	Пациент 45 лет, по профессии программист, обратил натошак и в ночное время, заставляющие его просып после приема пищи, отрыжку кислым, тошноту. <u>Из анамнеза:</u> пациент много курит, злоупотребляет лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (при <u>При осмотре:</u> состояние удовлетворительное. ИМТ миндалины, задняя стенка глотки не гиперемирован ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот уча мышц живота нет, симптом поколачивания по поясн <u>ЭФГДС:</u> пищевод свободно проходим, утолщены пр не полностью. В желудке натошак содержится небо утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки д имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. патологии. Быстрый уреазный тест на наличие Н. ру
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ас двенадцатиперстной кишки впервые выявленная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), неэрозивная форма. Хр
	-	Диагноз поставлен верно.
	-	Диагноз поставлен не полностью.
	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
	-	У пациента имеются голодные, ночные боли, котор луковица 12- перстной кишки деформирована, на зад гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто с определена по положительному быстрому уреазно основании жалоб на изжогу, отрыжку кислым; дан слизистой дистального отдела пищевода. Ожирение

	-	Диагноз обоснован верно.
	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностич
	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические крите
3		Составьте и обоснуйте план дополнительного обслед
		Пациенту с целью исключения осложнений рекомен
		- полный гематологический анализ крови, трансамин
		- проведение ЭКГ для дифференциального диагноза
		- УЗИ брюшной полости для исключения сопутству
		- для уточнения степени воспаления и выявления ме
	-	поражения пищевода;
	-	суточная внутриванодная рН-метрия для уточне
	-	консультация врача-хирурга - по показаниям (при п
	-	врача-онколога - при подозрении на злокачественн
		фарингита.
	-	Ответ верный. Все методы дополнительного обследо
	-	Ответ не полный. Методы дополнительного обследо
	-	Ответ неверный.
4		Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в со
		1. Рекомендована эрадикационная терапия первой ли
		раза в сутки) вместе с Амоксициллином 1 г 2 раза
		эффективности эрадикационной терапии первой ли
		250 мг 2 раза в сутки). По окончании эрадикационн
		дней.
	-	2. Антациды в качестве вспомогательной антисекрет
		2. Прокинетики (итоприда гидрохлорид) влияют на
		по 50 мг 3 раза в сутки до еды.
		После окончания эрадикации <i>H.pylori</i> (через 14 дней
		заживления язвенного дефекта 12-перстной кишки и
		Контроль эффективности эрадикационной терапии.
	-	Лечение назначено верно.
	-	Лечение назначено не полностью.
	-	Лечение назначено неверно.
5		Необходимо ли взять пациента на диспансерный у
		появлении симптомов, характерных для обострения
		Все пациенты с язвенной болезнью и ГЭРБ должны
	-	Профилактическую терапию «по требованию» на
		назначение ИПП в стандартной дозе в течение 2-3-х
	-	Ответ верный. Профилактическая терапия и диспанс
	-	Ответ неполный. Профилактическая терапия и диспа
	-	Ответ неверный. Профилактическая терапия и диспа
	-	009
	У	
	К	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, син
	-1	

	П К -1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий здорового образа жизни, предупреждение возникновения и развития, а также направленных
	П К -2	Готовность к проведению профилактических мероприятий хроническими больными
	П К -5	Готовность к определению у пациентов патологии Международной статистической классификацией бо
	П К -6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нужда
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РА
		<p>Больная Р., 45 лет обратилась к врачу-терапевту уча после еды, тошноту. В течение 20 лет страдает хрон протонной помпы, антациды. Эрадикационную тер Самостоятельно принимала Алмагель при возникн</p> <p><u>При осмотре:</u> состояние удовлетворительное. Рост хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - пилородуоденальной зоне. Симптомы холецистита отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, бе</p> <p><u>ФГДС:</u> пищевод свободно проходим, слизистая е участками атрофии в антральном отделе, склад двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел н (+).</p> <p><u>Результат гистологического исследования биоптата:</u></p>
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Хронический атрофический гастрит, ассоциирован синдром.
	-	Диагноз поставлен верно.
	-	Диагноз поставлен не полностью.
	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
	-	Диагноз «хронический гастрит» поставлен на осн (болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной исследования (полиморфноклеточная инфильтрация гистологическим исследованием биоптата слизистой) Функциональная диспепсия: постпрандиальный дис после еды, тошноту.
	-	Диагноз обоснован верно.
	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностич
	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические крите
	3	Составьте план дополнительного обследования паци
	-	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимич
	-	Ответ верный. Все методы дополнительного обследо
	-	Ответ не полный. Методы дополнительного обследо
	-	Ответ неверный.

4	Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте сво	
	Прежде всего, необходимо назначение эрадикационн стандартной дозе 2 раза в сутки (например, Рабепра 2 раза в сутки продолжительностью 14 дней. Возмо boulardii (по 250 мг 2 раза в сутки) для повышения э приема висмута трикалия дицитрата в дозе 240 мг 2 Для купирования симптомов постпрандиального ди недели. Контроль эффективности эрадикационной терапии.	
	- Лечение назначено верно.	
	- Лечение назначено не полностью.	
	- Лечение назначено неверно.	
5	Разработайте план диспансерного наблюдения паци	
	Пациенты с хроническим атрофическим гастритом Рекомендуется осмотр 1 раз в год с проведением об - Рекомендуется соблюдение щадящей диеты, отказ о трикалия дицитрата или ребамипида) 1-2 раза в год.	
	- Ответ верный. План диспансерного наблюдения опр	
	- Ответ неполный. План диспансерного наблюдения о	
	- Ответ неверный. План диспансерного наблюдения о	
	- 010	
У		
К	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, син	
-1		
П	Готовность к осуществлению комплекса мероприя	
К	здорового образа жизни, предупреждение возникно	
-1	их возникновения и развития, а также направленных	
П	Готовность к определению у пациентов патологи	
К	Международной статистической классификацией бо	
-5		
П	Готовность к ведению и лечению пациентов, нужда	
К		
-6		
	- ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РА	
	Больная В., 47 лет предъявляет жалобы на зуд кожи, верхнем квадранте живота. Больна в течение 5 лет дисфункции яичников.	
	- <u>Объективно</u> : выявлены субиктеричность склер, пигм хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, плотный, безболезненный. Селезенка не пальпирует <u>Лабораторные данные</u> : общий билирубин – 87,5 мкм	
1	Предположите наиболее вероятный диагноз.	
	- Первичный билиарный цирроз	
	- Диагноз поставлен верно.	
	- Диагноз поставлен не полностью.	
	- Диагноз поставлен неверно.	

2	Какие исследования необходимы для подтверждения	
	Общий анализ крови. Биохимический анализ крови: билирубин общий и прямой, АЛТ, щелочная фосфатаза, ГГТП, фибриноген. Общий анализ мочи. - Коагулограмма. Ig M, G. Антимитохондриальные антитела. УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы. Эзофагогастродуоденоскопия.	
	-	Диагностические исследования определены верно.
	-	Диагностические исследования определены не полностью.
	-	Диагностические исследования определены неверно.
3	Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?	
	Ведущие жалобы: упорный кожный зуд и желтуха. Наличие калькулезного холецистита. В развитой стадии болезни (позднее). Спленомегалия. Гипербилирубинемия за счет индикаторов цитолиза. Позднее проявляется мезенхиальная желтуха.	
	-	Ответ верный. Перечислены все основные симптомы заболевания.
	-	Ответ не полный. Основные симптомы заболевания перечислены не все.
	-	Ответ неверный. Основные симптомы заболевания перечислены неверно.
4	С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?	
	Подпеченочная желтуха, вторичный билиарный цирроз печени, синдром Бадда-Киари, болезнь Вильсона-Коновалова.	
	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью.
	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно.
5	Какое лечение следует назначить данному больному?	
	-	УДХК, холестирамин.
	-	Ответ верный. План лечения определен верно.
	-	Ответ неполный. План лечения определен частично.
	-	Ответ неверный. План лечения определен неверно.
	-	011
	У	
	К	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.
	-1	
	П	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на поддержание здорового образа жизни, предупреждение возникновения и развития, а также направленных на лечение заболеваний.
	К	Готовность к определению у пациентов патологии по Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.
	-5	
	П	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в помощи.
	К	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в помощи.
	-6	

	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РА
		Больная Ф., 27 лет предъявляет жалобы на чув кашицеобразный стул до 3-х раз в сутки с примес кишечника, эмоциональную лабильность, плохой со - Объективно: состояние удовлетворительное. Язв чувствительность всего живота. Размеры печени по <u>Лабораторные данные:</u> ОАК, БАК, ОАМ – без суд однако обнаруживается большое количество слизи.
	1	Поставьте наиболее вероятный диагноз.
	-	Синдром раздраженного кишечника с преобладание
	-	Диагноз поставлен верно.
	-	Диагноз поставлен не полностью.
	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие методы исследования необходимы в данном с
		Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ Биохимическое исследование кала на метаболиты ки - (гемоглобин). Ректороманоскопия. Ирригоскопия. У биопсией.
	-	Диагностические исследования определены верно.
	-	Диагностические исследования определены не полн
	-	Диагностические исследования определены неверно
	3	Какое лечение следует назначить данному больному
		Диета с исключением непереносимых продуктов и н Спазмолитики – мебеверин, гиосцина бутилбромид, - Диоктаэдрический смектит 3-4 пакетика в день. Пробиотики. При неэффективности – препараты из группы трици
	-	Ответ верный. Перечислены все основные методы л
	-	Ответ не полный. Методы лечения определены част
	-	Ответ неверный. Лечение заболевания определено н
	4	С какими заболеваниями следует провести диффере
	-	Целиакия, лактазная и дисахаридазная недостаточн колоректальный рак, микроскопиический колит, ост
	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью
	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно.
	5	Какие симптомы являются обязательными для данно
	-	Центральным симптомом СРК является абдоминальн диарея, их чередование)
	-	Ответ верный. Симптомы заболевания определены в
	-	Ответ неполный. Симптомы заболевания определени
	-	Ответ неверный. Симптомы заболевания определени
	-	012

	У К -1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, син
	П К -1	Готовность к осуществлению комплекса мероприя здорового образа жизни, предупреждение возникно их возникновения и развития, а также направленных
	П К -5	Готовность к определению у пациентов патологии Международной статистической классификацией бо
	П К -6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нужда
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РА
	-	<p>Больной К., 27 лет, военнослужащий, жалуется на б На этом фоне периодически возникают приступы бо сутки в виде жидкой кашицы, без патологических пр <u>Анамнез заболевания:</u> заболел 1 год назад, когда повышение температуры до 38,0°C. Доставлен в пр крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на опер увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразн гипертермия до 38,5°C, на фоне введения антибиоти подвздошной области сохранялись, стали носить ту 3-4, каловые массы вначале имели характер густой к в небольшом количестве. Постепенно нарастала сла <u>Объективно:</u> пониженного питания, кожа нескольк патологических изменений. Пульс – 80 ударов в ми конфигурации. При пальпации отмечает болезненн несколько выше раздутые урчащие петли тонкой ки дуги. Селезенка не пальпируется. <u>Лабораторные данные:</u> ОАК: гемоглобин – 117 г палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерн альфа1 – 3,7%, альфа2 – 10,0%, бета – 11,0%, гамма - общий холестерин – 3,9 ммоль/л, калий – 3,5 ммоль/ <u>Ректороманоскопия:</u> в перианальной области опреде трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, <u>Ирригоскопия:</u> бариевая взвесь ретроградно заполн сужения дистального отдела подвздошной кишки и</p>
	1	Сформулируйте диагноз в соответствии с классифик
	-	Болезнь Крона, илеоколит с поражением термин осложненная перианальным поражением (свищ), стр
	-	Диагноз поставлен верно.
	-	Диагноз поставлен не полностью.
	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	-	Диагноз заподозрен на основании анамнеза: на опер лимфоузлов, неизменный червеобразный отро сопровождающегося болями в животе постоянном перианального свища; данных ирригоскопии: наличи - Диагноз обоснован верно.

