

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России
Кафедра внутренних болезней №5**

УТВЕРЖДЕНО

**Протоколом заседания
Центрального
координационного
учебно - методического
совета
от «05» ноября 2019 г. № 1**

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
для проведения текущей аттестации**

**для программ дополнительного профессионального образования -
профессиональной переподготовки по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология**

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от 22 октября 2019 г. (протокол № 4)**

**Заведующий кафедрой
профессор Н.М.Бурдули**



г. Владикавказ 2019 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
5. Комплект оценочных средств:
 - перечень контрольных вопросов
 - эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),
 - образец билета к зачету

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения России**

**РЕЦЕНЗИЯ
на фонд оценочных средств по специальности «Гастроэнтерология»**

Фонд оценочных средств составлен на кафедре внутренних болезней №5 в соответствии с Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Р.Ф. от 23 июля 2010 г. № 541н, Приказ Министерства образования и науки РФ от 01 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам», Приказ Минобрнауки России от 19 ноября 2013 г. №1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – дополнительной профессиональной образовательной программе – программе профессиональной переподготовки.

Фонд оценочных средств включает в себя банк тестовых заданий, а также ответы к ним. Тесты позволяют адекватно оценить уровень практической подготовки слушателей по дисциплине «Гастроэнтерология». Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания, варианты тестовых заданий, шаблоны ответов. Все задания соответствуют образовательной программе по специальности «Гастроэнтерология» и охватывают все её разделы. Количество тестовых заданий составляет 50. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины (модуля) достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям.

Билеты для итоговой государственной аттестации выполнены на бланках единого образца по стандартной форме. Билет включает в себя 2 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на зачет. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал учебной

дисциплины. Сложность вопросов в билетах распределена равномерно. Замечаний к рецензируемому фонду оценочных средств нет.

В целом, фонд оценочных средств по специальности «Гастроэнтерология» способствует качественной оценке уровня владения обучающимися универсальными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый фонд оценочных средств по специальности «Гастроэнтерология» может быть рекомендован к использованию для проведения итоговой государственной аттестации на факультете подготовки кадров высшей квалификации по программам дополнительного профессионального образования у слушателей.

Рецензент:

Председатель ЦУМК естественнонаучных и
математических дисциплин с подкомиссией по
экспертизе оценочных средств,
доц. кафедры химии и физики
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, к.ф.-м.н.

И.Ф. Боциев

« _____ » _____ 20__ г.

Паспорт фонда оценочных средств программы повышения квалификации по специальности 31.08.28 «Гастроэнтерология»

раз-дела	Наименование разделов и их содержание	Форма контроля
1	2	6
Вид контро-ля	Текущий	
1	Болезни пищевода. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.	Зачет
2	Методы функционального исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Диагностика и лечение функциональной диспепсии.	Зачет
3	Хронический гастрит. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.	Зачет
4	Болезни поджелудочной железы.	Зачет
5	Холестатические заболевания печени.	Зачет
6	Методы функционального исследования нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Функциональные исследования кишечника.	Зачет
7	Воспалительные заболевания кишечника.	Зачет
8	Редкие болезни кишечника.	Зачет
9	Паразитарные заболевания кишечника. Диетотерапия при заболеваниях ЖКТ.	Зачет
10	Диагностика и лечение хронического вирусного гепатита С.	Зачет
11	Диагностика и лечение хронического вирусного гепатита В.	Зачет
12	Редкие заболевания печени: аутоиммунный гепатит, болезнь Вильсона, наследственный гемохроматоз.	Зачет
13	Желчнокаменная болезнь. Неалкогольный стеатогепатит.	Зачет
14	Алкогольная болезнь печени. Цирроз печени.	Зачет
15	Итоговая государственная аттестация	

Компетенции, формируемые в результате освоения дисциплины:

