

ТЕСТ для ординаторов по специальности гастроэнтерология

1. Больной С., 45 лет, обратился к кардиологу в поликлинику с жалобами на жгучие боли за грудиной, не имеющие четкой связи с физической нагрузкой и возникающие сразу после приема пищи. Боли не купируются после приема нитроглицерина (который больной начал принимать самостоятельно). Одновременно у больного наблюдаются изжога, чувство тяжести и переполнения в эпигастральной области после еды, отрыжка воздухом и съеденной пищей. Болен в течение полугода, ранее за медицинской помощью не обращался, не обследовался. Объективно: повышенного питания. Кожные покровы обычной окраски, чистые. АД 125/85 мм.рт.ст. Пульс 74 удара в минуту, ритмичный. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные. В легких без патологии. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень по краю правой реберной дуги, край ровный, при пальпации безболезненный. Стул, со слов больного, без особенностей.

Какой предварительный диагноз можно поставить ?

1. гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
2. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
3. язвенная болезнь
4. хронический панкреатит

2. При первичном обращении пациента в поликлинику выставлен предварительный диагноз: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь 2 степени. Необходимо исключить грыжу пищеводного отверстия диафрагмы. Какой из перечисленных методов не играет решающей роли в проведении дифференциальной диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в данной ситуации?

1. эзофагогастродуоденоскопия
2. рентгеноскопия пищевода с контрастированием в положении Тренделенбурга
3. внутрипищеводная рН-метрия
4. липидограмма сыворотки крови

3. Больному, обратившему в поликлинику с жалобами на жгучие боли за грудиной и изжогу, не имеющие четкой связи с физической нагрузкой, возникающие сразу после приема пищи и не купирующиеся после приема нитроглицерина, при инструментальном обследовании был установлен окончательный диагноз: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь 2 степени. Какому из перечисленных антисекреторных средств следует отдать предпочтение при проведении лечения этого пациента?

1. неселективным холинолитическим средствам
2. блокаторам H₂-гистаминовых рецепторов
3. селективным холинолитическим средствам
4. ингибиторам протонной помпы

4. Больному, обратившему в поликлинику с жалобами на жгучие боли за грудиной и изжогу, не имеющие четкой связи с физической нагрузкой, возникающие сразу после приема пищи и не купирующиеся после приема нитроглицерина, при инструментальном обследовании был установлен окончательный диагноз: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь 2 степени, и принято решение назначить в качестве антисекреторного средства ингибитор протонной помпы. Какому препарату в данном случае Вы отдадите предпочтение из перечисленных?

1. лансопразолу

2. пантопразолу
3. омепразолу
4. рабепразолу

5. Больному с установленным диагнозом ГЭРБ III степени проводится фармакотерапия с использованием рабепразола и мотилиума. Однако, несмотря на это, у больного продолжают упорная изжога, выраженные боли за грудиной, что диктует необходимость усиления защиты слизистой оболочки пищевода от раздражающих агентов путем расширения используемого арсенала фармакотерапии. Какой из нижеперечисленных препаратов на Ваш взгляд следует назначить в данном случае?

1. алмагель
2. де-нол
3. сукральфат
4. натрия альгинат (топалкан).

6. Больной 40 лет жалуется на изжогу, боли в подложечной области и за грудиной после приема пищи, кислую отрыжку, иногда отрыжку пищей "полным ртом", усиление отрыжки и регургитации содержимого желудка при наклоне туловища и физической нагрузке, жгучие боли в области сердца. Болен в течение 2 лет. При осмотре: язык обложен толстым бело-желтым налетом. При пальпации определяется умеренная болезненность в подложечной области. Каков Ваш предварительный диагноз?

1. гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
2. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
3. язвенная болезнь с локализацией язвы в кардиальном отделе желудка
4. рак кардиального отдела желудка

7. Больной 40 лет жалуется на изжогу, боли в подложечной области и за грудиной после приема пищи, кислую отрыжку, иногда отрыжку пищей "полным ртом", усиление отрыжки и регургитации содержимого желудка при наклоне туловища и физической нагрузке, жгучие боли в области сердца. Болен в течение 2 лет. При осмотре: язык обложен толстым бело-желтым налетом. При пальпации определяется умеренная болезненность в подложечной области. Установлен предварительный диагноз: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Какой из этих методов исследования поможет уточнить поставленный предварительный диагноз?

1. эзофагогастроуденофиброскопия
2. рентгенологическое исследование пищевода и желудка с контрастированием
3. внутрипищеводная рН-метрия
4. правильные ответы а) и б).

8. Больной 40 лет жалуется на изжогу, боли в подложечной области и за грудиной после приема пищи, кислую отрыжку, иногда отрыжку пищей "полным ртом", усиление отрыжки и регургитации содержимого желудка при наклоне туловища и физической нагрузке, жгучие боли в области сердца. Болен в течение 2 лет.

При осмотре: язык обложен толстым бело-желтым налетом. При пальпации определяется умеренная болезненность в подложечной области. Установлен предварительный диагноз: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. При эндоскопическом исследовании слизистая оболочка пищевода в нижней его трети резко гиперемирована, отечна, разрыхлена, имеются множественные эрозии и язва размером 0,5 x 0,6 см. Кардия полностью не

смыкается, находится на расстоянии 37 см от верхних резцов. При контрастировании пищевода рентгенологически складки пищевода утолщены, перистальтика вялая, в положении Тренделенбурга наблюдается заброс желудочного содержимого в нижний отрезок пищевода. Желудок подтянут вверх, абдоминальный отдел пищевода находится выше пищеводного отверстия диафрагмы. ЭКГ - без патологии.

Каков Ваш заключительный диагноз?

1. гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь III степени.
2. аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы I степени
3. аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы II степени
4. ишемическая болезнь сердца

9. Больная 29 лет в течение последних 5-6 месяцев ощущает чувство переполнения за грудиной и боли в этой же области после приема пищи, отдающие в межлопаточную область. Довольно часто наблюдается затруднение глотания, обратное поступление накануне съеденной пищи в ротовую полость, особенно при наклоне туловища вперед и в горизонтальном положении. Появился неприятный запах изо рта, в связи с чем чувствует себя неуютно в общении с людьми. В последние 2 месяца начала терять в весе.

При объективном осмотре: питание несколько снижено. Никаких признаков патологии со стороны органов пищеварения не обнаруживается, кроме обложенности языка толстым беложелтым налетом. О какой патологии в данной ситуации можно подумать?

1. диафрагмальной грыже
2. об ахалазии кардии
3. гастростазе
4. всех перечисленных патологических состояниях

10. Больная 29 лет в течение последних 5-6 месяцев ощущает чувство переполнения за грудиной и боли в этой же области после приема пищи, отдающие в межлопаточную область. Довольно часто наблюдается затруднение глотания, обратное поступление накануне съеденной пищи в ротовую полость, особенно при наклоне туловища вперед и в горизонтальном положении. Появился неприятный запах изо рта, в связи с чем чувствует себя неуютно в общении с людьми. В последние 2 месяца начала терять в весе.

При объективном осмотре: питание несколько снижено. Никаких признаков патологии со стороны органов пищеварения не обнаруживается, кроме обложенности языка толстым беложелтым налетом. На основании вышеизложенного заподозрено заболевание, возможно обусловленное нарушением проходимости пищевода и гастродуоденальной зоны, сопровождаемое желудочно-пищеводной регургитацией. Для уточнения диагноза в данном случае необходимо провести обследование пациентки с помощью следующих методов (укажите из числа перечисленных):

1. рентгенологическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с контрастированием.
2. эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с биопсией с измененных участков слизистой оболочки
3. кислотный перфузионный тест Бернштейна и Бейкера
4. правильные ответы а) и б).

11. Больная 29 лет в течение последних 5-6 месяцев ощущает чувство переполнения за грудиной и боли в этой же области после приема пищи, отдающие в межлопаточную область. Довольно часто наблюдается затруднение глотания, обратное поступление

накануне съеденной пищи в ротовую полость, особенно при наклоне туловища вперед и в горизонтальном положении. Появился неприятный запах изо рта, в связи с чем чувствует себя неуютно в общении с людьми. В последние 2 месяца начала терять в весе.

При объективном осмотре: питание несколько понижено. Никаких признаков патологии со стороны органов пищеварения не обнаруживается, кроме обложенности языка толстым беложелтым налетом. На основании вышеизложенного заподозрено заболевание, возможно обусловленное нарушением проходимости пищевода и гастродуоденальной зоны, сопровождаемое желудочно-пищеводной регургитацией. Для уточнения диагноза проведено рентгенологическое и эндоскопическое обследование пациентки.

При рентгенологическом обследовании с контрастированием выявлено сужение терминального отдела пищевода с расширением его вышележащих отделов, задержка эвакуации контраста в желудок и отсутствие газового пузыря желудка. При эндоскопическом исследовании на следующее утро в расширенном пищеводе обнаружены остатки пищи, съеденной накануне вечером, и сужение терминального отдела пищевода, через которое провести конец эндоскопа в желудок не удается.

Какой заключительный диагноз можно поставить в данной ситуации?

1. ахалазия кардии III стадии
2. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
3. рубцовая стриктура пищевода, обусловленная ГЭРБ III-IV стадии
4. рак пищевода

12. Больная 29 лет в течение последних 5-6 месяцев ощущает чувство переполнения за грудиной и боли в этой же области после приема пищи, отдающие в межлопаточную область. Довольно часто наблюдается затруднение глотания, обратное поступление накануне съеденной пищи в ротовую полость, особенно при наклоне туловища вперед и в горизонтальном положении. Появился неприятный запах изо рта, в связи с чем чувствует себя неуютно в общении с людьми. В последние 2 месяца начала терять в весе.

При объективном осмотре: питание несколько понижено. Никаких признаков патологии со стороны органов пищеварения не обнаруживается, кроме обложенности языка толстым беложелтым налетом. На основании вышеизложенного заподозрено заболевание, возможно обусловленное нарушением проходимости пищевода и гастродуоденальной зоны, сопровождаемое желудочно-пищеводной регургитацией. Для уточнения диагноза проведено рентгенологическое и эндоскопическое обследование пациентки.

На основании жалоб, анамнеза, результатов объективного осмотра, а также данных рентгенологического и эндоскопического исследований поставлен заключительный диагноз: Ахалазия кардии III стадии.

Который из перечисленных методов консервативной терапии может дать наиболее стойкий клинический эффект в данной ситуации?

1. диетотерапия
2. фармакотерапия спазмолитическими средствами
3. физиотерапия на область мечевидного отростка
4. инструментальная кардиодилатация

13. Больная 35 лет предъявляет жалобы на голодные и ночные боли в подложечной области, утихающие после приема пищи, а иногда тупые боли и тяжесть в эпигастральной области после приема пищи. Изредка беспокоит изжога, отрыжка кислым, а также чувство быстрого насыщения пищей. Такие жалобы наблюдаются уже в течение 2 лет. Лечилась амбулаторно у терапевта по поводу хронического гастрита без особого успеха.

Объективно: питание сохранено. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при поверхностной пальпации локального напряжения мышц передней брюшной стенки нет. При глубокой пальпации определяется легкая диффузная болезненность в эпигастральной области без четкой локализации. Пальпация печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки и петель кишечника не выявила какого-либо существенного симптома. Стул и мочеиспускание в норме. Общие анализы крови и мочи, а также копрограмма без патологических изменений. Печеночные пробы также в пределах нормы.

О каких заболеваниях у данной пациентки можно сделать предположение?

1. об обострении хронического гастродуоденита
2. об обострении язвенной болезни
3. об обострении хронического панкреатита
4. о всех перечисленных патологических состояниях

16. На основании жалоб, анамнеза и объективных данных больному был определен предварительный диагноз: Функциональная диспепсия, неспецифический вариант течения. Для уточнения диагноза у данного пациента какие исследования из перечисленных ниже Вы выбираете?

1. эзофагогастродуоденоскопия
2. рентгеноскопия пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
3. УЗИ органов брюшной полости
4. все перечисленное

17. Больная 35 лет предъявляет жалобы на голодные и ночные боли в подложечной области, изжогу, утихающие после приема пищи, а иногда тупые боли и тяжесть в эпигастральной области после приема пищи. Изредка появляется чувство быстрого насыщения пищей. Болен уже в течение 2 лет. Лечилась амбулаторно у терапевта по поводу хронического гастрита без особого успеха. Объективно: питание сохранено. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при поверхностной пальпации локального напряжения мышц передней брюшной стенки нет. При глубокой пальпации определяется легкая диффузная болезненность в эпигастральной области без четкой локализации. Пальпация печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки и петель кишечника не выявила какого-либо существенного симптома. Стул и мочеиспускание в норме. Общие анализы крови и мочи, а также копрограмма без патологических изменений. Печеночные пробы также в пределах нормы. В результате проведенных исследований патологических изменений со стороны структуры и морфологии пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, гепатобилиарной системы, а также биохимических анализов не выявлено. При исследовании биоптата слизистой оболочки желудка гистологическим методом пилорический геликобактер не обнаружен. Каков Ваш заключительный клинический диагноз?

1. обострение хронического гастродуоденита
2. обострение язвенной болезни
3. обострение хронического панкреатита
4. синдром эпигастральной боли при функциональной диспепсии

18. Больная 35 лет предъявляет жалобы на голодные и ночные боли в подложечной области, изжогу, утихающие после приема пищи, а иногда тупые боли и тяжесть в эпигастральной области после приема пищи. Изредка появляется чувство быстрого насыщения пищей.

Болен уже в течение 2 лет. Лечилась амбулаторно у терапевта по поводу хронического гастрита без особого успеха.

Объективно: питание сохранено. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при поверхностной пальпации локального напряжения мышц передней брюшной стенки нет. При глубокой пальпации определяется легкая диффузная болезненность в эпигастральной области без четкой локализации. Пальпация печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки и петель кишечника не выявила какого-либо существенного симптома. Стул и мочеиспускание в норме. Общие анализы крови и мочи, а также копрограмма без патологических изменений. Печеночные пробы также в пределах нормы. В результате проведенных исследований патологических изменений со стороны структуры и морфологии пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, гепатобилиарной системы, а также биохимических анализов не выявлено. При исследовании биоптата слизистой оболочки желудка гистологическим методом пилорический геликобактер не обнаружен. Поставлен заключительный клинический диагноз: Функциональная диспепсия, синдром эпигастральной боли. Какие из перечисленных ниже лекарственных средств следует назначить в данном случае?

1. ингибитор протонной помпы, антацидное средство
2. эрадикационная тройная терапия
3. препарат прокинетического действия
4. транквилизатор

19. При лечении отечно-асцитического синдрома при циррозе печени необходимо соблюдать правило: объем выделенной жидкости не должен превышать объема выпитой:

1. на 200-300 мл
2. на 400-500 мл
3. на 1000-1500 мл
4. на 1500-1800 мл

20. Спустя 1 месяц после резекции желудка по поводу осложненной язвенной болезни у больного 60 лет с увеличением объема однократно принимаемой пищи начали беспокоить тяжесть и распирающие боли в эпигастральной области после еды, появилось чувство быстрого насыщения даже после небольшого объема принятой пищи, отрыжка. Через полчаса-час после еды вновь возникает чувство голода. Так продолжается уже 3 недели. При объективном осмотре больной беспокоен, раздражителен. Питание пониженное. Язык чистый. Живот - послеоперационный рубец по срединной линии эпигастрия, здесь же определяется умеренная выраженная пальпаторная болезненность.

О каком заболевании можно подумать в данной ситуации?

1. гастрит культи желудка
2. постгастрорезекционное расстройство по типу синдрома малого желудка
3. пептическая язва анастомоза
4. рак культи желудка

21. Больной 65 лет, в течение многих лет (более 10 лет) страдавший хроническим гастритом с повышенной секреторной функцией желудка, оперирован по поводу язвенной болезни, осложненной стенозом привратника, 5 лет назад. Была произведена резекция желудка по Бильрот-2. Все эти 5 лет чувствовал себя хорошо, никаких жалоб не было. Месяц назад начали беспокоить интенсивные боли в эпигастральной области вне связи с приемом пищи

с иррадиацией в спину и изжога, причем изжога и боли не купировались, как прежде, приемом пищи или антацидов. Изредка наблюдались рвоты с примесью желчи.

При осмотре: больной пониженного питания. Язык чистый. Живот обычной формы, определяется умеренно выраженная болезненность в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Стул обычной окраски, оформленный.

О какой патологии можно сделать предположение в данном случае?

1. о хроническом рефлюкс-гастрите культи желудка
2. о пептической язве анастомоза
3. о раке культи желудка
4. о синдроме приводящей петли

22. У больного с язвенной болезнью в анамнезе была неоднократная рвота остатками пищи и однократно с примесью алой крови. При доставке его в приемное отделение он бледен, пульс частый, а/д = 90/60 мм рт.ст. Поставьте Ваш предварительный диагноз:

1. язвенная болезнь, осложненная кровотечением
2. эрозивный гастрит, осложненный кровотечением
3. желудочное кровотечение неясного генеза
4. возможно все перечисленное

23. У больного с язвенной болезнью в анамнезе была неоднократная рвота остатками пищи и однократно с примесью алой крови. При доставке его в приемное отделение он бледен, пульс частый, а/д = 90/60 мм рт.ст. Каковы Ваши первоочередные действия в плане обследования?