	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностич
	-	Диагноз обоснован неверно.
3		Составьте и обоснуйте план дополнительного обсле
		- биохимическое исследование крови с определением - анализ кала на фекальный кальпротектин; - УЗИ органов брюшной полости для выявления геп - ФЭГДС: исключение проксимального поражения п - фиброколоноскопия с биопсией для обнаружения п - мостовой при фиброколоноскопии; - кал на микобактерии туберкулеза для дифференци
	-	Ответ верный. Перечислены все основные методы д
	-	Ответ не полный. Методы дополнительного обследо
	-	Ответ неверный. Методы дополнительного обследо
4		Препарат какой группы для патогенетической терап
		Для индукции ремиссии пациенту показан прием пр Преднизолон 60мг или метилпреднизолон 48 мг рег Рекомендуется комбинация ГКС с иммуносупрессор (25 мг/нед. п/к или в/м 1 раз в неделю). Эффективно При достижении клинической ремиссии (ИАБК - иммуносупрессорами . Будесонид в дозе 9 мг в течен продолжительность терапии ГКС не должна превыш После отмены ГКС поддерживающая терапия прово На настоящий момент данных о влиянии массы тел должен определяться активностью заболевания, но н В случае угрозы септических осложнений могут быт
	-	Ответ верный. Лечение назначено верно.
	-	Ответ неполный. Лечение назначено частично.
	-	Ответ неверный. Лечение назначено неверно.
5		Каков прогноз при данном заболевании?
		Прогноз заболевания значительно варьирует и опр - достигает нескольких десятков лет. Как самостоят летальности остается крайне низким.
	-	Ответ верный. Прогноз заболевания определен верн
	-	Ответ неполный. Прогноз заболевания определен ча
	-	Ответ неверный. Прогноз заболевания определен не
	-	013
	У	
	К	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, син
	-1	
	П	Готовность к осуществлению комплекса мероприя
	К	здорового образа жизни, предупреждение возникно
	-1	их возникновения и развития, а также направленных
	П	
	К	Готовность к определению у пациентов патологи
	-5	Международной статистической классификацией бо

	П К -6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в помощи
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЦИОНАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
		<p>Женщина, 45 лет обратилась к врачу с жалобами на ощущение тяжести в эпигастрии, отрыжку воздухом, изжогу, особенно после жареной пищи, физической нагрузки; отмечает горечь во рту.</p> <p><u>Из анамнеза</u>: считает себя больной в течение четырех лет, с момента появления болевого синдрома принимала аллохолан, в течение месяца, когда после употребления большого количества воздуха. Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза: отягощенный семейный анамнез по поводу заболеваний печени.</p> <p><u>При осмотре</u>: состояние удовлетворительное, рост 165 см, масса тела 65 кг, везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, налетом у корня. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный, печень затруднена из-за болезненности, преимущественно в правом подреберье, симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене, Мюсси положительные, поясничной области отрицательный.</p> <p>- <u>Лабораторные данные</u>: ОАК: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}$/л; гемоглобин – 120 г/л; гематокрит – 38%; лимфоциты – 19%; моноциты – 3%; эозинофилы – 1%; лейкоциты – $10,5 \times 10^9$/л; глюкоза – 5,2 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевина – 4,5 ммоль/л.</p> <p><u>При УЗИ ОБП</u>: печень не увеличена, контуры ровные (поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке (по продольному), железа нормальных размеров и формы, эхогенность умеренно повышена, в воротничке – умеренно расширенная, желчные протоки (в поперечнике) расширены, конкрементов нет, желчный пузырь (в продольном) увеличен, с утолщением стенок (5 мм) и уплотнение стенок желчного пузыря; данные о состоянии желчного протока неясны.</p> <p><u>Дуоденальное зондирование</u> (микроскопическое исследование): желчь (в количестве 15 мл) с кристаллами холестерина, билирубинат кальция.</p> <p><u>ЭКГ</u> – без патологических изменений;</p> <p><u>ЭГДС</u> – без патологических изменений;</p> <p><u>ИФА на выявление гельминтов</u>: описторхоз, лямблиоз – отрицательный.</p> <p><u>Кал на яйца глист</u> (трижды) – отрицательный.</p>
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Хронический бескаменный холецистит, фаза обострения
	-	Диагноз поставлен верно.
	-	Диагноз поставлен не полностью.
	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
		<p>Диагноз установлен на основании жалоб больной на ощущение тяжести в эпигастрии, отрыжку воздухом, изжогу, особенно после жареной пищи, горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, изжогу, данные анамнеза (отягощенный семейный анамнез по поводу заболеваний печени, подреберья, болезненность в точке Макензи, положительные данные лабораторных исследований (лейкоцитоз, ускорение СОЭ); УЗИ ОБП (увеличение размеров печени, утолщение стенок желчного пузыря (5 мм) и уплотнение стенок желчного пузыря); данные о состоянии желчного протока неясны) и клеточного эпителия). Исключена паразитарная этиология.</p>
	-	Диагноз обоснован верно.
	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических критериев не подтверждена.
	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии не подтверждены.
	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования
	-	В план обследования необходимо включить ультразвуковое исследование желчного пузыря и желчных протоков, бактериологическое исследование желчи для определения чувствительности к антибиотикам.

	-	Ответ верный. Все методы дополнительного обследования
	-	Ответ не полный. Методы дополнительного обследования
	-	Ответ неверный.
4		Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения
		Рекомендовано соблюдение диеты (стол №5 по Певзнеру), обильное питье, орехи. Показан частый дробный прием пищи. Пациентке показано назначение антибактериальной терапии в течение 7-ми дней. Коррекция антибактериальной терапии проводится по показаниям.
	-	Для купирования болевого синдрома показано назначение анальгетиков в течение 2-4-х недель.
		С целью устранения дуоденостаза, диспепсических явлений показано назначение холикинетики и холеретиков в течение 3-х недель по 3 раза в сутки в течение 14-ти дней.
		Показано назначение холикинетики и холеретиков в течение 3-х недель по 3 раза в сутки в течение 14-ти дней. Показано назначение холикинетики и холеретиков в течение 3-х недель по 3 раза в сутки в течение 14-ти дней. Показано назначение холикинетики и холеретиков в течение 3-х недель по 3 раза в сутки в течение 14-ти дней.
	-	Лечение назначено верно.
	-	Лечение назначено не полностью.
	-	Лечение назначено неверно.
5		При повторном обращении к врачу, через 1 месяц пациентка вновь жалуется на боли в правом подреберье, горечи во рту, тошноты, отрыжку, вздутие живота. Симптомы Ортнера, Кера, Мерфи, Биохимия крови – в пределах нормы. При УЗИ органов брюшной полости выявлены признаки хронического холецистита. Тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
		Пациентке рекомендовано соблюдение диеты. Исключить жирное, острое, жареное, копченое, соленое, орехи, изделия из теста (особенно сдобного), крем, шоколад, продукты, содержащие консерванты, красители, ароматизаторы, для предупреждения застоя желчи и улучшения пассажа желчи. Показана лечебная гимнастика, а также физиотерапия (УВЧ, электрофорез с новокаином, магнитотерапия, Трускавце, Белокурихе, Моршине, Джермуке и др.). Показан профилактический курсовой прием хофитола. Диспансерное наблюдение у терапевта, гастроэнтеролога.
	-	Ответ верный. Дальнейшая лечебная тактика определена.
	-	Ответ неполный. Дальнейшая лечебная тактика определена.
	-	Ответ неверный. Дальнейшая лечебная тактика определена.
	-	014
	У	
	К	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
	-1	
	П	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и развития, а также направленных на коррекцию
	К	Готовность к определению у пациентов патологии желудочно-кишечного тракта по Международной статистической классификации болезней
	-5	
	П	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в помощи
	К	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в помощи
	-6	

	- ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РА
	<p>Пациентка С., 22 лет направлена в стационар для обследования без патологических примесей, снижение массы тела. Пациентка считает себя больной в течение 6 лет, периодически приходила нормализация стула на фоне после употребления в пищу молочных продуктов, исключена.</p> <p><u>Общий осмотр:</u> Состояние средней степени тяжести. Чистые, слизистые бледно-розовые. Лимфоузлы безболезненные. АД – 100/70 мм рт. ст., ЧСС – 75 ударов в минуту, пульс ритмичный, одинаковый на обеих руках. Желтушность и околопупочной области. Печень, селезенка не увеличены.</p> <p>- <u>Лабораторные исследования:</u> гемоглобин – 89 г/л, эритроциты – без особенностей. Реакция кала на скрытую кровь отрицательная. Гликозилированный гемоглобин - 9,3%. Биохимический анализ крови: АСТ – 45 Е/л, γ-ГТП – 25 Е/л, ЩФ – 118 Е/л, натрий – 135 ммоль/л, белок – 51 г/л, антитела к глиадину (IgG) - 135 Ед/мл.</p> <p><u>ЭГДС:</u> пищевод: слизистая оболочка гиперемирована в виде «творожных масс», кардиальный жом смыкается. Двенадцатиперстная кишка: слизистая умеренно гиперемирована, складки не выражены, отсутствуют кишечные ворсинки, гиперемирована, сужена.</p> <p><u>Консультация проктолога:</u> жалобы на периодическую кровь в стуле не выявлено.</p>
	1 Предположите наиболее вероятный диагноз.
	- Целиакия. Кандидозный эзофагит. Анемия средней степени тяжести.
	- Диагноз поставлен верно.
	- Диагноз поставлен не полностью.
	- Диагноз поставлен неверно.
	2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз
	<p>Диагноз «Целиакия» выставлен на основании:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) жалоб и анамнеза заболевания (выраженная слабость, снижение массы тела на 5 кг за 6 месяцев, боли в околопупочной области, непереносимость макарон, каш, обследовалась у инфекционистов – инфекция исключена); 2) синдрома мальабсорбции: похудание, анемия (гемоглобин 89 г/л); 3) результатов лабораторных исследований: Anti-gliadin IgG – 135 Ед/мл. <p>- Диагноз «Кандидозный эзофагит» выставлен на основании:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) данных ЭГДС: пищевод – слизистая оболочка гиперемирована в виде «творожных масс», кардиальный жом смыкается. <p>Диагноз «Анемия средней степени тяжести» выставлен на основании гемоглобина 89 г/л.</p> <p>Диагноз «Сахарный диабет, 1 тип?» – на основании отсутствия симптомов сахарного диабета (жажда, полиурия).</p>
	- Диагноз обоснован верно.
	- Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических критериев не выявлены.
	- Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии не выявлены.
	3 Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Антитела к тканевой трансаминазе, эндомизиину. 2. Биопсия слизистой двенадцатиперстной кишки – для исключения целиакии. 3. Колоноскопия – исключение ВЗК, злокачественных заболеваний.