Коды формируемых компетенций	Компетенции
	Универсальные компетенции
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
УК-2;	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образования в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения
	Профессиональные компетенции
ПК-1;	готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на здоровье человека факторов среды обитания
ПК-2;	способностью и готовностью к проведению профилактических осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами с гастроэнтерологическими заболеваниями
ПК-3;	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
ПК-4;	готовность к применению социально-гигиенических мето-

	дик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков
ПК-5;	диагностическая деятельность: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
ПК-6;	лечебная деятельность: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической помощи
ПК-7;	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
ПК-8;	реабилитационная деятельность: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
ПК-9;	психолого-педагогическая деятельность: готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
ПК-10;	организационно-управленческая деятельность: готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
ПК-11;	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
ПК-12;	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России
Кафедра внутренних болезней №5**

УТВЕРЖДЕНО

**Протоколом заседания Центрального
координационного учебно -
методического совета
от «05» ноября 2019 г. № 1**

**Перечень контрольных вопросов по дисциплине «Скорая медицинская помощь»
для проведения текущей аттестации слушателей по специальности 31.08.28
Гастроэнтерология**

1. Влияние внешних факторов на формирование заболеваний желудочно-кишечного тракта.
2. Поражения печени при болезнях внутренних органов. Поражения печени при хронической недостаточности кровообращения.
3. Дивертикулёз кишечника. Этиология и патогенез. Варианты клинического течения.
4. Методы исследования в гастроэнтерологии.
5. Хронические гастриты. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.
6. Трещины заднего прохода. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.
7. Постхолецистэктомический синдром. Определение. Этиология и патогенез. Клиника.
8. Биохимический анализ крови при заболеваниях печени и желчных путей.
9. Хронические панкреатиты. Определение. Этиология. Патогенез. Варианты клинического течения.
10. Рак пищевода. Предрасполагающие факторы. Классификация.
11. Синдром цитолиза. Значение для диагноза
12. Хронический панкреатит. Лечение в фазе ремиссии.
13. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клиника. Диагноз, дифференциальный диагноз.
14. Синдром раздраженного кишечника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
15. Рак желудка. Предопухолевые и предрасполагающие факторы. Классификация. Клиническая картина.
16. Хронические дуодениты. Этиология. Патогенез. Морфологическая картина.
17. Дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.
18. Билиарный цирроз печени. Определение. Этиология и патогенез.
19. Язвенный колит. Этиология. Патогенез. Распространенность заболевания.
20. Острый панкреатит. Клиника и течение болезни. Диагноз и дифференциальный диагноз.
21. Язвенная болезнь с локализацией процесса в желудке и двенадцатиперстной кишке. Диагностика и дифференциальный диагноз. Лечение.
22. Синдром раздраженного кишечника. Определение, критерии, диагностика.
23. Основные гепатологические синдромы. Желтуха. Дифференциальный диагноз желтух.
24. Основные функции толстой кишки.