1. безотлагательное рентгенологическое исследование
2. неотложное эндоскопическое исследование, срочный анализ крови на гемоглобин и эритроциты
3. исследование желудочной секреции
4. срочный развернутый анализ крови

24. У больного с язвенной болезнью в анамнезе с 2-х часов ночи до утра была неоднократная рвота остатками пищи и однократно с примесью алой крови. При доставке его в приемное отделение в 8 часов утра он бледен, пульс частый, а/д = 90/60 мм рт.ст. В срочном проведенном анализе крови $Hb = 98$ г/л, эритроцитов $3,5 \cdot 10^9$ /л. При эндоскопическом исследовании на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки имеется язвенный дефект размером $0,5 \times 0,7$ см, покрытый тромбом. Признаков продолжающегося кровотечения нет. Установлен диагноз: Язвенная болезнь с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением.

Какова Ваша тактика в дальнейшем ведении этого пациента?

1. назначить больному гемостатическую терапию и передать пациента на оперативное лечение
2. назначить больному комплексную противоязвенную терапию
3. назначить больному комплексную противоязвенную и гемостатическую терапию
4. правильные ответы 3) и 4).

25. Пациента в течение двух недель беспокоили голодные и ночные боли в эпигастрии. В последние 2-3 дня он предъявляет жалобы на тупые боли в эпигастрии постоянного характера, отдающие в спину, метеоризм, кашицеобразный стул, снижение аппетита, некоторое похудание. При осмотре: язык обложен толстым бело-желтым налетом,

определяется умеренное напряжение мышц и пальпаторная болезненность в эпигастральной области, вздутие живота. О каком заболевании из перечисленных Вы подумали?

1. обострение хронического панкреатита
2. обострение хронического холецистита
3. рак поджелудочной железы
4. язвенная болезнь, осложненная пенетрацией в поджелудочную железу и обострение хронического панкреатита

26. Пациента в течение двух недель беспокоили голодные и ночные боли в эпигастрии. В последние 2-3 дня он предъявляет жалобы на тупые боли в эпигастрии постоянного характера, отдающие в спину, метеоризм, кашицеобразный стул, снижение аппетита, некоторое похудание. При осмотре: язык обложен толстым бело-желтым налетом, определяется умеренное напряжение мышц и пальпаторная болезненность в эпигастральной области, вздутие живота. Больному был поставлен предварительный диагноз: Язвенная болезнь, осложненная пенетрацией в поджелудочную железу и обострение хронического панкреатита. Что из перечисленного следует включить в план первоочередных исследований?

1. обзорная рентгенография брюшной полости
2. УЗИ органов брюшной полости
3. рентгенологическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с контрастированием, дуоденография в условиях гипотонии.
4. все перечисленное

27. Пациента в течение двух недель беспокоили голодные и ночные боли в эпигастрии. В последние 2-3 дня он предъявляет жалобы на тупые боли в эпигастрии постоянного характера, отдающие в спину, метеоризм, кашицеобразный стул, снижение аппетита, некоторое похудание. При осмотре: язык обложен толстым бело-желтым налетом, определяется умеренное напряжение мышц и пальпаторная болезненность в эпигастральной области, вздутие живота. Больному был поставлен предварительный диагноз: Язвенная болезнь, осложненная пенетрацией в поджелудочную железу и обострение хронического панкреатита. В результате проведенных рентгенологических исследований выявлена глубокая язвенная ниша на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, что также было подтверждено при эндоскопическом исследовании, обнаружившем язвенный дефект на задней стенке луковицы.

Каков Ваш клинический диагноз?

1. язвенная болезнь с локализацией язвы на задней стенке луковицы, осложненная пенетрацией язвы в поджелудочную железу.
2. язвенная болезнь с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки в стадии обострения. Обострение хронического болевого панкреатита
3. рак поджелудочной железы с прорастанием в стенку двенадцатиперстной кишки
4. язвенная карцинома луковицы

28. У больного 55 лет, страдающего язвенной болезнью, полгода назад начали беспокоить чувство переполнения в эпигастрии после еды, частая упорная изжога, кислая отрыжка и рвота накануне съеденной пищей. В последний месяц боли и чувство распирания в эпигастрии усилились, появилась отрыжка тухлым, рвота накануне съеденной пищей стала

обильной и приносила облегчение, в связи с чем он стал сам вызывать рвоту, чтобы облегчить свои страдания. Начал быстро терять в весе.

При объективном осмотре: питание снижено, живот несколько втянут. Натощак определяется шум плеска в области желудка, а также визуально определяются перистальтические волны желудка через переднюю брюшную стенку эпигастральной области. Поставлен предварительный диагноз: Язвенная болезнь желудка, осложненная субкомпенсированным стенозом привратника. Какой из перечисленных методов исследования с наибольшей достоверностью поможет определить клинический заключительный диагноз?

1. эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки
2. рентгенологическое исследование с контрастированием с изучением скорости и объема эвакуации из желудка и двенадцатиперстной кишки
3. электрогастрография
4. электрокимография

29. У больного 55 лет, страдающего язвенной болезнью, полгода назад начали беспокоить чувство переполнения в эпигастрии после еды, частая упорная изжога, кислая отрыжка и рвота накануне съеденной пищей. В последний месяц боли и чувство распирания в эпигастрии усилились, появилась отрыжка тухлым, рвота накануне съеденной пищей стала обильной и приносила облегчение, в связи с чем он стал сам вызывать рвоту, чтобы облегчить свои страдания. Начал быстро терять в весе.

При объективном осмотре: питание снижено, живот несколько втянут. Натощак определяется шум плеска в области желудка, а также визуально определяются перистальтические волны желудка через переднюю брюшную стенку эпигастральной области. Поставлен предварительный диагноз: Язвенная болезнь желудка, осложненная субкомпенсированным стенозом привратника.

При рентгенологическом исследовании с контрастированием обнаружено, что в желудке натощак много желудочного содержимого, перистальтика желудка усилена в верхних отделах с постепенным угасанием ее к выходному отделу желудка и при осмотре через 6 часов контрастное вещество все еще остается в желудке.

Какой из перечисленных рентгенологических признаков с наибольшей вероятностью может свидетельствовать о пилоростенозе в стадии субкомпенсации?

1. усиленная сегментирующая перистальтика желудка
2. усиленная перистальтика желудка с ее постепенным затуханием, много желудочного содержимого натощак, отсутствие замедления эвакуации
3. задержка желудочной эвакуации на 6 и более часов
4. правильные ответы а) и г).

30. У больного 55 лет, страдающего язвенной болезнью, полгода назад начали беспокоить чувство переполнения в эпигастрии после еды, частая упорная изжога, кислая отрыжка и рвота накануне съеденной пищей. В последний месяц боли и чувство распирания в эпигастрии усилились, появилась отрыжка тухлым, рвота накануне съеденной пищей стала обильной и приносила облегчение, в связи с чем он стал сам вызывать рвоту, чтобы облегчить свои страдания. Начал быстро терять в весе. При объективном осмотре: питание снижено, живот несколько втянут. Натощак определяется шум плеска в области желудка, а также визуально определяются перистальтические волны желудка через переднюю брюшную стенку эпигастральной области. Поставлен предварительный диагноз: Язвенная болезнь желудка, осложненная субкомпенсированным стенозом привратника.

При рентгенологическом исследовании с контрастированием обнаружено, что в желудке натошак много желудочного содержимого, перистальтика желудка усилена в верхних отделах с постепенным угасанием ее к выходному отделу желудка и при осмотре через 6 часов контрастное вещество все еще остается в желудке. Установлен заключительный клинический диагноз: Язвенная болезнь желудка, осложненная стенозом привратника в стадии субкомпенсации. Выберите дальнейшую тактику ведения этого пациента:

1. повторные промывания желудка
2. вставление на длительное время желудочного зонда для постоянного отсасывания желудочного содержимого
3. промывания желудка, кормление жидкой протертой пищей и проведение комплексной противоязвенной терапии.
4. рекомендовать хирургическое лечение

31. Молодой человек 28 лет, никогда ранее не страдавший заболеваниями желудка, среди полного здоровья после обильного застолья почувствовал внезапную сильную боль в подложечной области "словно ударили в живот ножом". Вскоре почувствовал нарастающую слабость, однако боли в подложечной области уменьшились, но стали беспокоить сухость во рту, жажда, повысилась температура тела до 38^oC. Вызвал карету скорой помощи через 2 часа от начала заболевания и был доставлен в приемное отделение больницы. Объективно: кожные покровы бледные, покрыты испариной. Язык и губы сухие. Тахикардия, тоны сердца приглушены. Дыхание поверхностное, шадящее. Живот вяло участвует в акте дыхания, определяются доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Жобера. Аускультативно - кишечные перистальтические шумы ослаблены, газы не отходят. Поставлен предварительный диагноз: Язвенная болезнь, осложненная перфорацией язвы. Какие первоочередные мероприятия в плане обследования Вы предпримете?

1. обзорная рентгенография органов брюшной полости
2. эндоскопическое исследование
3. кровь на лейкоцитоз
4. все перечисленное

32. Молодой человек 28 лет, никогда ранее не страдавший заболеваниями желудка, среди полного здоровья после обильного застолья почувствовал внезапную сильную боль в подложечной области "словно ударили в живот ножом". Вскоре почувствовал нарастающую слабость, однако боли в подложечной области уменьшились, но стали беспокоить сухость во рту, жажда, повысилась температура тела до 38^oC. Вызвал карету скорой помощи через 2 часа от начала заболевания и был доставлен в приемное отделение больницы. Объективно: кожные покровы бледные, покрыты испариной. Язык и губы сухие. Тахикардия, тоны сердца приглушены. Дыхание поверхностное, шадящее. Живот вяло участвует в акте дыхания, определяются доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Жобера. Аускультативно - кишечные перистальтические шумы ослаблены, газы не отходят. Поставлен предварительный диагноз: Язвенная болезнь, осложненная перфорацией язвы. Произведена обзорная рентгенография органов брюшной полости, при которой под правым куполом диафрагмы обнаружена прослойка воздуха. При эндоскопическом исследовании на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки обнаружена глубокая язва размерами 1,0x1,4 см без признаков кровотечения. Эти данные позволили подтвердить предварительный диагноз и поставить заключительный диагноз: Язвенная болезнь с

локализацией язвы на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, осложненная перфорацией язвы, период разлитого перитонита. Какую тактику следует выбрать в плане его дальнейшего ведения?

1. срочное оперативное вмешательство
2. наблюдение с проведением антибактериального лечения + противоязвенной терапии
3. эрадикационная терапия
4. массивная инфузионная терапия

33. Женщина 35 лет в течение 6 месяцев жалуется на боли по всему животу и вздутие живота, неустойчивый стул - по утрам стул "овечий" с последующим чувством неполного опорожнения кишечника, затем в первую половину дня - 2-3 раза кашицеобразный, иногда с примесью слизи. В ночное время болей и стула нет. При объективном осмотре определяется неравномерное вздутие живота, болезненность в правой и левой подвздошных областях. Других изменений со стороны органов брюшной полости при пальпации не выявлено. Поставьте предварительный диагноз:

1. хронический неспецифический колит
2. дисбактериоз кишечника
3. синдром раздраженной кишки
4. хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью

34. При проведении пробы Бернштейна и Бейкера для диагностики Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни используется раствор

1. серной кислоты
2. уксусной кислоты
3. соляной кислоты
4. яблочной кислоты

35. При Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни I степени проводится лечение в течение 4 недель с использованием следующих препаратов:

1. ингибитор протонной помпы (ИПП).
2. ИПП + прокинетическое средство + антацидный препарат
3. ИПП + антацидный препарат
4. ИПП + прокинетическое средство

36. При Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни II и III степени проводится фармакотерапия с использованием следующих препаратов:

1. ИПП + прокинетическое средство + антацидный препарат
2. ИПП + прокинетическое средство + мукоцитопротектор
3. ИПП + антацидный препарат
4. ИПП + прокинетическое средство

37. Курсы лечения, проводимые при Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни называются:

1. основной курс
2. поддерживающий курс
3. прерывистый курс
4. правильные ответы а) и б)

38. Из числа нижеперечисленных укажите осложнения, не характерные для Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни:

1. язвы пищевода
2. стриктуры пищевода
3. пищевод Баррета
4. полипоз пищевода

39. При ГЭРБ 4 степени производится операция

1. резекция желудка и нижней трети пищевода
2. иссечение пораженного участка пищевода
3. фундопластика
4. экстрамукозная миотомия

40. Основной причиной развития ахалазии кардии является

1. рефлюкс соляной кислоты
2. рефлюкс желчи
3. геликобактер пилори
4. этиология неизвестна

41. При неэффективности медикаментозной терапии Ахалазии кардии используют все перечисленные методы, кроме

1. методов инструментальной кардиодилатации
2. экстрамукозной миотомии
3. фундопластики по Ниссену
4. эндоскопической кардиомиотомии

43. Укажите основное клиническое проявление ахалазии кардии

1. задержка пищи в желудке
2. задержка пищи в пищеводе
3. изжога
4. диарея

44. Основными патогенетическими механизмами развития функциональной диспепсии являются:

1. повышение секреторной функции желудка
2. заражение НР-инфекцией
3. нарушение аккомодации желудка, желудочная дисритмия, нарушения антродуоденальной координации
4. правильные ответы 1) и 2).

45. Из числа нижеприведенных укажите неправильные обозначения вариантов клинического течения функциональной диспепсии:

1. язвенноподобный вариант, дискинетический вариант, неспецифический вариант
2. постпрандиальный дистресс-синдром
3. синдром эпигастральной боли
4. правильные ответы б) и в)

46. Укажите основной критерий диагностики функциональной диспепсии:

1. отсутствие клинических признаков органического заболевания
 2. отсутствие биохимических отклонений
 3. отсутствие морфологических изменений СОЖ
 4. наличие жалоб и отсутствие клинических, биохимических, эндоскопических, ультразвуковых и морфологических признаков органических заболеваний
47. В случае обнаружения НР-инфекции в слизистой оболочке желудка у больного Функциональной диспепсией какому из перечисленных ниже лечебных мер Вы отдадите предпочтение?
1. ИПП + антацидные средства
 2. терапия прокинетическими препаратами
 3. лечение прокинетиками + эрадикационная терапия
 4. ИПП + прокинетики + эрадикационная терапия
48. Из числа ферментов, продуцируемых *H.pylori*, укажите те из них, которые имеют непосредственное отношение к патогенезу хронического неатрофического гастрита:
1. кислая фосфатаза
 2. уреазы, муциназы
 3. фосфолипаза
 4. правильные ответы 1) и 3)
49. Благодаря какому продуценту или приспособлению *H.pylori* адгезируется к эпителиальным клеткам слизистой оболочки антрального отдела желудка?
1. с помощью ресничек
 2. с помощью присосок
 3. с помощью белков-адгезинов
 4. с помощью муциназы
50. *H. pylori* первоначально чаще поражает следующие отделы желудка
1. субкардиальный отдел
 2. кардиальный
 3. фундальный
 4. антральный
51. Диагноз "гастрит" является понятием
1. клиническим
 2. морфологическим
 3. клинико-морфологическим
 4. иммунологическим
52. Диагноз "гастрит" считается правомочным при каком из следующих условий:
1. при наличии нарушения инкреторной функции желудка
 2. при наличии нарушения секреторной функции желудка
 3. при наличии лейкоцитарной инфильтрации слизистой оболочки желудка
 4. при наличии нарушения двигательной функции желудка

53. Какие из перечисленных методов рекомендуется использовать Маастрихтским соглашением-2 (2000) и Маастрихтским соглашением-3 (2005) для диагностики НР-инфекции при НР-ассоциированном гастрите?

1. уреазный мочевино-дыхательный тест с меченым углеродом C14 или C13 и метод иммуноферментного определения фекального антигена *H.pylori*
2. быстрый уреазный тест с биоптатом из желудка
3. ГЕЛИК-тест
4. гистологический метод

54. Выберите правильную комбинацию терапии при хроническом неатрофическом гастрите, ассоциированном с *H.pylori*:

1. ингибиторы протонной помпы + прокинетики + витамины
2. H₂ - блокаторы + антациды + ферменты
3. витамины + заместительная терапия
4. ингибитор протонной помпы + 2 антибактериальных препарата

55. Контроль эффективности эрадикационной терапии при НР-ассоциированном гастрите проводится

1. сразу после окончания 7-10-дневного курса антигеликобактерного лечения
2. спустя 2 недели после окончания эрадикационной терапии
3. спустя, как минимум, 4 недели после окончания эрадикационной терапии
4. спустя 8 недель после окончания эрадикационной терапии

56. Какую из перечисленных мер Вы предпримете при неэффективности эрадикационной терапии первой линии по Маастрихту-2 (2000)?

1. использование той же схемы в удвоенной дозе препаратов
2. назначение терапии второй линии и назначение четырехкомпонентной эрадикационной терапии (квадротерапия)
3. назначение той же схемы лечения в течение 14 дней
4. назначение любой другой схемы первой линии в течение 14 дней

57. В случаях неудачной эрадикации при использовании терапии второй линии (квадротерапии) используется:

1. "терапия отчаяния".
2. "терапия спасения".
3. "терапия по необходимости".
4. "терапия по требованию".

58. Из схем, включаемых в "терапию спасения" Маастрихтом-3 (2005), в условиях Кыргызской Республики предпочтительной следует считать:

1. ИПП + амоксициллин 3 г/сутки в течение 10-14 дней
2. ИПП + амоксициллин + рифабутин (или левофлоксацин) в течение 7-10 дней
3. ИПП + висмут + тетрациклин + фуразолидон в течение 7 суток и назначение терапии после определения чувствительности НР-инфекции к антибактериальным средствам
4. правильные ответы а) и б).