	4. Определить сывороточное железо, общую желез ретикулоциты – для уточнения генеза анемии. 5. Эластаза-1 в кале. 6. Консультация эндокринолога.
	- Ответ верный. Все методы дополнительного обследо
	- Ответ не полный. Методы дополнительного обследо
	- Ответ неверный.
4	С какими заболеваниями необходимо провести дифф
	1. ВЗК (Болезнь Крона, язвенный колит) 2. СРК 3. СИБР 4. Лактазная и дисахаридазная недостаточность - 5. ВВПЖ 6. Эндокринные расстройства (гипертиреоз, гормонн 7. Антибиотик-ассоциированная диарея и псевдомем 8. Колит, ассоциированный с приемом НПВП 9. Злокачественные новообразования толстого кише
	- Дифференциальный диагноз проведен верно.
	- Дифференциальный диагноз проведен не полностью
	- Дифференциальный диагноз проведен неверно.
5	Составьте план лечения
	Аглутиновая диета (полное исключение продуктов м из пшеницы (манная, пшеничная, булгур, кус-кус) - восстанавливается нормальный пищеварительный п перстной кишки. Лечение кандидозного эзофагита противогрибковым Лечение анемии препаратами железа и фолиевой ки
	- Ответ верный. Лечебная тактика определена верно.
	- Ответ неполный. Лечебная тактика определена част
	- Ответ неверный. Лечебная тактика определена невер
	- 015
У	
К	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, син
-1	
П	Готовность к осуществлению комплекса мероприя
К	здорового образа жизни, предупреждение возникно
-1	их возникновения и развития, а также направленных
П	Готовность к определению у пациентов патологи
К	Международной статистической классификацией бо
-5	
П	Готовность к ведению и лечению пациентов, нужда
К	
-6	
	- ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РА
	Больная Р., 35 лет обратилась в поликлинику с жалоб - часто примесь слизи и крови. Беспокоит выраженная боли в суставах рук, снижение массы тела за послед

	<p>Объективно: состояние средней тяжести. Кожные эритема на медиальной поверхности левого предплечья.</p> <p>Пульс - 96 в минуту, ритмичный, АД – 100/70 мм рт.ст. налетом, суховат. Живот вздут, при пальпации чувствителен.</p> <p>Печень, селезенка не увеличены.</p> <p>Лабораторные данные: О.А.К.: гемоглобин – 85 г/л, эритроциты – 3,8 × 10¹²/л, лейкоциты – 12,5 × 10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы – 12%.</p> <p>Рентгенологическое исследование: в левых отделах кишечника – спазм и ригидность кишки, неравномерность рисунка слизистой оболочки.</p>
1	<p>Предположите наиболее вероятный диагноз.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Язвенный колит, левосторонний тип, впервые выявленный. - Диагноз поставлен верно. - Диагноз поставлен не полностью. - Диагноз поставлен неверно.
2	<p>Обоснуйте поставленный Вами диагноз</p> <p>В пользу язвенного колита (ЯК) свидетельствует:</p> <ul style="list-style-type: none"> - воспалительный синдром (лейкоцитоз, повышение СОЭ, картина, характерная для ЯК. - Диагноз обоснован верно. - Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических критериев не выполнена. - Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии не выполнены.
3	<p>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования</p> <p>Копрограмма; фекальный кальпротектин; анализ крови: трансаминазы, ЩФ, ГГТП, сывороточное железо, ферритин, витамин В12, фолатный статус; флюорография или рентгенография легких; колоноскопия.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования выполнены. - Ответ не полный. Методы дополнительного обследования не выполнены. - Ответ неверный.
4	<p>С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз</p> <p>Инфекционные колиты; болезнь Крона; опухоли кишечника; склеродермия); ишемический колит; дивертикулит; дисбактериоз.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Дифференциальный диагноз проведен верно. - Дифференциальный диагноз проведен не полностью. - Дифференциальный диагноз проведен неверно.
5	<p>Определите тактику лечения больной</p> <p>Терапия первой линии при среднетяжелой атаке ЯК</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Месалазин внутрь в дозе 3-4,8 г/сут. 2. Месалазин в клизмах 2-4 г/сут. 3. При положительном ответе на терапию она продолжается. 4. При достижении ремиссии проводится подде... 5. При отсутствии эффекта от 5-АСК назначается... 6. Показана комбинация с АЗА 2-2,5 мг/кг или 6... 7. После 8-недельного приема будесонида ММХ... 7. При достижении ремиссии дальнейшая подде... <p>Назначение спазмолитических препаратов.</p> <p>Полиферментные препараты.</p>

		Лечение анемии.
	-	Ответ верный. Лечебная тактика определена верно.
	-	Ответ неполный. Лечебная тактика определена частично.
	-	Ответ неверный. Лечебная тактика определена неверно.
	-	016
	У	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.
	К	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, ориентированных на изменение здорового образа жизни, предупреждение возникновения и развития, а также направленных на лечение заболеваний.
	-1	
	П	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, ориентированных на изменение здорового образа жизни, предупреждение возникновения и развития, а также направленных на лечение заболеваний.
	К	Готовность к определению у пациентов патологии желудочно-кишечного тракта с помощью Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.
	-5	
	П	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании комплексной помощи.
	К	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании комплексной помощи.
	-6	
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЦИОНАЛЬНЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ.
	-	Женщина, 45 лет обратилась к врачу с жалобами на боли в эпигастрии, тошноту, изжогу, отрыжку воздухом, вздутие живота, склонность к запорам. Данные симптомы появились около 1 года назад. Ранее принимала. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь употребляет редко. <u>При осмотре:</u> состояние удовлетворительное. ИМТ=24.5. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет. Легкие безболезненные во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. <u>В клиническом и биохимическом анализах</u> крови от 10.01.2018 г.: <u>ЭКГ</u> – синусовый ритм, ЧСС=70 уд. в мин., горизонтальный сегмент ST, отрицательный зубец Т. Проведена <u>ЭГДС</u> , которая выявила множественные эрозии пищевода размером до 5 мм, ограниченные менее, чем 1 см.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюкс-эзофит.
	-	Диагноз поставлен верно.
	-	Диагноз поставлен не полностью.
	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
	-	Диагноз «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» обоснован данными анамнеза, физикального обследования, лабораторных и инструментальных исследований. Диагноз «Рефлюкс эзофит ст. А» установлен на основании данных эндоскопии. Диагноз «Ожирение 1ст.» установлен на основании ИМТ=24.5.
	-	Диагноз обоснован верно.
	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических критериев не подтверждена.
	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии не подтверждены.
	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.

		Суточная внутрипищеводная рН-метрия (для оп - рентгенологическое исследование пищевода, желудка комплексное УЗИ органов брюшной полости.
		- Ответ верный. Все методы дополнительного обследо
		- Ответ не полный. Методы дополнительного обследо
		- Ответ неверный.
	4	Назовите группы лекарственных препаратов и 1-2 из Ингибиторы протонной помпы (ИПП: омепразол, пан кислоты путем ингибирования активности фермента Антациды – для подавления кислотного рефлюкса, п Альгинаты – для уменьшения «кислотного кармана» барьера (плота), препятствующего забросу содержи - Прокинетики (итоприда гидрохлорид) – уменьшаю нижележащих отделов пищеварительного тракта. В случае подтверждения дуоденогастроэзофагеальн Адсорбенты (диоктаэдрический смектит) – для нейт связывая компоненты содержимого 12-перстной устойчивость слизистой оболочки пищевода к повре
		- Группы лекарственных препаратов и основание для
		- Группы лекарственных препаратов и основание для
		- Группы лекарственных препаратов и основание для
	5	Какие рекомендации по изменению образа жизни не Соблюдение диеты (исключить большие объемы пи содержанием белков, избегать прием продуктов, н оболочку желудка). Отказ от курения, приема алкоголя. - Снижение массы тела. Не принимать горизонтальное положение в течение Не принимать пищу менее, чем за 3 часа до сна. Исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшно В случае возникновения изжоги в горизонтальном п
		- Ответ верный. Рекомендации по изменению образа л
		- Ответ неполный. Рекомендации по изменению обра
		- Ответ неверный. Рекомендации по изменению образ
		- 017
	У	
	К	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, син
	-1	
	П	Готовность к осуществлению комплекса мероприя
	К	здорового образа жизни, предупреждение возникно
	-1	их возникновения и развития, а также направленных
	П	
	К	Готовность к определению у пациентов патологи
	-5	Международной статистической классификацией бо
	П	
	К	Готовность к ведению и лечению пациентов, нужда
	-6	

	- ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РА
	<p>Мужчина, 48 лет обратился к врачу с жалобами на тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, переедание. Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, в течение 13 лет. Пациент неоднократно обращался к врачу за помощью, но пациент не обращался. Периодически при приеме препаратов не отмечено эффекта от принимаемых препаратов не отмечено. Появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, гематрансфузий не было.</p> <p><u>При осмотре:</u> состояние удовлетворительное; рост 175 см, вес 75 кг, выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 мин, АД – 120/80 мм рт.ст. При поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья, печень плотноватой консистенции, определяется утолщение в области правого подреберья, селезенка не пальпируется, в поясничной области отрицательный.</p> <p><u>Лабораторные данные:</u> ОАК: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 120 г/л; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; СОЭ – 25 мм/ч; билирубин общий – 22,5 мкмоль/л; билирубин прямой – 2,8 мкмоль/л; АСТ – 5,3 ммоль/л; АЛТ – 3,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; креатинин – 12,5 г/л; альфа-фетопроtein – 3,1 ед/л; ферритин – 120 нг/мл; амилаза – 44 ед/л; ПТИ – 84.</p> <p>ИФА (исследование крови на маркеры гепатитов В, С, D) – отриц. Кал на скрытую кровь – отриц. ОАМ: в поле зрения – 0 эритроцитов, 0 лейкоцитов, 0 бактерий, 0 грибов, 0 паразитов.</p> <p><u>Эластометрия печени:</u> определена стадия F2 (по шкале FibroScan).</p> <p><u>Рентгенологическое исследование легких:</u> без патологических изменений.</p> <p><u>ЭКГ</u> – без патологических изменений.</p>
1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	- Хронический гепатит токсической (этанол) этиологии
	- Диагноз поставлен верно.
	- Диагноз поставлен не полностью.
	- Диагноз поставлен неверно.
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
	<p>Диагноз «Хронический токсический (этанол) гепатит» обоснован наличием продолжительную боль в правом подреберье, тошноту, снижение аппетита, употребление алкоголя (более 60 г этанола в сутки) в течение 13 лет, наличие телеангиэктазий, «пальмарной» эритемы, периферического отека.</p> <p>- Подтверждают диагноз «хронический алкогольный гепатит» повышение активности щелочной фосфатазы, а также повышение уровня трансаминаз. Исключена другая (в т.ч., вирусная) этиология хронического гепатита. Степень активности хронического алкогольного гепатита F2. Стадия хронического алкогольного гепатита F2 у пациента.</p>
	- Диагноз обоснован верно.
	- Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических критериев не выполнены.
	- Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии не выполнены.
3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования
	- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (для исключения сопутствующей патологии).

