

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ЗАПОРОЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ-3**

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ “КРОК-2”
ПО ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ**

(сборник клинических тестовых заданий по дисциплине "Внутренняя медицина"
для иностранных студентов 6-го курса медицинского факультета, специальность
"Медицина", которые обучаются на русском языке)

Запорожье
2021

УДК: 616.3 (079.1)

Т 36

*Утверждено на заседании Центрального методического совета ЗГМУ
(№ ___ от " _____ " 2021)
и рекомендуется для использования в образовательном процессе*

Авторы:

Доценко С.Я., Рекалов Д.Г., Чорная И.В., Свистун С.И., Кравченко В.И., Шеховцева Т.Г., Кулинич Р.Л., Шевченко М.В., Самура Б.Б., Тягла О.С., Склярова Н.П., Яленко О.В.

Рецензенты:

Крайдашенко О.В. - профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой клинической фармакологии, фармации, фармакотерапии и косметологии ЗГМУ

Свинтозельский А.А. - доцент, кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической фармакологии, фармации, фармакотерапии и косметологии ЗГМУ

Т 36 **Тестовые задания "КРОК-2" по гастроэнтерологии: сборник клинических тестовых заданий** по дисциплине "Внутренняя медицина" для иностранных студентов 6-го курса, которые обучаются на русском языке, медицинского факультета, специальность "Общая медицина", "Педиатрия" / С.Я. Доценко, Д.Г. Рекалов, И.В. Черная. Запорожья, 2021. - 70 стр.

Сборник клинических тестовых заданий "Тестовые задания "КРОК-2" по гастроэнтерологии" по дисциплине "Внутренняя медицина" для иностранных студентов 6-го курса медицинского факультета, специальность "Медицина", которые обучаются на русском языке

УДК: 616.3 (079.1)

ВВЕДЕНИЕ

Учебное пособие «Тестовые задания “КРОК-2” по гастроэнтерологии» рассчитано для повышения качественной подготовки будущих врачей-терапевтов, в том числе врачей общей практики/семейных врачей, поскольку в последние десятилетия наблюдается существенное распространение и рост патологии внутренних органов, особенно гастроэнтерологических заболеваний.

В представленном учебном пособии рассматриваются вопросы, которые пригодятся в практической деятельности терапевтов и окажут существенную помощь студентам, врачам-интернам, специалистам по общей практики семейным врачам в освоении проблем диагностики и дифференциальной диагностики гастроэнтерологических заболеваний.

Учебное пособие построено на основе учебной программы по дисциплине "Внутренняя медицина", содержит достаточное количество тестовых заданий, раскрывающих общие положения и специальную часть патологических состояний в гастроэнтерологии. В практикум включены тестовые задания последних лет из Центра тестирования при МОЗ Украины.

Представленное учебное пособие является достаточно актуальной формой обучения студентов в высших учебных заведениях III-IV уровней аккредитации с позиций Болонского процесса, в том числе подготовки к лицензионному экзамену «Крок-2».

1. Больную 24-х лет беспокоит боль в животе после приёма пищи и ночью. Боль уменьшается после дефекации. Отмечает поносы, появляющиеся после употребления цельного молока. Объективно: живот мягкий, вздутый, чувствительный при пальпации в зоне Поргеса. Печень, селезёнка не увеличены. При колоноскопии - гиперемия слизистой оболочки толстой кишки. Какой диагноз наиболее вероятен?

- A. Неспецифический язвенный колит
- B. Лактазная недостаточность
- C. Хронический гастрит
- D. Функциональная диарея
- E. Целиакия

2. Больной 56-ти лет, жалуется на дискомфорт в эпигастрии после еды, отрыжку, плохой аппетит, небольшое похудение, утомляемость. Курит, алкоголем не злоупотребляет. Объективно: бледность слизистых. АД - 110/70 мм рт. ст. Язык "лакированный" Живот мягкий, чувствительный в эпигастрии. В крови: эр. - $2,0 \times 10^{12}/л$, Нб - 70 г/л, ЦП - 1,1, макроцитоз, лейкоц. - $5, 5 \times 10^9/л$, СОЭ - 13 мм/час. При ФГДС - атрофия слизистой фундального отдела. Каков патогенез данного заболевания?

- A. Образование антител к париетальным клеткам желудка
- B. Персистенция *H. pylori*
- C. Действие алиментарного фактора
- D. Действие химического фактора
- E. Гастропатическое действие

3. У больной 45 лет с ожирением частые, безболезненные дефекации до 5 раз в сутки в течение двух недель, кал жирный со зловонным запахом, без примеси крови. В анамнезе желчекаменная болезнь. О какой патологии идет речь?

- A. Неспецифический язвенный колит
- B. Хронический гепатит
- C. Хронический холецистит
- D. Хронический панкреатит
- E. Язвенная болезнь желудка

4. У мужчины 42-х лет в анализе желудочного сока свободная соляная кислота отсутствует во всех фазах. При эндоскопии - бледность, истончение

слизистой желудка, складки сглажены. Микроскопически: атрофия желез с метаплазией по кишечному типу. Для какого заболевания характерна подобная ситуация?

- A. Хронический гастрит тип В
- B. Хронический гастрит тип С
- C. Болезнь Менетрие
- D. Рак желудка
- E. Хронический гастрит тип А

5. Больной 45-ти лет жалуется на боль в надчревной области, левом подреберье, вздутие живота, поносы, похудание. Болеет в течение 5-ти лет. Объективно: язык влажный, обложен белым налетом около корня; при глубокой пальпации живота выявляется небольшая боль в надчревной области и точке Мейо-Робсона. О каком заболевании следует думать в первую очередь?

- A. Хронический панкреатит
- B. Атрофический гастрит
- C. Пептическая язва желудка
- D. Хронический холецистит
- E. Целиакия

6. Больной 49-ти лет жалуется на нарушение глотания особенно твёрдой пищи, икоту, осиплость голоса, тошноту, срыгивание, значительное похудание (15 кг за 2,5 месяца). Объективно: масса тела снижена. Кожные покровы бледные, сухие. В лёгких - везикулярное дыхание. Тоны сердца достаточной звучности, деятельность ритмичная. Живот мягкий, при пальпации боли нет. Печень не увеличена. Какое исследование необходимо для установления диагноза?

- A. Эзофагодуоденоскопия с биопсией
- B. Клинический анализ крови
- C. Рентгенография органов ЖКТ
- D. Рентгенография по Тределенбургу
- E. Исследование желудочной секреции

7. Больной 45-ти лет поступил в отделение с жалобами на рвоту с прожилками крови, похудание. При эзофагогастроскопии в абдоминальном отделе пищевода обнаружено разрастание слизистой в виде цветной капусты,

слизистая в этом отделе контактно кровоточит. Сформулируйте предварительный диагноз:

- A. Пищевод Баррета
- B. Опухоль пищевода
- C. Абдоминальный эзофагит
- D. Дивертикул пищевода
- E. Ахалазия кардии

8. Больная 56-ти лет жалуется на зуд кожи туловища, постоянную тошноту, запоры, ощущение тяжести и боль в правом подреберье, значительную общую слабость. Болеет билиарным циррозом печени. Объективно: кожа бледно-желтушная. Живот мягкий, печень выступает из-под края правой рёберной дуги на 2,0 см, чувствительная при пальпации. Биохимические исследования: билирубин общий - 142 мкмоль/л, прямой - 139 мкмоль/л, АЛТ - 0,98 ммоль/л, АСТ - 0,82 ммоль/л, щелочная фосфатаза - 8,7 ммоль/л. Какое из приведенных лекарственных средств следует назначить в первую очередь?

- A. Сирепар
- B. Аллохол
- C. Эссенциале-форте
- D. Урсодезоксихолевая кислота
- E. Ливолин-форте

9. Пациент 60-ти лет жалуется на практически постоянное чувство тяжести и переполнения в эпигастрии, усиливающееся после еды, отрыжку с тухлым запахом, иногда рвоту съеденной 1-2 дня назад пищей, похудение. 12 лет назад впервые выявлена язва пилорического канала. Отмечал периодические "голодные" боли, по поводу которых принимал омепрозол. Ухудшение в течение 3-х месяцев. Объективно: определяется "шум плеска" в эпигастрии. О каком осложнении идёт речь?

- A. Пенетрация язвы желудка
- B. Стеноз пилоруса
- C. Функциональный спазм привратника
- D. Инородное тело желудка (безоар)
- E. Малигнизация язвы желудка

10. Больная 48-ми лет в течение последних 7-ми лет болеет хроническим

панкреатитом. В последнее время отмечает увеличение суточного количества кала с неприятным запахом, вздутие живота, урчание, беспокоят поносы, слабость, быстрая утомляемость, отсутствие аппетита, снижение массы тела. Развитие какого синдрома можно заподозрить в данном случае?

- A. Синдром раздражённой толстой кишки
- B. Синдром желудочной мальдигестии
- C. Синдром мальабсорбции
- D. Синдром экссудативной энтеропатии
- E. Синдром инкреторной недостаточности

11. Больной страдает язвенной болезнью желудка более 15-ти лет, неоднократно лечился по поводу обострений. В течение года отмечает чувство тяжести в желудке, отрыжку с неприятным запахом. За последние три дня несколько раз была рвота не переваренной пищей. Какой из приведенных методов исследования является наиболее информативным для верификации диагноза?

- A. Ультразвуковое исследование
- B. pH-метрия
- C. Многоэтапное дуоденальное зондирование
- D. Исследование на наличие *Helicobacter pylori*
- E. Рентгенологическое исследование

12. Женщина 28-ти лет в течение 5-ти лет жалуется на боль в правом подреберье, с иррадиацией в правую лопатку, приступы боли связаны с нарушением диеты, они недлительные, легко снимаются спазмолитическими средствами. Во время приступа боли пальпация живота болезненная, максимально в точке проекции жёлчного пузыря. С наибольшей вероятностью у больного имеет место:

- A. Дискинезия желчевыводящих путей
- B. Хронический холецистит
- C. Хронический гастрит
- D. Хронический панкреатит
- E. Язвенная болезнь 12-перстной кишки

13. У больного, с язвенной болезнью 12-перстной кишки в анамнезе, изменилась клиническая картина: боль постоянная с иррадиацией в спину, усиливается после еды, плохо купируется атропином. Потеря в весе за

полгода до 6 кг. Эндоскопически выявлена язва луковицы 12-перстной кишки с плотными краями; деформация луковицы. Чем можно объяснить изменение клинической картины?

- A. Перфорация
- B. Дуоденостаз
- C. Пенетрация
- D. Малигнизация
- E. Стеноз привратника

14. Больная 47-ми лет страдает гипомоторной дискинезией толстого кишечника. Как модернизировать пищевой рацион с целью повышения моторики кишечника?

- A. В рациональной диете увеличить количество растительных, кисломолочных продуктов и магния
- B. В рациональной диете увеличить количество растительных белков, животных жиров, калия
- C. В рациональной диете увеличить количество растительного волокна и кисломолочных продуктов
- D. В гипознергетической диете увеличить количество растительных белков, молочных продуктов, кальция
- E. В редуцирующей белково-овощной диете увеличить количество животных жиров и магния

15. Женщина 41-го года в течение 8-ми лет болевает хроническим холециститом. Беспокоят почти постоянная монотонная ноющая боль или чувство тяжести в правом подреберье, горечь во рту по утрам, запор. При пальпации живота отмечается небольшая болезненность в точке проекции жёлчного пузыря. Объём пузыря после желчегонного завтрака уменьшился только на 15 % (по данным УЗИ). Назначение каких лекарственных средств наиболее целесообразно?

- A. М-холинолитики
- B. Холекинетики
- C. Миоспазмолитики
- D. Холеспазмолитики
- E. Холеретики

16. Больной В., 23 года. Объективно: кожные покровы желтые, склеры

иктеричные. Пульс - 66 удара в мин. АД 120/80 мм. рт. ст. АЛТ, АСТ, тимоловая проба - N. Общий билирубин – 34 мкмоль/л за счет непрямого. Укажите наиболее вероятный диагноз.

- A. Хронический криптогенный гепатит
- B. Хронический лекарственный гепатит
- C. Синдром Жильбера
- D. Хронический вирусный гепатит С
- E. Хронический персистирующий гепатит

17. Мужчина 40-ка лет болен аутоиммунным гепатитом. В крови: А/Г коэффициент - 0,8, билирубин - 42 мкмоль/л, трансаминазы: АЛТ - 2,3 ммоль/л, АСТ - 1,8 ммоль/л. Что из перечисленного является наиболее эффективным в лечении?

- A. Антибактериальные средства
- B. Гепатопротекторы
- C. Противовирусные препараты
- D. Глюкокортикоиды, цитостатики
- E. Гемосорбция, витаминотерапия

18. У 60-летнего мужчины развилась дисфагия, которая быстро прогрессирует в течение нескольких недель. Отмечена потеря веса, анемия. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Инородное тело пищевода
- B. Ахалазия кардии
- C. Дивертикул пищевода
- D. Рак пищевода
- E. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

19. Женщина 23-ти лет жалуется на "голодные" ночные боли в животе, запоры, изжогу. Болеет более двух лет. Какое заболевание наиболее вероятно?

- A. Язвенная болезнь 12-перстной кишки
- B. Острый гастрит
- C. Хронический гастрит
- D. Дискинезия желчевыводящих путей
- E. Язвенная болезнь желудка

20. У больной 50-ти лет в течение полутора месяцев отмечается стабильное нарастание желтухи, анемии с периодическими подъёмами температуры тела. При пальпации обнаружен увеличенный и безболезненный жёлчный пузырь. Развитие какого заболевания можно предположить?

- A. Рак жёлчного пузыря
- B. Рак головки поджелудочной железы
- C. Жёлчекаменная болезнь
- D. Эхинококкоз печени
- E. Первичный склерозирующий холангит

21. Женщина 35-ти лет жалуется на слабость, частые испражнения с примесью крови, снижение веса тела на 8 кг за 6 месяцев, периодически - повышение температуры до 37,8 °С. Объективно: t° - 37,5 °С, Ps - 86/мин., АД - 110/70 мм рт. ст. Кожа бледная, пальпаторно живот умеренно болезнен. В крови: НБ - 92 г/л, СОЭ - 35 мм/час. Колоноскопия: слизистая прямой и сигмовидной кишки зернистая, гиперемирована, отёчная, неравномерно утолщена (псевдополипы), кровоточит, на её поверхности - эрозии и язвы. Какая патология наиболее вероятно вызвала поражение кишки у больной?

- A. Болезнь Крона
- B. Синдром раздражённого кишечника
- C. Рак прямой кишки
- D. Полипоз кишки
- E. Неспецифический язвенный колит

22. Мужчина 47-ми лет болен циррозом печени неустановленной этиологии. Объективно: живот увеличен, установлено наличие свободной жидкости в брюшной полости. Какой мочегонный препарат обязательно следует включить в комплексную терапию этого больного?