59. Для установления диагноза НР-ассоциированного хронического гастрита следует:

1. определить наличие НР-инфекции в желудке

2. изучить секреторную функцию желудка
 3. провести гистологическое исследование СОЖ
 4. правильно все перечисленное
60. Для установления диагноза хронического аутоиммунного гастрита необходимо изучение всего перечисленного, кроме:
1. гистологическое исследование морфологии слизистой оболочки тела и фундального отделов желудка
 2. изучение секреторной функции желудка
 3. определение уровня аскорбиновой кислоты в крови и изучение морфологии слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки
 4. определение уровня витамина В12 в крови
61. Что является верным по отношению к этиологии хронического аутоиммунного гастрита ?
1. НР-инфекция
 2. E.coli
 3. алиментарный фактор
 4. этиология неизвестна
62. При обострении хронического аутоиммунного гастрита показана
1. диета № 2
 2. диета № 3.
 3. диета № 1a
 4. диета № 1
63. Какой из перечисленных методов является патогенетически обоснованным при лечении хронического аутоиммунного гастрита вне обострения?
1. феррротерапия и аутогемотерапия
 2. назначение натурального желудочного сока
 3. инъекции раствора витамина В12 до восстановления нормального уровня гемоглобина
 4. правильные ответы 2), 3) и 4).
64. Ведущим патогенетическим звеном развития язвенной болезни с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке является
1. резко выраженный кислотно-пептический фактор
 2. рефлюкс желчи
 3. ослабление защитных факторов слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки
 4. иммунологические факторы
65. Ведущим патогенетическим звеном язвенной болезни с локализацией язвы в теле желудка является:
1. кислотно - пептический фактор
 2. рефлюкс желчи
 3. снижение защитных свойств слизистой оболочки желудка (СОЖ).
 4. нарушение моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта

66. К агрессивным факторам, способствующим развитию язвенной болезни, относятся все, кроме

1. повышенная продукция соляной кислоты
2. повышенная продукция пепсиногена
3. повышенное выделение желудочной слизи
4. усиленная обратная диффузия водородных ионов

67. К защитным факторам, противостоящим агрессивным факторам при развитии язвенной болезни, относятся все перечисленное, кроме

1. защитный слизистый барьер
2. активная регенераторная способность поверхностного эпителия слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки
3. хорошо выраженная секреторная функция желудка
4. оптимальное кровоснабжение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки

68. Какой из этих механизмов лежит в основе патогенеза язвенной болезни по Витебскому Я.Д.?

1. нарушение функций нижнего пищеводного сфинктера и привратника
2. хроническое нарушение дуоденальной проходимости и дуоденальная гипертензия
3. острые и хронические стрессовые ситуации
4. нарушения в режиме питания

69. Ранние (через 30-60 минут после приема пищи) боли в эпигастральной области и за грудиной характерны для локализации язвенного дефекта

1. в луковице двенадцатиперстной кишки
2. в забульбарном отделе двенадцатиперстной кишки
3. в пилорическом канале
4. в кардиальном и субкардиальном отделе желудка

70. Поздние, голодные и ночные боли в эпигастрии характерны для всех локализаций язвенного дефекта, кроме

1. луковичной язвы
2. антральной язвы
3. локализации язвы в пилорическом канале
4. локализации язвы в верхних отделах желудка

71. Упорное течение с выраженным, приступообразным болевым синдромом, упорной изжогой, чувством полноты и распирания в эпигастральной области после еды характерны для:

1. кардиальных и субкардиальных язв
2. локализации язв на малой и большой кривизне желудка
3. локализации язвы в пилорическом канале
4. луковичных язв

72. Симуляция симптоматики гепатобилиарной патологии и частое осложнение пенетрацией в поджелудочную железу присущи

1. локализации язвы на задней стенке антрального отдела желудка

2. локализации язвы на передней стенке антрального отдела желудка
 3. локализации язвы на задней стенке луковицы
 4. локализации язвы на передней стенке луковицы
73. Укажите из числа нижеприведенных нехарактерное для язвенной болезни осложнение:
1. кровотечение
 2. перфорация
 3. пенетрация
 4. кардиоспазм
74. Укажите из числа нижеприведенных симптом, не свидетельствующий об осложнении течения язвенной болезни кровотечением
1. рвота "кофейной гущей".
 2. дегтеобразный стул (мелена).
 3. симптом Бергмана
 4. симптом Жобера
75. Какой из нижеперечисленных симптомов может свидетельствовать о перфорации язвы?
1. симптом Бергмана
 2. симптом Жобера
 3. симптом Мерфи
 4. симптом Айзенберга - I
76. Язва какой локализации наиболее часто дает малигнизацию?
1. язва луковицы
 2. внелуковичные язвы
 3. язвы кардиального отдела желудка
 4. язвы большой кривизны
77. Лечение больных НР-негативной язвенной болезнью должно включать:
1. монотерапию каким-либо одним препаратом
 2. только 7-10-дневную эрадикационную терапию
 3. одно антисекреторное средство
 4. комплексную терапию
78. Какая из приведенных ниже схем первой линии является предпочтительной при проведении эрадикационной терапии НР-позитивной язвенной болезни?
1. ИПП х 2 раза + амоксицилин по 1,0 х 2 раза + кларитромицин по 0,5 х 2 раза в течение 7-10 дней
 2. ИПП х 2 раза + трихопол 0,25 х 4 раза + кларитромицин 0,25 х 2 раза в течение 7-10 дней
 3. ИПП х 2 раза + амоксицилин 0,5 х 3 раза + трихопол 0,25 х 4 раза в течение 7-10 дней.
 4. ни одна из них
79. Какое из перечисленных лечебных мер Вы предпримете при неэффективности эрадикационной терапии первой линии при язвенной болезни?

1. повторное использование той же схемы в удвоенной дозе антибактериальных средств
 2. повторное использование той же схемы в течение 14 дней
 3. назначение эрадикационной терапии второй линии и назначение четырехкомпонентной эрадикационной терапии (квадротерапия).
 4. назначение другой схемы первой линии в течение 14 дней.
80. Какая из этих схем, рекомендуемых Маастрихтом-3 для "терапии спасения" НР-позитивной язвенной болезни, предпочтительна в условиях нашей страны?
1. ИПП + амоксициллин 3 грамма в сутки в течение 10-14 дней
 2. ИПП + амоксициллин + рифабутин (или левофлоксацин) в течение 7-10 дней
 3. ИПП + препарат висмута + тетрациклин + фуразолидон в течение 7 суток
 4. назначение терапии после определения чувствительности НР к антибактериальным средствам
81. Механическое щажение желудочно-кишечного тракта обеспечивается исключением:
1. клеточных мембран
 2. соединительной ткани
 3. неизмельченной пищи
 4. всего перечисленного
82. Химическое щажение желудочно-кишечного тракта обеспечивается исключением:
1. органических кислот
 2. экстрактивных веществ
 3. эфирных масел
 4. пряностей и специй
83. К числу пищевых антацидов относятся все, кроме
1. молока.
 2. отварного мяса
 3. мясного бульона и свежего творога
 4. маринованных огурцов
84. Какой из нижеприведенных синдромов относится к числу постгастрорезекционных расстройств?
1. синдром Жильбера
 2. синдром Ротора
 3. синдром Баррета
 4. синдром приводящей петли.
85. Какие из нижеперечисленных патогенетических механизмов могут лежать в основе развития демпинг-синдрома?
1. развитие высокого осмотического давления в начальном отрезке тощей кишки и развитие гипогликемии
 2. снижение осмотического давления в начальном отрезке тощей кишки
 3. повышенное всасывание водорастворимых витаминов
 4. повышенное всасывание белков

86. Какой из перечисленных методов исследования имеет ведущее значение в диагностике синдрома приводящей петли ?

1. опрос и осмотр пациента
2. эндоскопическое исследование
3. рентгенологическое исследование желудка и тонкой кишки с применением контрастного вещества
4. электрографическое исследование двигательной функции желудка и кишечника

87. .Врач вызван к подростку 15 лет в связи с внезапной обильной рвотой, болями в животе. Неделю назад он заболел ангиной. По настоянию бабушки принимал аспирин в течение нескольких дней. Несколько часов назад выпил 2 чашки крепкого кофе и почувствовал общую слабость, головокружение, «мелькание мушек». Накануне ел студень, жареную курицу, шоколадный торт, апельсины, ананас, пил чай, пепси-колу. Рвотные массы напоминают кофейную гущу, содержат комки съеденной накануне пищи. Пациент бледен, ЧСС 100 в 1 мин, слабого наполнения, АД 100/ 50 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии. В последние сутки стула не было. Наиболее вероятный диагноз

1. пищевая токсикоинфекция
2. острый панкреатит
3. синдром Мэллори—Вейсса
4. аллергический энтероколит

88. Больной 49 лет прооперирован по поводу язвенного кровотечения с перфорацией 5 лет назад. Отмечает боли, похожие на прежние, язвенные, но локализующиеся в эпигастральной области слева. Отмечает рвоты на высоте болей и похудение. Консервативное лечение не эффективно. В кале реакция Грегерсена (). Какое из нижеприведенных заболеваний следует подозревать в первую очередь

1. синдром гипогликемии
2. агастральная астения
3. синдром приводящей петли
4. пептическая язва анастомоза

89. У больного 52 лет в течение длительного времени на фоне жалоб астенического характера периодически появляется чувство тяжести в правом подреберье, тошнота, небольшая желтуха. В это время нарушаются биохимические показатели функции печени: АЛТ, билирубин, сулемовая проба, тимоловая проба, белковые фракции. Рецидивы связаны с инфекциями. Работоспособность сохраняется. Какому из нижеприведенных диагнозов соответствуют клинический синдром и лабораторные данные

1. портальный цирроз печени
2. хронический персистирующий гепатит
3. билиарный цирроз печени
4. хронический активный гепатит

90. Больного 56 лет беспокоит боль в эпигастрии. Через несколько часов после возникновения боль стала сопровождаться чувством сдавления горла, нехваткой воздуха, онемением левой руки, болью в межлопаточном пространстве. В анамнезе язвенная болезнь желудка. При осмотре: живот вздут, от перемены положения в постели боль не изменяется. Напряжение брюшной стенки исчезает, когда больной отвлекается, затем появляется вновь.

Какому из перечисленных ниже диагнозов соответствует клиническая манифестация болезни

1. язвенная болезнь, перфорация язвы двенадцатиперстной кишки
2. разрыв аневризмы брюшной аорты
3. острая кишечная непроходимость
4. острый инфаркт миокарда

91. Больная 45 лет с детства страдает запорами, стул один-два раза в неделю. Некоторое улучшение наблюдалось в пубертатном периоде. В настоящее время самостоятельно стул бывает один раз в две недели с выделением твердых каловых масс. Вынуждена пользоваться клизмами. В детстве и юности часто бывал “двухэтапный стул”, когда после одной дефекации через полчаса-час наблюдалась вторая, а затем снова следовал период запора. Подберите диагноз из нижеперечисленных

1. микседема
2. эндометриоз кишечника
3. мегадолихоколон
4. рак толстой кишки

92. Мужчина 55 лет последние три года страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами. На терапию H₂-гистаминблокаторами реакция положительная. Поступил с кровоточащей язвой. Сделано переливание крови. За четыре недели терапии ранитидином язва зарубцевалась. Какова дальнейшая лечебная тактика

1. прерывистая курсовая терапия H₂-гистаминблокаторами
2. поддерживающая терапия H₂-гистаминблокаторами
3. хирургическое лечение
4. терапия сукральфатом

93. У мужчины 51 года отмечаются длительные боли и чувство распирания в правом подреберье. При обследовании: желтухи нет, положительный симптом Керра, температура субфебрильная, СОЭ — 30 мм/ч. Каков предполагаемый диагноз

1. хронический холецистит в фазе обострения
2. хронический панкреатит в фазе ремиссии
3. язвенная болезнь желудка в фазе обострения
4. хронический гепатит

94. Какие средства обладают цитопротективным действием в отношении слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки

1. облепиховое масло
2. викалин
3. гастрोцепин
4. сукральфат

95. У больного 20 лет, астеника, на фоне нейроциркуляторной дистонии появились тупые боли в правом подреберье, провоцирующиеся стрессовыми ситуациями, без повышения температуры тела. При обследовании: конкрементов в желчных путях не выявлено, на холецистограммах желчный пузырь уменьшен в размерах, при дуоденальном зондировании объем порции ТВУ — 15 мл, время — 3 минуты. Наиболее вероятно, что у больного

1. хронический холецистит

2. дискинезия желчных путей по гипомоторному типу
3. дискинезия желчных путей по гипермоторному типу
4. хронический гастрит

96. Женщина 43 лет обратилась к врачу с жалобами на запоры. У нее практически не бывает самостоятельного стула. В беседе выяснилось, что ее беспокоит также зябкость конечностей, утомляемость; стали выпадать волосы. Работает программистом, много времени проводит за компьютером. При осмотре выявлена сухость кожи, слизистых оболочек. Глухие тоны сердца. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации определяется плотная, заполненная каловыми массами сигмовидная кишка. Выберите наиболее информативный диагностический тест для данной больной

1. фиброгастроскопия
2. определение гормонов щитовидной железы и ТТГ, антител к щитовидной железе
3. фиброколоноскопия
4. копрограмма

97. Максимальную продолжительность жизни больных циррозом печени можно обеспечить, если

1. проводить систематическую лекарственную терапию больных, используя глюкокортикоиды
2. обеспечить тщательное соблюдение жесткой ограниченной диеты
3. своевременно провести операцию портокавального анастомоза или спленэктомию
4. осуществлять систему мероприятий, включающих в себя психотерапию, исключение алкоголя и гепатотоксичных веществ, сбалансированное полноценное питание и этиотропные воздействия

98. Гастрит вызывает

1. усиление секреторной функции желудка и поджелудочной железы
2. торможение секреции соляной кислоты в желудке
3. торможение секреции ферментов поджелудочной железы
4. торможение моторики желудка

99. Мужчина 52 лет госпитализирован по экстренным показаниям с жалобами на рвоту, повторный жидкий стул в течение суток. Ранее подобных явлений не было. ЧСС - 96 уд./мин, АД 100/70 мм рт. ст. При пальцевом исследовании прямой кишки обнаружены следы кала черного цвета. Выберите оптимальный метод исследования

1. ректороманоскопия
2. ирригоскопия
3. эзофагогастродуоденоскопия
4. рентгеноскопия желудка

100. У больного с пульсирующим образованием в эпигастрии, над которым прослушивается систолический шум, внезапно появились резкие боли в животе, развилось коллаптоидное состояние с потерей сознания. Ваш диагноз

1. прободная язва
2. острый аппендицит
3. разрыв аневризмы
4. острый холецистит

101. Пациентка 45 лет, блондинка, индекс массы тела 32, жалуется на периодически возникающие боли в правом подреберье, спровоцированные, как правило, употреблением яиц, селедки, свинины. Болеет несколько лет, отмечает постепенное учащение приступов. Боли проходят после приема спазмолитиков. При пальпации - выраженная болезненность в правом подреберье. Аланинаминотрансфераза - 0,8; билирубин -32 мкмоль/л, прямой -20 мкмоль/л. В моче обнаружены желчные пигменты. В кале понижено содержание стеркобилиногена. Щелочная фосфатаза - 18 ед. Вероятный диагноз

1. дискинезия желчных путей
2. хронический гепатопанкреатит
3. калькулезный холецистит, подпеченочная желтуха
4. гемолитическая желтуха, синдром Жильбера

102. Мужчина 55 лет 3 года страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами. На терапию H₂-гистаминблокаторами реагировал положительно. Поступил с кровоточащей язвой. Переливалась кровь. За 4 недели терапии ранитидином язва зарубцевалась. Какова дальнейшая лечебная тактика

1. прерывистая курсовая терапия H₂-гистаминблокаторами
2. поддерживающая терапия H₂-гистаминблокаторами
3. хирургическое лечение
4. терапия сукральфатом

103. Больная С., 43 лет, поступила в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в области правого подреберья, усиливающиеся после приема обильной, жирной пищи, алкоголя. Боли иррадируют в область правого плеча и шеи и чередуются с ощущением давления в правом подреберье, усиливающимся в положении на правом боку, наклонах туловища. Отмечаются также тошнота, горечь во рту, повышение температуры тела до 37,50, раздражительность.

Каков Ваш предварительный диагноз?

1. хронический гастродуоденит, обострение
2. хронический бескаменный холецистит, обострение
3. желчнокаменная болезнь, обострение
4. функциональное расстройство желчного пузыря

104. В результате опроса и объективного осмотра пациента, обратившегося к Вам за помощью, не удалось определить диагноз, и возникли мысли о возможности у него обострения хронического рефлюкс-гастрита, язвенной болезни, хронического холецистита, синдроме эпигастральной боли при функциональной диспепсии, об обострении хронического антрального гастрита, ассоциированного с НР-инфекцией. Для уточнения диагноза у данного пациента какие исследования из перечисленных ниже Вы выбираете?

1. эзофагогастродуоденоскопия с биопсией
2. уреазный тест с биоптатом
3. УЗИ органов брюшной полости
4. все перечисленное

105. Больная К, 52 года, предъявляет жалобы на острые приступообразные боли в правом подреберье, возникшие после приема острой и жирной пищи, с иррадиацией в правую лопатку, правое плечо, однократную рвоту, повышение температуры до 37,6. Поставьте предварительный диагноз?