		КТГ органов брюшной полости. ЭГДС – для выявления и/или определения состояния Ректороманоскопия для выявления варикозно-расши Дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезе
	-	Ответ верный. Все методы дополнительного обследо
	-	Ответ не полный. Методы дополнительного обследо
	-	Ответ неверный.
	4	Обоснуйте назначение медикаментозного и немедик
		Рекомендуется соблюдение диеты. Исключить алко Целесообразно назначение диеты, богатой белками достаточным содержанием витаминов и микроэлеме часто наблюдается при злоупотреблении алкоголем. - Пациенту показано назначение Адеметионина в доз накопление и отрицательное воздействие токсически связанных с ними ферментов. Эссенциальные фосфолипиды – встраиваются в фос
	-	Ответ верный. Лечение назначено верно.
	-	Ответ неполный. Лечение назначено не полностью.
	-	Ответ неверный. Лечение назначено неверно.
	5	При обращении к врачу через месяц после лечения п в области правого подреберья, тошнота, отрыжка во Курлову: 9×8×7 см. Селезенка не увеличена. Общи билирубин – 16 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 м органов брюшной полости выявлены диффузные дис Ваш выбор.
		Так как при УЗИ органов брюшной полости выявле - Адеметионина в дозе 1600 мг в сутки внутрь в течен Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога.
	-	Ответ верный. Лечебная тактика определена верно.
	-	Ответ неполный. Лечебная тактика определена част
	-	Ответ неверный. Лечебная тактика определена невер
	-	018
	У	
	К	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, син
	-1	
	П	Готовность к осуществлению комплекса мероприя
	К	здорового образа жизни, предупреждение возникно
	-1	их возникновения и развития, а также направленных
	П	Готовность к определению у пациентов патологи
	К	Международной статистической классификацией бо
	-5	
	П	Готовность к ведению и лечению пациентов, нужда
	К	
	-6	
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РА

	<p>Больной А., 44 лет ведущий инженер шахты, жал.</p> <p>значительно уменьшаются или исчезают через 1,5-2</p> <p>Пациент отметил, что лучше переносит молочную п</p> <p><u>Анамнез заболевания:</u> в течение нескольких лет отм</p> <p>ферменты, указанные явления исчезали. В последни</p> <p>шахте). Стал отмечать боли, которые вначале бы</p> <p>усилились, особенно после приема пищи, независимо</p> <p>принимаемой пищи, однако боль прогрессировала, п</p> <p>Курил по ½ пачки сигарет в день, последние 5 лет не</p> <p><u>Объективно:</u> кожа нормальной окраски, тургор сохра</p> <p>- сердца в норме. ЧСС - 70 ударов в мин., АД - 130/</p> <p>отмечает незначительную болезненность в эпигаст</p> <p>реберной дуги, пузырьные симптомы (Кера, Мерфи, С</p> <p><u>Лабораторные данные:</u> ОАК: гемоглобин - 148 г/л, С</p> <p>нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 5</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 82 г/л,</p> <p>4,4 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, глюкоза - 4,5 мм</p> <p><u>ФГДС:</u> пищевод проходим, розетка кардии плотно см</p> <p>язвенный дефект стенки (слизистая и подслизистая)</p> <p>протяжении в желудке имеются очаг неяркой гипе</p> <p>умеренная нейтрофильная инфильтрация и отек.</p>
	1 Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
	<p>Язвенная болезнь желудка, впервые выявленная, с ло</p> <p>- Н.р. – ассоциированная?</p> <p>- Диагноз поставлен верно.</p> <p>- Диагноз поставлен не полностью.</p> <p>- Диагноз поставлен неверно.</p>
	2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз
	<p>Наличие у пациента ранних болей (через 20-30 мину</p> <p>- изжоги и горечи во рту, свидетельствующих о заброс</p> <p>наличие дефекта слизистой и подслизистого слоя да</p> <p>- Диагноз обоснован верно.</p> <p>- Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностич</p> <p>- Диагноз обоснован неверно. Диагностические крите</p>
	3 Составьте и обоснуйте план дополнительного обслед
	<p>- диагностика <i>H.pylori</i> (¹³C-дыхательный уреазный т</p> <p>- УЗИ органов брюшной полости для исключения др</p> <p>- исследование кала на скрытую кровь (гемоглобин/</p> <p>- Ответ верный. Все методы дополнительного обследо</p> <p>- Ответ не полный. Методы дополнительного обследо</p> <p>- Ответ неверный. Методы дополнительного обследо</p>
	4 Препарат какой группы для патогенетической терап
	<p>Для язвозаживляющей терапии следует выбрать ИП</p> <p>- нед. под контролем ЭГДС, который проводится с ин</p> <p>После диагностики <i>H.pylori</i> при положительных тес</p>

		При неэффективности ИПП или наличии признаков заживления язв рекомендуется назначение в течение С целью ускорения сроков заживления язвы и улучшения дицитрат.
		- Ответ верный. Лечение назначено верно.
		- Ответ неполный. Лечение назначено не полностью.
		- Ответ неверный. Лечение назначено неверно.
	5	Какие рекомендации необходимо дать пациенту для профилактики рецидивов язвенной болезни? 1. Всем лицам с наличием инфекции <i>H.pylori</i> при профилактике рецидивов язвенной болезни. 2. Рекомендации по диете (регулярный дробный прием пищи).
		- Ответ верный. Меры профилактики определены верно.
		- Ответ неполный. Меры профилактики определены частично.
		- Ответ неверный. Меры профилактики определены неверно.
		- 019
	У	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.
	К	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.
	-1	
	П	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий по формированию здорового образа жизни, предупреждение возникновения и развития, а также направленных на их возникновение и развития, а также направленных на их возникновение и развития, а также направленных на их возникновение и развития.
	К	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий по формированию здорового образа жизни, предупреждение возникновения и развития, а также направленных на их возникновение и развития, а также направленных на их возникновение и развития.
	-1	
	П	Готовность к определению у пациентов патологии по Международной статистической классификацией болезней.
	К	Готовность к определению у пациентов патологии по Международной статистической классификацией болезней.
	-5	
	П	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в помощи.
	К	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в помощи.
	-6	
		- ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РА
		В кабинет врача-терапевта участкового обратился мужчина с жалобами на боли в эпигастрии, распространяющиеся вверх, возникают чаще в положении лежа на спине, уменьшающиеся в положении сидя. Иногда боли иррадируют в левую половину грудной клетки. Также отмечает тошноту, отсутствие аппетита, вздутие живота. После каждого приема пищи в течение 1 часа возникает изжога. Отмечает снижение массы тела.
		- Иногда боли иррадируют в левую половину грудной клетки. Также отмечает тошноту, отсутствие аппетита, вздутие живота. После каждого приема пищи в течение 1 часа возникает изжога. Отмечает снижение массы тела.
	1	Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
		- Хронический панкреатит токсической (этанол, курение).
		- Предварительный диагноз поставлен верно.
		- Предварительный диагноз поставлен не полностью.
		- Предварительный диагноз поставлен неверно.
	2	Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
		- желтуха
		- эндокринные нарушения (панкреатогенный сахарный диабет)
		- воспалительные изменения, вызванные повреждением желчных протоков (реактивный гепатит)
		- сдавление и тромбоз селезеночной, верхней брыжечной артерий

	<ul style="list-style-type: none"> - эрозивный эзофагит - синдром Мэллори-Вейса - гастродуоденальные язвы - хроническая дуоденальная непроходимость - абдоминальный ишемический синдром - панкреонекроз с развитием инфекционных осложнений протоковая аденокарцинома - недостаточность жирорастворимых витаминов и витаминов группы В - остеопороз
	- Осложнения заболевания определены верно.
	- Осложнения заболевания определены не полностью.
	- Осложнения заболевания определены неверно.
3	Какие методы обследования используются для подт...
	Общий анализ крови, определение в крови уровня гл...
	<ul style="list-style-type: none"> - глюкозы, гликозилированного гемоглобина, общего кальция, цинка; определение амилазы моче; стандар... - кале; обзорная рентгенография брюшной полости, УЗД
	- Ответ верный. Все методы обследования определены
	- Ответ не полный. Методы обследования определены
	- Ответ неверный. Методы обследования определены
4	Каковы основные задачи консервативного ведения/л...
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Прекращение употребления алкоголя, курения. 2. Определение причины боли и попытка снижения... 3. Лечение внешнесекреторной недостаточности под... 4. Выявление и лечение эндокринной недостаточнос... 5. Нутритивная поддержка. 6. Скрининг по поводу аденокарциномы поджелудоч...
	- Ответ верный. Задачи консервативного лечения опре
	- Ответ неполный. Задачи консервативного лечения о
	- Ответ неверный. Задачи консервативного лечения о
5	Перечислите основные медикаментозные и немедик...
	<ul style="list-style-type: none"> - отказ от употребления алкоголя и курения; - дробный прием пищи с равномерным распределени... (не реже 4-5 раз в день)); - при интенсивной боли необходимо назначение ана... - антациды; - спазмолитики: папаверин, но-шпа, платифиллин; - заместительная ферментная терапия: пациент до... промежуточный прием, эффективность заместитель... - витамины: С, В₂, А, Е; - при недостаточной эффективности заместительной... - пациентам с сохраняющимися симптомами несм... оболочкой, следует назначать терапию, подавляющую
	- Ответ верный. Лечебные мероприятия определены в
	- Ответ неполный. Лечебные мероприятия определены
	- Ответ неверный. Лечебные мероприятия определены