25. Злокачественные опухоли двенадцатиперстной и тонкой кишки. Клиническая симптоматология. Осложнения.
26. Болезни оперированного желудка (постгастрорезекционные расстройства).
27. Функциональные постгастрорезекционные расстройства.
28. Желчнокаменная болезнь. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.
29. Ишемический колит. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.
30. Хронический холецистит. Общие вопросы и классификация. Клиника. Осложнения.
31. Ожоги пищевода. Этиология и патогенез. Клиника. Осложнения.
32. Опухоли печени. Статистика и эпидемиология. Классификация. Клинические проявления.
33. Дисбактериоз кишечника. Особенности клинического течения. Диагноз и дифференциальный диагноз.
34. Злокачественные опухоли толстой кишки. Закономерности метастазирования. Клиническая симптоматология.
35. Циррозы печени. Осложнения.
36. Принципы и схемы эрадикационной терапии *Helicobacter pylori*
37. Хронические гепатиты. Определение. Этиология, патогенез.
38. Опухоли прямой кишки. Диагноз и дифференциальный диагноз. Общие принципы лечения.
39. Печеночная кома. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение
40. Функциональная диспепсия. Российские рекомендации
41. Алкогольные поражения печени. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.
42. Классификация гепатопротекторов
43. Классификации ингибиторов протонной помпы. Механизм действия.
44. Болезнь Крона. Диагноз и дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.
45. Инородные тела пищевода. Клиника. Диагноз. Лечение.
46. Гельминтозы. Источник инвазии и механизмы заражения. Особенности клинических проявлений.
47. Ахалазия кардии. Лечение. Консервативная терапия. Кардиодилатация, эндоскопическая кардиодилатация.
48. Дифференциальный диагноз синдрома диспепсии
49. Дифференциальный диагноз синдрома желтухи
50. Дифференциальный диагноз синдрома анемии в гастроэнтерологии
51. Дифференциальный диагноз асцита
52. Дифференциальный диагноз боли в животе
53. Классификация пробиотиков. Показания к применению
54. Классификация желчегонных средств. Показания к применению
55. Дифференциальный диагноз тошноты.
56. Классификация спазмолитиков. Показания к применению
57. Заболевания печени у беременных.
58. Особенности патологии желудочно-кишечного тракта у пожилых.
59. НПВП гастропатия. Профилактика. Диагностика. Лечение.
60. Эозинофильный эзофагит. Дифференциальный диагноз. Лечение.
61. Дифференциальный диагноз диареи.
62. Дифференциальный диагноз запора.
63. Аутоиммунный гепатит. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.
64. Асцит. Причины. Принципы лечения
65. Желчекаменная болезнь. Тактика. Консервативное лечение. Показания к операции.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России
Кафедра внутренних болезней №5**

УТВЕРЖДЕНО

**Протоколом заседания Центрального
координационного учебно -
методического совета
от «05» ноября 2019 г. № 1**

**Образец билета для проведения зачетного занятия слушателей по специальности
31.08.28 Гастроэнтерология**

1. Хронические гастриты. Классификация. Диагностика. Лечение.
2. Дифференциальный диагноз желтух.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России
Кафедра внутренних болезней №5**

УТВЕРЖДЕНО

**Протоколом заседания Центрального
координационного учебно -
методического совета
от «05» ноября 2019 г. № 1**

**Эталоны тестовых заданий по дисциплине «Гастроэнтерология»
для проведения текущей аттестации слушателей по специальности 31.08.28
Гастроэнтерология**

1. Функциональные расстройства деятельности пищевода характеризуются: 1. ощущением комка в горле; 2. дисфагией при употреблении жидкой пищи; 3. дисфагией при употреблении плотной пищи; 4. постоянной дисфагией

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

2. В поликлинику обратился больной 35 лет с жалобами на периодические боли в правой половине грудной клетки, чередующиеся с чувством жжения, дурной запах изо рта. В течение последних месяцев иногда появляется дисфагия. Часто болеет воспалением лёгких. В данном случае можно предположить

варикозное расширение вен пищевода

пищеводно-бронхиальный свищ

+дивертикул пищевода

стеноз пищевода

ахалазию пищевода

3. В поликлинику обратился больной 35 лет с жалобами на периодические боли в правой половине грудной клетки, чередующиеся с чувством жжения, дурной запах изо рта. В течение последних месяцев иногда появляется дисфагия. Часто болеет воспалением лёгких. Для подтверждения диагноза в условиях поликлиники в первую очередь необходимо провести

+рентгеноскопию пищевода

электрокардиографию

анализ крови на гемоглобин

гастроскопию

рентгеноскопию органов грудной клетки

4. Больная 33 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли за грудиной, чувство распирания в этой области. Накануне вечером ела рыбу, при этом поперхнулась. К врачу не обращалась. Утром появились жалобы на затруднённое глотание, температура тела повысилась до 37,3 градусов С, появилось вздутие в области шеи и нижней половины лица. Рвоты не было. При пальпировании шеи отмечается крепитация; на рентгенограмме грудной клетки - расширение тени средостения с прослойками газа, располагающимися паравертебрально. Предположительный диагноз