- 1.Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- 2.Язвенная болезнь желудка
- 3.Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

4. Калькулезный холецистит

106. Больной 42 лет, обратился в приемное отделение с жалобами на сильные, интенсивные боли в подложечной области с иррадиацией в левое подреберье и поясничную область слева. Боли сопровождаются тошнотой, многократной рвотой, не приносящей больному облегчения. Однократно был жидкий стул без примесей. Заболел накануне вечером после банкета. Из анамнеза удалось выяснить, что боли в подложечной области периодически беспокоят в течение последних трех лет, иногда носят опоясывающий характер и провоцируется приемом алкоголя и жирной пищи. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался, не обследовался. Объективно: больной пониженного питания, температура - 37,3 °С, АД - 120/70 мм рт. ст. В общем анализе крови: Нв - 130 г/л, лейкоциты - $10,8 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 20 мм/час. Амилаза мочи - 128 ед., билирубин общий - 17,3 мкмоль/л. На основании вышеизложенного какое из нижеперечисленных заболеваний наиболее вероятно?

1. язвенная болезнь
2. обострение хронического панкреатита
3. обострение хронического холецистита
4. опухолевое заболевание поджелудочной железы

107. На основании жалоб, анамнеза, объективных данных Вы поставили предварительный диагноз: Обострение хронического рецидивирующего панкреатита. Какие из перечисленных методов клиничко-лабораторных исследований могут подтвердить Ваш предварительный диагноз?

1. определение уровня сахара в крови
2. определение уровня холестерина в крови
3. определение уровня активности АСТ и АЛТ в крови
4. определение уровня активности диастазы в крови и моче

108. В результате опроса, осмотра, инструментального и клиничко-лабораторного исследования больному установлен диагноз: Обострение хронического рецидивирующего панкреатита, болевая форма. Определите главную задачу из приведенной программы лечения этого больного

1. коррекция внешнесекреторной функции поджелудочной железы
2. заместительная полиферментная терапия
3. терапия, направленная на купирование болевого синдрома
4. противовоспалительная антибактериальная терапия

109. Больной 52 лет предъявляет жалобы на голодные и ночные боли в подложечной области, утихающие после приема пищи, а иногда тупые боли и тяжесть в эпигастральной области справа после приема пищи. Изредка беспокоит изжога, отрыжка кислым. Такие жалобы наблюдаются уже в течение полугода. Прошел эндоскопическое исследование. Было сделано заключение о наличии признаков атрофического гастрита. Лечился амбулаторно у терапевта по поводу хронического атрофического гастрита без особого успеха. Через месяц после лечения жалобы возобновились. Объективно: питание сохранено. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при поверхностной пальпации локального напряжения мышц передней брюшной стенки нет. При глубокой пальпации определяется легкая локальная болезненность в эпигастральной области справа. Пальпация печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки и петель кишечника не выявила какого-либо существенных симптомов. Стул - со склонностью к запорам, мочеиспускание в норме. Общие анализы крови и мочи, а также копрограмма без патологических изменений. Печеночные пробы также в пределах нормы. О каких заболеваниях у данного больного можно думать?

1. об обострении язвенной болезни
2. об обострении хронического холецистита
3. об обострении хронического антрального гастрита, ассоциированного с НР-инфекцией
4. о всех перечисленных патологических состояниях

110. Больной 23 лет, обратился с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье, умеренную желтуху, общую слабость, похудание, боли в суставах. В анамнезе: острый вирусный гепатит в

детстве. Объективно: кожные покровы желтушные с единичными телеангиоэктазиями. Печень увеличена - выступает из-под края правой реберной дуги на 2 см. Селезенка не пальпируется. При биохимических исследованиях: уровень трансаминаз повышен более 3 раз, общий билирубин - 32,8 мкмоль/л. Тимоловая проба - 9,3 ед. Обнаружен австралийский антиген.

Какой диагноз наиболее вероятен?

1. аутоиммунный гепатит
2. первичный билиарный цирроз печени
3. хронический гепатит В
4. цирроз печени

111. Больная 56 лет, поступила с жалобами на кожный зуд, желтуху, боли в правом подреберье, похудание, темные пятна в межлопаточной области и в области плеча. В анамнезе: 7 лет назад появилась пигментация в межлопаточной области и в области плеча. В течение 3-4 лет беспокоит кожный зуд. Лечилась у дерматологов без особого успеха. В последнее время кожный зуд усилился и появилась желтуха. В анализах: гипербилирубинемия за счет прямой фракции, значительное повышение ЩФ, ГГТП, умеренное повышение трансаминаз.

Из числа нижеперечисленных укажите наиболее вероятный диагноз:

1. хронический гепатит вирусной этиологии
2. болезнь Вильсона-Коновалова
3. желчнокаменная болезнь
4. первичный билиарный цирроз печени

112. Больному 42 лет на основании клинических, биохимических, серологических и инструментальных данных был выставлен клинический диагноз: Хронический гепатит С высокой степени активности, компенсированный. Выберите правильную комбинацию препаратов для лечения этого пациента из числа ниже приведенных схем.

1. интерферон + рибавирин + гепатопротектор
2. интерферон + ламивудин + гепатопротектор
3. интерферон + гепатопротектор
4. рибавирин + гепатопротектор

113. Больной 43 лет предъявляет жалобы на боли в правом и левом подреберьях, усиливающиеся при ходьбе, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, частые носовые кровотечения, резкое похудание на 12 кг за 3 месяца. Болен в течение 4 лет, когда впервые отметил потемнение кожных покровов. Резкое ухудшение состояния в течение последнего месяца, выразившееся в значительном потемнении мочи, появлении отеков и увеличении объема живота.

Объективно: кожные покровы бронзовой окраски, иктеричность склер, темная пигментация ладонных складок и подошв, "сосудистые звездочки" на груди, спине и плечах. Живот увеличен за счет свободной жидкости в брюшной полости. Печень и селезенка увеличены в размерах.

Какой предварительный диагноз наиболее вероятен

1. гемохроматоз
2. болезнь Вильсона-Коновалова
3. первичный билиарный цирроз печени
4. амилоидоз печени

114. Мужчина 45 лет, заболел остро после употребления алкоголя, обильной и острой пищи. Появилась ноющая боль в правом подреберье и эпигастральной области. К врачу обратился через 3 суток, когда заметил иктеричность склер, желтушность кожных покровов и отсутствие аппетита. Ранее к врачам не обращался.

Объективно: больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны, на коже груди и шеи - телеангиоэктазии по типу "сосудистых звездочек". Трemor пальцев рук. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, зоне Шоффара. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее острый, плотный,

поверхность гладкая. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 115/60 мм рт.ст. ЧСС - 68 в 1 мин. В легких везикулярное дыхание. Результаты лабораторных исследований: АСТ и АЛТ увеличены в 2 раза, ЩФ - в пределах нормы, ГГТП - увеличена до 3 норм.

Между какими из перечисленных заболеваний следует проводить дифференциальный диагноз?

1. вирусный гепатит
2. алкогольная болезнь печени в стадии хронического гепатита
3. цирроз печени
4. между всеми перечисленными

115. Женщина 48 лет, врач, оперирующий акушер-гинеколог, госпитализирована в жалобами на резкую слабость, снижение работоспособности, похудание на 5 кг за последний год, вздутие живота, боли в суставах. В анамнезе - неоднократные случаи порезов перчаток и рук во время операций. При осмотре: питание удовлетворительное, субиктеричность склер, язык слегка обложен сероватым налетом. Печень выступает на 1,5-2 см из-под правой реберной дуги, край ее болезненный, закругленный. Селезенка не пальпируется. Сердце и легкие без патологии.

Какой из перечисленных предварительных диагнозов наиболее вероятен?

1. хронический панкреатит
2. цирроз печени
3. вирусный гепатит
4. аутоиммунный гепатит

116. Больная 22 лет в течение последних 3-х лет наблюдается в поликлинике по поводу внезапно возникающих приступов коликообразных болей в правом подреберье, носящих кратковременный характер. Приступ сопровождается тошнотой, потливостью. Возникновение приступа связывает с психоэмоциональными факторами. Боли купируются инъекцией но-шпы. За период наблюдения повышения температуры тела, желтухи не отмечалось. Пузырные симптомы в периоды обострения слабо положительные. Неоднократное проведение общего анализа крови, мочи, печеночных проб в периоды обострения отклонений не выявило. Каков предварительный диагноз?

1. хронический холецистит
2. желчно-каменная болезнь
3. функциональное расстройство желчевыводящих путей по гипертоническому типу
4. функциональное расстройство желчевыводящих путей по гипотоническому типу

117. В результате опроса и объективного осмотра больной 22 лет на основании жалоб, анамнеза и объективных данных - приступообразные коликообразные боли в правом подреберье, провоцируемые психоэмоциональными факторами и купируемые но-шпой и не сопровождаемые отклонениями со стороны анализов крови, мочи и биохимических исследований крови выставлен предварительный диагноз: Функциональное расстройство желчевыводящих путей по гипертоническому типу. Какое исследование следует провести для уточнения диагноза?

1. УЗИ с оценкой функционального состояния желчного пузыря и сфинктера Одди
2. эндоскопическая ультрасонография
3. дуоденальное зондирование
4. все перечисленное

118. Больной 22 лет на основании жалоб, анамнеза и объективных данных - приступообразные коликообразные боли в правом подреберье, провоцируемые психоэмоциональными факторами и купируемые но-шпой, и не сопровождаемые отклонениями со стороны анализов крови, мочи и биохимических исследований крови выставлен предварительный диагноз: Функциональное расстройство желчевыводящих путей по гипертоническому типу. Проведенные инструментальные исследования позволили уточнить и выставить заключительный диагноз: Функциональное расстройство желчевыводящих путей по гипертоническому типу.

Какой вариант лечения наиболее приемлем для данной пациентки?

1. диета № 5, спазмолитические средства и биостимуляторы

2. диета № 5, прокинетики, транквилизаторы
3. диета № 5, антибиотики, спазмолитики
4. диета № 5, спазмолитики, транквилизаторы

119. Больная 15 лет предъявляет жалобы на желтуху, боли в суставах, повышение температуры тела до 38,50С, общую слабость. Дожелтушный период сопровождался астено-вегетативным синдромом, анорексией. Была госпитализирована в инфекционный стационар с подозрением на острый вирусный гепатит. При обследовании: кожа и видимые слизистые желтушные, "сосудистые звездочки" на груди и спине, геморрагическая пурпура на щеках. Печень выступает из-под реберной дуги на 5 см, болезненна при пальпации. Селезенка не увеличена. В ОАК - умеренная анемия (Hb = 90 г/л), резко увеличена СОЭ=55 мм/час. Биохимические анализы крови: тимоловая проба - 16 ед., альфа-глобулины - 40,2%, активность трансаминаз увеличена в 5 раз, общий билирубин - 35,5 мкмоль/л (прямой - 25,5 мкмоль/л, непрямой - 10 мкмоль/л). LE-клетки не обнаружены, серологические маркеры вирусов гепатита - отр. Каков Ваш предварительный диагноз?

1. системная красная волчанка
2. аутоиммунный гепатит I типа
3. первичный билиарный цирроз печени
4. синдром Жильбера

120. Больная 66 лет каретой скорой помощи была доставлена в стационар с признаками кровавой рвоты (вишневого цвета), дегтеобразного стула и резкой слабостью. Из анамнеза: в течение 20 лет страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом II типа, по поводу которых в течение всего этого времени постоянно принимает гипотензивные и сахароснижающие препараты. Страдает ожирением II степени. Злоупотребление алкоголем отрицает. Вирусный гепатит также отрицает. После обследования у больной был выявлен цирроз печени, осложнившийся кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода. Вирусный генез цирроза печени исключен методом ИФА и ПЦР. Что из перечисленного послужило основанием утверждать о развитии стеатогепатитного цирроза печени?

1. сахарный диабет II типа
2. артериальная гипертензия
3. длительный прием лекарственных препаратов
4. все перечисленное

121. Больная 56 лет, поступила с жалобами на кожный зуд, желтуху, боли в правом подреберье, похудание, темные пятна в межлопаточной области и в области плеча. В анамнезе: 7 лет назад появилась пигментация в межлопаточной области и в области плеча. В течение 3-4 лет беспокоит кожный зуд. Лечилась у дерматологов без особого успеха. В последнее время кожный зуд усилился и появилась желтуха. В анализах: гипербилирубинемия за счет прямой фракции, значительное повышение ЩФ, ГГТП, умеренное повышение трансаминаз. Поставлен предварительный диагноз: Первичный билиарный цирроз печени. Какой из препаратов обязательно следует назначить данной больной?

1. урсодезоксихолевая кислота
2. большая доза цитостатиков
3. колхицин
4. антибиотик

122. Больному 42 лет на основании клинических, биохимических, серологических и инструментальных данных был выставлен клинический диагноз: Хронический гепатит В, активный. Выберите правильную комбинацию препаратов для лечения этого пациента из числа ниже приведенных:

1. интерферон + рибавирин + гепатопротектор
2. рибавирин + гепатопротектор
3. интерферон + ламивудин + гепатопротектор

4. ламивудин + рибавирин
5. ламивудин + гепатопротектор

123. Больная С., 43 лет, поступила в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в области правого подреберья, усиливающиеся после приема обильной, жирной пищи, алкоголя. Боли иррадируют в область правого плеча и шеи и чередуются с ощущением давления в правом подреберье, усиливающимся в положении на правом боку, наклонах туловища. Отмечаются также тошнота, горечь во рту, повышение температуры тела до 37,50, раздражительность. Больной был поставлен предварительный диагноз Хронический бескаменный холецистит, обострение.

Для подтверждения диагноза на этом этапе необходимо провести все перечисленные исследования, кроме:

1. печеночные пробы: билирубин, АЛТ, АСТ, тимоловая проба
2. дуоденальное зондирование с микроскопией и посевом желчи
3. альфа-амилаза крови и мочи
4. ультразвуковое исследование органов брюшной полости

124. Больная 63 лет, обратилась к врачу с жалобами на вздутие живота, снижение аппетита, запоры, горечь во рту. Эти жалобы усиливаются при приеме жирной и жареной пищи. При обследовании на УЗИ были обнаружены два конкремента в полости желчного пузыря. Диаметр камней 0,3-0,5 см. Нарушения функции желчного пузыря не выявлено. Со слов больной - год назад при прохождении УЗ-исследования камней в желчном пузыре не было. Объективно: повышенного питания, вес 80 кг. Отмечаются слабopоложительные пузырьные симптомы. Больной был выставлен диагноз Желчнокаменная болезнь. Выберите клиническую форму ЖКБ для данной больной.

1. латентная
2. псевдотуморозная
3. диспепсическая
4. болевая торпидная

125. Больная С., 43 лет, поступила в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в области правого подреберья, усиливающиеся после приема обильной, жирной пищи, алкоголя. Боли иррадируют в область правого плеча и шеи и чередуются с ощущением давления в правом подреберье, усиливающимся в положении на правом боку, наклонах туловища. Отмечаются также тошнота, горечь во рту, повышение температуры тела до 37,50, раздражительность. Поставьте Ваш предварительный диагноз.

1. хронический гастродуоденит, обострение
2. хронический бескаменный холецистит, обострение
3. желчнокаменная болезнь, обострение
4. хронический панкреатит, обострение

126. У 67-летнего больного, страдающего ИБС, получающего ацетилсалициловую кислоту в дозе 325 мг в сутки, выявлена язва желудка. В крови выраженная гипохромная анемия, выявлен *Helicobacter pylori* с помощью дыхательного теста. Выберите неверные утверждения.

1. Используемая доза ацетилсалициловой кислоты не может вызвать язвенного кровотечения
2. Для лечения язвы должны быть использованы ингибиторы протонной помпы
3. Содержание сывороточного железа снижено
4. Показана антихеликобактерная терапия

127. Больная С., 43 лет, поступила в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в области правого подреберья, усиливающиеся после приема обильной, жирной пищи, алкоголя. Боли иррадируют в область правого плеча и шеи и чередуются с ощущением давления в правом подреберье, усиливающимся в положении на правом боку, наклонах туловища. Отмечаются также тошнота, горечь во рту, повышение температуры тела до 37,50, раздражительность. В результате

клинического наблюдения и проведения лабораторно-инструментальных исследований был поставлен клинический диагноз Хронический бескаменный холецистит с функциональным расстройством желчного пузыря по гипомоторному типу, обострение.

Какие из перечисленных препаратов не следует назначать в первые дни лечения этой пациентке?

1. антибиотики
2. транквилизаторы
3. прокинетики
4. желчегонные средства из класса холекинетиков

128. Определите метод исследования, которое является наиболее информативным для установления причины и локализации кровотечения из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

1. Рентгенологическое исследование
2. ЭРХПГ
3. Лапароскопия
4. Эзофагогастродуоденоскопия

129. Больная 56 лет, поступила в стационар с приступом болей в правом подреберье, носящих режущий, раздирающий характер. Боли иррадируют в область правого плеча и шеи. Больная беспокойна, не находит положения, облегчающего боли. Из анамнеза: накануне вечером была в гостях, где употребляла жирную пищу и алкоголь. Приступ возник ночью. Ранее отмечались умеренные ноющие боли в правом подреберье, тошнота и горечь во рту при погрешностях в диете. Не обследовалась. Подобный приступ возник впервые. Каков Ваш предварительный диагноз?

1. хронический рецидивирующий панкреатит, обострение
2. острый панкреатит
3. язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная пенетрацией в поджелудочную железу.
4. желчнокаменная болезнь (желчная колика).