	-	020
	У К -1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
	П К -1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий здорового образа жизни, предупреждение возникновения и развития, а также направленных
	П К -2	Готовность к проведению профилактических мероприятий с хроническими больными
	П К -5	Готовность к определению у пациентов патологий Международной статистической классификацией болезней
	П К -6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РА
	-	<p>Больной С., 29 лет, программист, обратился в поликлинику с жалобами на боли по левому фланку, возникающие перед дефекацией, разжиженный стул с примесью слизи и небольших кусочков крови на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи, потеря веса на 5 кг за прошедшие 4 месяца.</p> <p><u>Из анамнеза:</u> нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад при употреблении большого количества овощей и фруктов. Ранее принимал смекту, мезим-форте с незначительным эффектом. Появились слабые боли по левому фланку живота. Начал принимать по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно уменьшились боли. Обратился к участковому врачу. Обращение за медицинской помощью связано с заболеванием кишечника и опасался госпитализации в стационар. Имели место неоднократные эпизоды жидкого стула с примесью крови, как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяза и ромашки.</p> <p><u>При осмотре:</u> состояние удовлетворительное, t – 36,8 °С, ЧД – 18 в минуту, везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту, умеренно диффузно обложен сероватым налетом, везикулярное, мягкий, определяется умеренная болезненность по левому фланку живота, где пальпируется спазмированная, плотная печень. Пальпация эпигастральной и подреберных областей безболезненна. Размеры печени 10x8x7 см и 6x4 см, соответственно. Край печени не пальпируется.</p> <p><u>В общем анализе крови:</u> эритроциты = $3,02 \times 10^{12}/л$, гемоглобин = 100 г/л, гематокрит = 30%, лейкоциты = $10,5 \times 10^9/л$, нейтрофилы = 78%, лимфоциты = 18%, моноциты = 4%, эозинофилы = 0%, тромбоциты = $180 \times 10^9/л$.</p> <p><u>Копрограмма:</u> кал разжиженный, неоформленный, мазковидный, с примесью слизи и крови, эритроциты в значительном количестве, слизь, лейкоциты.</p> <p><u>Общий белок сыворотки</u> 62,3 г/л, альбумины – 49,3%, глобулины – 13,0 г/л.</p> <p><u>Ректороманоскопия</u> без подготовки: аппарат введен до 20 см, слизистая контактная кровоточивость, множественные эрозии и язвы, выделение каловых масс в небольшом количестве.</p>
	1	Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз
	-	Язвенный колит, дистальная форма, острое течение,
	-	Предварительный диагноз поставлен верно.
	-	Предварительный диагноз поставлен не полностью.

	- Предварительный диагноз поставлен неверно.
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
	<p>Пациент имеет диарейный синдром, включая ночные боли спастического характера в проекции сигмовидной кишки; частые дефекации; снижение массы тела; анемию; маркер воспаления; специфические эндоскопические изменения слизистой оболочки толстой кишки; инсоляция, диета с большим содержанием растительных волокон.</p>
	- Диагноз обоснован верно.
	- Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических критериев не описаны.
	- Диагноз обоснован неверно.
3	Какие методы обследования используются для подтверждения диагноза?
	<p>Дополнительно к проведенному обследованию, пациенту назначены:</p> <ul style="list-style-type: none"> - биопсией слизистой оболочки толстой кишки из зон воспаления; - Бактериологическое и микроскопическое исследование кала; - Исследование кала на предмет исключения глистной инвазии; - ВИЧ – инфекции. - Биохимический анализ крови (общий билирубин и его фракции, ферритин, трансферрин, глюкоза). Ультразвуковое исследование брюшной полости с контрастированием кишечника для выявления дилатации и перфорации толстой кишки.
	- Ответ верный. Все методы обследования определены.
	- Ответ не полный. Методы обследования определены не полностью.
	- Ответ неверный. Методы обследования определены неверно.
4	Определите план ведения пациента с использованием современных методов лечения.
	<p>Пациент нуждается в динамическом врачебном наблюдении. Рекомендуется стационарное лечение в условиях специализированного стационара.</p> <p>Диетотерапия – стол 4. Необходимо назначение пероральной терапии сульфасалазином в дозах 2-4 г/сут. (в зависимости от эндоскопического ответа). При положительном ответе терапия продолжается до 6-8 недель. Сульфасалазин (гранулы, таблетки, таблетки ММХ) 1,2-2,4 г/сут. внутривенно сульфасалазина 2 г/сут. вместо месалазина.</p> <p>При отсутствии эффекта от 5-АСК показано пероральное лечение ГКС назначают в дозе, эквивалентной 60 мг преднизолона в сутки (2-2,5 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг. После 8-недельного курса лечения ГКС отменяют. При достижении ремиссии дальнейшая поддерживающая терапия проводится по показаниям.</p> <p>Используется также симптоматическая терапия по показаниям.</p>
	- Ответ верный. Лечебная тактика определена верно.
	- Ответ неполный. Лечебная тактика определена частично.
	- Ответ неверный. Лечебная тактика определена неверно.
5	Определите план диспансерного наблюдения у данного пациента.
	<p>Язвенный колит характеризуется хроническим рецидивирующим течением. Диспансерное наблюдение при ЯК проводится пожизненно.</p> <p>Целью диспансерного наблюдения является, в первую очередь, профилактика обострений. У большинства пациентов в стадии клинической ремиссии. Больному следует разъяснить необходимость постоянного приема противовоспалительных препаратов (в 2-2,5) раза снижает частоту обострений.</p>

		С точки зрения долгосрочного прогноза течения ЯИ (оболочки). Для этих целей рекомендуется каждые 6 месяцев вы
	-	Ответ верный. План диспансерного наблюдения опр
	-	Ответ неполный. План диспансерного наблюдения с
	-	Ответ неверный. План диспансерного наблюдения о
	-	021
	У	
	К	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, син
	-1	
	П	Готовность к осуществлению комплекса мероприя
	К	здорового образа жизни, предупреждение возникно
	-1	их возникновения и развития, а также направленных
	П	Готовность к определению у пациентов патологи
	К	Международной статистической классификацией бо
	-5	
	П	
	К	Готовность к ведению и лечению пациентов, нужда
	-6	
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РА
		Больной К., 68 лет обратился к гастроэнтерологу с ж
	-	При физикальном обследовании отклонений не обна
		<u>Лабораторные данные:</u> ОАК – все показатели в пред
		<u>Ирригоскопия:</u> выявлено множество дивертикулов в
	1	Сформулируйте наиболее вероятный предварительн
	-	Клинически выраженный дивертикулез
	-	Предварительный диагноз поставлен верно.
	-	Предварительный диагноз поставлен не полностью.
	-	Предварительный диагноз поставлен неверно.
	2	Составьте план дополнительного обследования паци
	-	Биохимический анализ крови; копрограмма; бактери
		водородный дыхательный тест; фекальный кальпрот
	-	Ответ верный. Все методы дополнительного обследо
	-	Ответ неполный. Методы дополнительного обследо
	-	Ответ неверный. Методы дополнительного обследо
	3	С какими заболеваниями необходимо провести диф
	-	СРК-3
	-	Функциональный запор
	-	ВЗК
	-	Опухоли толстой кишки
	-	Кишечные инфекции
	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью
	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно.
	4	Дайте рекомендации по диете у данного пациента

	-	Рекомендуется высокошлаковая диета с дополнительными микрокристаллическая целлюлоза-200)
	-	Ответ верный. Рекомендации по питанию определены
	-	Ответ неполный. Рекомендации по питанию определены
	-	Ответ неверный. Рекомендации по питанию определены
	5	Составьте план медикаментозного лечения
	-	1. Селективные спазмолитики (мебеверин). 2. Рифаксимин 400мг 2 раза в сутки в течение 1 недели. 3. Месалазин 400мг 2 раза в сутки курсом 10 дней ежедневно. 4. Осмотические слабительные (полиэтиленгликоль). В случае отсутствия эффекта от проводимой терапии – маловыраженного воспалительного процесса.
	-	Ответ верный. Лечебная тактика определена верно.
	-	Ответ неполный. Лечебная тактика определена частично.
	-	Ответ неверный. Лечебная тактика определена неверно.
	-	022
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РА
	У	
	К	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
	-1	
	П	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий
	К	здорового образа жизни, предупреждение возникновения и развития, а также направленных
	-1	их возникновения и развития, а также направленных
	П	Готовность к определению у пациентов патологии
	К	Международной статистической классификацией болезней
	-5	
	П	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся
	К	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся
	-6	
	-	Больной Т., 42 лет госпитализирован в стационар по поводу желтушность кожных покровов, чувство тяжести в животе в объеме, отеки на нижних конечностях в объеме. <u>В анамнезе:</u> тяжесть в правом подреберье беспокоит с увеличением живота и желтуху. Употребляет водку периодически, отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было. <u>Объективно:</u> состояние средней тяжести. Сознание ясное, влажности, желтушная. В области груди и верхней конечностей. В легких дыхание везикулярное, без хрипов. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык чистый. В брюшной стенке радиально от пупка определяются болезненный в правом подреберье. Размеры печени увеличены, оформленный, коричневого цвета, без патологических прожилков, желтая.
	-	<u>Лабораторные данные:</u> ОАК: эритроциты – 4,1×10 ¹² /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%. БАК: общий билирубин – 130 мкмоль/л, прямой билирубин – 80 мкмоль/л. <u>ФГДС:</u> варикозное расширение вен пищевода I ст. <u>УЗИ брюшной полости:</u> переднезадний размер печени увеличен, повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены

	расширен. Селезенка расположена обычно, структура в брюшной полости.
1	Предположите наиболее вероятный диагноз
-	Цирроз печени токсической (этанол) этиологии, Гиперспленизм (тромбоцитопения, лейкопения). Печ
-	Диагноз поставлен верно.
-	Диагноз поставлен не полностью.
-	Диагноз поставлен неверно.
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
-	У больного выявлены астено-вегетативные проявления физической работы, увеличение живота в объеме, отек синдром портальной гипертензии (гепатоспленомегалия, портальной вены), цитоллиз, признаки печеночной дисфункции (хронических заболеваний?). По данным УЗИ – свидетельствует о наиболее вероятной этиологии и скорости теста связывания чисел свидетельствует о гиперспленизмом.
-	Диагноз обоснован верно.
-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностич
-	Диагноз обоснован неверно.
3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования
-	Анализ крови: коагулограмма, общий белок, железосвязывающая способность, ферритин, трансферин, копрограмма. ЭКГ. Рентгенография легких. УЗИ с э
-	Ответ верный. Все методы обследования определены
-	Ответ не полный. Методы обследования определены
-	Ответ неверный. Методы обследования определены
4	Какая тактика и терапия требуется пациенту при по
-	Отказ от алкоголя. Диета с содержанием белка 1,0 г/кг/сут. Калорийность Санация кишечника с целью уменьшения эндотоксемии Лактулоза – 15-45 мл 2-3 раза в сутки (стул до 2-3-х раз) Возможен прием невсасывающихся антибиотиков (Нитрофураны) Уменьшение токсического действия аммиака. Орнитин Мочегонная терапия. Спиринолактон – 50-200 мг/сут Эффективности – уменьшение массы тела на 2 кг/нед Снижение давления в портальной вене. Анаприлин -
-	Ответ верный. Лечебная тактика определена верно.
-	Ответ неполный. Лечебная тактика определена част
-	Ответ неверный. Лечебная тактика определена невер
5	Какие возможны осложнения данного заболевания?
-	Печеночная энцефалопатия. Кровотечения из варикозно расширенных вен (спонтанный бактериальный перитонит, пневмония, инфекция)
-	Ответ верный. Осложнения заболевания определены
-	Ответ неполный. Осложнения заболевания определены

	-	Ответ неверный. Осложнения заболевания определены
	-	023
	У К -1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
	П К -1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий здорового образа жизни, предупреждение возникновения и развития, а также направленных
	П К -5	Готовность к определению у пациентов патологии Международной статистической классификацией болезней
	П К -6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РА
	-	Пациент, 40 лет обратился в поликлинику с жалобами на запоры, иногда чередуется с запорами, также отмечает общую слабость. Свое состояние связывает с приемом молока, хотя в анамнезе отрицает. Симптомы появились после холецистэктомии по поводу непроходимости, по поводу чего была выполнена операция. Температура тела – 36,7°C.
	1	Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз
	-	Вторичная лактазная недостаточность
	-	Предварительный диагноз поставлен верно.
	-	Предварительный диагноз поставлен не полностью.
	-	Предварительный диагноз поставлен неверно.
	2	Перечислите методы лабораторной диагностики данного заболевания
	-	Копрограмма. Определение содержания углеводов в кале. Определение уровня pH при копрологическом исследовании. Определение количества водорода в выдыхаемом воздухе. Биохимическое исследование кала на метаболиты углеводов. Морфологическое исследование слизистой оболочки кишечника. Биохимическое определение активности лактазы в кале. Определение уровня глюкозы в крови после нагрузки. Определение кальция, калия, вит. В ₁₂ , вит. D в крови.
	-	Методы лабораторной диагностики определены верно.
	-	Методы лабораторной диагностики определены частично.
	-	Методы лабораторной диагностики определены неверно.
	3	Каковы основные принципы лечения данного заболевания
	-	1. Лечение основного заболевания. 2. Диетотерапия – ограничение или исключение молочных продуктов: твердые сыры, кефир, творог, йогурты (например, безлактозное молоко). Не следует полностью исключать молочные продукты. Через 1-3 месяца диету следует постепенно расширять.

		3. При неэффективности диетотерапии – Лактазар до продуктов или лактозу.
	-	Ответ верный. Принципы лечения определены верно.
	-	Ответ не полный. Принципы лечения определены не
	-	Ответ неверный. Принципы лечения определены не
	4	С какими заболеваниями необходимо проводить ди
	-	Функциональная диарея, СРК, аллергия на молочны
	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
	-	Дифференциальный диагноз проведен частично.
	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно.
	5	Перечислите основные причины данного состояния
		Различают 3 формы лактазной недостаточности: врожденная (генетическая) – полное отсутствие лакт - первичная – наиболее распространенная во взрослой вторичная – развивается после кишечных инфекций кишечника.
	-	Основные причины данного состояния определены н
	-	Основные причины данного состояния определены ч
	-	Основные причины данного состояния определены н
	-	024
	У	
	К	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, син
	-1	
	П	Готовность к осуществлению комплекса мероприя
	К	здорового образа жизни, предупреждение возникно
	-1	их возникновения и развития, а также направленных
	П	Готовность к определению у пациентов патологи
	К	Международной статистической классификацией бо
	-5	
	П	
	К	Готовность к ведению и лечению пациентов, нужда
	-6	
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РА
		Больной П., 54 лет, слесарь, жалуется на боли в эпиг в подлопаточное пространство слева, постоянное по отхождения газов боли уменьшаются на короткое вр <u>Анамнез заболевания:</u> в течение 25 лет часто употре повторяющейся рвотой. При обследовании в хир сальниковой сумке. Лечился консервативно в течен соблюдал. Также принимал алкоголь, но в небольш - возникло периодическое подташнивание, отрыжка, стал со склонностью к кашицеобразному, плохо см Мезим-форте, Микразим 10 тыс. ЕД с низким эффек четырехдневного приема алкоголя (водка 200 грам позывы на рвоту, вздутие живота. Госпитализирован <u>Объективно:</u> кожа чистая, тургор нормальный. Вес патологических изменений. Пульс – 90 ударов в ми

	<p>вздут, перитонеальные симптомы отр. При пальпации Скульского, точках Губергрица, передней и задней т. При пальпации отделов кишечника болезненности, Мерфи, Ортнера) отрицательные. Селезенка не пальпаторно.</p> <p><u>Лабораторные данные:</u> ОАК: гемоглобин - 157 г/л, С-реактивный белок - 10,5 мг/л, нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 5%. БАК: общий белок - 60 г/л, общий билирубин - 16,4 (16,4 - 4,7 ммоль/л.</p> <p>Копрограмма: объем утренней порции – 400 грамм; ++; мышечные волокна с утраченной поперечной исчерченностью. Фекальная эластаза – 100 мкг/г испражнений.</p> <p><u>ФГДС:</u> пищевод проходим, розетка кардии плотно смыта. Антральный отдел с очагами яркой гиперемии. Луковичный эрозивный гастрит.</p> <p><u>УЗИ брюшной полости:</u> жидкости в брюшной полости нет. Печень увеличена в размерах (длина - 170 мм (N до 130), ширина - 70 мм (N до 60), толщина - 30 мм (N до 20)), желчный пузырь (длина - 80 мм (N до 100), ширина - 30 мм (N до 30), тело - 32 мм (N до 17), хвост - 37 мм (N до 20)), поджелудочная железа (длина - 50 мм (N до 60), ширина - 25 мм (N до 30), толщина - 15 мм (N до 20)), селезенка (длина - 120 мм (N до 130), ширина - 40 мм (N до 50), толщина - 25 мм (N до 30)), почки (длина - 100 мм (N до 110), ширина - 40 мм (N до 50), толщина - 25 мм (N до 30)), надпочечники (длина - 10 мм (N до 15), ширина - 5 мм (N до 10), толщина - 5 мм (N до 10)), поджелудочная железа (длина - 50 мм (N до 60), ширина - 25 мм (N до 30), толщина - 15 мм (N до 20)), кальцинаты, наиболее крупный из них в проекции на уровне Т12. Селезенка нормальных размеров.</p>
	<p>1 Сформулируйте наиболее вероятный диагноз</p> <p>- Хронический рецидивирующий кальцифицирующий панкреатит с недостаточностью поджелудочной железы. Панкреатический диабет.</p> <p>- Диагноз поставлен верно.</p> <p>- Диагноз поставлен не полностью.</p> <p>- Диагноз поставлен неверно.</p>
	<p>2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз</p> <p>У больного, длительно употребляющего алкоголь, выявлен хронический панкреатит с кальцифицирующим характером и сопровождался болью, нарушением пищеварения, явлениями в виде подташнивания, снижением аппетита, похудением, диареей – и жидкого.</p> <p>Несмотря на имеющуюся патологию поджелудочной железы, назначены рекомендуемые препараты.</p> <p>При обследовании имеется умеренный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, гипергликемия, гиперлипидемия, увеличение глюкозы крови натощак, что свидетельствует о развитии сахарного диабета 2 типа.</p> <p>В копрограмме имеется стеаторея, креаторея, что свидетельствует о недостаточности поджелудочной железы.</p> <p>Снижена фекальная эластаза (100 мкг и менее – критерий недостаточности поджелудочной железы).</p> <p>- Диагноз обоснован верно.</p> <p>- Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических критериев не учтена.</p> <p>- Диагноз обоснован неверно.</p>
	<p>3 Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования</p> <p>КТГ органов брюшной полости.</p> <p>При необходимости – МРХПГ/ЭндоУЗИ с целью уточнения структуры поджелудочной железы.</p> <p>Биохимия крови: АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, панкреатический трипсин, гликозилированный гемоглобин.</p> <p>- Кал на яйца глист, яйца описторхов, цисты лямблий.</p> <p>Консультация эндокринолога.</p> <p>Указанные исследования назначаются с целью уточнения диагноза и степени недостаточности поджелудочной железы.</p> <p>Неинвазивная диагностика пилорического хеликобактериоза.</p>

	-	Ответ верный. Все методы обследования определены.
	-	Ответ не полный. Методы обследования определены.
	-	Ответ неверный. Методы обследования определены.
	4	Какое лечение рекомендуется пациенту?
		<p>Пациенту рекомендована госпитализация, стационар</p> <ul style="list-style-type: none"> - отказ от употребления алкоголя и курения; - режим полупостельный; - дробный прием пищи с равномерным распределением (не реже 4-5 раз в день)); - при интенсивной боли необходимо назначение анальгетиков; - антациды; - антибиотики широкого спектра действия; - спазмолитики: папаверин, но-шпа, платифиллин, мексидин; - заместительная ферментная терапия: пациент до приема пищи, эффективность заместительной ферментной терапии оценивается по клиническим проявлениям; - витамины: С, В₂, А, Е; - при недостаточной эффективности заместительной ферментной терапии; - пациентам с сохраняющимися симптомами несморной оболочки, следует назначать терапию, подавляющую продукцию слизи.
	-	Ответ верный. Лечебная тактика определена верно.
	-	Ответ неполный. Лечебная тактика определена частично.
	-	Ответ неверный. Лечебная тактика определена неверно.
	5	Укажите меры профилактики обострения заболевания
		<p>Отказ от приема алкоголя и табакокурения. Дробное питание (4–5 раз в день, равномерными порциями). Употребление разнообразной пищи с низким содержанием жира. - ограничиваются только у лиц с избыточной массой тела. Выбор рациона с достаточным количеством пищевых волокон. Найти баланс между количеством принимаемой пищи и энергетическими показателям с поправкой на возраст).</p>
	-	Ответ верный. Профилактические меры определены.
	-	Ответ неполный. Профилактические меры определены.
	-	Ответ неверный. Профилактические меры определены.
	-	025
	У	
	К	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.
	-1	
	П	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий по поддержанию здорового образа жизни, предупреждение возникновения и развития, а также направленных на устранение их возникновения и развития, а также направленных на устранение их последствий.
	К	Готовность к определению у пациентов патологии желудочно-кишечного тракта по Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных с ними.
	-5	
	П	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в помощи психолога.
	К	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в помощи психолога.
	-6	
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАССУЖДАЮЩИЙ ОТВЕТ