- A. Верошпирон
- B. Гипотиазид
- C. Маннитол
- D. Диакарб
- E. Индапамид

23. Мужчина 45-ти лет болен язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 5-ти лет. Жалуется на слабость, головокружение, сухость кожных покровов. Объективно: кожа и видимые слизистые бледные, трещины на

губах, Ps - 100/мин., АД - 100/70 мм рт. ст., систолический шум над всеми точками при аускультации сердца. Со стороны других внутренних органов изменений не обнаружено. Реакция кала на скрытую кровь положительная. В крови: эр. - $3,1 \times 10^{12}/л$, Нб - 88 г/л, ЦП - 0,7, лейкоц. - $4,6 \times 10^9/л$, тромбоц. - $350 \times 10^9/л$, СОЭ - 21 мм/час, анизоцитоз, пойкилоцитоз, железо сыворотки - 9,5 мкмоль/л. Какая тактика лечения?

- А. Переливание эритроцитарной массы
- В. Цианокобаламин по 500 мкг внутримышечно
- С. Кортиостероиды, цитостатики
- Д. Препараты железа, полноценное сбалансированное питание
- Е. Аскорбиновая кислота, хлорид кальция

24. Женщина 57-ми лет жалуется на ощущение сдавления в пищеводе, сердцебиение, затруднение дыхания при приёме твёрдой пищи, иногда появляется рвота полным ртом, ночью - симптом "мокрой подушки". Болеет около 6-ти месяцев. Объективно: температура - 39 °С, рост - 168 см, вес - 72 кг, Ps - 76/мин., АД - 120/80 мм. рт. ст. Рентгенологически: пищевод значительно расширен, в кардиальной части - сужен. Какая патология наиболее вероятно вызвала дисфагию у больной?

- А. Ахалазия кардии
- В. Первичный эзофагоспазм
- С. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- Д. Рак пищевода
- Е. Рефлюкс-эзофагит

25. Мужчина 55-ти лет жалуется на ощущение тяжести и распирания в эпигастрии постоянного характера, тошноту, рвоту, приносящую облегчение, похудание. Страдает язвенной болезнью луковицы двенадцатиперстной кишки 15 лет с частыми обострениями. Объективно: "шум плеска", опущение нижней границы желудка. Рентгенологически: большое количество секрета натошак, желудок растянут, тонус его снижен, эвакуация замедлена. Какое осложнение возможно у данного больного?

- А. Пилоростеноз
- В. Перфорация язвы
- С. Пенетрация язвы
- Д. Гастро-эзофагальный рефлюкс
- Е. Ахалазия кардии

26. Больная 53-х лет жалуется на потерю веса до 10 кг в течение двух лет, жидкий стул до двух раз в сутки с неприятным запахом, который плохо смывается водой с унитаза, периодическую тошноту, опоясывающую боль в верхней половине живота. Объективно: болезненность в зоне Губергрица, в точке Мейо-Робсона. Биохимический анализ крови: глюкоза - 3,2 ммоль/л, билирубин - 16,5 мкмоль/л, общий белок - 56,4 г/л. Диастаза мочи - 426 г/час/л. При проведении пробы с d-ксилозой (пероральный приём 25 г d-ксилозы) через 5 часов в моче обнаруживают 3 г ксилозы. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Псевдомембранозный колит
- B. Неспецифический язвенный колит
- C. Панкреатит. Синдром мальабсорбции
- D. Синдром раздражённой кишки
- E. Хронический гастрит

27. Больная 54-х лет обратилась с жалобами на слабость, желтуху, зуд кожи. Заболела 1,5 месяца назад: появилась лихорадка с повышением температуры до 39 °С, через 2 недели - нарастающая желтуха. При госпитализации - значительная желтуха. Печень не пальпируется. Жёлчный пузырь увеличен, безболезненный. Билирубин крови 190 мкмоль/л, за счёт прямого. Кал ахоличный. Какой наиболее вероятный генез желтухи у больной?

- A. Паренхиматозная желтуха
- B. Механическая желтуха
- C. Гемолитическая желтуха
- D. Синдром Кароли
- E. Болезнь Жильбера

28. Больная 28-ми лет жалуется на боль в правом подреберье и суставах, желтушный цвет кожи, снижение веса тела на 10 кг за год, повышение температуры до 38 °С. Заболевание началось после родов полгода назад. Объективно: иктеричность кожи и склер, на веках - ксантомы. Печень +4 см, плотная, болезненная, край заострён. Селезёнка +2 см. В крови: АСТ - 280 ЕД/л, АЛТ - 340 ЕД/л, общий билирубин - 97,6 мкмоль/л, свободный - 54,6 мкмоль/л, HbsAg - не обнаружен. Назовите основной механизм патогенеза заболевания:

- A. Токсическое повреждение гепатоцитов
- B. Жировая дистрофия печени

- C. Нарушение оттока жёлчи
- D. Аутоиммунный
- E. Вирусная инфекция

29. Больной 28-ми лет жалуется на боль в животе режущего характера. Заболел резко 1,5 часа назад, когда почувствовал острую боль под грудью. Ранее ничем не болел. Объективно: кожа бледная, больной лежит на спине. При изменении положения тела боль обостряется. Pс - 70/мин., ритмичный, АД - 100/60 мм рт. ст. Со стороны сердца и лёгких патологии нет. Язык чистый, сухой. Живот втянут, не принимает участия в дыхании, при пальпации резко напряжён и болезнен во всех отделах. Симптом Щёткина-Блюмберга положительный. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Перфоративная язва желудка
- B. Острый панкреатит
- C. Острый холецистит
- D. Острая кишечная непроходимость
- E. Острый аппендицит

30. Больной 47-ми лет жалуется на рецидивирующие боли в левом подреберье, которые могут быть спровоцированы приёмом острой пищи. Боль отдает в спину. Отмечается потеря веса до 3-5 кг в период обострения. Стул неустойчив: запор сменяется кашицеобразным стулом с примесью жира до 3-5 раз в сутки. Живот болезнен в эпигастрии и левом подреберье. Рубец после холецистэктомии. Отрезки толстой кишки при пальпации чувствительны. Амилаза мочи в день госпитализации - 1024 ЕД. Патогенетическое лечение больного должно включать:

- A. Антиферментные препараты (контрикал)
- B. Антибиотики для эрадикации хеликобактериоза
- C. Спазмолитики (но-шпа)
- D. Прокинетики (метоклопрамид/церукал)
- E. Противовоспалительные средства (аспирин)

31. Больной 77-ми лет около полугода жалуется на затруднение при прохождении пищи, резкое похудание. Последний месяц пища проходит свободно, но появились осиплость голоса, а затем сильный кашель во время приёма пищи, особенно жидкой. Повысилась температура тела. Госпитализирован в тяжёлом состоянии. При рентгеноскопии грудной клетки диагностирована нижнедолевая пневмония. Какой предварительный диагноз?

- A. Гипостатическая пневмония
- B. Рак лёгких с метастазами в лимфоузлы средостения
- C. Рак пищевода, пищеводно-бронхиальный свищ
- D. Рак пищевода с распространением на обратный нерв
- E. Абсцедирующая нижнедолевая пневмония

32. Больная 24-х лет жалуется на ноющие боли, чувство тяжести, распирания в эпигастрии после еды, раннего насыщения. Описанные жалобы беспокоят на протяжении 3-х лет (по несколько месяцев в году), иногда связаны со стрессовой ситуацией. В анамнезе вегето-сосудистая дистония. При ФГДС и УЗИ органов брюшной полости органической патологии не выявлено. Ведущим в патогенезе данного заболевания является:

- A. Аутоиммунное воспаление слизистой оболочки желудка
- B. Инфекционное воспаление слизистой оболочки желудка
- C. Нарушение моторики желудка и 12- перстной кишки
- D. Низкий уровень желудочной секреции
- E. Высокий уровень желудочной секреции

33. К участковому терапевту обратился пациент 45-ти лет с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, появление боли при глотании, а также невозможность употреблять твёрдую пищу. Больной сообщил, что изжога и отрыжка кислым у него наблюдаются в течение 8-ми лет. Ухудшение своего состояния отмечает последние 3 месяца. Какое обследование нужно пройти пациенту в первую очередь?

- A. Тест с ингибитором протонной помпы
- B. Суточный эзофаго-рН-мониторинг
- C. Фиброэзофагогастродуоденоскопия
- D. Многочасовой эзофаго-рН-мониторинг
- E. Компьютерную томографию органов грудной клетки

34. Женщина 32-х лет жалуется на боль в левом подреберье, появляющуюся через 2 часа после еды, тошноту, вздутие живота, склонность к поносу. Объективно: субиктеричность склер. Живот болезненный при пальпации в точке Губергрица-Скульского. Печень - у края рёберной дуги. В крови: амилаза - 288 ммоль/л, общий билирубин - 20 мкмоль/л. Какое заболевание наиболее вероятно?

- A. Хронический панкреатит

- В. Хронический гепатит
- С. Эзофагит
- Д. Хронический холецистит
- Е. Хронический гастрит

35. Женщина 37-ми лет обратилась к врачу по поводу обострения хронического гепатита. В крови обнаружено повышение уровня непрямого билирубина, АСТ, АЛТ и снижение уровня альбумина и протромбина. Какой из патологических процессов наиболее вероятно обусловил эти изменения?

- А. Холестаз
- В. Портальная гипертензия
- С. Цитолиз
- Д. Гиперспленизм
- Е. Нарушение гемостаза

36. Женщина 63-х лет жалуется на общую слабость, ощущение тяжести, сдавления, переполнения в эпигастрии, тошноту, отрыжку после еды. Болеет около 15-ти лет. Объективно: температура - 36,4 °С, ЧД - 20/мин., Рс - 88/мин. АД - 115/75 мм рт. ст. Кожа и слизистые бледные. В крови: эр. - $2,0 \times 10^{12}/л$, НЬ - 100 г/л. Обнаружены антитела к обкладочным клеткам желудка. Какая наиболее вероятная причина развития анемического синдрома у данной больной?

- А. Нарушение синтеза гемоглобина
- В. Нарушение синтеза эритропоэтина
- С. Нарушение всасывания железа
- Д. Продукция антител к внутреннему фактору
- Е. Повышенная потеря железа

37. Женщина 42-х лет страдает микронодулярным криптогенным циррозом печени. В течение последней недели состояние ухудшилось: появились судороги, помрачение сознания, усилилась желтуха. Выполнение какого исследования может объяснить причину ухудшения состояния?

- А. Определение аммиака сыворотки
- В. Определение эфиров холестерина
- С. Определение содержания а-фетопротеина
- Д. Определение АЛТ и АСТ
- Е. Определение уровня щелочной фосфатазы

38. Больная 49-ти лет госпитализирована с жалобами на слабость, желтуху, зуд кожи. Заболела 2,5 месяца назад. При поступлении - значительная желтуха. Печень не пальпируется. Жёлчный пузырь увеличенный, безболезненный. Билирубин крови - 190 мкмоль/л, за счёт прямого. Кал ахоличный. Какая наиболее вероятная причина желтухи?

- A. Гемолитическая желтуха
- B. Механическая желтуха
- C. Болезнь Жильбера
- D. Паренхиматозная желтуха
- E. Синдром Кароли

39. Больной 38-ми лет жалуется на затруднённое глотание твёрдой пищи, появившееся около месяца назад, а в последнее время и полужидкой. Отмечает слабость, ухудшение общего состояния, снижение аппетита, потерю массы тела, повышение температуры. Объективно: кожа сухая, бледная, язык обложен, других отклонений не обнаружено. В крови: гипохромная анемия, ускоренная СОЭ. Какой предварительный диагноз?

- A. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- B. Склеродермия
- C. Рак желудка
- D. Рак пищевода
- E. Эзофагит

40. Больной 24-х лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в эпигастрии через 1-1,5 часа после еды, ночные боли, частую рвоту, дающую облегчение. Много курит, употребляет алкоголь. Объективно: язык чистый. При поверхностной пальпации живота обнаружен мышечный дефанс, болезненность справа выше пупка. Лабораторно: реакция на скрытую кровь в кале положительная. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Хронический гастрит
- B. Хронический холецистит
- C. Эзофагит
- D. Хронический колит
- E. Язвенная болезнь

41. Мужчина 24-х лет жалуется на жидкий стул до 20 раз в сутки с наличием крови и слизи, тенезмы, общую слабость, похудение, боли в коленных

суставах. Болеет 2 года, заболевание протекает с периодическими обострениями. Объективно: температура тела $-38,4^{\circ}\text{C}$, ЧД - 20/мин, ЧСС - 82/мин. Сухость кожных покровов, афтозный стоматит. Печень $+2$ см. Отрезки толстого кишечника спазмированы и болезненны. Какой наиболее информативный метод диагностики при этом заболевании?

- A. Бактериальный посев кала
- B. Колоноскопия
- C. Копрограмма
- D. Ректороманоскопия
- E. Ирригоскопия

42. Больной 51-го года жалуется на ощущение тяжести в эпигастрии после приёма пищи, отрыжку с тухлым запахом, рвоту после переедания. Длительное время болеет язвой пилорического отдела желудка с частыми обострениями. Объективно: масса тела снижена, нижняя граница желудка на 4-5 см ниже пупка, шум плеска натощак. Какое осложнение язвенной болезни развилось у больного?

- A. Перфорация язвы
- B. Перивисцерит
- C. Пилоростеноз
- D. Пенетрация
- E. Малигнизация язвы

43. У больного цирроз печени. Последние два месяца появились одышка, отёки обеих ног, асцит. Принимает гепатопротекторы, глюкокортикоиды. Какую комбинацию лекарств целесообразно добавить к лечению?

- A. Альдактон + фуросемид
- B. Липокаин + гипотиазид
- C. Нерабол + фуросемид
- D. Альдактон + аскорутин
- E. Альбумин + аскорутин

44. У больного 42-х лет диагностировано желудочно-кишечное кровотечение, что подтвердилось реакцией Грегерсена и снижением уровня гемоглобина до 90 г/л и количества эритроцитов до $2,7 \times 10^{12}/\text{л}$. Общее состояние больного удовлетворительное. Какие дополнительные методы исследования нужно выполнить?

- A. Лапаротомия
- B. Определение кислотности желудочного сока
- C. Проба Холландера
- D. Фиброгастродуоденоскопия
- E. Рентгеноскопия желудка

45. У больного острой лейкемией на фоне цитостатического лечения возникли желтуха, диспептические расстройства. Обнаружено умеренное увеличение и болезненность печени, повышение уровней как прямого (40 мкмоль/л) так и непрямого (10 мкмоль/л) билирубина, АЛТ - 2,1 ммоль/л, АСТ - 2,2 ммоль/л. Реакция на антигены гепатитов В и С отрицательная. Какое осложнение возникло у пациента?