130. Больная 56 лет, поступила в стационар с приступом болей в правом подреберье, носящих режущий, раздирающий характер. Боли иррадируют в область правого плеча и шеи. Больная беспокойна, не находит положения, облегчающего боли. Из анамнеза: накануне вечером была в гостях, где употребляла жирную пищу и алкоголь. Приступ возник ночью. Ранее отмечались умеренные ноющие боли в правом подреберье, тошнота и горечь во рту при погрешностях в диете. Не обследовалась. Подобный приступ возник впервые. Был поставлен предварительный диагноз Желчнокаменная болезнь (желчная колика). Для купирования болевого синдрома можно использовать все перечисленное, кроме:

1. постельный режим
2. спазмолитические средства
3. анальгетики
4. морфин

131. Найдите семейную очаговость, который наблюдается при:

1. ВГА
2. ВГВ
3. ВГС
4. ВГД

132. Выберите лабораторный показатель характеризующее нарушение пигментного обмена при ВГ.

1. повышение уровня билирубина в сыворотке крови за счет прямой фракции
2. повышение уровня диастазы
3. снижение сулемовой пробы
4. повышение активности трансфераз

133. Укажите не характерный клинический симптом острого гепатита С
1. интоксикация в желтушном периоде
 2. желтуха
 3. катаральные явления
 4. гепатолиенальный синдром
134. Выберите особенность вирусного гепатита С, определяющая его социально-экономическое значение
1. развитие фульминантных форм инфекций
 2. преобладание торпидного, латентного течения
 3. высокая вероятность хронизации процесса
 4. высокая летальность в остром периоде заболевания
135. Укажите не характерный признак для поражений печени при острых вирусных гепатитах
1. цитолитический синдром
 2. фиброз паренхимы
 3. холестатический синдром
 4. мезенхимально-воспалительный синдром
136. Укажите наиболее информативные биохимические показатели в преджелтушном периоде ВГА:
1. сулемовая проба
 2. тимоловая проба
 3. уробилин в моче
 4. повышение активности трансфераз
137. Мужчина 55 лет, в течение трех лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами. Поступил в стационар с симптомами кишечного кровотечения. Выберите наиболее эффективную лечебную тактику ведения больного для предотвращения развития осложнений.
- 1) Эрадикационная терапия при выявлении *Helicobacter pylori*
 - 2) Поддерживающая терапия блокаторами H₂-рецепторов гистамина
 - 3) Хирургическое лечение
 - 4) Терапия сукральфатом
138. Назовите причину умеренной желтушности склер и кожи, гепатоспленомегалия, ретикулоцитоз,
1. билиарном циррозе
 2. гемолитической желтухе
 3. остром вирусном гепатите
 4. синдроме Жильбера
139. Больной К. 30 лет поступил с жалобами на затруднение при глотании твердой пищи, рвоту непереваренной пищей, похудание. В анамнезе отравление щелочами. При осмотре — бледность кожных покровов, истощение. О поражении какого органа думаете?
1. Поражение пищевода.
 2. Язва желудка
 3. Язва ДПК
 4. Хронический панкреатит
140. Наиболее распространенная причина рака печени –
- 1) Длительное употребление оральных противозачаточных средств
 - 2) Длительная терапия туберкулеза
 - 3) Получение значительных доз рентгеновского излучения
 - 4) Хронический гепатит В, С,

141. Ложные симптомы заболеваний печени и желчного пузыря, а также проникновение язвы в поджелудочную железу наблюдаются, если поражена:

- 1) Задняя стенка антрального отдела желудка
- 2) Передняя стенка луковицы
- 3) Задняя стенка луковицы
- 4) Передняя стенка антрального отдела желудка

142. Основным методом изучения секреторной, кислотообразующей и ферментообразующей функций желудка –

- 1) Анализ крови (общий и биохимия)
- 2) Исследование кала (копрограмма)
- 3) Рентгенологическое обследование
- 4) Желудочное зондирование

143. Поджелудочная железа обязательно поражается при

- 1) муковисцидозе
- 2) язвенной болезни желудка
- 3) дивертикулярной толстокишечной болезни
- 4) артериомезентериальной непроходимости

144. В фазе затухающего обострения хронического бескаменного холецистита показано назначение

- 1) желчегонных и спазмолитиков
- 2) антибиотиков
- 3) панкреатических ферментов
- 4) анальгетиков

145. Какой из показателей не является критерием оценки тяжести цирроза печени?

- 1) Уровень билирубина
- 2) Концентрация альбумина
- 3) Протромбиновый индекс
- 4) Пространственные параметры печени

146. Органическими компонентами желчи являются все перечисленные, кроме

- 1) фосфолипиды
- 2) холестерин
- 3) магний
- 4) билирубин

147. К характерным клиническим симптомам холангита относят

- 1) фебрильную температуру с ознобом, увеличение печени, желтуху, лейкоцитоз, боль в правом подреберье
- 2) боль в правом подреберье после приема жирной пищи, тошноту, рвоту
- 3) приступы боли в правом подреберье с развитием желтухи, появлением обесцвеченного кала, темной мочи
- 4) кратковременную боль в эпигастрии, рвоту, диарею

148. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз «хронический гастрит», не относится

- 1) дуоденальное зондирование
- 2) анализ желудочного сока
- 3) биопсия слизистой желудка
- 4) гастроскопия

149. Через неповрежденный почечный барьер не проникает

- 1) **непрямой билирубин**
- 2) прямой билирубин
- 3) стеркобилиноген
- 4) мезобилирубин

150. Наименьшее количество крови, вызывающее мелену, составляет (мл)

- 1) **60**
- 2) 25
- 3) 100
- 4) 250

151. При лечении пептической язвы пищевода не используют

- 1) **эрадикационную терапию *Helicobacter pylori***
- 2) ингибиторы протонной помпы
- 3) прокинетики
- 4) цитопротекторы

152. Основным клиническим симптомом у больных с синдромом раздражённого кишечника является

- 1) **боль в животе, связанная с актом дефекации**
- 2) кровь в стуле
- 3) боль в животе, связанная с приёмом пищи
- 4) прогрессивная потеря веса

153. Синдром Жильбера проявляется повышением уровня

- 1) **непрямого билирубина**
- 2) прямого билирубина
- 3) щелочной фосфатазы
- 4) гаммаглутамилтранспептидазы

154. К внекишечным (системным) проявлениям язвенного колита, клинические проявления которых не зависят от активности основного заболевания, относят

- 1) **сакроилеит**
- 2) иридоциклит
- 3) узловатую эритему
- 4) гангренозную пиодермию

155. Стандартную тройную схему, включающую ингибиторы протонной помпы, амоксициллин и кларитромицин, назначают в качестве эрадикационной терапии первой линии, если резистентность *h.pylori* к кларитромицину в данном регионе не превышает (в процентах)

- 1) **15**
- 2) 10
- 3) 20
- 4) 30

156. В оценку степени тяжести цирроза по MELD включены

- 1) **билирубин, МНО, креатинин**
- 2) альбумин, билирубин, МНО

- 3) АЧТВ, ХЭ, общий белок
- 4) АЛТ, АСТ, ГГТП

157. При лечении пэгинтерфероном альфа-2а реже, чем при использовании интерферона альфа-2b, возникает

- 1) гриппоподобный синдром
- 2) нарушение функции щитовидной железы
- 3) нейтропения
- 4) тромбоцитопения

158. Реже других вызывает язвенные изменения ЖКТ нестероидный противовоспалительный препарат

- 1) Мелоксикам
- 2) Вольтарен
- 3) Диклофенак
- 4) Индометацин

159. При угрозе печеночной комы у больного циррозом печени диетические ограничения касаются

- 1) белков
- 2) жиров
- 3) углеводов
- 4) поваренной соли

160. Пункционная биопсия печени пациентам с неалкогольной жировой болезнью печени показана при показателе эластичности печени _ кПа при использовании _

- 1) выше 9,6; обычного датчика
- 2) ниже 7,6; обычного датчика
- 3) ниже 9,6; XL-датчика
- 4) выше 7,6; XL-датчика

161. При хроническом панкреатите высок риск развития

- 1) остеопороза
- 2) мышечной дистрофии
- 3) реактивного артрита
- 4) спленомегалии

162. Метод стетакустической пальпации используется для определения

- 1) нижней границы желудка
- 2) длины селезенки
- 3) размеров печеночной тупости
- 4) нижней границы лёгких

163. К характеристикам третичных сокращений пищевода относят

- 1) неравномерное втяжение его стенок, зазубренность вследствие его анархических сокращений
- 2) спазмирование средней трети его грудного отдела в виде «песочных часов»
- 3) спазмирование верхней трети его грудного отдела
- 4) относительно равномерное его расширение на всем протяжении, конусовидное сужение его абдоминального отдела

164. Структурной единицей тонкой кишки, которая раньше всего поражается при хроническом энтерите, является

- 1) энтероцит
- 2) ворсинка
- 3) железа Люберкюна
- 4) кровеносный сосуд

165. Глубина поражения при раннем раке желудка включает

- 1) слизистый и подслизистый слои
- 2) слизистый, подслизистый и мышечные слои
- 3) всю слизистую
- 4) собственную пластинку слизистой оболочки желудка

166. Противопоказанием к назначению урсодезоксихолевой кислоты является

- 1) полная обструкция желчных путей
- 2) первичный склерозирующий холангит
- 3) холестериновые камни желчного пузыря
- 4) холестаза при парентеральном питании

167. При тотальном язвенном колите воспаление распространяется проксимальнее

- 1) селезеночного изгиба
- 2) восходящей кишки
- 3) сигмовидной кишки
- 4) слепой кишки

168. Операцию дьюамеля в модификации гнцк проводят в

- 1) 2 этапа
- 2) 3 этапа
- 3) 4 этапа
- 4) 1 этап

169. Ценкерровский дивертикул пищевода локализуется

- 1) в глоточно-пищеводном переходе
- 2) в верхней трети пищевода
- 3) над диафрагмой
- 4) в области бифуркации трахеи

170. При отсутствии специфических аутоантител золотым стандартом диагностики первичного билиарного холангита является

- 1) пункционная биопсия печени
- 2) магнитно-резонансная томография
- 3) мультиспиральная компьютерная томография
- 4) эндосонография

171. Наиболее часто желчнокаменная болезнь развивается у _ в возрасте старше _ лет

- 1) женщин; 40
- 2) мужчин; 40
- 3) женщин; 20
- 4) мужчин; 20

172. Достоверным рентгенологическим признаком перфорации гастродуоденальной язвы является

- 1) свободный газ в брюшной полости
- 2) высокое стояние диафрагмы
- 3) пневматизация кишечника
- 4) «чаши» Клойбера

173. Противозудным препаратом первой линии при первичном билиарном циррозе является

- 1) холестирамин
- 2) рифампицин
- 3) налоксон
- 4) сертралин

174. К факторам риска желчнокаменной болезни относят

- 1) наследственность
- 2) злоупотребление алкоголем
- 3) малоподвижный образ жизни
- 4) курение

175. Билирубинурия может отмечаться при

- 1) вирусном гепатите
- 2) сахарном диабете
- 3) хронической почечной недостаточности
- 4) инфекциях мочевого пузыря

176. При язвенном колите диагностическое значение имеют рентгенологические признаки

- 1) изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки
- 2) множественных гаустраций
- 3) наличия вида «булыжной мостовой»
- 4) мешковидных выпячиваний по контуру кишки

177. Нормальной считается реакция кала

- 1) нейтральная или слабощелочная
- 2) резко кислая
- 3) кислая
- 4) щелочная

178. Массивные желудочно-кишечные кровотечения редко являются следствием

- 1) рефлюкс-эзофагита
- 2) варикозного расширения вен пищевода
- 3) эрозивного гастрита
- 4) язвы двенадцатиперстной кишки

179. Мужчина 58 лет поступил в стационар с жалобами на выраженную слабость, снижение аппетита, увеличение живота, отёки нижних конечностей, кровоточивость дёсен. В анамнезе — хронический вирусный гепатит С более 15 лет, злоупотребление алкоголем. При осмотре: иктеричность склер, асцит, «сосудистые звёздочки», гепатоспленомегалия.

Биохимический анализ крови: Альбумины — 24 г/л. Общий белок — 52 г/л. Протромбиновый индекс — 48 % . Фибриноген — 1,1 г/л (норма 2,0–4,0 г/л). Холестерол общий — 2,4 ммоль/л. Активность диастазы (α -амилазы) — 18 Ед/л.

Какой из перечисленных лабораторных показателей не относится к биохимическим признакам печёчно-клеточной недостаточности?

- A. Снижение содержания альбуминов в крови
- B. Снижение протромбинового индекса
- C. Снижение содержания холестерина в крови
- D. Снижение активности диастазы в крови

180. Какой из перечисленных серологических маркеров является показателем активной репликации вируса В?

- 1. анти-НВs.
- 2. НВеAg.
- 3. анти-НВсIgG
- 4. анти-НВе.

Доказательная медицина

1. В каком году предложено понятие «Доказательная медицина»?

- a) 1990г.
- b) 1989г
- c) 2012г
- d) 1993г

2. Укажите какая концепция не относится к концепциям доказательной медицины?

- a) незаконченные обзоры
- b) разработка клинических рекомендаций
- c) формирование базы данных систематических обзоров рандомизированных контролируемых исследований
- d) издание специализированных справочных бумажных и электронных журналов, руководств, книг и Интернет ресурсов

3. Как называется интеграция наилучших научных доказательств с клиническим опытом, нуждами и потребностями пациента?

- a) доказательная медицина
- b) область применения
- c) научная медицина
- d) принятие клинического решения

4. К какому уровню достоверности относятся Мета-анализ, систематический обзор или РКИ с низкой вероятностью систематической ошибки

- a) высокая достоверность
- b) умеренная достоверность
- c) ограниченная достоверность
- d) неопределенная достоверность

5. К какому уровню достоверности относятся систематический обзор когортных исследований?

- a) умеренная достоверность
- b) высокая достоверность
- c) ограниченная
- d) неопределенная

6. К какому уровню достоверности относятся, когда нет экспериментальных исследований?

- a)ограниченная достоверность
- b)умеренная достоверность
- c)высокая достоверность
- d)неопределенная

7. Описание серии случаев,неконтролируемое исследования,к какому уровню относятся?

- a)неопределенная достоверность
- b)высокая достоверность
- c)ограниченная достоверность
- d)умеренная

8. Каким методом является мета анализ?

- a)методологический
- b) не является методом
- c)кумулятивный
- d)статистический

9. Какой из ниже перечисленных не относится к преимуществам мета анализа?

- a)получения достоверных результатов
- b)точность
- c)легкость оценок
- d)прозрачность

10. Какой из ниже перечисленных не относится к сложностям мета анализа?

- a)выявление и отбор исследований
- b)устранение ошибок
- c)вероятность потери важной информации
- d)неоднородность информации

11. Исследование, в котором участников распределяют в случайном порядке?

- a)рандомизированное
- b) когортное
- c)мета анализ
- d)исследование случай контроль

12. В каких исследованиях каждый пациент получает оба сравниваемых препарата?

- a)перекрестных
- b)одноцентровом
- c)многоцентровом
- d)неприкаких

13. Что является основным инструментом аналитического эпидемиологического исследования?

- a)когортные исследования
- b)рандомизированные
- c)мета анализ
- d)систематический обзор

14. Что относится к преимуществам когортных исследований?

- a)получить полную информацию экспозиции пациента
- b)не подходит для исследования редких болезней
- c)высокозатратное
- d)все перечисленные

15. Какой из ниже перечисленных не относится к недостаткам когортных исследований?

- a)методология и результаты исследования хорошо понятны неспециалистам
- b)не подходят редким заболеваниям

- c) высокозатратное
- d) все перечисленные.

16. Как называется ретроспективные исследования на основе архивных документов или данных опроса ?

- a) Исследование типа случай –контроль
- b) наблюдационное исследование , в котором выделенную группу наблюдают отдельно
- c) исследование проводится с делением участников
- d) все перечисленные

17. Как называется исследование в котором участников распределяют в случайном порядке?

- a) рандомизированное
- b) когортное
- c) мета анализ
- d) исследование случай контроль

18. Какой из ниже перечисленных не относится к преимуществам исследований типа случай-контроль?

- a) неполный контроль внешних параметров
- b) проводится за короткий отрезок времени
- c) позволяет изучать редкие заболевания
- d) Недорогие исследования сравнительно с когортным исследованиями

19. Какой из ниже перечисленных не относится к недостаткам исследований типа случай-контроль?

- a) проводится за короткий отрезок времени
- b) по определению , изучается только одно заболевание
- c) непонимания неспециалистами
- d) выбор группы затруднена

20. Как называется исследования в котором проводится описания группы больных, объединенных общим признаком?

- a) описание серии случаев
- b) когортное исследование
- c) рандомизированное
- d) мета анализ

21. Если мы хотим найти систематический обзор гарантированно высокого качества, содержащий достоверную информацию по интересующей нас теме, нам следует выполнить поиск именно в этой базе данных биомедицинских исследований:

- a. MEDLINE
- b. Кокрановская библиотека
- c. eLibrary
- d. RxList

22. Кокрановская библиотека (Cochrane Library) включает в себя:

- a. Две мета-базы (Кокрановская база данных систематических обзоров, база данных рефератов обзоров экономической эффективности медицинских вмешательств)
- b. Кокрановская база данных по методологии обзоров
- c. База данных, посвященных научному анализу
- d. Всё вышеперечисленное

23. Критерии отбора пациентов для участия в клиническом исследовании (т.н. "критерии включения"), равно как и критерии исключения пациентов из исследования, формулируются:

- a. До начала исследования (на этапе написания его протокола)
- b. На этапе включения пациентов в исследование
- c. В ходе собственно исследования
- d. На этапе статистического анализа данных исследования

24. Какой метод клинического исследования из перечисленных занимает высшую

степень в иерархии методов доказательной медицины?

- a. Мета-анализ рандомизированных клинических исследований
- b. Систематический обзор рандомизированных клинических исследований
- c. Когортное исследование
- d. Рандомизированное контролируемое клиническое исследование

25. 35Что такое "чувствительность диагностического теста"?