	<p>Врач-терапевт участковый поликлиники вызвал ма которой предположил диагноз «Ишемическая болез Из анамнеза известно, что в течение последних 10 ле тела, на фоне чего появился приступообразный, пре Через некоторое время стала, также, отмечать боли рядок).</p> <p>Была обследована амбулаторно. Выставлен диагн напряжения, ПФК. НК II «А» (II ФК по NYHA). Ожи - Назначенное лечение (преднизолон, ингаляционные Прием нитратов, со слов пациентки, был эффективен В течение последних 2-3-х недель отмечает появле ужина, что стало поводом для обращения за медици Бригадой скорой медицинской помощи по данным ОКС отвергнут. При аускультации дыхание жесткое, хрипов нет. Рентгенография органов грудной клетки – без патол</p>
1	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз заболе
	- ГЭРБ: рефлюкс-эзофагит?
	- Предварительный диагноз поставлен верно.
	- Предварительный диагноз поставлен не полностью.
	- Предварительный диагноз поставлен неверно.
2	Какие осложнения возможны при данном заболеван
	- Пептическая язва пищевода, пептическая стриктура
	- Осложнения заболевания перечислены верно.
	- Осложнения заболевания перечислены не полностью
	- Осложнения заболевания перечислены неверно.
3	Какие специальные методы исследования применяю
	- ЭГДС высокого разрешения, внутриваршневодная сут пищевода, УЗИ органов брюшной полости
	- Ответ верный. Все методы обследования определени
	- Ответ не полный. Методы обследования определены
	- Ответ неверный. Методы обследования определены
4	Какие рекомендации по изменению образа жизни и
	- нормализация массы тела, - отказ от курения, - отказ от переедания и прекращение приема пищи питание и отказаться от перекусов), - избегать приема лекарств в горизонтальном полож - максимально избегать ситуаций, способствующих тяжестей более 8-10 кг, работы, сопряженной с нак пресса, - поднятие изголовья кровати в случае возникновени
	- Ответ верный. Модификация образа жизни и питани
	- Ответ неполный. Модификация образа жизни и пита
	- Ответ неверный. Модификация образа жизни и пита

	5	Какие препараты применяются для лечения данного
		<p>1. Ингибиторы протонной помпы – базисная группа (Пантопразол, Рабепразол, Декслансопразол).</p> <p>2. Антациды, альгинаты – симптоматическая терапия - токсического компонента рефлюктата смешанного х</p> <p>3. Прокинетики (итоприда гидрохлорид) - влияют на</p> <p>4. В случае доказанного смешанного (дуоденогастро</p> <p>5. Энтеросорбенты (диоктаэдрический смектит – см</p>
	-	Группы лекарственных средств определены верно.
	-	Группы лекарственных средств определены частичн
	-	Группы лекарственных средств определены неверно
	-	026
	У	
	К	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, син
	-1	
	П	Готовность к осуществлению комплекса мероприя
	К	здорового образа жизни, предупреждение возникно
	-1	их возникновения и развития, а также направленных
	П	Готовность к определению у пациентов патологи
	К	Международной статистической классификацией бо
	-5	
	П	
	К	Готовность к ведению и лечению пациентов, нужда
	-6	
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РА
		<p>Мужчина, 49 лет обратился к врачу с жалобами на об</p> <p>боли в области правого подреберья, тошноту.</p> <p><u>Из анамнеза:</u> считает себя больным в течение 2-х ле</p> <p>правого подреберья. За медицинской помощью не</p> <p>препараты (креон, 25 000 ЕД 2 раза в сутки), при</p> <p>значительной физической нагрузки усилились боли</p> <p>эффекта не наблюдалось. Операций, гемотрансфузи</p> <p>вредными производственными факторами не работа</p> <p><u>При осмотре:</u> состояние удовлетворительное; рост</p> <p>выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и сп</p> <p>приглушены. ЧСС=72 в 1 мин., АД-130/80 мм рт.ст</p> <p>области правого подреберья. Размеры печени по К</p> <p>- умеренная болезненность при пальпации. Селезенка</p> <p><u>Лабораторные данные:</u> ОАК: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$,</p> <p>эозинофилы – $0,2 \times 10^9$/л; базофилы – $0,06 \times 10^9$/л; Нв -</p> <p>билирубин – 29,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 5,5</p> <p>креатинин – 72 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; а</p> <p>бета-глобулины – 6,0 г/л; γ-глобулины – 17,5 г/л; ТТ</p> <p>ммоль/л; Na-138 ммоль/л; амилаза – 43 ед/л; сыворо</p> <p>на скрытую кровь – отриц. ОАМ: в пределах нормы.</p> <p>ИФА (определение маркеров гепатитов В, С, D в сыв</p> <p>); анти-HDV (-); анти-HCV (-); анти-ВИЧ – отрицате</p> <p>Иммунологическое исследование: концентрация Ig</p> <p>положительный; количественный анализ ДНК ВГВ -</p> <p>Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шка</p>

	<p>При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, увеличение селезенки.</p> <p>Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений;</p> <p>ЭКГ – без патологических изменений;</p> <p>Тест связи чисел – в пределах нормы.</p>
1	<p>Предположите наиболее вероятный диагноз</p> <p>- Цирроз печени, ассоциированный с HBV-инфекцией</p> <p>- Диагноз поставлен верно.</p> <p>- Диагноз поставлен не полностью.</p> <p>- Диагноз поставлен неверно.</p>
2	<p>Обоснуйте поставленный Вами диагноз</p> <p>Диагноз «цирроз печени, ассоциированный с HBV-инфекцией» подтверждается данными анамнеза, физикальными данными, лабораторными и инструментальными исследованиями: повышенную утомляемость, снижение работоспособности, кожные проявления: иктеричность склер, наличие уртикарной сыпи, данные исследований: выявление HBsAg; анти-HBc IgG; другая этиология цирроза печени: (исследование крови исключены злоупотребление алкоголем, прием гепатотоксических препаратов, болезнь Вильсона-Коновалова. Класс А ЦП установлен, энцефалопатия, асцит не определены, общий билирубин по Child-Pugh.</p> <p>Диагноз цирроза печени подтверждается данными эластографии. Зарегистрировано изменение биохимических показателей: повышение трансаминаз, повышение гамма-глобулинов, снижение ПТИ. При УЗИ органов брюшной полости выявлены признаки цирроза печени.</p> <p>- Диагноз обоснован верно.</p> <p>- Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических критериев не подтверждена.</p> <p>- Диагноз обоснован неверно.</p>
3	<p>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования</p> <p>ЭГДС – для выявления и/или определения состояния слизистой оболочки желудка.</p> <p>Ректороманоскопия для выявления варикозно-расширенных вен прямой кишки.</p> <p>Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография (включая использование контрастного усиления возможно для выявления метастазы).</p> <p>Дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночной системы.</p> <p>- Ответ верный. Все методы обследования определены.</p> <p>- Ответ не полный. Методы обследования определены не полностью.</p> <p>- Ответ неверный. Методы обследования определены неверно.</p>
4	<p>Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения</p> <p>Рекомендовано соблюдение диеты: исключить алкоголь, жирную, жареную пищу.</p> <p>Рекомендована противовирусная терапия (ПВТ), так как при любом определяемом уровне виремии независимо от стадии заболевания у пациентов с ЦП класса А по шкале Child-Pugh могут наблюдаться осложнения, связанные с риском развития инфекционных осложнений и декомпенсации цирроза печени.</p> <p>Среди аналогов нуклеозидов/нуклеотидов предпочтительнее использовать препараты с высокой активностью и к ним редко развивается резистентность.</p> <p>- Ответ верный. Все методы обследования определены.</p>

		Фиброколоноскопия: слизистая нисходящей ободочной кишки в виде колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректальной ампуле
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
		- Язвенный колит, левостороннее поражение, острое течение
		- Диагноз поставлен верно.
		- Диагноз поставлен не полностью.
		- Диагноз поставлен неверно.
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
		Диагноз «Язвенный колит» (ЯК) установлен на основании анамнеза: 3-4 месяцев, схваткообразных болей внизу живота преимущественно в левой подвздошной области, наличия слизи, выделений из прямой толстой кишки, контактная кровоточивость, наличие крови в стуле. Тяжелая атака определена на основании частоты стула до 10 раз в сутки, слизистой оболочки толстой кишки. Диагноз «Анемия, железодефицитная» подтвержден анализом крови.
		- Диагноз обоснован верно.
		- Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических критериев не описаны.
		- Диагноз обоснован неверно.
	3	Составьте план дополнительного обследования пациента
		Пациенту рекомендовано: в динамике общий анализ крови, мочи, белок, альбумин, общий билирубин и его фракции, ферменты печени: панкреатическая амилаза, СРБ, сывороточное желтушное индекс, бактериологическое исследование кала; выявление в кале скрытой крови; УЗИ брюшной полости; КТГ органов брюшной полости; перфорации толстой кишки; ФГДС.
		- Ответ верный. Все методы обследования определены.
		- Ответ не полный. Методы обследования определены не полностью.
		- Ответ неверный. Методы обследования определены неверно.
	4	Препараты каких групп показаны для лечения пациента
		При тяжелой атаке левостороннего ЯК показано назначение ГКС в дозе 300 мг/сут. в/в в течение 7 дней. Дополнительно можно назначить 300 мг/сут. При клиническом ответе на терапию через 7 дней последующим снижением дозы до полной отмены по схеме 30-40 мг преднизолона, можно добавить месалазин р/л. При отсутствии эффекта от в/в введения ГКС показана продолжение в/в 7 дней. Коррекция анемии –при подтверждении железодефицитной анемии.
		- Лечение назначено верно.
		- Лечение назначено не полностью.
		- Лечение назначено неверно.
	5	Через 2 недели терапии отмечено уменьшение частоты приступов. Обоснуйте Ваш выбор.
		- При достижении ремиссии после курса ГКС поддержать