- A. Вирусный гепатит
- B. Острый холецистит
- C. Острый панкреатит
- D. Токсический гепатит
- E. Гемолитическая анемия

46. У больного 25-ти лет осенью появилась боль в желудке, возникающая через 1,5-2 часа после приёма пищи и ночью. Жалуется на изжогу, запоры. Боль усиливается при приёме острой, солёной и кислой пищи, уменьшается после использования соды и грелки. Болеет в течение года. Объективно: язык не обложен, влажный. При пальпации живота - болезненность в эпигастрии справа, в этой же области - резистентность мышц брюшного пресса. Какое заболевание наиболее вероятно?

- A. Хронический холецистит
- B. Диафрагмальная грыжа
- C. Язвенная болезнь 12-перстной кишки
- D. Язвенная болезнь желудка
- E. Хронический панкреатит

47. У больного с явлениями нарушенного питания, стеатореи, спустя 4 часа после еды возникают боли в животе, особенно выше пупка и левее. Поносы могут смениться запором до 3-5 дней. Пальпаторно: умеренная болезненность в холедохопанкреатической зоне. Уровень амилазы в крови не повышается. Рентгенологически обнаружены кальцинаты, располагающиеся выше пупка. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Хронический гастродуоденит
- B. Язва 12-перстной кишки
- C. Хронический панкреатит
- D. Синдром Цоллингер-Эллисона
- E. Хронический калькулёзный холецистит

48. Больной 23-х лет жалуется на тупую боль, ощущение тяжести и распираания в эпигастрии сразу после еды, отрыжку тухлым. Сухость во рту, тошноту натошак, поносы. Объективно: кожа бледная, телосложение худощавое. Живот при пальпации мягкий, отмечается боль в эпигастрии. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. В крови: Hb - 110 г/л, ер. - $3,4 \times 10^{12}/л$, лейкоцитарная формула без изменений. СОЭ - 16 мм/час. Какое наиболее информативное исследование поможет установить диагноз?

- A. Эзофагогастродуоденоскопия
- B. Рентгенография органов пищеварения
- C. Исследование желудочного сока
- D. рН-метрия
- E. Дуоденальное зондирование

49. У больной 60-ти лет после чрезмерного употребления жирной пищи внезапно возникла боль в правом подреберье, тошнота, рвота жёлчью, резкое ощущение горечи во рту. Через двое суток появилась желтуха, потемнела моча. Объективно: склеры и кожные покровы иктеричные, живот вздут, печень увеличена на 3 см, мягкая, болезненная при пальпации, с-мы Ортнера, Кера, Мерфи, Захарьина, Мейо-Робсона положительны. Какой метод необходимо использовать для диагностики в первую очередь?

- A. Фиброгастродуоденоскопия
- B. Рентгенография органов брюшной полости
- C. Радионуклидное сканирование печени и жёлчного пузыря
- D. Диагностическая лапаротомия
- E. УЗИ жёлчного пузыря и жёлчного протока

50. Больной 58-ми лет жалуется на затруднённое прохождение твёрдой пищи по пищеводу, "кашель во время еды". Считает себя больным в течение четырёх месяцев. Объективно: в надключичных областях по одному плотному лимфоузлу до 0,7 см в диаметре. Какой диагноз наиболее вероятен в данном случае?

- A. Рак пищевода
- B. Лимфогранулематоз
- C. Трахеит
- D. Эзофагит
- E. Опухоль средостения

51. У больного 18 лет развилась желтуха. После обследования диагностирован синдром Жильбера-Мейленграхта. С чем связан механизм развития желтухи у больного?

- A. Недостаточностью глютамат- трансферазы
- B. Внутрисосудистым гемолизом
- C. Обтурацией общего желчного протока
- D. Недостаточностью глюкуронил- трансферазы
- E. Недостаточностью тирозинсульфо- трансферазы

52. У пациента 50 лет выявлена желтуха, дефанс (напряжение мышц) в правом верхнем квадранте живота, сосудистые звездочки на коже и асцит. Медикаменты не принимает. Злоупотребляет алкоголем. Что наиболее вероятно будет обнаружено при обследовании пациента?

- A. Напряженные яремные вены
- B. АЛТ намного выше чем АСТ
- C. Тельца Маллори при биопсии печени
- D. Быстрое клиническое выздоровление после прекращения приема алкоголя
- E. Спленомегалия

53. Больной 40 лет с клиническими проявлениями язвенной болезни в сочетании с тяжелой диареей. В анамнезе - три язвы 12-перстной кишки, которые часто рецидивируют. Одна из язв локализуется близко к тонкой кишке. Гастрин сыворотки крови 200 пг/мл. Какое исследование будет наиболее информативным в данном случае?

- A. Колоноскопия
- B. Тест с инъекцией секретина
- C. Эндоскопическая ретроградная хо- лангиография
- D. КТ живота
- E. Рентгенография ОБП

54. Мужчина 40 лет жалуется на слабость, потерю в весе и боли в животе. Объективно: диффузная гиперпигментация кожи, полиартрит (суставы запястья и тазобедренный сустав), пальпируется увеличенная печень. Глюкоза крови 9,25 ммоль/л. Каков наиболее вероятный диагноз?

- A. Гемохроматоз
- B. Болезнь Аддисона
- C. Карцинома поджелудочной железы
- D. Инсулинзависимый сахарный диабет
- E. Хронический гепатит

55. Женщина 55 лет с декомпенсированным циррозом печени, находящаяся в стационаре, получает спиронолактон, раствор хлорида калия и фуросемид. В настоящий момент у больной выраженная заторможенность и гипотония без нарушения дыхания. Наблюдаются симптомы, характерные для хронического заболевания печени, асцит и небольшие периферические отеки. На ЭКГ регулярный, замедленный (55/мин) ритм, зубец Р отсутствует, расширенный измененный комплекс QRS переходит в измененный сегмент ST, зубец Т и U. Что из перечисленного следует ввести внутривенно?

- A. Раствор кальция
- B. Раствор лидокаина
- C. Раствор магния
- D. Раствор калия
- E. Физиологический раствор

56. Женщина 60 лет жалуется на нестерпимые боли в правом подреберье. В анамнезе - острый панкреатит. Температура - 38,2 °С. Объективно: желтушность склер. Симптомов раздражения брюшины нет. Положительные симптомы Ортнера, Губергрица-Скульского. Диастаза мочи - 320 г/час. Какой диагноз наиболее вероятен?

- A. Хронический панкреатит
- B. Острый холангит
- C. Хронический холецистит
- D. Острый холецистит
- E. Рак поджелудочной железы

57. У мужчины 56 лет, регулярно употребляющего алкоголь, на протяжении 20 лет неоднократно возникали интенсивные опоясывающие боли в животе.

Последние 2 года появился неоформленный обильный стул, 2-3 раза в сутки. Похудел на 8 кг за 2 года. Объективно: живот мягкий, безболезненный. Амилаза крови - 12 г/л. В анализе кала - нейтральный жир 15 г/сут., зерна крахмала. Что наиболее целесообразно назначить для лечения больного на данном этапе?

- A. Контрикал
- B. Аминокапроновая кислота
- C. Левомецитин
- D. Панкреатин
- E. Имодиум

58. Больная 41 года страдает неспецифическим язвенным колитом. При ректороманоскопии обнаружен выраженный воспалительный процесс нижних отделов кишечника, псевдополипозные изменения слизистой оболочки. В крови: лейкоц. - $9,8 \times 10^9$ /л, эр. - $3,0 \times 10^{12}$ /л, СОЭ - 52 мм/час. Какой препарат является патогенетическим при лечении данной болезни?

- A. Мотилиум
- B. Викасол
- C. Линекс
- D. Креон
- E. Сульфосалазин

59. Мужчина 35 лет жалуется на боль в грудной клетке на протяжении нескольких месяцев, эпизодически появляющийся горький привкус во рту. Боль локализована за грудиной, возникает в покое и иногда иррадирует в шею, не увеличивается при физической нагрузке, может увеличиваться после приёма алкоголя и обильной пищи. Состояние ухудшается по ночам. Глотание не нарушено, масса тела повышена. При осмотре изменений не обнаружено. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь
- B. Ахалазия пищевода
- C. Опухоль пищевода
- D. Диафрагмальная грыжа
- E. Globus hystericus

60. Мужчина 76 лет жалуется на боль в эпигастральной области с периодической рвотой на протяжении последних 2-х месяцев. Дисфагии и

рвоты "кофейной гущей" не отмечалось. За этот период похудел на 5 кг, аппетит снижен. Алкоголь употребляет умеренно, но не курит. Ранее в связи с желудочной диспепсией принимал антациды и ингибиторы протонной помпы, в последнее время эти препараты облегчения не приносят. Объективно: пониженного питания, в левой надключичной ямке пальпируется лимфатический узел. Печень не увеличена. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Пилоростеноз
- B. Язва желудка
- C. Опухоль пищевода
- D. Карцинома желудка
- E. Диафрагмальная грыжа

61. Женщина 76 лет жалуется на прогрессирующее нарушение глотания, преимущественно твердой пищи, на протяжении последних 6 недель. Иногда отмечает срыгивание твердыми массами. Боли при глотании не отмечает. Похудела на 6 кг. 10 лет назад перенесла инфаркт миокарда, постоянно принимает аспирин и пролонгированные нитраты. Алкоголь употребляет умеренно, курит. Объективно: кожа иктеричная, шея без особенностей, лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка не изменена; со стороны сердечно-сосудистой системы выраженных изменений нет. Печень +3 см. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Диафрагмальная грыжа
- B. Диффузное сужение пищевода
- C. Рак пищевода
- D. Миастения
- E. Ахалазия пищевода

62. Мужчина 38 лет жалуется на периодическое затруднение глотания как твердой, так и жидкой пищи на протяжении многих месяцев. Иногда возникает сильная боль за грудиной, особенно после горячего питья. Отмечаются приступы удушья в ночное время. В весе не терял. Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. Со стороны желудочно-кишечного тракта изменений при осмотре не обнаружено. На рентгенограмме органов грудной клетки - расширение пищевода с уровнем жидкости в нём. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Миастения

- В. Ахалазия пищевода
- С. Рак пищевода
- Д. Кандидоз пищевода
- Е. Гастро-эзофагальная рефлюксная болезнь

63. Женщина 35 лет обратилась с жалобами на периодические боли в околопупочной и левой подвздошной областях, уменьшающиеся после дефекации или отхождения газов. Стул до 6 раз в день, не оформленный и с примесью слизи. Аппетит нормальный, в весе не теряла. Подобные симптомы отмечает на протяжении 1,5 лет, однако, по данным колоноскопии органических изменений не обнаружено. Объективно: живот мягкий, несколько болезненный при пальпации в левой подвздошной области. В крови и моче - норма. Какой наиболее вероятный диагноз?

- А. Синдром раздражённого кишечника
- В. Целиакия
- С. Болезнь Крона
- Д. Псевдомембранозный колит
- Е. Диспанкреатизм

64. Больной 48 лет, обратился с жалобами на тяжесть в правом подреберье, горечь во рту, зуд кожи. Болел вирусным гепатитом. Объективно: живот увеличен за счет асцита, расширенные вены на передней стенке живота, пупок выступающий, селезенка увеличена. Ваш диагноз?

- А. Рак головки поджелудочной железы
- В. Рак печени
- С. Цирроз печени
- Д. желчнокаменная болезнь
- Е. Вирусный гепатит

65. Женщина 36 лет жалуется на боль в надчревной области, возникающую после приёма пищи, тошноту, отрыжку, неустойчивость стула. Болезнь постепенно прогрессирует в течение 2 лет. Объективно: бледность и сухость кожи, язык обложен, влажный, с отпечатками зубов по краям. При пальпации живота - распространённая боль в надчревной области. Какой наиболее информативный метод исследования следует применить?

- А. Развёрнутый клинический анализ крови
- В. Рентгенологическое исследование желудка и кишечника

- C. Фиброгастроскопия с биопсией слизистой желудка
- D. Фракционное исследование желудочной секреции
- E. Компьютерная томография брюшной полости

66. Женщина 51 года в течение 2 лет отмечает тупую, периодически острую боль в правом подреберье, связанную с приёмом жирной пищи, горечь во рту по утрам, запоры, метеоризм. Объективно: повышенного питания, t^0 - 36,9 °C, язык обложен у корня, живот умеренно вздут, болезненный в точке проекции жёлчного пузыря. Какое исследование наиболее целесообразно провести для установления диагноза?

- A. УЗИ
- B. Дуоденальное зондирование
- C. Холецистография
- D. Дуоденоскопия
- E. Сканирование печени

67. У мужчины 42 лет, в течение 20 лет страдающего язвой двенадцатиперстной кишки, появилось постоянное ощущение тяжести в желудке после еды, отрыжка тухлым, рвота употребленной накануне еды, похудание. Объективно: состояние относительно удовлетворительное, тургор тканей снижен. Живот при пальпации мягкий, симптомов раздражения брюшины нет, "шум плеска" в эпигастрии. Стул 1 раз в 3 дня. Какое осложнение наиболее соответствует состоянию больного и описанной клинике?

- A. Прикрытая перфорация язвы
- B. Рак желудка
- C. Пенетрация язвы
- D. Язвенный стеноз привратника желудка
- E. Хронический панкреатит

68. Больной В., 37 лет, год назад перенес острый гепатит В. На момент осмотра жалобы на слабость, повышенную температуру тела (37,5 ° C), тяжесть и боль в правом подреберье. Объективно: субиктеричность кожи. Печень на 2 см выступает из-под реберной дуги, болезненна, плотная. Лабораторно: высокий титр HBV-ДНК, HBeAg, HBcAg, IgM. Какие лекарства будут наиболее эффективными?

- A. Антибиотики

- В. ГКС
- С. Гепатопротекторы
- Д. Альфа-интерфероны
- Е. Лактулоза

69. Мужчина 38 лет, год назад переболел гепатитом В. Последние два месяца жалуется на повышенную утомляемость, нарушение сна, снижение аппетита, тошноту, особенно утром. Кожные покровы не желтушны, печень и селезёнка пальпируются на 1 см ниже рёберных краёв, безболезненные. Активность АЛТ - 2,2 мкмоль/л. Как можно оценить данное состояние?