- a. Доля истинно положительных результатов теста
- b. Доля истинно отрицательных результатов теста
- c. Вероятность наличия заболевания при получении положительного результата теста
- d. Вероятность отсутствия заболевания при получении отрицательного результата теста

26. Как называется ретроспективные исследования на основе архивных документов или данных опроса ?

- a) Исследование типа случай –контроль
- b)обсервационное исследование , в котором выделенную группу наблюдают отдельно
- c)исследование проводится с делением участников
- d) все перечисленные

27. Как называется исследование в котором участников распределяют в случайном порядке?

- a)рандомизированное
- b)когортное
- c)мета анализ
- d)исследование случай контроль

28. Критерии отбора пациентов для участия в клиническом исследовании (т.н. "критерии включения"), равно как и критерии исключения пациентов из исследования, формулируются:

- a. До начала исследования (на этапе написания его протокола)
- b. На этапе включения пациентов в исследование
- c. В ходе собственно исследования
- d. На этапе статистического анализа данных исследования

29. Укажите правильный ответ касаясь биологической реакции организма человека:

- a) могут реагировать на социальные процессы;
- b) не могут реагировать на социальные процессы;
- c) никак не зависят от воли человека;
- d) полностью подчинены воле человека.

30. Описание серии случаев,неконтролируемое исследования,к какому уровню относятся?

- a)неопределенная достоверность
- b)высокая достоверность
- c)ограниченная достоверность
- d)умеренная

31. Описание серии случаев,неконтролируемое исследования,к какому уровню относятся?

- a) неопределенная достоверность
- b) высокая достоверность
- c) ограниченная достоверность
- d) умеренная

32. Укажите правильный ответ касаясь биологической реакции организма человека:

- a) могут реагировать на социальные процессы;
- b) не могут реагировать на социальные процессы;
- c) никак не зависят от воли человека;
- d) полностью подчинены воле человека.

33. В настоящее время медицинский процесс строится в основном на

- a) доказательных данных;
- b) личном опыте врача;
- c) предпочтениях врача;
- d) предчувствии врача

34. Укажите что влияет в отношении пациента доказательная медицина
- никак не влияет;
 - обеспечивает защищённость;
 - снижает защищённость;
 - ухудшает прогноз.
35. Выберите тип дизайна клинических исследований, обеспечивающий получение данных с наибольшим уровнем доказательности:
- Открытое исследование (open-labeled study)
 - Исследование вида "случай-контроль"
 - Рандомизированное контролируемое двойное слепое клиническое испытание
 - Когортное исследование
36. В какой фазе клинических испытаний принимают участие здоровые добровольцы?
- I фазе
 - II фазе
 - III фазе
 - IV (постмаркетинговой) фазе
37. Как называется ретроспективные исследования на основе архивных документов или данных опроса ?
- Исследование типа случай –контроль
 - обсервационное исследование , в котором выделенную группу наблюдают отдельно
 - исследование проводится с делением участников
 - все перечисленные
38. Как называется исследование в котором участников распределяют в случайном порядке?
- рандомизированное
 - когортное
 - мета анализ
 - исследование случай контроль
39. Какой из ниже перечисленных не относится к преимуществам исследований типа случай-контроль?
- неполный контроль внешних параметров
 - проводится за короткий отрезок времени
 - позволяет изучать редкие заболевания
 - Недорогие исследования сравнительно с когортным исследованиями
40. Какой из ниже перечисленных не относится к преимуществам мета анализа?
- получения достоверных результатов
 - точность
 - легкость оценок
 - прозрачность

Научные методы исследования

- Постройте определение понятия «научная статья» через родовидовые признаки?
 - Это научный текст, который небольшой по объему и удовлетворяет определенным критериям (требованиям);
 - Опубликован в научном журнале, научном или научно-методическом сборнике;
 - Описывает результаты теоретического или практического исследования;
 - Все варианты верны
- Постройте определение понятия «УДК» через родовидовые признаки?
 - Это универсальная десятичная классификация - библиотечный код и является обязательным требованием к печатному изданию.
 - Присваивается статье на основе специальных таблиц (классификаторов).
 - Необходим для регистрации и отражения издания в каталогах библиотек, книжных магазинов, государственных органов.
 - Все варианты верны
- Определите последовательность расположения элементов научной статьи при оформлении ее к публикации?

- a) УДК, Заголовок, Авторы, Аннотация, Ключевые слова.
 - b) Вступление, Основная часть, Заключение, Список литературы.
 - c) Все варианты верны
 - d) Все варианты неверны
4. Установите соответствие между видом литературного источника и образцом при оформлении списка литературы в соответствии с нормативной документацией (книга одного автора)?
- a) Марьинских Д.М. Разработка ландшафтного плана как необходимое условие устойчивого развития города (на примере Тюмени) // Экология ландшафта и планирование землепользования: тезисы докл. Всерос. конф. (Иркутск, 11-12 сент. 2000 г.). — Новосибирск, 2000. — С.125-128.
 - b) Лэтчфорд Е. У. С Белой армией в Сибири [Электронный ресурс] // Восточный фронт армии адмирала А. В. Колчака: [сайт]. [2004]. URL: <http://east-front.narod.ru/memo/latchford.htm> (дата обращения: 23.08.2007).
 - c) В Валукин М. Е. Эволюция движений в мужском классическом танце. М.: ГИТИС, 2006. 251 с.
 - d) Все варианты верны
5. Установите соответствие между видом литературного источника и образцом при оформлении списка литературы в соответствии с нормативной документацией (книга нескольких авторов)?
- a) Дирина А. И. Право военнослужащих Российской Федерации на свободу ассоциаций // Военное право: сетевой журн. 2007. URL: <http://www.voennoepravo.ru/node/2149> (дата обращения: 19.09.2007)
 - b) Ковшиков В. А., Глухов В. П. Психолингвистика: теория речевой деятельности: учеб. пособие для студентов педвузов. М.: Астрель; Тверь: АСТ, 2006. 319 с. (Высшая школа).
 - c) Содержание и технологии образования взрослых: проблема опережающего образования: сб. науч. тр. / Ин-т образования взрослых Рос. акад. образования; под ред. А. Е. Марона. М.: ИОВ, 2007. 118 с.
 - d) Все варианты верны
6. Установите соответствие между видом литературного источника и образцом при оформлении списка литературы в соответствии с нормативной документацией (статья из журнала)?
- a) Ефимова Т. Н., Кусакин А. В. Охрана и рациональное использование болот в Республике Марий Эл // Проблемы региональной экологии. 2007. № 1. С. 80–86.
 - b) Глухов В.А. Исследование, разработка и построение системы электронной доставки документов в библиотеке: Автореф. дис. канд. техн. наук. — Новосибирск, 2000. —18 с.
 - c) Содержание и технологии образования взрослых: проблема опережающего образования: сб. науч. тр. / Ин-т образования взрослых Рос. акад. образования; под ред. А. Е. Марона. М.: ИОВ, 2007. 118 с.
 - d) Все варианты верны
7. Установите соответствие между видом литературного источника и образцом при оформлении списка литературы в соответствии с нормативной документацией (статья из сборника)?
- a) Содержание и технологии образования взрослых: проблема опережающего образования: сб. науч. тр. / Ин-т образования взрослых Рос. акад. образования; под ред. А. Е. Марона. М.: ИОВ, 2007. 118 с.
 - b) Марьинских Д.М. Разработка ландшафтного плана как необходимое условие устойчивого развития города (на примере Тюмени) // Экология ландшафта и планирование землепользования: тезисы докл. Всерос. конф. (Иркутск, 11-12 сент. 2000 г.). — Новосибирск, 2000. — С.125-128.
 - c) Глухов В.А. Исследование, разработка и построение системы электронной доставки документов в библиотеке: Автореф. дис. канд. техн. наук. — Новосибирск, 2000. —18 с.
 - d) Все варианты верны
8. Установите соответствие между видом литературного источника и образцом при оформлении списка литературы в соответствии с нормативной документацией (сборник научных трудов)?
- a) Ефимова Т. Н., Кусакин А. В. Охрана и рациональное использование болот в Республике Марий Эл // Проблемы региональной экологии. 2007. № 1. С. 80–86.
 - b) О жилищных правах научных работников [Электронный ресурс]: постановление ВЦИК, СНК РСФСР от 20 авг. 1933 г. (с изм. и доп., внесенными постановлениями ВЦИК, СНК РСФСР от 1 нояб. 1934 г., от 24 июня 1938 г.). Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
 - c) Содержание и технологии образования взрослых: проблема опережающего образования: сб. науч. тр. / Ин-т образования взрослых Рос. акад. образования; под ред. А. Е. Марона. М.: ИОВ, 2007. 118 с.
 - d) Все варианты верны

9. Установите соответствие между видом литературного источника и образцом при оформлении списка литературы в соответствии с нормативной документацией (ссылка на диссертацию)?
- Глухов В.А. Исследование, разработка и построение системы электронной доставки документов в библиотеке: Автореф. дис. канд. техн. наук. — Новосибирск, 2000. —18 с.
 - Фенухин В. И. Этнополитические конфликты в современной России: на примере Северо-Кавказского региона : дис.... канд. полит, наук. — М., 2002. — С. 54-55.
 - Энциклопедия животных Кирилла и Мефодия. М.: Кирил и Мефо-дий: New media generation, 2006. 1 электрон. опт. диск (DVD-ROM)
 - Все варианты верны
10. Установите соответствие между видом литературного источника и образцом при оформлении списка литературы в соответствии с нормативной документацией (ссылка на источник с сайта)?
- Энциклопедия животных Кирилла и Мефодия. М.: Кирил и Мефо-дий: New media generation, 2006. 1 электрон. опт. диск (DVD-ROM)
 - Лэтчфорд Е. У. С Белой армией в Сибири [Электронный ресурс] // Восточный фронт армии адмирала А. В. Колчака: [сайт]. [2004]. URL: <http://east-front.narod.ru/memo/latchford.htm> (дата обращения: 23.08.2007).
 - Дирина А. И. Право военнослужащих Российской Федерации на свободу ассоциаций // Военное право: сетевой журн. 2007. URL: <http://www.voennoepravo.ru/node/2149> (дата обращения: 19.09.2007)
 - Все варианты верны
11. Установите соответствие между видом литературного источника и образцом при оформлении списка литературы в соответствии с нормативной документацией (ссылка на автореферат)?
- Фенухин В. И. Этнополитические конфликты в современной России: на примере Северо-Кавказского региона : дис.... канд. полит, наук. — М., 2002. — С. 54-55.
 - Лэтчфорд Е. У. С Белой армией в Сибири [Электронный ресурс] // Восточный фронт армии адмирала А. В. Колчака: [сайт]. [2004]. URL: <http://east-front.narod.ru/memo/latchford.htm> (дата обращения: 23.08.2007).
 - Глухов В.А. Исследование, разработка и построение системы электронной доставки документов в библиотеке: Автореф. дис. канд. техн. наук. — Новосибирск, 2000. —18 с.
 - Все варианты верны
12. Перечислите требования к составлению ключевых слов статьи?
- Поисковый образ научной статьи
 - Необходим для поисковых систем и классификации статей по темам.
 - Отображает основные положения, достижения, результаты, основные точки научного интереса
 - Все варианты верны
13. Требования к вводной части (вступлению) статьи включают:
- Постановку научной проблемы, ее актуальность и новизну
 - Связь с важнейшими задачами, требующими решения
 - Значение для развития определенной отрасли науки или практической деятельности
 - Все варианты верны
14. Охарактеризуйте заключительную часть (вывод) статьи:
- Освещает краткую формулировку полученных в ходе работы результатов, их теоретическую, практическую, общественную значимость
 - Основные перспективные направления для дальнейшего исследования
 - Выводы нельзя отождествлять с аннотацией, у них разные функции
 - Все варианты верны
15. Установите соответствие между элементами структуры научной статьи (информация об авторе (-ах))?
- Это комбинация из наименьшего количества слов, которая адекватно описывает содержание статьи; выполняет функцию привлечения заинтересованных читателей к прочтению статьи; точно и полно соответствует содержанию статьи.
 - Это часть вводной информации к статье, включающая: фамилию, имя, отчество (или фамилию и инициалы), ученое звание, ученую степень; место работы/учебы, адрес эл. почты
 - Верно только вариант А
 - Верно только вариант В
16. Установите соответствие между элементами структуры научной статьи (список литературы)?

- a) Это обязательная часть любой научной работы, которая содержит все источники, использованные в статье; помещается обычно за текстом; связана с конкретными местами в тексте при помощи так называемых отсылок.
- b) Это краткая характеристика работы, которая представляет содержание всей работы; включает в себя: актуальность, постановку проблемы, пути решения поставленной проблемы, результаты и выводы; отличается четкостью изложения мысли
- c) Верно только вариант А
- d) Верно только вариант В

17. Наука – область человеческой деятельности, направленная на выработку и систематизацию _____ знаний о действительности:

- a) Исследовательских.
- b) Теоретических.
- c) Объективных.
- d) Диалектических.

18. В каком веке возникла современная наука:

- a) в XIV веке.
- b) в XV веке.
- c) в XVI веке.
- d) в XVII веке.

19. Самая престижная и знаменитая научная премия:

- a) Премия Карла Фридриха Гаусса.
- b) Нобелевская премия.
- c) Премия Декарта.
- d) Премия и медаль Филдса.

20. На чем сосредоточена философия науки:

- a) На получении достоверных ответов опытным путём.
- b) На непрерывности процесса накопления научного знания.
- c) На выявлении роли и значимости науки.
- d) исследовании при использовании научного метода

21. Познавательная функция науки это:

- a) Расширение знания об окружающем мире, обществе и человеке.
- b) Создание новых технологий обучения.
- c) Развитие новых технологий в производительных силах общества.
- d) Систематизация знаний об окружающем мире, обществе и самом человеке.

22. Что является идеалом науки, по мнению большинства учёных:

- a) Решение задач.
- b) Закон.
- c) Точка зрения.
- d) Истина.

23. Что играет важную роль в популяризации науки:

- a) Научные факты.
- b) Научное сообщество.
- c) Научная литература.
- d) Научная фантастика.

24. Общественные и гуманитарные науки это:

- a) История.
- b) Медицина.
- c) Физика.
- d) Математика.

25. Для учёных важная этическая проблема связана с:

- a) Использованием научных открытий в образовании.
- b) Использованием научных достижений в бизнесе.
- c) Использованием научных достижений в антигуманных целях.

- d) Использованием научных открытий в медицине.
26. Верны ли суждения о современной науке:
- Современное общество требует от науки развитие технических идей.
 - Современная наука развивается только в связи с развитием техники.
 - Верно А и В
 - Неверны оба суждения.
27. Главная цель мировоззренческой функции:
- Объяснение самых различных явлений и процессов.
 - Разработка научного мировоззрения и научной картины мира.
 - Производство нового научного знания.
 - Внедрение научных методов в управление культурными процессами.
28. Какая функция науки занимает исключительно важное место в сфере духовного производства:
- Культурная.
 - Производственная.
 - Познавательная.
 - Мировоззренческая.
29. Через что непосредственно наука воздействует на человека:
- Через взаимоотношение людей.
 - Через современное общество.
 - Через управление культурными процессами.
 - Через образование.
30. В чем главная проблема новых изобретений в современном обществе:
- Чтобы они не имели ложной информации.
 - Чтобы они использовались в крайних случаях.
 - Чтобы они не были обращены против человека.
 - Чтобы они не могли управляться без действия человека.
31. Что не может дать наука:
- равильное объяснение происхождению и развитию явлений.
 - Раскрывание существенных связей между явлениями.
 - Вооружение человека знанием объективных законов реального мира.
 - Объяснение метафизических сущностей
32. Перечислите требования к составлению ключевых слов статьи?
- Поисковый образ научной статьи
 - Необходим для поисковых систем и классификации статей по темам.
 - Отображает основные положения, достижения, результаты, основные точки научного интереса
 - Все варианты верны
33. Что является идеалом науки, по мнению большинства учёных:
- Решение задач.
 - Закон.
 - Точка зрения.
 - Истина.
34. Постройте определение понятия «научная статья» через родовидовые признаки?
- Это научный текст, который небольшой по объёму и удовлетворяет определенным критериям (требованиям);
 - Опубликован в научном журнале, научном или научно-методическом сборнике;
 - Описывает результаты теоретического или практического исследования;
 - Все варианты верны
35. Определите последовательность расположения элементов научной статьи при оформлении ее к публикации?
- УДК, Заголовок, Авторы, Аннотация, Ключевые слова.
 - Вступление, Основная часть, Заключение, Список литературы.
 - Все варианты верны

36. Перечислите требования к составлению ключевых слов статьи
- Поисковый образ научной статьи
 - Необходим для поисковых систем и классификации статей по темам.
 - Отображает основные положения, достижения, результаты, основные точки научного интереса
 - Все варианты верны
37. Установите соответствие между элементами структуры научной статьи (список литературы)?
- Это обязательная часть любой научной работы, которая содержит все источники, использованные в статье; помещается обычно за текстом; связана с конкретными местами в тексте при помощи так называемых отсылок.
 - Это краткая характеристика работы, которая представляет содержание всей работы; включает в себя: актуальность, постановку проблемы, пути решения поставленной проблемы, результаты и выводы; отличается четкостью изложения мысли
 - Верно только вариант А
 - Верно только вариант В
38. Установите соответствие между элементами структуры научной статьи (информация об авторе (-ах))?
- Это комбинация из наименьшего количества слов, которая адекватно описывает содержание статьи; выполняет функцию привлечения заинтересованных читателей к прочтению статьи; точно и полно соответствует содержанию статьи.
 - Это часть вводной информации к статье, включающая: фамилию, имя, отчество (или фамилию и инициалы), ученое звание, ученую степень; место работы/учебы, адрес эл. почты
 - Верно только вариант А
 - Верно только вариант В
39. Перечислите требования к составлению ключевых слов статьи?
- Поисковый образ научной статьи
 - Необходим для поисковых систем и классификации статей по темам.
 - Отображает основные положения, достижения, результаты, основные точки научного интереса
 - Все варианты верны
40. Установите соответствие между элементами структуры научной статьи (информация об авторе (-ах))?
- Это комбинация из наименьшего количества слов, которая адекватно описывает содержание статьи; выполняет функцию привлечения заинтересованных читателей к прочтению статьи; точно и полно соответствует содержанию статьи.
 - Это часть вводной информации к статье, включающая: фамилию, имя, отчество (или фамилию и инициалы), ученое звание, ученую степень; место работы/учебы, адрес эл. почты
 - Верно только вариант А
 - Верно только вариант В

Инфекционные болезни

1. Больная А., 17 лет, поступила в стационар в связи с тем, что мать заметила у дочки желтуху. Других симптомов болезни не отмечает. Самочувствие хорошее. Раньше желтухой не болела. Никаких парентеральных вмешательств в течение 6 месяцев не было. Наблюдается легкая желтушность склер и кожи, печень у края реберной дуги, чувствительная при пальпации. Общий билирубин крови - 120 мкмоль/л, прямой билирубин - 100 мкмоль/л. аланинаминотрансфераза (АлАТ) - 400,0 ЕД/л, тимоловая проба -18 ед. Поставьте данной пациентке клинический диагноз?