		При ответе на индукционный курс инфликсимаба да комбинации с АЗА 2 мг/кг (или 6МП 1,5 мг/кг). При положительном ответе на в/в введение циклосп назначением АЗА 2 мг/кг (на фоне стероидов с пос циклоспорин, оставив больного на поддерживающей
	-	Лечебная тактика определена верно.
	-	Лечебная тактика определена частично.
	-	Лечебная тактика определена неверно.
	-	028
	У	
	К	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, син
	-1	
	П	Готовность к осуществлению комплекса мероприя
	К	здорового образа жизни, предупреждение возникно
	-1	их возникновения и развития, а также направленных
	П	Готовность к определению у пациентов патологи
	К	Международной статистической классификацией бо
	-5	
	П	
	К	Готовность к ведению и лечению пациентов, нужда
	-6	
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РА
		Больной С., 69 лет, пенсионер, обратился в поликли подложечной области через 15-20 минут после еды беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, во нитроминта и при прекращении нагрузки <u>Из анамнеза:</u> боли в подложечной области беспокоят пациент отметил эпизод появления черного стула в т в последующем обострений заболевания никогда не ИБС; 1,5 года назад перенес инфаркт миокарда, 1 Пациент получает медикаментозное лечение по пов - <u>При осмотре:</u> состояние удовлетворительное, ИМТ – везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в – 130/85 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живо 11х9х8 см и 6×4 см, соответственно. Край печени Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. С В лабораторных исследованиях: эритроциты 3,11×10 7,8 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л. <u>ЭКГ:</u> ритм синусовый, 72 в 1 мин.; RI> RII> RIII, в I
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
	-	НПВП – ассоциированная гастропатия: эрозивно-яз Постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести
	-	Диагноз поставлен верно.
	-	Диагноз поставлен не полностью.
	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз

	<p>Пациент имеет несколько факторов риска развития у</p> <ul style="list-style-type: none"> - пожилой возраст, - язвенный анамнез, - прием двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТ) - инфаркт миокарда в анамнезе. <p>У пациента имеются убедительные диагностически наличие клинических признаков анемии (тахикардия крови).</p>
	- Диагноз обоснован верно.
	- Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностич
	- Диагноз обоснован неверно.
3	Какие дополнительные методы исследования Вы на
	<p>Дополнительно к проведенному обследованию паци</p> <p>(эрозивно-язвенного дефекта) и стандартных зон био</p> <p>стадии гастрита, исключения злокачественного ново</p> <ul style="list-style-type: none"> - В соответствии со стандартом оказания медицинско <p>глюкоза, а также железо сыворотки, ОЖСС, феррити гаптоглобин в кале). Для исключения НПВП-энтеро</p>
	- Ответ верный. Все методы обследования определени
	- Ответ не полный. Методы обследования определены
	- Ответ неверный. Методы обследования определены
4	Определите план ведения пациента с использованием
	<p>Выбор тактики лечения, в том числе решение вопрос</p> <p>дефектов должен быть осуществлен с учетом резуль</p> <p>Пациенту показана терапия ИПП в постоянном ре</p> <ul style="list-style-type: none"> - ассоциированных гастродуоденальных язв можно пр - После достижения заживления язвы пациенту необх курсами ребамипида. <p>В случае обнаружения у больного инфекции НР про</p> <p>При доказанном железодефиците – пероральный при</p>
	- Лечение назначено верно.
	- Лечение назначено не полностью.
	- Лечение назначено неверно.
5	Укажите препараты из группы ИПП, которые Вы вы
	<p>В данном случае препаратом выбора среди ИПП л</p> <ul style="list-style-type: none"> - минимальное лекарственное взаимодействие, что яв <p>Стандартная доза пантопразола составляет 40 мг/сут</p>
	- Лекарственные препараты и их дозировка определен
	- Лекарственные препараты и их дозировка определен
	- Лекарственные препараты и их дозировка определен
	- 029
	У
	К Готовность к абстрактному мышлению, анализу, син
	-1

	Исключена другая этиология цирроза печени: (иссл. HBe (-); анти-HBeIgM (-)), а также исключено злоупотребление производственными факторами. Класс А ЦП установлен на основании классификации. Выявлены, общий билирубин – 33 мкмоль/л, альбумин 38 г/л. Диагноз «цирроз печени» подтверждается данными лабораторных исследований. Зарегистрировано изменение биохимических показателей. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия и портальная гипертензия.
	- Диагноз обоснован верно.
	- Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических критериев не достигнута.
	- Диагноз обоснован неверно.
3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
	ЭГДС – для выявления и/или определения состояния стенок желудка. - для выявления портальной гипертензии; ректороманоскопия – для выявления изменений в толстой кишке. КТГ органов брюшной полости.
	- Ответ верный. Все методы обследования определены.
	- Ответ не полный. Методы обследования определены не полностью.
	- Ответ неверный. Методы обследования определены неверно.
4	Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения.
	Рекомендовано соблюдение диеты: исключить алкоголь, жирную, жареную пищу. Пациенту с циррозом печени, ассоциированный с HBeAg, рекомендовано назначение тройной схемы противовирусной терапии: Симепревир назначают в дозе 150 мг 1 раз в сутки 1 раз в неделю подкожно и рибавирином в дозе 1000 мг в сутки перорально 2 раза в день. - альфа2а и рибавирином должна быть продолжена в течение 48 недель. Для оценки эффективности ПВТ используется опросник Fibrosis-4 по окончании.
	- Лечение назначено верно.
	- Лечение назначено не полностью.
	- Лечение назначено неверно.
5	Через 4 недели терапии пациент отметил улучшение самочувствия. АЛТ – 24 МЕ/мл. Биохимия крови: АЛТ – 108 ед/л, АСТ – 72 ед/л, ГГТ – 120 ед/л. При оценке по шкале Бека депрессии не выявлено. Критерии депрессии отсутствуют.
	У пациента отмечено снижение уровня РНК ВГС. Отмечена положительная динамика биохимических показателей. Рекомендовано определение уровня РНК ВГС по окончании терапии. Пациенты с ЦП даже в случае достижения устойчивого ответа на терапию должны находиться под наблюдением врача, поскольку сохраняется риск формирования цирроза печени (особенно в течение первых 3 лет с проведением УЗИ печени и определением уровня РНК ВГС в течение года). - Один раз в 4 недели необходимо проводить исследование уровня гемоглобина, количества эритроцитов и тромбоцитов. Каждые 3 месяца, рекомендовать осмотр офтальмолога для исключения катаракты и глаукомы. Препаратов.

		График посещения врача пациентом – 1 раз в 4 недели. При посещении врача пациент должен заполнять шкалу Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога.
	-	Лечебная тактика определена верно.
	-	Лечебная тактика определена частично.
	-	Лечебная тактика определена неверно.
	-	030
	У	
	К	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
	-1	
	П	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий для здорового образа жизни, предупреждение возникновения и развития, а также направленных
	К	
	-1	
	П	Готовность к определению у пациентов патологии желудочно-кишечного тракта
	К	Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных с телом
	-5	
	П	
	К	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в специализированной помощи
	-6	
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЦИОНАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
		<p>Больной Д., 55 лет, начальник автоколонны. Обратился с жалобой на частую кислую отрыжку и избыточную саливацию во время приема пищи.</p> <p><u>Анамнез заболевания:</u> указанные симптомы испытывал периодически в последние 3-4 года. В последние 2 года стала возникать 3-4 раза в неделю независимо от приема пищи. В последние 2 месяца значительно ухудшилось: усилились боли в эпигастрии. Для снятия изжоги и болей использовал соду, Алмагель, нитроглицерин, однако существенного эффекта не достиг. Принимает Кордипин ретард 20 мг в день. Курит.</p> <p><u>Объективно:</u> общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД = 17 в минуту. Сердечные тоны ритмичные, чистые, приглушены с легким систолическим шумом над верхними грудными позвонками. Подкожная клетчатка мягкая, безболезненная. Пальпация живота безболезненная. Пузырные симптомы отрицательные. Зоны Шоулера отрицательные.</p> <p><u>Лабораторные данные:</u> ОАК: гемоглобин - 143 г/л, эритроциты - 4,2 × 10¹²/л, гематокрит - 38%, лейкоциты - 6,5 × 10⁹/л, нейтрофилы - 55%, лимфоциты - 37%. БАК: общий белок - 76 г/л, альбумины - 38 г/л, фракция альбумина - 3,6 ммоль/л; АЛТ - 21 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ - 18 U/L (норма 4-37 U/L).</p> <p><u>ФЭГДС:</u> слизистая нижней трети пищевода несколько отечна, слизистая желудка; в желудке умеренное количество кислого содержимого.</p> <p><u>Rg-графия пищевода и желудка:</u> пищевод свободен, в нем нет газового пузыря. В положении Тренделенбурга в желудке нет газового пузыря. Желудок занимает обычное положение, складки слизистой оболочки без особенностей.</p>
	1	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз
	-	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, неэрозивная
	-	Диагноз поставлен верно.
	-	Диагноз поставлен не полностью.
	-	Диагноз поставлен неверно.

	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
		Наличие у больного в течение нескольких лет изжоги с частотой более 1-го раза в неделю за последний год. Неэрозивная форма установлена в связи с отсутствием верифицировать НЭРБ. Ожирение 2 ст. установлено на основании ИМТ 38 кг/м ² . Скользящая грыжа пищеводного отверстия подтверждена
		- Диагноз обоснован верно.
		- Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических
		- Диагноз обоснован неверно.
	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования
		Пациенту рекомендовано: ФЭГДС высокого разрешения (интенсивность кислотных рефлюксов), суточная рН-метрия (рефрактерного течения ГЭРБ), исследование на <i>H.pylori</i> (прием ИПП).
		- Ответ верный. Все методы обследования определены
		- Ответ не полный. Методы обследования определены
		- Ответ неверный. Методы обследования определены
	4	Препарат какой группы для патогенетической терапии
		Ингибиторы протонной помпы - базисная группа (Пантопразол, Рабепразол, Декслансопразол) – учитывать 4 недели, далее – поддерживающая терапия в режиме
		- Лечение назначено верно.
		- Лечение назначено не полностью.
		- Лечение назначено неверно.
	5	Через 2 месяца рекомендуемой терапии, а также спустя 5 недели никаких проявлений рефлюкса и болевых симптомов? Обоснуйте ваш выбор.
		Пациент должен придерживаться немедикаментозных рекомендаций: - уменьшение массы тела, - отказ от курения, - отказ от переедания и прекращение приема пищи за 3 часа до сна (питание и отказаться от перекусов), - не принимать лекарственные препараты в горизонтальном положении (лекарств, - максимально избегать ситуаций, способствующих рефлюксу: поднятие тяжестей более 8-10кг, работы, сопряженной с наклонами, подъемом тяжестей, пресса, - поднятие изголовья кровати при изжоге в горизонтальном положении. Больные ГЭРБ должны находиться под активным динамическим наблюдением.
		- Лечебная тактика определена верно.
		- Лечебная тактика определена частично.
		- Лечебная тактика определена неверно.

3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1,2,3 ПК-1,2,3,4,5,6, 7,8,9,10,11,12	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1,2,3 ПК-1,2,3,4,5,6, 7,8,9,10,11,12	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	Твердые знания программного материала, допустимы несущественные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает

грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.