- А. Рецидив вирусного гепатита В
- В. Дискинезия жёлчных ходов
- С. Остаточные явления перенесенного гепатита В
- Д. Развитие хронического гепатита
- Е. Развитие цирроза печени

70. Мужчина 65-ти лет курит на протяжении 40 лет. За последние 3 месяца похудел на 10 кг. Жалуется на боль в эпигастральной области после приёма пищи, диарею, желтуху. Объективно: увеличенный, безболезненный жёлчный пузырь. Кал обесцвечен, глиноподобный. В крови: увеличение уровня общего и прямого билирубина, щелочной фосфатазы и глутаминпируваттрансферазы. В моче: положительная реакция на билирубин и отрицательная на уробилиноген. Где расположен первичный процесс, который привёл к описанным изменениям?

- А. Общий жёлчный проток
- В. Поджелудочная железа
- С. Печень
- Д. Двенадцатиперстная кишка
- Е. Жёлчный пузырь

71. Больной жалуется на ощущение тяжести за грудиной и периодическое ощущение остановки еды, дисфагию. Во время рентгенологического обследования бариевый контраст обнаруживает мешкообразное выпячивание правой передней стенки пищевода с ровными контурами и чётко очерченной шейкой. Какой наиболее вероятный диагноз?

- А. Дивертикул пищевода
- В. Рак пищевода

- С. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- D. Варикозное расширение вен пищевода
- Е. Полип пищевода

72. Больной В. отмечает слабость, похудание, потеря аппетита, отвращение к мясной пище, тяжесть в животе. При осмотре: бледность кожи, разлитая болезненность в эпигастрии, резистентность брюшной стенки. Анализ крови: НЬ - 82г/л, СОЭ - 52 мм/час. В кале: положительная реакция на скрытую кровь, ФГДС - в теле желудка язва с инфильтрационными краями. О каком заболевании можно думать?

- A. Язва желудка
- B. Язва двенадцатиперстной кишки
- С. Хронический гастрит
- D. Злокачественная опухоль в желудке
- Е. Хронический панкреатит

73. Мужчина 45-ти лет жалуется на интенсивную боль в эпигастрии через 1,5 часа после приёма пищи. В течение 11-ти лет страдает язвенной болезнью. Объективно: t° - 36,5 $^{\circ}$ C, ЧДД - 16/мин, Ps - 70/мин, АД - 120/80 мм рт. ст. Пальпаторно: локальная болезненность в правой эпигастральной области. Какие показатели внутрижелудочной рН-метрии в области тела желудка наиболее характерны для заболевания данного пациента?

- A. рН = 3,0 - 4,0
- B. рН = 4,0 - 5,0
- С. рН = 1,0 - 2,0
- D. рН = 5,0 - 6,0
- Е. рН = 6,0 - 7,0

74. У больного на фоне цирроза печени после употребления алкоголя появились головная боль, рвота, отвращение к еде, бессонница, желтуха, "печёночный" запах изо рта, вздутие живота. О каком осложнении цирроза печени можно думать?

- A. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
- B. Портальная гипертензия
- С. Острая язва желудка
- D. Тромбоз мезентериальных сосудов
- Е. Печёночно-клеточная недостаточность

75. Мужчина 48-ми лет предъявляет жалобы на слабость и одышку. При обследовании крови - Ht - 32 %, Hb - 103 г/л, в мазке определяются макроциты. Уровень витамина В₁₂ в плазме крови - 90 pg (норма - 170-940), уровень фолиевой кислоты в сыворотке - 6 нгр/мл (норма - 2-14). Возможными причинами развития этих изменений могут быть все перечисленные, кроме:

- A. Вегетарианство
- B. Регионарный энтерит
- C. Дивертикулёз толстого кишечника
- D. Панкреатит
- E. Глистная инвазия

76. Больной 68-ми лет в течение 35-ти лет болеет хроническим панкреатитом. В последние 5 лет отмечает уменьшение болевого синдрома, вздутие живота, частые испражнения (сероватого цвета, блестящие, с примесью непереваренной пищи) до 3-4 раз в сутки, прогрессирующую потерю массы тела. Изменение симптоматики у больного обусловлено присоединением:

- A. Внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы
- B. Синдрома лактазной недостаточности
- C. Синдрома раздражённого кишечника
- D. Внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы
- E. Хронического энтероколита

77. У мужчины 56 лет после нескольких дней анорексии, субфебрилитета появились желтуха, гепатоспленомегалия; моча тёмно-жёлтого цвета, обесцвечивание кала. 1 месяц назад были гемотрансфузии. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Вирусный гепатит В
- B. Гемолитическая анемия
- C. Вирусный гепатит А
- D. Атрезия билиарных путей
- E. Конъюгационная желтуха

78. В клинику доставлен пациент 38 лет с интенсивными опоясывающий болями, тошнотой, рвотой. Ухудшение наступило после употребления алкоголя с жирной, острой пищей. У больного повышенное содержание альфа-амилазы крови. Какие из перечисленных препаратов являются

наиболее эффективными в угнетении экскреторной функции поджелудочной железы?

- A. Инфузии контрикалу
- B. Инфузии кваматела
- C. Инфузии 5-фторурацила
- D. Инфузии синтетических аналогов соматостатина
- E. Инфузии атропина, гастропепин

79. Больной 28-ми лет, через 2 часа после употребления неизвестных грибов, ощутил снижение подвижности и сосредоточенности, что позже сменилось возбуждением и агрессией. Объективно: нарушение ориентации, непонятная речь. Через 4 часа печёночный запах изо рта, потеря сознания. Какой симптом наблюдается у больного?

- A. Гепатолиенальный синдром
- B. Портальная гипертензия
- C. Острая печёночная недостаточность
- D. Холестатический синдром
- E. Иктерический синдром

80. Больная 48-ми лет жалуется на ноющие боли в боковых отделах живота, уменьшающиеся после дефекации и отхождения газов; чередование поносов и запоров. Два года назад перенесла дизентерию. При пальпации живота определяется болезненность, чередование спазмированных и атоничных, урчащих отделов толстой кишки. Наиболее информативным для постановки диагноза является:

- A. Колоноскопия
- B. Пальцевое исследование прямой кишки
- C. Ректороманоскопия
- D. Копроцитограмма в динамике
- E. УЗИ органов брюшной полости

81. Больная 50-ти лет на протяжении года жалуется на приступы боли в правом подреберье, которые возникают преимущественно после употребления жирной пищи. Последнюю неделю приступы повторялись ежедневно, стали более интенсивными. На 3-й день пребывания в стационаре появилась желтушность склер и кожных покровов, испражнения обесцветились, моча стала тёмного цвета. В крови: нейтрофильный

лейкоцитоз - $13 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 28 мм/час. Какой наиболее вероятный диагноз?

- А. Хронический панкреатит, рецидивирующая форма
- В. Хронический калькулёзный холецистит
- С. Жировая дистрофия печени
- Д. Хронический холангит в стадии обострения
- Е. Гипертоническая дискинезия желчного пузыря

82. Мужчина 27 лет около 2-х месяцев жалуется на плохой аппетит, боль в верхнем отделе живота, тошноту. Боль ноющая, длительная, без чёткой локализации, исчезает в состоянии покоя. Не связана с приёмом пищи, возникает чаще с утра. Попытки приема но-шпы не улучшают состояния. Какой метод исследования позволит установить наиболее вероятный диагноз?

- А. Фракционное исследование желудочного сока
- В. рН-метрия желудочного сока
- С. Фракционное исследование желчи
- Д. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- Е. Эзофагогастродуоденоскопия

83. Больной 42-х лет жалуется на постоянную боль в эпигастральной области с иррадиацией в спину, тошноту, рвоту, изжогу. Болеет язвенной болезнью duodenum в течение 20-ти лет. Объективно: пониженного питания, язык обложен, влажный. Живот напряжён, болезненный при пальпации в пилородуоденальной зоне. Положительный симптом Образцова. Субфебрилитет. В крови: лейкоц. - $10,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 24 мм/час. Рентгенологически: в луковице duodenum погружена трёхслойная ниша $0,7 \times 1,0$ см. Реакция Грегерсена отрицательная. Какое осложнение имеет место в данном случае?

- А. Перфорация
- В. Кровотечение
- С. Пенетрация
- Д. Малигнизация
- Е. Стеноз привратника

84. Больная жалуется на приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, возникающие после употребления жареной пищи. Периодически отмечает повышение температуры тела до

субфебрильных цифр. Болеет около 5 лет. Какие исследования необходимо провести больной в первую очередь?

- А. Холецистография
- В. УЗИ органов брюшной полости
- С. Дуоденальное зондирование
- Д. Обзорная рентгенография
- Е. Фиброгастродуоденоскопия

85. Больной 60 лет жалуется на общую слабость, похудение на 4 кг за 3 мес., дискомфорт в эпигастрии без чёткой связи с приёмом пищи. Описанные жалобы беспокоят в течение 3х месяцев. При ФГДС – изъязвление без чётких контуров до 3 см по большой кривизне в антральном отделе на фоне хеликабактерного гастрита. Гистологическое исследование гастробиоптата выявило аденокарциному. Проведено комбинированное лечение (резекция желудка + химиотерапия). Ваши рекомендации по профилактике рецидива опухоли?

- А. Антиоксидантная терапия.
- В. Повторный курс химиотерапии через 1 час.
- С. Эрадикация хеликобактерной инфекции.
- Д. Избегать ионизирующего излучения.
- Е. Избегать инсоляции.

86. Больной 58 лет жалуется на периодические боли у мечевидного отростка и за грудиной, которые возникают в горизонтальном положении, после приёма пищи, отрыжку, изжогу, сердцебиение. Больной повышенного питания. Какие рекомендации профилактического порядка необходимы больному?

- А. Нормализация моторики желудка (прокинетики).
- В. Рациональная психотерапия.
- С. Прием пищи в горизонтальном положении.
- Д. Поддерживающая терапия антиангинальными препаратами.
- Е. Поддерживающая терапия миотропными спазмолитиками.

87. Больной В., 51 год, много лет употреблял алкоголь. Жалобы на тошноту, жидкий стул, желтушность кожи. Объективно: кожа и склеры иктеричные, атрофия мышц, субфебрильная температура. Печень на 3 см выступает из-

под реберной дуги, болезненна при пальпации. Метод диагностики в данном случае будет наиболее информативным?

- A. Нарушение клеточного иммунитета
- B. Маркеры вирусных гепатитов.
- C. Пункционная биопсия печени.
- D. Активность цитолиза (АСТ, АЛТ)
- E. Протеинограмма

88. Больной 35 лет, жалуется на изжогу, отрыжку воздухом и кислым, жгучие, сжимающие боли за грудиной, по ходу пищевода, возникающие при наклонах туловища вперед. Не обследовался, самостоятельно принимает альмагель, после которого отмечает улучшение самочувствия. Поставьте предварительный диагноз.

- A. Функциональная диспепсия.
- B. Кардиоспазм.
- C. Язвенная болезнь желудка.
- D. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.
- E. Язвенная болезнь 12-перстной кишки.

89. Больной 68 лет принимал около года диклофенак по поводу болей в коленных суставах. Накануне вечером после плотного ужина неожиданно появился жидкий стул черного цвета, резкая слабость, однократная рвота, после которой он потерял сознание. Бригадой скорой помощи доставлен в клинику. Объективно в сознании, несколько заторможен, бледен, дыхание 20 в минуту, пульс 102, АД 110/70. Живот мягкий, чувствительный в эпигастрии. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- A. Пищевое отравление.
- B. Желудочно-кишечное кровотечение.
- C. Инфаркт миокарда.
- D. Острое нарушение мозгового кровообращения.
- E. Тромбоз мезентериальных артерий.

90. Больной 19 лет жалуется на поносы с примесью остатков непереваренной пищи в кале, вздутие, урчание, периодические разлитые боли в животе, исхудание, трещинки в углах рта, сухость кожи. Болеет с детства. При пальпации плеск в слепой кишке, небольшая болезненность в околопупочной области. В крови: Эр – $2.8 \times 10^{12}/л$. Нв-80г/л, белок 52г/л. В кале – частицы

жирных кислот и мыла. Биопсия слизистой тощей кишки – атрофия, выраженная лимфоцитарная инфильтрация. Ваш предварительный диагноз?

- A. Хронический энтерит неуточненной этиологии
- B. Хронический колит неуточненной этиологии
- C. Целиакия
- D. Болезнь Крона
- E. Синдром раздраженного кишечника

91. Мужчина 68 лет жалуется на прогрессирующую в течение 4 мес. дисфагию (вначале при глотании твёрдой, а затем и жидкой пищи), сопровождающуюся болью по ходу пищевода, похудение, слабость. Курит; наблюдается по поводу ХОЗЛ. При дополнительном обследовании выявлены анемия лёгкой степени, положительная проба Грегерсена. Предварительный диагноз?

- A. Сидеропеническая дисфагия.
- B. Ахалазия кардии.
- C. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.
- D. Кардиоспазм.
- E. Опухоль пищевода.

92. Мужчина 28 лет жалуется на ежедневную изжогу, возникающую после еды, при наклоне вперёд, в положении лёжа; отрыжку кислым, покашливание. Указанные жалобы беспокоят на протяжении 4-х лет. Объективный статус и лабораторные показатели в норме. При ФЭГДС выявлен катаральный эзофагит. Ведущим в возникновении данного заболевания является:

- A. Гиперсекреция соляной кислоты.
- B. Недостаточность нижнего пищеводного сфинктера.
- C. Дуодено-гастральный рефлюкс.
- D. Гипергастринемия.
- E. Хеликобактерная инфекция.

93. Больная 23 лет в течение последнего года отмечает тошноту, боль в правом подреберье после приёма жирной, жареной пищи. Объективно: чувствительность в проекции желчного пузыря и у мечевидного отростка. В общем анализе крови: лейкоциты 5, 6 Г/л, СОЭ 7 мм/ч. В крови – билирубин 17, 04 мкмоль/л, АЛТ 16 ЕД/ч, АСТ 18 ЕД/ч, холестерин 4, 2 ммоль/л. УЗИ:

печень не увеличена, желчный пузырь овальный. После желчегонного завтрака желчный пузырь сократился на 35%. Поставьте предварительный диагноз.

- A. Дискинезия желчного пузыря
- B. Хронический некалькулезный холецистит
- C. Хронический активный гепатит
- D. Хронический холангит
- E. Хронический панкреатит

94. Больная 23 лет в течение последнего года отмечает тошноту, боль в правом подреберье после приёма жирной, жареной пищи. Объективно: чувствительность в проекции желчного пузыря и у мечевидного отростка. В общем анализе крови: лейкоциты 5, 6 Г/л, СОЭ 7 мм/ч. В крови – билирубин 17, 04 мкмоль/л, АЛТ 16 ЕД/ч, АСТ 18 ЕД/ч, холестерин 4, 2 ммоль/л. УЗИ: печень не увеличена, желчный пузырь овальный. После желчегонного завтрака желчный пузырь сократился на 35%. Тактика лечения?