- Рецидивирующая рожа эритематозная форма
- Вирусный гепатит А
- Вирусный гепатит С
- Гемолитическая желтуха

2. Больной К., 40 лет. С 10 марта находился в стационаре терапевтическом отделении по поводу боли в суставах. В связи с появлением желтухи 19 марта переведен в инфекционное отделение. В контакте с желтушными больными не был. Отмечается у пациента интенсивная желтушность кожи, склер, зуд кожи с расчесами в области груди и конечностей. Appetit снижен, язык обложен белым налетом, живот мягкий, печень +3 см, болезненная при пальпации. Пальпируется край селезенки и беспокоит тошнота. Температура нормальная. Пульс 66/мин., ритмичный, АД-110/60 мм рт.ст., спит плохо из-за зуда кожи. В анализах крови: L- 3.2x10⁹/л. формула без особенностей. СОЭ - 9 мм/час; билирубин общий - 210 мкмоль/л. прямой

билирубин - 130 мкмоль/л, тимоловая проба -3,5 ед, холестерин крови - 7.5 мкмоль/л, АлАТ - 450 ЕД/л. Поставьте данному пациенту клинический диагноз?

- A. Вирусный гепатит D
- B. Вирусный гепатит A
- C. Аутоиммунный гепатит
- D. Острый вирусный гепатит B

3. Больной С, 37 лет, оперирован в начале ноября 2020 года по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. До операции и после операции переливалась кровь. В контакте с желтушными больными не был. 28.12.20 г. появились боли в суставах, слабость, пропал аппетит. 03.01.21 г. потемнела моча, со 01.01.21 г. заметил желтушность кожи, склер, в тот же день поступил в больницу. При поступлении отмечают вялость больного, адинамия, плохой аппетит, выраженная желтуха, рвота 1-2 раза в день. Печень +2 см, болезненна, селезенка увеличена. Температура нормальная, пульс 66/мин., $L-4,2 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 10 мм/час, билирубин общий - 300 мкмоль/л, его прямая фракция - 250 мкмоль/л, АлАТ - 460,2 ЕД/л. Поставьте данному пациенту клинический диагноз?

- A. Острый вирусный гепатит B
- B. Острый бруцеллез, септико-метастатическая форма
- C. Тропическая малярия
- D. Болезнь Лайма

4. Больной А., студент, 20 лет. 20 сентября отметил появление кашля и насморка, повышение температуры тела до 38.0°C. В поликлинике поставлен диагноз «ОРЗ», лечился парацетамолом. Однако самочувствие продолжало ухудшаться, исчез аппетит, после приема таблеток парацетамола была рвота, стал ощущать тошноту, тяжесть в верхнем отделе живота, температура повысилась до 39.0°C. При повторном осмотре врачом 24 сентября выявлены тошнота, однократная рвота, вздутие и болезненность живота в верхнем отделе. С диагнозом «пищевая токсикоинфекция» был госпитализирован в инфекционное отделение. В приемном отделении наблюдалась небольшая желтушность кожи, цвет мочи стал темным. Печень выступала из-под края реберной дуги на 2-3 см, чувствительная при пальпации. Размер селезенки в норме. Укажите лабораторный анализ для постановки клинического диагноза?

- A. Реакция гемагглютинации
- B. Маркеры вирусных гепатитов, биохимические исследования
- C. Анализ крови на Прокальцитонин
- D. Бактериологический анализ

5. Больная А., 24 года, лечится у врача по поводу ОРВИ (ринофарингит) в течение 7 дней. В последние 2 дня температура тела нормализовалась, однако самочувствие ухудшилось - пропал аппетит, появилась выраженная слабость, тупая боль в правом подреберье, тошнота и рвота. При расспросе удалось выявить, что цвет мочи стал несколько темнее. Поставьте данной пациентке клинический диагноз?

- A. Острый ларингит
- B. Парагрипп
- C. Острый вирусный гепатит A
- D. Аденовирусная инфекция

6. Больная К., 28 лет, поступила в клинику на 14-й день болезни с жалобами на резкую слабость, постоянную тошноту, рвоту до 3-4 раз за день, головокружение, темную мочу. В анамнезе – роды три месяца назад. Заболевание началось постепенно с нарастания слабости, снижения аппетита. За три дня до поступления в стационар заметила темную мочу, появилась тошнота, рвота. Объективно: очень вялая, на вопросы отвечает неохотно, температура нормальная. Кожные покровы иктеричны. Язык сухой, густо обложен белым налетом. Живот мягкий при пальпации, чувствительный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 0,5-1,0-1,0 см. Селезенка пальпируется. Моча темная. Стул ахоличный. Поставьте данной пациентке клинический диагноз?

- A. Острый вирусный гепатит B
- B. Тропическая малярия
- C. Острый бруцеллез
- D. Лейшманиоз

7. У больной С., 30 лет, беременной на сроке 11 недель, при обследовании в женской консультации предъявляла жалобы на незначительную усталость, слабость. При осмотре: кожные покровы чистые, желтухи нет, печень не увеличена. В биохимическом анализе крови: повышение АлАТ в 3 раза. Из эпидемиологического анамнеза: 5 лет назад оперирована по поводу острого аппендицита, операция сопровождалась переливанием плазмы. Поставьте данной пациентке клинический диагноз?

- A. Вирусный гепатит E
- B. Вирусный гепатит D
- C. Хронический вирусный гепатит C
- D. Цирроз печени

8. Больной К., 12 лет, ученик школы. Заболевание началось 6 дней назад с общей слабости, головной боли, тошноты, рвоты, повышение температуры 38 °С. Участковый врач диагностировал ОРВИ, лечился дома. На 3 день болезни температура нормализовалась, изменился цвет мочи, родственники заметили желтушность склер и кожи. Объективно: кожные покровы и склеры иктеричные. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, чувствительная. Селезенка не увеличена. Моча темная. Стул ахолический. Укажите лабораторные данные для постановки диагноза?

- A. Маркеры вирусного гепатит А и биохимический анализ
- B. Эндоскопический
- C. Компьютерная томография
- D. Рентген исследования

9. Мужчина 30 лет является активным донором. Направлен в гепатоцентр станцией переливания крови в связи с появившимся у него повышением трансаминаз: АлАТ – 250 ЕД/л. Ранее подобного повышения ферментных тестов не регистрировалось. Жалоб не предъявляет. При обследовании отмечено небольшое увеличение печени. Назначьте необходимый лабораторный анализ для постановки клинического диагноза?

- A. Иммуноферментный анализ
- B. Реакция Райта – Хеддельсона
- C. Исследования СД-4 клеток
- D. Бактериологический анализ

10. Больная У., 30 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на высокую температуру тела, боль в правом подреберье, коленных и лучезапястных суставах. Больна 3-й день, пыталась лечиться самостоятельно, но самочувствие ухудшилось, продолжалась боль в правом подреберье, усилилась тошнота, была повторная рвота. При объективном осмотре в инфекционном отделении: тяжелое состояние, желтуха, артралгии, боли в правом подреберье. Пульс - 90/мин, тоны сердца приглушены. Живот вздут, болезненный при пальпации в правом подреберье, печень пальпируется на 4,0 см ниже края реберной дуги. Селезенка увеличена. Асцит. При биохимическом исследовании крови: общий билирубин крови - 150 ЕД/л, прямой - 100 ЕД/л, АлАТ - 460 нмоль/с.л, тимоловая проба - 14 ед., ПТИ - 55 %, альбуминов - 34 %. При иммуноферментном анализе выявлен HBsAg, анти – HDV IgM. Поставьте данной пациентке клинический диагноз?

- A. Вирусный гепатит B
- B. Вирусный гепатит C
- C. Вирусный гепатит D. Супер-инфекция
- D. Вирусный гепатит D. Ко-инфекция

11. Машиной «скорой помощи» в приемное отделение инфекционной больницы доставлена беременная женщина А., 26 лет, на 7-ой день болезни с жалобами на головную боль, слабость, потерю аппетита, боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту, однократную рвоту и разжиженный стул. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы и склеры желтушные. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, дыхание везикулярное, сердечные тоны ясные, ритмичные, АД - 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, печень выступает из-под нижнего края реберной дуги до 3,0 см, болезненная при пальпации, мягко-эластичной консистенции, край ровный. Моча темная. Из эпидемиологического анамнеза: больная отдыхала в Таджикистане, купалась в арыке, пила сырую воду, ела фрукты. Поставьте данной пациентке клинический диагноз?

- A. Вирусный гепатит E
- B. Вирусный гепатит A
- C. Вирусный гепатит C
- D. Вирусный гепатит B

12. Больная Т., 32 года, обратилась в стационар с жалобами на тошноту, рвоту, носовое кровотечение, боль в правом подреберье. Объективно: общее состояние оценивался тяжелым. Кожные покровы и склеры иктеричны. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье, печень пальпируется на 4,0 см ниже края реберной дуги. Селезенка увеличена. При биохимическом исследовании крови: общий билирубин крови - 210 ЕД/л, прямой - 140 ЕД/л, АлАТ - 480 нмоль/с.л, тимоловая проба - 14 ед., ПТИ - 50 %, альбуминов - 35 %. Через 14 дней общее состояние больной улучшилось. Желтуха начала уменьшаться. Общий билирубин в крови 80 ЕД/л, тимоловая проба – 7 ед., ПТИ – 70%, альбумин – 41%. Но, в динамике общее состояние пациента вновь начало ухудшаться. Нарастали симптомы интоксикации, уровень общего билирубина стал – 160 ЕД/л. При иммуноферментном анализе выявлен HBsAg, анти - HBc IgM, анти - HDV IgM. Поставьте данной пациентке клинический диагноз?

- A. Вирусный гепатит B
- B. Вирусный гепатит C
- C. Вирусный гепатит D. Супер-инфекция
- D. Вирусный гепатит D. Ко-инфекция

13. Больной Т., 30 лет. Обратился на 12-й день болезни. Жалобы: резкая слабость, тошнота, рвота, желтушность кожи и склер. В первые 10 дней болезни была слабость, понижение аппетита, тошнота, рвота. Температура была субфебрильной. Объективно: кожные покровы и склеры иктеричны. В легких – везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Язык обложен. Печень выступает на 4 см, уплотнена. Селезенка увеличена. Из анамнеза: 2 мес. тому назад получал переливание крови по поводу язвенной болезни. В серологическом исследовании обнаружены следующие маркеры: HBsAg, Анти-HBcог IgM. Поставьте данному пациенту клинический диагноз?

- A. Острый вирусный гепатит B
- B. Хронический вирусный гепатит B
- C. Гепатит A
- D. Гепатит D

14. Больная А., 32 года. Обратилась с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, легкую желтушность кожи и склер. Температура была в пределах нормы. Объективно: кожные покровы и склеры субиктеричны. В легких – везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные. Язык обложен белым налетом. Печень выступает на 3 см, плотной консистенции. Селезенка увеличена. Из анамнеза: 2 года тому назад получала лечение стационарное лечение в гепатологическом отделении. В серологическом исследовании обнаружены следующие маркеры: HBsAg, Анти-HBcог IgG. Поставьте данной пациентке клинический диагноз?

- A. Острый вирусный гепатит B
- B. Хронический вирусный гепатит B
- C. Гепатит A
- D. Гепатит D

15. Больной А. 18 лет вызвал врача на дом по поводу жалоб на слабость, повышенную температуру тела. В течение 7 дней головная боль, температура 38 °С, недомогание. Лечился амбулаторно, диагноз «ОРВИ». На 8 день болезни появилась темная моча, окружающие заметили желтушность кожи и склер, в связи с чем госпитализирован. Объективно: иктеричность кожи и видимых слизистых, адинамия. Отмечает незначительный кожный зуд. Тоны сердца приглушены, пульс – 58 уд/мин, АД – 95/60 мм рт.ст. Живот чувствительный при пальпации в области правого подреберья. Печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги, край эластичный, чувствительный при пальпации. Селезенка не пальпируется. Моча цвета «пива», кал обесцвечен. Известно, что «желтухой» заболели ещё несколько человек по месту учёбы. В серологическом исследовании обнаружены следующие маркеры: анти – HAV IgM.

Укажите клинический диагноз?

- A. Вирусный гепатит A
- B. Вирусный гепатит E
- C. Вирусный гепатит D

D. Вирусный гепатит С

16. Больной Е., 18 лет, поступил в больницу в связи с тем, что мать заметила у сына желтуху. Никаких других симптомов болезни не отмечает. Самочувствие хорошее. Раньше желтухой не болел. Никаких парентеральных вмешательств в течение полугода не было. Отмечается легкая желтушность склер и кожи, печень у края реберной дуги, чувствительная при ощупывании и поколачивании. Общий билирубин крови - 140 ЕД/л, прямой билирубин - 105 ЕД/л. аланинаминотрансфераза (АлАТ) -1000,0 ЕД/л. тимоловая проба - 19 ед. Поставьте данному пациенту клинический диагноз?

- A. Тропическая малярия
- B. Гемолитическая желтуха
- C. Лейшманиоз
- D. Гепатит А

17. Больной Г., 16 лет. считает себя здоровым, жалоб не предъявляет. Госпитализирован после клинико-лабораторного обследования в школе в связи со случаем заболевания «желтухой» одноклассника. Со слов больного, в крови нашли «какие-то» изменения, что и послужило основанием для направления в стационар.

При тщательном опросе выяснилось, что до обследования в течение 7-8 дней мальчик чувствует себя плохо, были слабость, пониженный аппетит, небольшая боль в правом подреберье, 1 раз рвота. Температуру не измерял. Темной мочи и изменения окраски кала не видел. При осмотре состояние больного удовлетворительное, желтухи нет. Пульс-72/мин., ритмичный. Печень на 1,5 см ниже реберной дуги, селезенка - у края реберной дуги. Моча и кал нормальной окраски. При серологическом исследовании найден анти – HAV IgM. Поставьте данному пациенту клинический диагноз?

- A. Вирусный гепатит А, безжелтушная форма
- B. Вирусный гепатит В, безжелтушная форма
- C. Вирусный гепатит D
- D. Желчекаменная болезнь

18. Больной В., 42 года, почувствовал слабость, недомогание, боли в суставах, тошноту, снижение аппетита. 28.08.20 г. появилась легкая желтуха склер и кожных покровов, также потемнела моча. Пульс 100/мин., ритмичный, печень у края реберной дуги, безболезненность при пальпации и перкуссии. Утром была однократная рвота. Живот вздут. Беспокоит метеоризм. Температура тела 36,5°C. Из эпидемиологического анамнеза было выявлено, что больной неоднократно перенес оперативные вмешательства по поводу язвы желудка. И было несколько раз переливание крови. При серологическом исследовании выявлен анти - HCV total. Фиброскан исследование показало F3. Поставьте данному пациенту клинический диагноз?

- A. Хронический гепатит С с переходом в цирроз печени
- B. Хронический гепатит В с переходом в цирроз печени
- C. Хронический гепатит С
- D. Острый гепатит С

19. Больная С., 32 года, доставлена в инфекционную больницу без сознания, с резко выраженной желтухой. Ощущается «печеночный» запах изо рта. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При перкуссии грудной клетки легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, слабого наполнения, 120/мин., АД - 110/70 мм рт.ст. Печень и селезенка не пальпируются. При перкуссии нижний край печени определяется на 2,0 см выше реберной дуги по среднеключичной линии справа. Корнеальные рефлексы сохранены. Из анамнеза: 3 месяца назад больной произведена аппендэктомия. Желтуха появилась вчера; за неделю до поступления началось «простудное заболевание». Сформулируйте диагноз?

- A. Вирусный гепатит В, фульминантная форма, осложненная ОПЭ, кома I ст.
- B. Хронический вирусный гепатит В, фульминантная форма
- C. Не верифицированный гепатит, фульминантная форма
- D. Цирроз печени

20. Студент 25 лет вызвал повторно врача. Жалобы на слабость, тяжесть в правом подреберье, тошнота после приема жирной пищи. Больной отмечает, что 6 месяцев назад его беспокоило недомогания, слабости,

повышение температуры до 37,6 С. По рекомендации врача принимал только жаропонижающие препараты. Больной не нуждался в госпитализации. Пульс 72 ударов в минуту, АД 120/70 мм. рт.ст. В лёгких везикулярное дыхание. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье. Цвет мочи и кала без изменений. При серологическом исследовании выявлен анти – HAV IgG. Сформулируйте диагноз?