опухоль средостения

шейный лимфаденит

флегмона шеи

+перфорация пищевода

медиастинальная эмфизема

5. Больная 33 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли за грудиной, чувство распирания в этой области. Накануне вечером ела рыбу, при этом поперхнулась. К врачу не обращалась. Утром появились жалобы на затруднённое глотание, температура тела повысилась до 37,3 градусов С, появилось вздутие в области шеи и нижней половины лица. Рвоты не было. При пальпировании шеи отмечается крепитация; на рентгенограмме грудной клетки - расширение тени средостения с прослойками газа, располагающимися паравerteбрально. Тактика врача
+немедленно госпитализировать больную в хирургическое отделение
пунктировать клетчатку шеи и установить иглы Дюфо
провести эзофагоскопию
назначить антибиотики, выдать больничный лист с рекомендацией повторной явки через 2-3 дня
вызвать на консультацию отоларинголога

6. У больного с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в последнее время изменилась клиническая картина заболевания: исчезла изжога и регургитация, появилась дисфагия при употреблении плотной пищи, пропал аппетит, больной стал терять в весе. Предполагаемый диагноз
+развитие рака пищевода
развитие рака желудка
ущемление грыжи
развитие рака печени
развитие ценкеровского дивертикула

7. У больного с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в последнее время изменилась клиническая картина заболевания: исчезла изжога и регургитация, появилась дисфагия при употреблении плотной пищи, пропал аппетит, больной стал терять в весе. Для подтверждения диагноза у данного больного необходимо в первую очередь провести: 1. анализа кала на скрытую кровь; 2. рентгеноскопии и рентгенографии пищевода; 3. эзофагогастроскопии; 4. цитологического исследования эксфолиативного материала
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

8. Появление дисфагии при употреблении плотной пищи при аксиальной (скользящей) грыже пищеводного отверстия диафрагмы может указывать на развитие: 1. дивертикул пищевода; 2. пептической язвы пищевода; 3. эзофагоспазма; 4. рака пищевода
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
+если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

9. Стриктура пищевода обычно обусловлена
+пептической язвой пищевода
хронической пневмонией
язвенной болезнью
катаральным рефлюкс-эзофагитом
ущемлением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

10. Пептический эзофагит (рефлюкс-эзофагит) возникает вследствие заброса в пищевод: 1. желудочного сока; 2. кишечного содержимого; 3. желчи; 4. трипсина
если правильны ответы 1, 2 и 3
+если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

11. Патологические механизмы рефлюкс-эзофагита включают: 1. рефлюкс желудочного содержимого в пищевод; 2. воспаление дистальной части пищевода; 3. недостаточность кардии (ахалазия); 4. спазм пищевода
+если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

12. Для кардиалгической формы рефлюкс-эзофагита характерно: 1. боли за грудиной; 2. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия; 3. связь боли с положением тела; 4. страх смерти
+если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

13. Главные клетки слизистой оболочки желудка вырабатывают: 1. пепсиноген; 2. соляную кислоту; 3. химозин; 4. секретин

если правильны ответы 1, 2 и 3

+если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

14. Parietalные клетки слизистой оболочки желудка секретируют

+соляную кислоту

молочную кислоту

гастромукопротеид

муцин

пепсиноген

15. Добавочные клетки слизистой оболочки желудка секретируют

+муцин

бикарбонаты

гастрин

секретин

внутренний фактор Касла

16. Эндокринные клетки, входящие в состав эпителиальной выстилки фундальных желез желудка, вырабатывают: 1. серотонин; 2. гистамин; 3. глюкагон; 4. соматостатин

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

17. Для улучшения трофических процессов при хроническом атрофическом гастрите назначают: 1. витамины; 2. анаболические стероидные гормоны; 3. рибоксин; 4. ферментные препараты