- A. Холекинетики
- B. Холеретики
- C. Спазмолитики
- D. Антибиотики
- E. Ингибиторы протонной помпы

95. Больной 53 лет жаловался на жгучие боли в эпигастрии на протяжении 3 дней, которые уменьшились в течение последних 6 часов, однако появился черный жидкий стул, общая слабость, головокружение, потливость. Общ. ан. кр. Нв-108 г/л, эр. -3, 75 т/л, л-6, 2 г/л. Поставьте предварительный диагноз:

- A. Острый панкреатит
- B. Язвенная болезнь желудка
- C. Синдром Меллори-Вейса
- D. Желудочно-кишечное кровотечение
- E. Хронический гастрит тип В

96. Больной 58 лет страдает язвенной болезнью 12-п-й кишки около 10 лет, жалуется на тяжесть в эпигастрии, тошноту, по утрам обильную рвоту, приносящую облегчение. Похудел на 5 кг за последние 3 месяца, в эпигастрии заметна видимая перистальтика. При ФГДС в просвете желудка

большое количество жидкости, непереваренной пищи. Ваш предварительным диагноз:

- A. Стеноз луковицы 12-ти перстной кишки
- B. Дивертикул пищевода
- C. Функциональная диспепсия по гипокINETическому типу (гастросуккорей)
- D. Высокая кишечная непроходимость
- E. Рак 12-ти перстной кишки

97. Больной 28 лет, предъявляет жалобы на возникшие месяц назад ноющие боли в эпигастрии натощак и через 2-3 часа после еды, которые снимаются приемом антацидов, изжогу. Объективно: болезненность в пилородуоденальной зоне. При ФГДС - признаки антрального гастрита, бульбита, язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки 0,5 см в диаметре, уреазный тест - умеренно позитивный (++) . Больному проведена антихеликобактерная терапия. Когда необходимо проводить контрольный уреазный тест для оценки эффективности эрадикации?

- A. Сразу после окончания антихеликобактерной терапии
- B. Через 4 недели после окончания антихеликобактерной терапии
- C. Через полгода после рубцевания язвы
- D. Сразу после рубцевания язвы
- E. При повторном возникновении симптомов

98. Больная 68 лет, последние полгода жалуется на боли по ходу кишечника, метеоризм, периодические примеси прожилок бурого цвета в кале, снижение аппетита, умеренную слабость, небольшое похудения. При ирригоскопии определяется дефект наполнения и сужение просвета дистального отдела ободочной кишки. Эти изменения характерны для:

- A. Неспецифического язвенного колита
- B. Дивертикулах ободочной кишки
- C. Рака ободочной кишки
- D. Гранулематозное колита
- E. Сегментарными спазма кишки

99. Больной жалуется на боли в эпигастрии, которые исчезают после еды, тошноту и рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Какой этиологический фактор является наиболее вероятным в развитии этой патологии?

- A. Shigella
- B. Helicobacter pylori
- C. Pseudomonas aeruginosae
- D. Streptococcus pyogenes
- E. Staphylococcus aureus

100. Больная Ж., 41 год, страдает хроническим бескаменным холециститом. После нарушения диеты почувствовала тяжесть в правом подреберье и начала принимать тетрациклин и но-шпу. Через 8 дней состояние больной ухудшилось, беспокоят температура до 38°C, слабость, боль в животе, частый стул с большим количеством слизи до 12 раз в сутки, Состояние средней тяжести, язык обложен, живот вздут, разлитая болезненность по ходу толстого кишечника. В кале обнаружен clostridium difficile. На ректороманоскопии слизистая сигмовидной кишки отечна, гиперемирована. Поставьте диагноз.

- A. Псевдомембранозный колит
- B. Гангренозный холецистит
- C. Болезнь Крона
- D. Неспецифический язвенный колит
- E. Мезентериальный тромбоз

101. Больной 52 лет, в течение полугода отмечает слабость, быструю утомляемость, отвращение к мясной пище, исхудание. Об-но: Бледен, в подключичной области слева пальпируется лимфоузел. Резистентность брюшной стенки в эпигастрии. В анализе крови анемия, в желудочном содержимом обнаружена молочная кислота. Представленная клиническая картина характерна для:

- A. В12-дефицитной анемии
- B. Железодефицитная анемия
- C. Хронического атрофического гастрит
- D. Рака желудка
- E. Лимфогранулематоз

102. Больной З. 55 лет страдает язвенной болезнью желудка в течение 10 лет. За последние 6 месяцев похудел на 15 кг, боль в эпигастриальной области из периодической стала постоянной, усилилась слабость, появилась анорексия, отвращение к мясной пище. В крови: Hb - 92 г/л. Кал темно-коричневого цвета. Какое наиболее вероятное осложнение развилось у больного?

- A. Стеноз привратника.
- B. Малигнизация.
- C. Перфорация.
- D. Пенетрация.
- E. Кровотечение.

103. Больной В. 35 лет страдает язвенной болезнью 12 п. кишки в течение 3 лет. Беспокоят выраженные боли в эпигастрии, мучительные изжоги. При исследовании желудочной секреции дебит-час на субмаксимальное раздражение составил 30 ммоль HCl. Выберите наиболее оптимальный антисекреторный препарат.

- A. Ранитидин
- B. Омепразол
- C. Гастроцепин
- D. Атропин
- E. Бензогексоний

104. Больной З., 35 лет, жаловался на давящие боли в эпигастрии через 1 час после приема пищи, изжогу, кислую отрыжку. Болеет в течение 2 лет. При пальпации живота отмечена умеренная болезненность в пилородуоденальной зоне. При фиброгастроскопии обнаружен антральный гастрит. Какое исследование уточнит природу заболевания?

- A. Выявления аутоантител в сыворотке крови.
- B. Определение уровня гастрина крови.
- C. Исследование желудочной секреции.
- D. Определение H. Pylori в слизистой желудка.
- E. Исследование двигательной функции желудка.

105. Мужчина 48 лет жалуется на постоянную боль в верхней половине живота, больше слева, усиливающуюся после приема пищи, поносы, похудание. Злоупотребляет алкоголем. 2 года назад перенес острый панкреатит. Амилаза крови - 4 г/часл. Копрограмма - стеаторея, креаторея. Глюкоза крови - 6,0 ммоль/л. Какое лечение показано больному?

- A. Инсулин
- B. Гастроцепин
- C. Контрикал
- D. Но-шпа

Е. Панзинорм-форте

106. Больной С. жалуется на боль в эпигастрии, которая возникает после еды через 2-3 часа и натошак, изжогу, отрыжку, запоры. При осмотре: астеничен, язык влажный, обложен, болезненность в пилородуоденальной зоне. Пульс - 72/мин. АД - 100/70 мм рт. ст. Анализ крови: НБ - 138 г/л, Л - $5,2 \times 10^9$ /л. Дебит-час НСІ в базальную фазу секреции -7,9 ммоль/л/час, в стимулированную -16,2 ммоль/л/час. Ваш диагноз?

- А. Хронический холецистит, фаза обострения
- В. Язвенная болезнь желудка, фаза обострения
- С. Язвенная болезнь ДПК, фаза обострения
- Д. Хронический гастрит, фаза обострения
- Е. Хронический панкреатит, фаза обострения

107. Женщина 45 лет жалуется на частый жидкий стул с большим количеством слизи, гноя, крови; боль по всему животу, исхудание на 7 кг за 6 месяцев. Один год болеет неспецифическим язвенным колитом. Какую группу препаратов предпочтительно назначить данной больной?

- А. Антибактериальные
- В. Сульфаниламиды
- С. Нитрофурановые
- Д. Кортикостероиды
- Е. Полиферментные

108. Больная 24 лет, жалуется на боли в правом подреберье, усиливающиеся после еды, тошноту, повышение температуры тела до $37,7^{\circ} \text{C}$, желтушность кожи, боли в крупных суставах. Болеет 8 месяцев. Гепатоспленомегалия. СОЭ - 47 мм/час., Билирубин: общий - 86,1 ммоль/л, прямой -42,3 ммоль/л. В крови обнаружены антитела к гладкомышечным клеткам. Общий белок - 62 г/л, альб. - 40%, глоб. 60%, гаммаглоб. - 38%. Маркеры вирусных гепатитов не обнаружены. На УЗИ: диаметр портальной вены 1 см. Ваш диагноз?

- А. Гемохроматоз
- В. Первичный билиарный цирроз
- С. Синдром Жильбера
- Д. Холангиогенном гепатит
- Е. Аутоиммунный гепатит

109. У подростка 17-ти лет жалобы на понос, слабость, снижение массы тела. Состояние ухудшается после употребления большого количества мучных изделий. Такие явления наблюдаются с раннего детства. Объективно: состояние удовлетворительное, пониженной упитанности, отстает в физическом развитии. Причиной заболевания в данном случае следует считать:

- А. Глютеновая энтеропатия
- В. Глистные инвазии
- С. Хронический панкреатит, синдром мальдигестии
- Д. Дисбактериоз кишечника
- Е. Дефицит лактазы

110. Больная 63 лет, жалуется на слабость, темное окрашивание кала, боли за грудиной при прохождении 300 метров, длящиеся 10-15 мин. 2 года назад перенесла инфаркт миокарда. Принимает аспирин, пропранолол. Пульс - 66/мин. АТ - 140/90 мм рт. ст. ФГДС: множественные поверхностные эрозии тела желудка. Наиболее вероятные причины поражения желудка:

- А. *Helicobacter pylori*
- В. Абдоминальная ишемия на фоне ИБС
- С. Прием пропранолола
- Д. Подавление синтеза простагландинов
- Е. Регургитация содержимого двенадцатиперстной кишки в желудок

111. У женщины 28 лет, перенесшей 1,5 года назад лапароскопическую холецистэктомию появились боли в правом подреберье прежней интенсивности. Отметила ахолический стул, потемнение мочи. Какой метод наиболее показан для уточнения диагноза?

- А. Ультразвуковое исследование
- В. Сцинтиграфия печени
- С. МРТ холангиография
- Д. Термография туловища
- Е. Эзофагогастродуоденоскопия

112. Больная 29 лет, в течение последних 2 лет жалуется на периодические приступообразные боли в правом подреберье, иногда после приема жирной и жареной пищи, эмоциональных эксцессов. Боли купирует но-шпой. Отмечает также раздражительность, плохой сон, склонность к запорам. Пульс – 58 уд. в

мин. На УЗИ отмечается сокращение размеров желчного пузыря до 1/3 объема после приема яичных желтков. Выберите способ профилактики обострений?

- A. Транквилизаторы.
- B. Холеретики.
- C. Холекинетики.
- D. Иммуномодуляторы.
- E. Антибактериальные средства.

113. Больного беспокоят боли в околопупочной области, жидкий обильный стул 5-6 р/день, урчание, вздутие живота, потеря веса 10 кг за 6 месяцев. Пониженого питания, бледен. Хейлит. ЧСС 92 в мин., единичные экстрасистолы. При пальпации – болезненность выше пупка слева, шум плеска в слепой кишке. При исследовании кала - выделение 7,0 грамм жира в сутки. Проба с Д-ксилозой – с мочой выделено 10% препарата. В патогенезе данного состояния играет роль:

- A. Нарушение моторной функции желудка.
- B. Недостаток желчных кислот в желчи.
- C. Повышенная экссудация белка в просвет тонкой кишки.
- D. Нарушение всасывательной способности кишечной стенки.
- E. Дефицит продукции соляной кислоты в желудке.

114. Больной 56 лет жалуется на тяжесть в правом подреберье, увеличение живота в объеме, отеки ног. Работает слесарем, иногда употребляет алкоголь. Накануне стала нарастать общая слабость, появился черный кал. Общий анализ крови: эр. - $2,9 \times 10^{12}/л$; Нб - 105 г/л; лейкоц. - $8,9 \times 10^9/л$. Укажите наиболее информативный метод диагностики развившегося осложнения:

- A. Фиброгастродуоденоскопия.
- B. Анализ кала на скрытую кровь.
- C. Ректороманоскопия.
- D. Коагулограмма.
- E. ЭхоКГ.

115. Больной 68 лет принимал около года индометацин по поводу болей в коленных суставах. Накануне вечером после плотного ужина неожиданно появился жидкий стул черного цвета, резкая слабость, однократная рвота, после которой он потерял сознание. Бригадой скорой помощи доставлен в

клинику. Объективно в сознании, несколько заторможен, бледен, дыхание 20 в минуту, пульс 102, АД 110/70. Живот мягкий, чувствительный в эпигастрии. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. Пищевое отравление.
- В. Инфаркт миокарда.
- С. Желудочно-кишечное кровотечение.
- Д. Острое нарушение мозгового кровообращения.
- Е. Тромбоз мезентериальных артерий.

116. Больной К., 65 лет в течение 7 лет страдает циррозом печени, ассоциированным с вирусом гепатита С. За последние 3 недели появились сильные отеки нижних конечностей, значительно увеличился в объеме живот за счет скопления асцитической жидкости. По данным УЗИ органов брюшной полости определяются признаки цирроза печени, портальной гипертензии, лимфатические узлы в области ворот печени. Концентрация α -фетопротеина сыворотки крови 285 нг/мл. Развитие какого осложнения возможно в данной клинической ситуации?

- А. Печеночно-клеточная недостаточность
- В. Гиперспленизм
- С. Холестаза
- Д. Асцит-перитонит
- Е. Гепатоцеллюлярный рак печени

117. Мужчина 35 лет, в течение 2 лет страдающий язвенной болезнью 12-перстной кишки с частыми обострениями обратился в поликлинику с жалобами на голодные и ночные боли в эпигастрии, тошноту, склонность к запорам. Проходил курсы амбулаторного и стационарного лечения, включающие ранитидин, альмагель, но-шпу, метронидазол, семена льна и физиотерапию. Объективно: живот болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Больному назначено обследование, в том числе ФЭГДС, УЗИ органов брюшной полости. Какое дополнительное исследование поможет уточнить тактику лечения?

- А. Определение *Helicobacter pylori*
- В. Дуоденальное зондирование
- С. Эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию
- Д. Компьютерную томографию
- Е. Анализ желудочного сока

118. У больной 25 лет, через две недели после проведения антибактериальной терапии по поводу лихорадочного заболевания, развилась тяжелая водянистая диарея, схваткообразная боль в животе, повысилась температура тела. При проктосигмоскопии обнаружены очаги повреждения слизистой с бледно-желтыми налетами. Каков наиболее вероятный диагноз?

- A. Неспецифический язвенный колит
- B. Гастроэнтерит
- C. Псевдомембранозный колит
- D. Болезнь Крона
- E. Ишемический колит

119. Больной 54 лет, страдает остеоартрозом, в связи с чем часто вынужден принимать НПВС. В последние несколько недель появились интенсивные боли в эпигастральной области, изжога, тошнота. При ФГДС выявлено гиперемия и отек слизистой желудка, множественные эрозии. Уреазный тест - отрицательный. Какой из нижеперечисленных препаратов реже других вызывает описанную патологию?