- A. Реконвалесцент гепатита А, дискинезия желчевыводящих путей
- B. Острый гепатит А
- C. Дискинезия желчевыводящих путей
- D. Холангит

21. Больная А., 24 года, обратилась в диспансерный кабинет с жалобами на снижение аппетита, тошноту после приема жирной пищи. 3 месяца тому назад больная находилась в инфекционной больнице по поводу вирусного гепатита А. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и склеры чистые. Печень у края реберной дуги при пальпации. Селезенка не увеличена. Стул и моча обычной окраски. Результаты ИФА и биохимической исследования: был получен анти–HAV IgG. Общий билирубин крови - 20 мкмоль/л, прямой билирубин - 16 мкмоль/л., аланинаминотрансфераза (АлАТ) - 38,0 ЕД/л, тимоловая проба - 4 ед. УЗИ: дискинезия желчевыводящих путей. Назначьте необходимую терапию?

- E. Противовоспалительная
- F. Антибактериальная
- G. Противовирусная
- H. Желчегонная

22. Пациент Б. 21 года, обратился в поликлинику к участковому врачу. Жалуеться на боли в правом подреберье и собственно эпигастрии, снижение аппетита, подташнивание, желтуху, потемнение мочи, субфебрилитет. Анамнез заболевания: в летние каникулы путешествовал поречке. В программу путешествия входила рыбалка. Часто употребляла пищу из рыбы. Через 2 недели после окончания путешествия стал отмечать дискомфорт в правом подреберье. Объективно: состояние средней степени тяжести, температура 37,4°C. Кожные покровы и склеры желтые. Живот болезнен в правом подреберье за счет увеличенной печени, правая доля определяется ниже реберной дуги на 4 см, левая доля занимает собственно эпигастрий, край печени закруглен, поверхность гладкая, плотно-эластической консистенции, болезненная при пальпации. Сформулируйте диагноз?

- A. Описисторхоз
- B. Гепатит А
- C. Гепатит В
- D. Гемолитическая анемия

23. Больная В. 38 лет обратилась за консультацией к врачу-терапевту с жалобами на появление участков покраснения в области передней поверхности левого бедра, правого плеча, боль в левом тазобедренном суставе. Анамнез болезни: врачом выяснено, что заболела четыре месяца назад, когда обнаружила красное пятно на передней поверхности левого бедра, которое в течение 2–3 дней резко увеличилось в размере. В области эритемы отмечался легкий зуд. Боль в суставе выраженная, трудно было ходить, по поводу чего больная проходила обследование и лечение в ревматологическом отделении, без улучшения. Направлена на консультацию к инфекционисту. Эпидемиологический анамнез: за 12 дней до появления эритемы на бедре была в лесу, на следующий день обнаружила присосавшегося клеща на передней поверхности левого бедра, которого удалила пинцетом. Сформулируйте диагноз?

- A. Острый бруцеллез
- B. Рожа
- C. Болезнь Лайма
- D. Хронический бруцеллез

24. Больной М. 27 лет обратился к врачу-терапевту участковому на 2 день болезни с жалобами на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной. Анамнез заболевания: заболел 15.01. в первой половине дня, когда почувствовал озноб, повысилась температура до 39,0°C, появилась головная боль в области лба, боль при движении глазными яблоками. Ночью не спал, озноб сменялся чувством жара. На следующий день появился сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной, температура повысилась до 39,5°C, головная

боль усилилась. Эпидемиологический анамнез: за 2 дня до заболевания навещал друзей в общежитии, среди которых были лица с подобными симптомами. Сформулируйте диагноз?

- A. Парагрипп
- B. Аденовирусная инфекция
- C. Корь
- D. Грипп

25. Больной Е. 32 года, обратился в поликлинику на 2 день болезни с диагнозом «грипп, гипертоксическая форма». Заболевание началось остро, даже внезапно. На фоне нормального самочувствия появился озноб, заболела голова, повысилась температура тела до 40,2 °С. Вечером была дважды рвота, сохранялась «пульсирующая» головная боль. При поступлении состояние тяжелое, сознание затемнено.

Дезориентирован, жалуется на сильную головную боль. Температура тела 39,2 °С. Лицо очень бледное. Резко выражены ригидность затылочных мышц и симптом Кернига. Пульс – 116 уд/мин, ритмичный, АД – 130/90 мм рт. ст. Тоны сердца ясные. При спинномозговой пункции получена под высоким давлением мутная жидкость с высоким нейтрофильным (99%) плеоцитозом – 15400 кл/мл; белок – 2,64 г/л; реакция Панди (++++). Сформулируйте клинический диагноз?

- A. Менингококковая инфекция
- B. Энцефалит
- C. Паротитная инфекция
- D. Клещевой энцефалит

26. Больной Д. 18 лет обратился в поликлинику на 2 день болезни с жалобами на заложенность носа, першение в горле, слабость, головокружение. Измерил температуру тела – 37,6 °С. Из анамнеза известно, что больной 6 дней назад навещал друга, который на следующий день был госпитализирован в тяжелом состоянии в инфекционный стационар с подозрением на менингит. При осмотре температура тела 37,5 °С, общее состояние ближе к удовлетворительному. Кожа нормальной окраски, без сыпи. Выявлена небольшая гиперемия и сухость мягкого неба, задней стенки глотки, миндалины увеличены, несколько отечны, отмечается гиперплазия лимфоидных фолликулов. Симптомы ригидности затылочных мышц, Брудзинского, Кернига отрицательные. Поставьте клинический диагноз?

- A. Ринит
- B. Ларингит
- C. Менингококковый назофарингит
- D. Трахеобронхит

27. Больной К. 40 лет обратился в инфекционный кабинет к врачу-инфекционисту с предварительным диагнозом «клещевой вирусный энцефалит». Считал себя больным 3 дня. Начало заболевания острое: внезапно повысилась температура тела до 40 °С, отмечалась интенсивная головная боль, сопровождавшаяся рвотой, миалгией, парестезией. Клиническая картина: температура тела - 39 °С; гиперемия кожи лица, шеи и слизистых оболочек, инъекция сосудов склер. Отмечаются менингеальные симптомы - ригидность мышц затылка, симптомы Кернига и Брудзинского – положительные. Эпидемиологические данные: месяц назад выезжал на территорию, эндемичную по клещевому энцефалиту, и употреблял сырое козье молоко. Прививочный анамнез - прошёл неполный курс прививок против клещевого энцефалита. Укажите основного переносчика вируса клещевого энцефалита?

- A. Иксодовые
- B. Аргасовые
- C. Панцирные
- D. Гамазовый

28. Больной С. 45 лет поступил в клинику инфекционных болезней с предварительным диагнозом «лептоспироз». Считает себя больным 5 суток. Клинические данные: температура тела - 40 °С, сильные головные боли, головокружение, слабость, сильные боли в икроножных мышцах, пальпация мышц болезненна. Отмечается одутловатость и гиперемия лица; расширение сосудов склер и конъюнктивы; на коже туловища и конечностей полиморфная сыпь; геморрагии на склерах и конъюнктиве в подмышечных и паховых областях, в локтевых сгибах; язык сухой, покрыт бурым налётом; печень увеличена, слегка болезненна; положительный симптом Пастернацкого; уменьшение мочеотделения. Укажите основной способ выделения возбудителей лептоспироза в окружающую среду?

- A. Моча
- B. Кровь
- C. Ликвор
- D. Кал

29. Больная 25 лет обратилась к участковому врачу с предварительным диагнозом «пищевая токсикоинфекция». Клинические данные: температура тела – 39,5°C, головная боль, озноб, ломота в теле, тошнота, многократная рвота, частый жидкий стул. Эпидемиологические данные: за день до заболевания употребляла пирожные с кремом. В течение 2-х дней в районе было зарегистрировано ещё 4 аналогичных случая. При эпидемиологическом обследовании кафе, в котором заболевшие употребляли пирожные, у кондитера был обнаружен на пальце руки панариций. Укажите микроорганизмы, которые могли бы вызвать пищевую токсикоинфекцию?

- A. Стрептококк
- B. Клещ
- C. Вирус
- D. Золотистый стафилококк

30. Больной 28 лет обратился к врачу-инфекционисту с предварительным диагнозом «туляремия». Считает себя больным 7 дней. Клиническая картина: температура тела - 40°C, на кожных покровах отмечается сыпь папулёзного характера, паховые лимфоузлы увеличены до величины грецкого ореха, подвижность кожи над увеличенными лимфатическими узлами ограничена, болезненность выражена слабо, ярко выраженный региональный лимфаденит. Кожная аллергическая проба с тулярином положительная. Эпидемиологические данные: профессиональная деятельность связана с промыслом пушного зверя. 10 дней назад вернулся с территории природного очага туляремии. Укажите группу инфекции, которой относится туляремия?

- A. Паразитная
- B. Зоонозная бактериальная природно-очаговая
- C. Вирусологическая
- D. Кишечная

31. В посёлке Майлы-Суу в апреле месяце в результате паводка произошло частичное затопление населённого пункта. Через несколько дней после затопления населённого пункта в районную больницу начали поступать больные (12 человек) из зоны затопления с жалобами на слабость, умеренную головную боль, повышение температуры до 39,4°C, схваткообразные боли в животе. Стул до 15 раз в день, в испражнениях слизь и кровь. Все больные до заболевания употребляли сырую воду из местного колодца. Был поставлен предварительный диагноз «острая кишечная инфекция». Выберите лабораторные исследования для постановки окончательного диагноза?

- A. ПЦР – исследования
- B. Посев испражнений и серологическое исследование с парными сыворотками
- C. Кровь на СД-4 клетки
- D. Кровь на иммунный статус

32. Мужчина 30 лет, вернувшийся из деловой поездки почувствовал себя плохо, повысилась температура тела до 38,6°C, наблюдалась боль в горле и светобоязнь. В течение 23-25 марта больной лечился самостоятельно: принимал жаропонижающие средства и полоскал горло раствором пищевой соды с йодом. 26 марта температура поднялась до 39,5°C, на теле появилась поэтапно крупнопятнистая сыпь. 1-й день на лице, 2-й день на туловище, 3-й день на нижних конечностях. Мужчина вызвал скорую помощь. Врачом скорой помощи госпитализирован в инфекционную больницу. Поставьте данному пациенту клинический диагноз?

- A. Скарлатина
- B. Ветряная оспа
- C. Опоясывающий лишай
- D. Корь

33. Мужчина М. прибыл из одной среднеазиатской страны, эндемичной по ряду инфекционных заболеваний с трансмиссивным механизмом передачи. По информации экипажа в период нахождения самолёта в воздухе

у одного из пассажиров был отмечен приступ лихорадочного состояния, а также проявления общего недомогания, прогрессирующей слабости, головной боли, миалгии, артралгии, чувства ломоты в пояснице, а также повышение температуры тела в течение нескольких часов, сопровождавшееся ознобом различной степени выраженности. Поставьте данному пациенту предварительный клинический диагноз?

- A. Острый бруцеллез
- B. Грипп
- C. Хламидия
- D. Трехдневная малярия

34. Больной Н. 45 лет, житель города Ош обратился за медицинской помощью по поводу лихорадки до 39°C, озноба. Первичный диагноз «малярия?». Из анамнеза известно, что пациент Н. в тропики не выезжал. Пациент находился на стационарном лечении в одной из больниц города Ош, где неоднократно получал гемотрансфузии. При исследовании препаратов крови у пациента обнаружены кольца и гаметоциты P1. Falciparum. Поставьте данному пациенту клинический диагноз?

- A. Трехдневная малярия
- B. Четырехдневная малярия
- C. Малярия
- D. Тропическая малярия

35. Больной Б. 55 лет в июле был прооперирован по поводу желчекаменной болезни. В послеоперационном периоде возникли осложнения, сопровождавшиеся сильными кровотечениями, в связи с чем пациент был прооперирован повторно. В дальнейшем больной получил многократные гемотрансфузии, в том числе от доноров-родственников, и его состояние нормализовалось. Через 7 дней после последней гемотрансфузии, донором при которой выступал родственник А., в мае вернувшийся из Афганистана, у больного был отмечен подъем температуры до 39°C, сопровождающийся ознобом. При опросе родственника-донора А. выяснилось, что А. в Афганистане болел трёхдневной малярией, при этом лечился нерегулярно. В связи с этой информацией у пациента Б. были исследованы препараты крови и в результате обнаружены многочисленные возбудители трёхдневной малярии (*P. vivax*). Укажите путь заражения больной при данном случае?

- A. При переливании инфицированной крови
- B. Аэрогенным
- C. Контактным
- D. Внутритробным

36. В детском лагере, с 13 по 25 июля кишечной инфекцией заболели 60 детей и 12 человек обслуживающего персонала. Всего в лагере отдыхало 320 детей в возрасте от 7 до 15 лет. Общее число персонала лагеря составляет 35 человек. Медицинское обслуживание лагеря осуществляли фельдшер и медицинская сестра. В течение 1-й и 2-й смен в лагере кишечных заболеваний не наблюдалось. Работники пищеблока были постоянными. Первые двое детей заболели 13 июля. Заболевание началось остро, с повышением температуры до 39,5°C, болями в животе, тошнотой, рвотой, жидкий стул со слизью с прожилками крови. Детей беспокоило тенезмы. Однако заболевания были диагностированы как острое респираторное заболевание и пищевая токсикоинфекция. Поставьте клинический диагноз?

- A. Сальмонеллёз
- B. Энтевирусная инфекция
- C. Ротавирусная инфекция
- D. Дизентерия

37. В городе Ноокен, в местную амбулаторию обратились 6 пациентов с желудочно-кишечным расстройством. Население города Ноокен относительно невелико, водоснабжение - частично централизованное, в большинстве районов города используются колонки. Первые заболевшие были выявлены 16 июня. В дальнейшем госпитализировали по одному-два и реже по трое больных в день из разных семей. Были жалобы на повышение температуры тела, тошноты, рвоту, головную боль, боль в животе, розеолезная сыпь на коже живота. Семьи проживают в соседних одноэтажных домах, в которых отсутствуют водопровод и канализация. Воду употребляют из ближайшей колонки, которой пользуются жители ещё пяти домов. Семьи между собой дружат. У 70% больных заболевание протекало в тяжёлой форме. Сформулируйте диагноз?

- A. Дизентерия
- B. Холера
- C. Брюшной тиф
- D. Сальмонеллез

38. Больная Т., 40 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на боли в горле при глотании, повышение температуры тела. Из анамнеза: заболела остро 2 дня назад. При объективном осмотре: состояние тяжелое, адинамия, выраженная бледность кожных покровов, плотный диффузный отек шейной клетчатки до уровня ключицы. Гиперемия слизистой ротоглотки с цианотичным оттенком, зев отечен, на поверхности гипертрофированных миндалин плотный блестящий белого цвета налет, распространяющийся на мягкое и твердое небо. Регионарный лимфаденит. Тахикардия до 100/мин., АД-100/60 мм рт.ст. Появилась гнусавость голоса и поперхивание при приеме жидкой пищи. Направлена врачом-инфекционистом на стационарное лечение в инфекционную больницу. Поставьте данной пациентке клинический диагноз?

- A. Ангина
- B. Тонзилит
- C. Лимфаденит
- D. Дифтерия

39. Женщина В., 39 лет, обратилась к лор-врачу в поликлинику с жалобами на боли в горле при глотании, повышение температуры тела. Из анамнеза: заболела остро 2 дня назад с общего недомогания и болей в горле при глотании. При осмотре: состояние тяжелое, адинамия, выраженная бледность кожных покровов, плотный диффузный отек шейной клетчатки до середины шеи. Гиперемия слизистой ротоглотки с цианотичным оттенком, зев отечен, на поверхности гипертрофированных миндалин плотный блестящий налет белого цвета, распространяющийся на мягкое и твердое небо. Регионарный лимфаденит. Пульс 90/мин., АД-90/60 мм рт.ст. В стационаре у больной появились жалобы на боли в области сердца, усиленное сердцебиение. Границы сердца расширены на 1,5-2 см, тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке. АД-90/50 мм рт.ст., тахикардия до 120/мин. При ЭКГ-обследовании выявлено снижение вольтажа. Поставьте данной пациентке клинический диагноз?

- A. Дифтерия ротоглотки, токсическая форма, осложненная миокардитом
- B. Менингококковый назофарингит, стенокардия напряжения
- C. Инфекционный мононуклеоз. Миокардит
- D. Аденовирусная инфекция. Эндокардит

40. Студент 20 лет, обратился к участковому врачу в связи с повышением температуры тела, ознобом, болью в горле. Болен второй день. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, температура тела 38,5°C. В зеве яркая разлитая гиперемия, гипертрофия миндалин III степени, на миндалинах плотные пленчатые белые налеты, с трудом снимаются шпателем, эрозированная поверхность кровоточит. Пальпируются подчелюстные, тонзиллярные лимфатические узлы, до 1 см в диаметре, подвижные, болезненные. Пульс-80/мин., ритмичный, АД- 110/75 мм рт.ст. со стороны внутренних органов - без патологических изменений. Поставьте данному пациенту клинический диагноз?

- A. Дифтерия ротоглотки, распространенная форма
- B. Дифтерия, токсическая форма
- C. Дифтерия, гипертоксическая форма
- D. Дифтерия ротоглотки, локализованная форма