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

+если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

18. При обнаружении хеликобактер пилори при хронических гастритах рекомендуется назначить: 1. де-нол; 2. метронидазол; 3. ампициллин; 4. омепразол

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

19. Физиотерапия в лечении гастритов противопоказана при: 1. аутоиммунном гастрите; 2. полипозе желудка; 3. геморрагическом гастрите; 4. эозинофильном гастрите

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

20. Профилактика гастритов основана на: 1. правильном режиме и характере питания; 2. устранении профессиональных вредностей; 3. отказе от алкоголя; 4. лечении заболеваний, приводящих к хроническому гастриту

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

21. Этиологическими факторами язвенной болезни являются: 1. алкоголь; 2. никотин; 3. нарушение питания; 4. эмоциональные стрессы

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

22. Из местных механизмов ульцерогенеза основная роль отводится: 1. моторно-эвакуаторным нарушениям; 2. кислотно-пептическому фактору; 3. состоянию защитного слизистого барьера; 4. обратной диффузии ионов водорода
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

23. К патогенетическим факторам язвенной болезни с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке относятся: 1. кислотно-пептический фактор; 2. ускоренная эвакуация; 3. "кислые" стазы в двенадцатиперстной кишке; 4. хеликобактер пилори
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Для язвенной болезни редко рецидивирующего течения обострения наступают
1-2 раза в 2-3 года
2 раза в год
3 раза в год
+1 раз в 5 лет
не наступает вообще

24. Для язвенной болезни непрерывно рецидивирующего течения обострения возникают: 1 раз в год; 2. 4 и более раз в год; 3. 2 раза в год; 4. периодов ремиссии не существует
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
+если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

25. Для язвенной болезни характерно: 1. "голодные" боли в эпигастральной области; 2. ночные боли; 3. изжога; 4. хронический гастродуоденит
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

26. Для постбульбарной язвы характерно: 1. боли через 3-4 часа после еды; 2. боли с иррадиацией в левое и/или правое подреберье; 3. "пульсирующие" боли; 4. кровотечение
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

27. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является
рвота желчью
урчание в животе
резонанс под пространством Траубе
+шум плеска через 3-4 часа после приема пищи
видимая перистальтика

28. Подтвердить пенетрацию язвы может: 1. уменьшение ответной реакции на антациды; 2. появление болей в спине; 3. усиление болей; 4. изменение характерного ритма язвенных болей
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

29. При пенетрации язвы в поджелудочную железу в крови повышается

+активность амилазы
активность липазы
уровень глюкозы
активность щелочной фосфатазы
активность трансаминазы

30. Больной, длительно страдающий язвенной болезнью с локализацией язвы в желудке, обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастральной области, похудание. В данном случае можно думать о следующем осложнении язвенной болезни

стенозе выходного отдела желудка
+малигнизации язвы
пенетрации язвы
микрочровотечении из язвы
перфорации язвы

31. У больного, длительно страдающего язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, в последнее время изменилась клиническая картина: появилась тяжесть после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, потеря веса. Можно думать о следующем осложнении

+органическом стенозе
функциональном стенозе
малигнизации язвы
пенетрации язвы
перфорации язвы

32. Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются

локализация язвы
величина язвы
+отсутствие хронического рецидивирующего течения
кровотечение
частая пенетрация

33. При диетотерапии язвенной болезни включение белковых пищевых продуктов при дробном питании приведет к

+снижению кислотности желудочного содержимого
повышению кислотности желудочного содержимого
повышению уровня пепсина в желудочном содержимом
снижению уровня пепсина в желудочном содержимом
снижению уровня секрета

34. Продукцию соляной кислоты снижает: 1. циметидин; 2. гастропепин; 3. ранитидин; 4. атропин

если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

35. В этиологии хронического гепатита важное место занимают: 1. инфекционные факторы; 2. токсические факторы (в том числе алкоголизм); 3. токсико-аллергические факторы; 4. недостаточность кровообращения