- A. Бутадион
- B. Милоксикам
- C. Аспирин
- D. Индометацин
- E. Преднизолон

120. Больной К., 43 лет, работает учителем в школе, более 3 месяцев отмечает боли в животе, уменьшающиеся после дефекации, сопровождаются метеоризмом, урчанием, ощущением неполного опорожнения кишечника или императивными призывами на дефекацию, запорами или поносами. Изменений в лабораторных показателях не выявлено. Поставьте диагноз.

- A. Функциональная диспепсия.
- B. Колит с дискинезией по гипертоническому типу.
- C. Псевдомембранозный колит.
- D. Синдром раздраженной кишки.
- E. Неспецифический язвенный колит.

121. Больной П., 45 лет, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на боли в эпигастрии, рвоту на высоте боли с примесью крови, изжогу, общую

слабость, головокружение, утром был “черный” стул. Болеет на протяжении 10 лет, питание нерегулярное. Какое осложнение развилось у больного?

- A. Кишечное кровотечение.
- B. Кровотечение из вен пищевода.
- C. Кровотечение из геморроидальных вен.
- D. Тромбоцитопения.
- E. Желудочное кровотечение.

122. Больной Ц., 48 лет. В течение месяца заметил снижение аппетита, тяжесть в эпигастральном участке после пищи, боли в области печени ноющего характера, усиливающиеся после жирной пищи, тошнота, метеоризм, похудение на 5 кг. При осмотре – желтушность кожи, сосудистые звездочки, гинекомастия, асцит. Печень при пальпации безболезненная, плотная, край ее острый, селезенка увеличена. Ваш предварительный диагноз.

- A. Хронический активный гепатит.
- B. Острый гепатит А.
- C. Цирроз печени.
- D. Острый холецистит.
- E. Острый панкреатит.

123. В приемный покой машиной скорой помощи доставлен больной К., 33 лет. Больной бледный, жалуется на сильное головокружение при попытке подняться. Где-то около часа назад была рвота кофейной гущей. АД – 80/60 мм рт. ст., пульс – 130 уд/мин. Из анамнеза известно, что больной на протяжении 4 лет болеет язвенной болезнью желудка. Ваш диагноз.

- A. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.
- B. Язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением.
- C. Эрозивный гастрит.
- D. Острый панкреатит.
- E. Острый гепатит.

124. Больной Я., 53 л., госпитализирован с жалобами на рвоту с примесями крови, утром отмечался дегтеобразный стул. Последние 6 месяцев наблюдались выраженная слабость, потеря аппетита, отрыжка воздухом, ощущение тяжести в эпигастрии. Похудел на 12 кг. Объективно: бледность кожных покровов. Язык покрыт коричневатым налетом. Рс 90 ударов в

минуту, ритмичный. АД 90/60 мм. рт. ст. При пальпации живота – болезненность в эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены. Какой предварительный диагноз можно поставить?

- А. Рак желудка, осложненный кровотечением.
- В. Язвенная болезнь.
- С. Хронический гастрит.
- Д. Хронический энтероколит.
- Е. Железодефицитная анемия.

125. Больной 44 лет поступил в стационар в порядке оказания экстренной помощи. Заболел внезапно. Появилась обильная повторная кровавая рвота. Больной резко ослаб. Из анамнеза удалось выяснить, что он много лет злоупотреблял алкоголем. При обследовании больного обращала на себя внимание большая плотная селезенка. Печень не пальпировалась. Что, по Вашему мнению, может служить источником кровотечения?

- А. Острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.
- В. Распадающийся рак желудка.
- С. Слизистая желудка при болезни Вергольфа.
- Д. Синдром Меллори-Вейса.
- Е. Варикозно-расширенные вены кардиального отдела желудка и нижней трети пищевода

126. Больной 38 лет жалуется на длительные жгучие боли за грудиной, усиливающиеся в горизонтальном положении или при наклоне туловища вперед. Болеет в течение 3-х лет. В ан. крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, Hb – 140 г/л. На ЭКГ – гипертрофия левого желудочка. АД – 140/90 мм рт. ст. Выберите оптимальное исследование для уточнения диагноза:

- А. Велоэргометрия и мониторинг ЭКГ по Холтеру
- В. Дуоденальное зондирование и рентгенологическое исследование желудка
- С. Рентгенография органов грудной клетки и ЭКГ
- Д. Суточная рН-метрия и фиброгастродуоденоскопия
- Е. Рентгенография органов грудной клетки и эндоскопия

127. Больная 18 лет жалуется на тяжесть и распирающие боли в правом подреберье, усиливающиеся после еды или принятия но-шпы. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. АсТ-35 ЕД, АлТ-40 ЕД. Ан. крови: лейкоциты – 5,2 Г/л, СОЭ-7 мм/час. УЗИ: печень не увеличена. Желчный

пузырь натощак 68 мл, после желчегонного завтрака на 45 мин - 60 мл. Стенка не утолщена. Наиболее вероятно у больной:

- А. Гипомоторная дискинезия желчного пузыря
- В. Гипермоторная дискинезия желчного пузыря
- С. Хронический холецистит вне обострения
- Д. Функциональная диспепсия
- Е. Синдром раздраженной кишки

128. Налоговый инспектор 38 лет жалуется на слабость, тошноту, тяжесть в правом подреберье, желтушность склер. Болеет 8 лет. Обследовался на вирусы гепатита В, С– результат отрицательный. 12 лет назад перенес краснуху. С детства непереносимость молока. С 16 лет сезонный ринит. Курит 23 года. Алкоголь употребляет с 16 лет, последнее время до 200г этанола в сутки. Печень безболезненная +4 см с острым плотным краем. АсТ-160 ЕД, АлТ-250 ЕД. Наиболее вероятной этиологической причиной заболевания является:

- А. Токсическое действие лактозы
- В. Токсическое влияние никотина
- С. персистенция вируса краснухи
- Д. Употребление алкоголя
- Е. Воздействие пыльцы растений

129. Больной 48 лет, жалуется на слабость, головокружение, чувство тяжести и тупые боли в эпигастральной области, которые появляются после еды, урчание, переливание в животе, неустойчивые опорожнения. Анализ крови: Эр - $2,6 \times 10^{12}/л$, НЬ - 96 г/л, ЦП - 1,1; Л - $3,6 \times 10^9/л$, ест - 0%, п/я - 1%, с - 65%, л - 32%, м - 2%, СОЭ - 22 мм/час. Какая ведущее звено в патогенезе данного заболевания?

- А. Снижение гамма-глобулинов
- В. Антитела к *Helicobacter pylori*
- С. Увеличение Т-лимфоцитов-супрессоров
- Д. Антитела к гастромукопротеину
- Е. Увеличение В-лимфоцитов

130. Женщина 45 лет, жалуется на зуд кожи (больше ночью), желтуху, общую слабость, похудание, плохой аппетит. Считает себя больной в течение 5 лет. Объективно: иктеричность кожи, видимых слизистых, склер.

Ксантелазмы. Живот несколько увеличен за счет асцита, печен +3 см, плотная, край заострен, пальпируется селезенка. УЗИ – признаки цирроза печени. Какие лабораторные данные укажут на аутоиммунную природу заболевания?

- А. Наличие антимиохондриальных антител
- В. Наличие антител к вирусу гепатита В и/или С
- С. Повышение уровня АсТ и АлТ при АсТ>АлТ
- Д. Повышение уровня щелочной фосфатазы, холестерина
- Е. Снижение уровня γ -глобулина

131. Больная 28 лет, учитель, жалуется на боли по ходу кишечника, усиливающиеся после стула, чередование запоров и поносов, вздутие живота. Болеет около 6 месяцев. Живот чувствительный при пальпации несколько вздут, отмечается урчание в области слепой кишки. Анализ кала и общий анализ крови без патологии. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. Хронический энтерит
- В. Целиакия
- С. Неспецифический язвенный колит
- Д. Синдром раздраженной кишки
- Е. Хронический панкреатит

132. Больной 42 лет жалуется на частый жидкий стул до 15 раз в день с примесью крови и слизи, потерю веса на 10 кг за 5 месяцев, боли в коленных суставах, повышение температуры до 37,5 $^{\circ}$ С. Болеет около 2 лет. Пониженного питания. Живот мягкий болезненный по ходу толстого кишечника. При проведении ректороманоскопии выявлены множественные эрозии прямой кишки. Анализ кала на патогенную флору и простейшие - отрицательный. Укажите наиболее вероятный патогенетический механизм развития заболевания:

- А. Инфекционный
- В. Аллергический
- С. Паранеопластический
- Д. Аутоиммунный
- Е. Ишемический

133. Мужчина 46 лет, страдающий хроническим бронхитом с частыми обострениями, жалуется на жгучие боли за грудиной различной

интенсивности и длительности, усиливающиеся в покое и при наклонах. О каком заболевании следует думать в первую очередь?

- А. ИБС
- В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- С. Синдром Золлингера-Эллисона
- Д. Диспепсия
- Е. Ахалазия кардии

134. При колоноскопии у 45 летнего мужчины было выявлено воспалительные изменения слизистой толстой кишки и наличие на слизистой желто-зеленых пленок. Известно, что пациент в течение нескольких недель принимал лечение по поводу бронхопневмонии. Проведение лабораторных анализов наиболее вероятно обнаружит:

- А. При посеве кала - рост культуры *Shigella flexneri*
- В. Выявление в кале *Entamoeba histolytica*
- С. Нарушение рельефа крипт и дисплазия эпителия толстой кишки по данным биопсии
- Д. Положительную пробу на токсин *Clostridium difficile*
- Е. Положительный анализ кала на наличие ротавирусов

135. Больной 54 лет, жалуется на постоянную тупую боль в мезогастральной области, потерю веса, примеси темной крови в кале, запоры. На протяжении года потеря веса до 10 кг. В крови: Эр – $3,5 \times 10^{12}/л$ Нб-87 г/л, Л- $12,6 \times 10^9/л$, п/я- сдвиг, СОЕ-43 мм/час. Какой предварительный диагноз?

- А. Язвенная болезнь желудка
- В. Хронический колит
- С. Хронический панкреатит
- Д. Рак поперечно-ободочной кишки
- Е. Рак желудка

136. Больной 42 лет, жалуется на постепенно нарастающее затруднение при проглатывании пищи, боли в нижней части грудины, иногда ночью срыгивание пищей, принятой накануне. Похудел за 4 месяца на 2 кг. При осмотре патологии не выявлено. Рентгеноскопия: перистальтика пищевода отсутствует, значительное расширение пищевода до кардиального отдела, где пищевод сужен в виде клюва. Анализ крови без особенностей. Ваш диагноз?

- A. Дивертикул пищевода
- B. Рак пищевода
- C. Диафрагмальная грыжа
- D. Склеродермия с эзофагитом
- E. Ахалазия пищевода

137. Больной С., 55 лет, страдает язвенной болезнью желудка на протяжении 10 лет. За последние 6 месяцев похудел на 15 кг, боль в эпигастральной области из периодической стала постоянной, усилилась слабость, появилась анорексия, отвращение к мясной еде. В крови: Hb-72 г/л. Кал темно-коричневого цвета. Какое наиболее вероятное осложнение развилось у пациента?

- A. Стеноз привратника
- B. Кровотечение
- C. Перфорация
- D. Пенетрация
- E. Малигнизация

138. У мужчины 26 лет жалобы на приступообразную боль в животе, частое жидкое опорожнение с примесями слизи и крови. Болеет на протяжении 3 лет, похудел на 14 кг. Объективно: пульс – 96/мин., АД -110/70 мм рт. ст. ., температура -37,6°C. Живот мягкий, болезнен при пальпации по ходу толстой кишки, особенно слева. Ирригоскопия – толстая кишка заужена, гаустры отсутствуют, контуры неровные, нечеткие. Какой диагноз наиболее вероятен?

- A. Туберкулез кишечника
- B. Амебная дизентерия
- C. Неспецифический язвенный колит
- D. Болезнь Крона
- E. Синдром раздраженной кишки

139. У больного 60 лет при обследовании обнаружен хронический аутоиммунный гастрит с секреторной недостаточностью. Какой препарат наиболее показан данному больному?

- A. Де-нол
- B. Ранитидин
- C. Альмагель

- D. Соляная кислота
- E. Венгер

140. Больной 40 лет, страдает аутоиммунным гепатитом. В крови: АГ коэффициент – 0,8, общий билирубин – 42 мкмоль/л, трансаминазы: АЛТ-2,3 ммоль/л, АСТ-1,8 ммоль/л. Что из перечисленного является наиболее эффективным в лечении?

- A. Антибактериальные средства
- B. Глюкокортикоиды, цитостатики
- C. Гепатопротекторы
- D. Противовирусные препараты
- E. Гемосорбция, витаминотерапия

141. У больного ведущими синдромами являются дисфагия и нарушение питания. Какой метод лабораторно-инструментальных исследований является наиболее информативным для диагностики?

- A. Ларингоскопия
- B. Биохимический анализ крови
- C. Общий анализ крови
- D. Контрастная рентгенография пищевода
- E. Определение альфа - фетопротейна

142. У больного 50 лет на протяжении года дисфагия, которая неуклонно прогрессировала и привела к значительному нарушению питания (дефицит массы более 25 кг). 20 лет назад проведена субтотальная резекция желудка. При рентгеноконтрастном обследовании пищевода изменения на всем протяжении пищевода не обнаружены за исключением того, что барий задерживается на уровне грушевидных образований при входе в пищевод. О какой патологии следует подумать в первую очередь?

- A. Опухоль пищевода
- B. Истерия
- C. Склеродермия
- D. Стриктура пищевода
- E. Сидеропеническая дисфагия

143. У больного прогрессирующая дисфагия на протяжении двух месяцев с выраженным нарушением питания. Сначала были трудности в глотании

лишь твердой еды, а позже и жидкой также. Какая наиболее достоверная патология у больного?

- А. Склеродермия
- В. Сидеропеническая дисфагия
- С. Рак пищевода
- Д. Доброкачественная опухоль средостения
- Е. Дивертикул пищевода

144. У больного наблюдается срыгивание остатками еды с неприятным запахом, периодически нарушение глотания, слюнотечение, исхудание. Болеет на протяжении нескольких лет, в последнее время начал замечать опухолевидное образование в участке шеи. О какой патологии пищевода наиболее достоверно подумать?