+если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

36. Причиной жировой дистрофии печени может быть: 1. беременность; 2. сахарный диабет; 3. лечение кортикостероидами; 4. голодание

если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

37. Синдром мезенхимального воспаления характеризуется увеличением в крови

+гамма-глобулинов
холестерина
активности щелочной фосфатазы
билирубина
альбумина

38. Лабораторным показателем, характеризующим синдром Жильбера, является
+увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина
билирубинурия
увеличение активности трансаминаз
ретикулоцитоз
гипоальбуминемия

39. Для гемолитической желтухи характерно: 1. увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина; 2. нормальная активность сывороточной щелочной фосфатазы; 3. нормальная активность сывороточных трансаминаз и гамма-глутамилтранспептидазы; 4. ретикулоцитоз
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

40. Уровень конъюгированного (связанного) билирубина в крови возрастает при: 1. синдроме Ротора; 2. синдроме Дабина-Джонсона; 3. хроническом активном гепатите; 4. первичном билиарном циррозе печени
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

41. При гемолитической желтухе имеет место: 1. ретикулоцитоз; 2. повышение неконъюгированного (несвязанного) билирубина; 3. спленомегалия; 4. гиперплазия костного мозга
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

42. Высокий уровень активности трансаминаз в сыворотке крови указывает на
микронодулярный цирроз
холестаз
+вирусный гепатит
первичный билиарный цирроз
аминазиновую желтуху

43. Клиническими проявлениями билиарного синдрома при хронических болезнях печени являются: 1. желтуха; 2. кожный зуд; 3. ксантелазмы; 4. высокий уровень активности щелочной фосфатазы сыворотки крови
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

44. Морфологический субстрат хронического гепатита в отличие от холестатического гепатита составляют
+ступенчатые некрозы
отложения меди
жировая дистрофия
отложения железа
нарушение архитектоники печеночных долек

45. К субъективным проявлениям хронического гепатита относятся
+астения
запоры
геморрагии
лихорадка
поносы

46. Гепатомегалия, гипергликемия, гиперпигментация кожи, повышение уровня железа в сыворотке крови характерны для
хронического гепатита вирусной этиологии
+гемохроматоза
цирроза печени
гиперфункции надпочечников
болезни Вильсона-Коновалова

47. Для синдрома гиперспленизма, возникшего при хроническом активном гепатите, характерно: 1. гранулоцитопения; 2. тромбоцитопения; 3. геморрагический синдром; 4. анемия
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

48. Сочетание цитолитического и мезенхимально-воспалительного синдромов характерно для
острого вирусного гепатита А
острого вирусного гепатита В
+хронического гепатита
гепатоза
гемохроматоза

49. При хроническом активном гепатите с синдромом гиперспленизма прогностически опасным являются
снижение содержания эритроцитов
+снижения содержания тромбоцитов до $50-30 \cdot 10^9/\text{л}$
лейкопения
отсутствие эффекта при суточной дозе преднизолона 15-20 мг
лимфопения

50. Для лечения активного хронического гепатита "В" предпочтительно применять
делагил
кортикостероиды
легалон
+реоферон
эссенциале

Критерии оценок.

При выполнении заданий в тестовой форме обычно используются следующие критерии оценки

Процент результативности (правильных ответов)	Качественная оценка уровня подготовки	
	балл (отметка)	вербальный аналог
90 ÷ 100	5	отлично
80 ÷ 89	4	хорошо
70 ÷ 79	3	удовлетворительно
менее 70	2	неудовлетворительно

При проведении собеседования используются следующие критерии оценки

Количественная оценка	Качественная оценка уровня подготовки
5 «отлично»	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные студентом самостоятельно в процессе ответа.
4 «хорошо»	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя.
3 «удовлетворительно»	Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.
2 «неудовлетворительно»	Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.