- А. Дивертикул верхнего отдела пищевода
- В. Бифуркационный дивертикул
- С. Рак пищевода
- Д. Доброкачественная опухоль пищевода
- Е. Медиастинит

145. У больного Н., во время проведения эндоскопии появились резкие боли за грудиной, тошнота, одышка. Эндоскопическое исследование пришлось прекратить. Какое обследование следует провести?

- А. Контрастную рентгенографию и -скопию пищевода
- В. Компьютерную томографию
- С. ЭКГ обследование
- Д. Флюорографию органов грудной клетки
- Е. Повторное ЭГДС после анестезии

146. У больного К., длительное время наблюдается выраженная изжога, боль при прохождении еды в нижнем отделе грудины, часто на уровне мечевидного отростка, особенно после приема кислой и соленой еды. При объективном обследовании изменений со стороны внутренних органов не обнаружено. Какие обследования следует провести больному?

- А. Контрастную рентгенографию пищевода
- В. Анализ желудочного содержимого
- С. Рентгеноскопию желудочно-кишечного тракта в положении

Тренделенбурга

D. ЭГДС

E. Все перечисленные

147. У больного С., 41 г., обнаружена пептическая язва пищевода. Какое лечение следует назначить?

A. Выбор лечения будет зависеть от результатов биопсии

B. Консервативное

C. Выбор лечения будет зависеть от состояния желудочной секреции

D. Оперативное

E. Консервативное применение антацида

148. У больного возникают приступообразные боли за грудиной, которые чаще возникают дома днем или вечером, чаще после приема еды или в положении на левой стороне. Обследовался у участкового терапевта, на ЭКГ изменения не были обнаружены. О какой патологии пищевода следует подумать в первую очередь?

A. Доброкачественная опухоль пищевода

B. Дивертикул средней трети пищевода

C. Дивертикул верхней трети пищевода

D. Рак пищевода.

E. Эзофагит

149. У больной Н., в 19 г., обнаружен при рентгенографии в нижней трети пищевода дефект наполнения с четкими ровными контурами. Дисфагия тревожит на протяжении 1 года, общее состояние нарушено мало. О какой патологии следует подумать в первую очередь?

A. Рак пищевода

B. Варикозное расширение вен пищевода

C. Грыжа диафрагмального отдела пищевода

D. Доброкачественная опухоль

E. Заболевание средостения

150. Больной Г., жалуется на боли тупого характера, которые возникают сразу же после приема еды, локализуются в эпигастральном участке, не имеют четкой иррадиации. Периодически больного тревожит изжога,

отрыжка кислым. Из анамнеза известно, что подобные жалобы появились 6 лет назад. Исходя из анамнеза, каким является наиболее вероятный диагноз?

- A. Язвенная болезнь
- B. Хронический холецистит
- C. Хронический панкреатит
- D. Функциональная диспепсия
- E. Хронический холангит

151. У больной 18 лет жалобы на боль в эпигастрии после приема кислой еды без четкой зависимости от времени ее приема. Болеет 10 лет. Объективно: обложенный язык налетом и разлитая боль в эпигастрии. Какую из перечисленных групп препаратов следует включить в лечение больной?

- A. Бета - блокаторы
- B. Препараты железа
- C. М-холиномиметики
- D. М-холинолитики
- E. Блокаторы кальциевых каналов

152. У больной рентгенологически обнаружены дуоденогастральный рефлюкс и гипертрофия складок пилороантрального отдела. В анализе желудочного содержимого – свободная соляная кислота отсутствует во всех порциях. Какие из препаратов должны быть включены в лечение больной?

- A. Антациды
- B. Препараты, которые регулируют моторику желудка
- C. М - холинолитики
- D. Все вышеперечисленные
- E. Желудочный сок как заместительная терапия

153. У больного диагностирована болезнь Менетрие. Какие показания к хирургическому лечению?

- A. Частые рецидивы
- B. Фаза обострения
- C. Неэффективность лечения
- D. Признаки малигнизации
- E. Появление эрозий

154. Больная 53 лет, жалуется на боль в правом подреберье, горечь во рту. Болеет 5 лет. Объективно: температура - 37 ° С, живот мягкий, при пальпации болезненность в правом подреберье, с-м Ортнера - положительный, печень не выступает из-за реберной дуги. В анализе крови: Л - $9,2 \times 10^9$ /л, п/я - 6%, с/я - 58%, л - 26%, м - 8%, э - 2%, СОЭ - 18 мм / час. Анализ мочи на желчные пигменты отрицательный. Укажите вероятный диагноз:

- А. Глистная инвазия
- В. Гепатит
- С. Панкреатит
- Д. Обострение хронического холецистита
- Е. Функциональная диспепсия

155. У больной С. с жалобами на понос и появление крови в кале при колоноскопии обнаружено покраснение, повышенную ранимость, кровоточивость слизистой оболочки всей толстой и прямой кишки с наличием фиброзных наслоений. При гистологическом исследовании биоптатов – воспаление слизистой оболочки толстой кишки с наличием абсцессов крипт. Какое наиболее заболевание у пациента?

- А. Болезнь Крона
- В. Ишемический колит
- С. Неспецифический язвенный колит
- Д. Инфекционный колит
- Е. Геморой

156. У пациента К., который на протяжении 5 лет жалуется на периодическую боль в животе, при колоноскопии обнаружено поражение слизистой в виде “мостовой” с участками здоровой слизистой оболочки. Какое наиболее заболевание у пациента?

- А. Неспецифический язвенный колит
- В. Инфекционный колит
- С. Ишемический колит
- Д. Болезнь Крона
- Е. Дивертикулярная болезнь

157. У пациента В., при обследовании наблюдаются изменения со стороны кожи (Erythema nodosum), припухлость суставов, воспаление глаз,

перианальное повреждение и боль при пальпации толстой кишки. Какое наиболее заболевание у пациента?

- A. Болезнь Крона
- B. Парапроктит
- C. Синдром Рейтера
- D. Увеит
- E. Рак толстого кишечника

158. Больная Г., 41 г., жалуется на наличие жидких испражнений (по 10-12 раз в сутки) с примесями слизи и крови, разлитая боль в нижних отделах живота, похудание на 4 кг за последний час. Считает себя больной около года. Объективно: Язык ярко-красный, живот мягкий, пальпация сигмовидной кишки резко болезненная. Печень увеличена, выступает на 3 см из-под края реберной дуги, плотноватая. Какое наиболее заболевание у пациентки?

- A. Неспецифический язвенный колит
- B. Болезнь Крона
- C. Дивертикулярная болезнь
- D. Хр. энтерит
- E. Глистная инвазия

159. У 30-летнего больного в последние 3 месяца возникает боль в правой подвздошной области, диарея, боль в коленных суставах, лихорадка. Снизилась масса тела, на коже нижних конечностей выявлено узловатую эритему. Какое заболевание можно заподозрить?

- A. Хроническая дизентерия
- B. Рак толстой кишки
- C. Целиакия
- D. Саркоидоз
- E. Болезнь Крона

160. Мужчина 56 лет, три года страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами. На терапию H₂-гистаминоблокаторов реагировал положительно. Поступил в больницу с язвой, которая кровоточит. За 4 недели терапии омепрозолом язва зарубцевалась. Какова дальнейшая лечебная тактика?

- A. Хирургическое лечение
- B. Прерывистая курсовая терапия H₂-гистаминоблокаторов
- C. Терапия антихеликобактерная
- D. Курсовая терапия омепрозолом
- E. Поддерживающая терапия H₂-гистаминоблокаторов

161. У женщины 50 лет отмечаются длительные боли и чувство распирания в правом подреберье. При обследовании: желтухи нет, положительный симптом Кера, температура субфебрильная, СОЭ - 30 мм / час. Какой предполагаемый диагноз?

- A. Хронический панкреатит в фазе ремиссии
- B. Язвенная болезнь желудка в фазе обострения
- C. Хронический гепатит
- D. Другое заболевание
- E. Хронический холецистит в фазе обострения

162. Больной К., в 48 г., прооперированный 2 года назад по поводу язвенной болезни желудка, жалуется на слабость, которая возникает через 15 мин. после еды, особенно после приема молочных продуктов, сердцебиение, потливость, тошноту, урчание в животе. При рентгенологическом обследовании обнаружено ускорение эвакуации бариевой суспензии и ее быстрый пассаж по тонкой кишке. Какое наиболее заболевание у пациента?

- A. Демпинг-синдром
- B. Обострение хронического панкреатита
- C. Синдром приводящей петли
- D. Гипогликемический синдром
- E. Пептическая язва анастомоза

163. Больной С., прооперированный по поводу язвенной болезни, жалуется на сильное ощущение голода, которое сопровождается болью в эпигастральной области, дрожание тела, ощущением жара и сердцебиением, головокружением, иногда с потерей сознания, что часто возникает после перерыва в питании или большой физической нагрузки. Какое осложнение следует заподозрить у больного?

- A. Демпинг-синдром
- B. Сахарный диабет
- C. Гипогликемический синдром

- D. Пептическая язва анастомоза
- E. Синдром приводящей петли

164. Больной К., в 65 г., жалуется на общую слабость, потерю аппетита, запоры. Объективно: АД 100/50 мм рт. ст., пульс 100 за мин. Кожа бледная, при пальпации нисходящего отдела толстой кишки пальпируется образование размерами 40x20 мм Нв-72 г/л, СОЕ-52 мм/час. В кале: позитивная реакция на скрытую кровь. Какой метод диагностики является наиболее информативным для верификации конечного диагноза?

- A. Ультразвуковое исследование
- B. Ирригоскопия
- C. Колоноскопия с прицельной биопсией
- D. Ректороманоскопия
- E. Копрограмма

165. Больной 36 лет жалуется на стойкий понос, боль в левом подвздошной области во время дефекации, наличие свежей крови в кале, повышение температуры. При объективном исследовании обнаружены сухость кожи, бледность, мацерация уголков рта, болезненность в левой мезо- и гипогастральной областях. Укажите предварительный диагноз

- A. Болезнь Крона
- B. Хронический колит
- C. Болезнь Уиппла
- D. Неспецифический язвенный колит
- E. Опухоль толстой кишки

166. Больной Г., 44 года, жалуется на резкую общую слабость, ощущение тяжести в правом подреберье, исхудание, постоянную тошноту, кровоточивость десен, сонливость. Из анамнеза известно, что злоупотребляет алкоголем. Объективно: кожа суха, иктеричность склеры и кожи, на коже лица и плечевого пояса “сосудистые звездочки”. Живот сдут, мягкий, не болезненный при пальпации, печень +6 см, край закруглен, болезнен. Селезенка +2 см. Какое наиболее заболевание у пациента?

- A. ”Застойная печень”
- B. Синдром Бадда-Киари
- C. Лейкоз
- D. Хронический гепатит алкогольного генеза

Е. Алкогольный цирроз печени

167. Больной 35 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на боли в эпигастральной области после еды, рвота. При рентгенологическом обследовании желудок натощак содержит жидкость, количество которой в процессе обследования увеличивается; в средней трети тела по малой кривизне наблюдается "ниша" размерами 0,5x0,7 см, окруженная воспалительным валом. Складки слизистой утолщенные, извилистые. Перистальтика по большой кривизне усилена, опорожнение желудка замедлено. Ваш диагноз?

- А. Дивертикул желудка
- В. Хронический эрозивный гастрит
- С. Рак тела желудка
- Д. Язвенная болезнь желудка
- Е. Компенсированный стеноз привратника

168. У больного через 1 час после приема жирной пищи и алкоголя появился интенсивная боль в верхней части живота с иррадиацией в область поясницы и левую лопатку, тошнота, неоднократное рвота. При пальпации живота выявляется болезненность в зоне Губергрица - Сокульского. Определение какого показателя крови необходимо провести в первую очередь?

- А. Билирубина
- В. Трансаминазы
- С. Амилазы
- Д. КФК
- Е. Креатинина

169. Больной Д., 47 лет, жалуется: на разлитый тупая боль в животе, которая усиливается перед дефекацией и стихает после нее стул - до 10 раз в сутки, содержащих кровь; повышение температуры, общее недомогание. Болеет в течение 2-х месяцев. Объективно: кожа бледная, сухая. Пальпация толстой кишки болезненна. Слепая кишка пальпируется в виде тяжа. Какое обследование информативное для установления диагноза?

- А. Ректороманоскопия
- В. Колоноскопия
- С. Ирригоскопия
- Д. Фиброгастроскопия

Е. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости

170. Больная П., 54 года, жалуется на постоянную тупую ноющую боль в правом подреберье и в эпигастрии, тошноту, субфебрильную температуру, общую слабость. 10 лет назад перенесла вирусный гепатит после удаления зуба. При объективном осмотре в животе определяется свободная жидкость. Печень на 6 см ниже края реберной дуги, поверхность неровная, край плотный, заостренный. Пальпируется селезенка. Ваш предварительный диагноз.

- А. Хронический холецистит, обострение
- В. Цирроз печени
- С. Хронический гепатит
- Д. Рак печени
- Е. Рак головки поджелудочной железы

171. При обзорные рентгенография брюшной полости у больного определяется несколько участков просветления полусферической формы, размещенных над четкими горизонтальными уровнями. Чем обусловлена такая рентгенологическая картина?

- А. Кишечная непроходимость
- В. Перфоративная язва
- С. Метеоризм
- Д. Рак толстого кишечника
- Е. Болезнь Прайса

172. Больная А., 62 года, жалуется на снижение аппетита, интенсивную боль в правом подреберье и эпигастрии, похудение, субфебрильную температуру. Объективно: сниженного питания, кожа иктерическая с землистым оттенком, дряблая, сухая с расчесами. При пальпации живота край печени бугристый каменистой плотности на 7 см ниже реберной дуги. Анализ крови: Нb-90 г/л, л-6х10⁹/л, СОЕ-54 мм/час. Ваш предварительный диагноз.

- А. Хронический гепатит
- В. Цирроз печени
- С. Гипохромная анемия.
- Д. Метастатический рак печени
- Е. Эхинококк печени

173. Больная К., 46 лет, жалуется на боль в правом подреберье, которая усиливается после употребления жирной жареной еды, горький вкус во рту. Приступы боли участились на протяжении последних лет. После одного из приступов повысилась температура, появилась желтуха и обесцвеченный кал. При осмотре выражена желтуха, особенно склеры. Язык влажный с белым налетом, френикус-феномен позитивный. Болезненность в нижней точке Мюсси. Живот не вздут, не болезненный, кроме правого подреберья. Печень не пальпируется в связи с мускульной защитой. Реакция на желчные пигменты в моче резко позитивная. Общий билирубин крови 142 мкмоль/л, прямой билирубин 110 мкмоль/л, непрямой 32 мкмоль/л, АСТ 0,46, АЛТ 0,6 мкмоль/л. Какое заболевание у пациентки?

- A. Хронический калькулезный холецистит в фазе обострения, желтуха.
- B. Острый холецистит
- C. Острый панкреатит
- D. Хронический гепатит
- E. Склерозирующий холангит

174. Больной В., 49 лет, жалуется на отсутствие аппетита, слабость. Злоупотреблял алкоголем. Объективно: на коже туловища “сосудистые звездочки”. Подкожно-жировая клетчатка и мышечная система развиты недостаточно (рост 167 см, масса 54 кг). Тона сердца ослаблены, систолический шум над всеми точками. Живот увеличен в размерах, “голова медузы”, выпячивания пупка. Определяется асцит. Край печени острый, не болезненный + 2 см, с-м “плавающей льдины”. Селезенка увеличена. Анализ крови: Hb –84 г/л, лейкоциты – 3×10^9 /л, тромбоциты – 90×10^9 /л. Какое заболевание у пациента?

- A. Хронический гепатит
- B. Рак печени
- C. Синдром Бадда-Киари
- D. Портальный цирроз печени.
- E. Хронический лимфолейкоз

175. Больной К., 24 года, жалуется на увеличение объема живота. В анамнезе травма живота 2 года назад, после которой через 8 мес. диагностирован асцит. Лечился мочегонными препаратами с временным эффектом. При осмотре: на передней брюшной стенке выражен венозный рисунок, живот увеличен за счет асцитической жидкости, нижний край печени выступает на 6 см. После приема мочегонных препаратов размеры печени уменьшаются.

Анализ крови: эритроциты $4,8 \times 10^{12}/л$, Hb-140 г/л, лейкоциты $6,8 \times 10^9/л$, СОЭ 10 мм/час. Какое заболевание у пациента?

- А. Опухоль печени
- В. Цирроз печени.
- С. Туберкулезный перитонит
- Д. Хронический лимфолейкоз
- Е. Болезнь Бадда-Киари.

176. Больная П., 51 год, в течение 3 дней жалуется на боли в правом подреберье, которые иррадирует в левое подреберье и поясницу, постоянного опоясывающего характера; тошноту, повторную рвоту не приносящую улучшения. В анамнезе – хронический калькулезный холецистит. Объективно: температура $37,4^{\circ}C$, желтушность склер, язык сухой, обложенный серовато-желтым налетом. Живот запавший, симптомы раздражения брюшины отсутствуют, толстый кишечник безболезненный, болезненность в зоне Шоффара, положительный симптом Ортнера, симптом Курвуазье отрицательный. Какое заболевание у пациентки?

- А. Хронический панкреатит в фазе обострения, болевая форма
- В. Хронический калькулезный холецистит, фаза обострения
- С. Рак головки поджелудочной железы
- Д. Склерозирующий холангит
- Е. Хронический гастрит, фаза обострения

177. У больной Т., 29 лет, после обильного приема пищи ночью возникли острые боли в эпигастрии, иррадирующие в левое подреберье и поясницу. Отмечались повторные рвоты с примесями желчи, не приносящие облегчения. Объективно: бледность кожных покровов, пульс 110 в 1 мин. Живот: резко выражена болезненность в эпигастрии, и левом подреберье. Болезненность в точке Мейо-Робсона. Положительный симптом Воскресенского. Анализ крови: лейкоциты- $10,2 \times 10^9/л$, эритроциты – $7 \times 10^{12}/л$, п-12 %, с-19 %, лимфоциты – 10 %, моноциты – 2 %, СОЭ – 36 мм/час.

- А. Хронический панкреатит
- В. Хронический холецистит
- С. Острый панкреатит
- Д. Рак головки поджелудочной железы
- Е. Склерозирующий холангит

178. Больной С., 50 лет, жалуется на умеренную боль в верхней половине живота, больше выраженную в левом подреберье, усиливается после приема еды. Отмечается неустойчивый стул, склонность к полифекалии. При рентгенологическом исследовании брюшной полости обнаружены множественные кальцинаты на уровне проекции поджелудочной железы

- A. Хронический калькулезный холецистит, фаза обострения
- B. Рак головки поджелудочной железы
- C. Болезнь Крона
- D. Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью
- E. Киста поджелудочной железы

179. Больная К., 52 года, жалуется на продолжительные боли в животе опоясывающего характера, вздутие живота, тошноту, поносы, снижение массы тела на 8 килограммов. Последние полгода наблюдается гипергликемия. Печень и селезенка не увеличены. При пальпации болезненность в левом подреберье. О каком заболевании следует думать?

- A. Хронический панкреатит.
- B. Болезнь Крона.
- C. Хронический холецистит.
- D. Сахарный диабет.
- E. Синдром раздраженной кишки.

180. Мужчина 42 лет, болеет хроническим панкреатитом 7 лет. Два месяца назад появились желтуха, боль в правом подреберье стала интенсивной, купируется только введением сильнодействующих анальгетиков, похудел на 8 килограммов. Объективно: склеры и кожа иктеричны, резкая болезненность в эпигастрии. В крови – ускоренная СОЭ, повышение общего и прямого билирубина. Какой диагноз наиболее вероятен из перечисленных?

- A. Обострение хронического панкреатита.
- B. Рак поджелудочной железы.
- C. Рак печени.
- D. Желчнокаменная болезнь.
- E. Рак желудка.

181. Больная 42 лет, в течение 2 лет жалуется на периодические боли в левом подреберье, иррадиирующие в спину, плохую переносимость молочных

продуктов, наличие непереваренных продуктов в кале. Какой метод является наиболее информативным для верификации диагноза?

- A. УЗИ, копрограмма, определение ферментов в дуоденальном содержимом
- B. Обзорная рентгенография органов брюшной полости
- C. Холецистография
- D. Анализ кала на дисбактериоз
- E. Реакция Греггерсена

182. Мужчина 48 лет, жалуется на периодические боли в левой подвздошной области, частый жидкий стул с примесью крови и гноя, общую слабость, потерю массы тела, температуру 39⁰С. Болеет на протяжении 4 лет. Последнее ухудшение после психотравмы. Какой диагноз наиболее вероятный из перечисленных?

- A. Неспецифический язвенный колит.
- B. Целиакия.
- C. Болезнь Крона.
- D. Синдром раздраженной кишки.
- E. Хронический панкреатит.

183. Больная 48 лет жалуется на постоянную тупую ноющую боль в правом подреберье, горечь во рту, снижение аппетита, тошноту. Состояние ухудшилось после употребления жирной, жареной пищи. Болеет на протяжении нескольких лет. Объективно: выраженная болезненность в правом подреберье, температура тела 37,4 градуса С. В крови – лейкоцитоз, повышенная СОЭ. Общий билирубин – 17,6 мкмоль/л. УЗИ органов брюшной полости – печень не увеличена, стенки желчного пузыря утолщены, тонус пузыря снижен. Наиболее вероятный диагноз?

- A. Хронический панкреатит.
- B. Калькулезный холецистит.
- C. Холангит.
- D. Хронический холецистит.
- E. Хронический гепатит.

184. У больной 50 лет отмечается тупая боль в верхней части живота, отрыжка воздухом, тошнота, отвращение к мясной пище, исхудание, общая слабость. Объективно: кожа бледная, при пальпации эпигастральной области умеренная болезненность. В крови – лейкоциты – $13,0 \times 10^9$ /л, Hb – 80 г/л, СОЭ

– 40 мм/час. В кале положительная реакция на скрытую кровь. Какой диагноз наиболее вероятный?

- A. Хронический гастрит (тип А).
- В. Язвенная болезнь.
- С. Эрозивный гастрит.
- D. Рак желудка.
- Е. Хронический гастрит.

185. Больная М. 37 лет, нескольких месяцев отмечает чередование запоров и поносов, периодические спастические боли в животе, снижение аппетита, похудание. Наиболее вероятный диагноз – неспецифический язвенный колит. Какое из перечисленных обследований имеет наибольшее значение для диагностики неспецифический язвенный колит?

- A. Колоноскопия.
- В. Исследование кала на скрытую кровь.
- С. Ирригоскопия.
- D. Микробиологическое исследование кала.
- Е. Ректороманоскопия.

186. Больной Т. 64 лет, страдает язвенной болезнью желудка на протяжении нескольких лет. Ежегодно лечился в стационаре. За последние месяцы изменился характер болей, участилась рвота, снизилась масса тела на 8 килограммов, появилась анемия, выросла слабость. Возможный диагноз - рак желудка. Какое из перечисленных исследований наиболее информативно для подтверждения диагноза рак желудка?

- A. Ro – логическое исследование.
- В. Исследование кал на скрытую кровь.
- С. Фиброэзофагогастродуоденоскопия.
- D. Ph – метрия.
- Е. Цитологическое исследование промывных вод желудка.

187. Мужчина 36 лет, последние три месяца отмечает боли в правой подвздошной области, частый жидкий стул, боль в коленных суставах, повышение температуры до 38 градусов С, похудание на 7 килограммов. Неделю назад отметил появление узловатой эритемы. Какой диагноз наиболее вероятный?

- A. Болезнь Крона.
- B. Целиакия.
- C. Саркоидоз.
- D. Туберкулез кишечника.
- E. Хроническая дизентерия.

188. Больная 45 лет, жалуется на общую слабость. Около 2,5 месяцев выявлена асцитическая жидкость в брюшной полости. В анамнезе – длительное злоупотребление алкоголем. При абдоминальной пункции получено 8 л бледно-желтой прозрачной жидкости. Пальпируется безболезненная печень с острым краем, которая выступает из-под реберной дуги на 10 см, пальпируется край селезенки. Ваш диагноз.

- A. Крупноузловой цирроз печени.
- B. Мелкоузловой цирроз печени.
- C. Хронический гепатит.
- D. Билиарный цирроз печени.
- E. Сердечный цирроз печени.

189. Мужчина 47 лет, перенес 6 лет назад гепатит В. Врачами не наблюдался, диеты не придерживался, злоупотреблял спиртными напитками. На протяжении последнего месяца ощущает изжогу и тошноту. Утром после употребления алкоголя и пищи в большом объеме появилась рвота свежей темной кровью. Обратился за медпомощью. Объективно: кожные покровы бледные, склеры иктеричны, живот увеличен за счет асцита, гепатоспленомегалии. Какой диагноз наиболее возможный?

- A. Цирроз печени.
- B. Хронический гепатит.
- C. Хронический лейкоз.
- D. Новообразование печени.
- E. Ни одно из перечисленных заболеваний.

190. Мужчина 27 лет, военнослужащий, на протяжении нескольких месяцев отмечает чувство тяжести в эпигастральной области, возникающее через 15-30 минут после приема пищи, а также изжогу (часто принимает соду), тошноту, плохой сон, запоры, быструю утомляемость, снижение трудоспособности. Какие обследования необходимо провести для установления клинического диагноза?

- A. рН – метрия.
- B. Ro – логическое обследование.
- C. Фиброэзофагогастродуоденоскопия.
- D. Наличие *Helicobacter pylori*.
- E. Все перечисленное.

191. Женщина 32-х лет жалуется на усиление спастических болей внизу живота после психоэмоционального напряжения. Испражнения кишечника интермитирующие: 2-3 испражнения после пробуждения чередуются с запорами на протяжении 1-2 дней. Объективно: масса тела сохранена, умеренная боль при пальпации сигмовидной кишки. Hb130 г/л, лейкоциты 5,2 Г/л, скорость оседания эритроцитов 9 мм/час. Ректороманоскопическое исследование болезненное из-за спастического состояния кишечника, его слизистая оболочка не изменена. В просвете кишечника много слизи. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?

- A. Синдром раздражённого кишечника
- B. Болезнь Крона
- C. Неспецифический язвенный колит
- D. Острая ишемия кишок
- E. Синдром мальабсорбции.

192. У больной 46-ти лет диарея с выделением большого количества кашевидного кала, неприятного запаха без примеси крови и без тенезмов, вздутие живота, потеря массы тела. При объективном обследовании умеренная болезненность в мезогастрии и левом фланке живота. В копрологическом исследовании: стеаторея за счёт нейтрального жира, креаторея. Наиболее рациональным является назначение:

- A. Холинолитиков
- B. Метронидазола и лоперамида.
- C. Полиферментных препаратов.
- D. Антацидов и спазмолитиков
- E. Холинолитиков и антибактериальных препаратов.

193. Больной 28-ми лет через 2 часа после употребления неизвестных грибов, почувствовал снижение подвижности и сосредоточенности, указанное состояние сменилось затем возбуждённостью и агрессией. Во время осмотра: нарушение ориентации, невнятная речь. Через 4 часа печёночный запах изо рта, потеря сознания. Какой синдром наблюдается у больного?

- A. Гепатолиенальный синдром
- B. Портальной гипертензии
- C. Холестатический синдром.
- D. Острой печёночной недостаточности.
- E. Цитолитический синдром.

194. Больная 27-ми лет, учитель младших классов, жалуется на частые испражнения до 3-х раз в сутки, кал "комковатый", со значительным количеством слизи, боль в животе, которая постепенно пропадает после дефекации, раздражительность. Кожа бледно-желтушного цвета. Пульс 74/мин., ритмичный, удовлетворительных свойств. Артериальное давление 115/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации умеренно чувствительный по ходу толстой кишки. При колонофиброскопии изменений не обнаружено. Про какое заболевание следует думать?

- A. Хронический неязвенный колит
- B. Хронический энтерит.
- C. Синдром раздражённой толстой кишки.
- D. Болезнь Крона
- E. Болезнь Уиппла.

195. Больной 51-го года жалуется на рвоту с примесью крови. Злоупотреблял алкоголем. Болеет с 40-ка лет, когда впервые возникла желтуха. При осмотре: кожа и видимые слизистые оболочки желтушные, "сосудистые звездочки". Пониженного питания. Живот увеличен в объеме, пупочная грыжа, асцит. Край печени острый, безболезненный, +3 см, селезенка +2 см. Анализ крови: Hb80 г/л, лейкоциты $3 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $85 \cdot 10^9$ /л. Причиной портальной гипертензии у больного является:

- A. Изотопная терапия.
- B. Цирроз печени.
- C. Тромбоз вены селезенки
- D. Гемохроматоз
- E. Констриктивный перикардит.

196. Больная жалуется на частый жидкий стул (до 9-10 раз в сутки) с примесью слизи и крови, ноющую боль в гипогастрии, понижение массы тела на 4 кг за последний год. Объективно: пониженного питания, кожа сухая, тургор понижен, афтозный стоматит. Живот мягкий, сигмовидная кишка спазмирована, болезненна при пальпации. Тест на скрытую кровь

положительный. ФКС: отёчность, гиперемия, зернистость слизистой оболочки, псевдополипы, мелкие язвы с неровными краями. Поставьте диагноз:

- A. Неспецифический язвенный колит
- B. Хронический энтероколит
- C. Рак толстой кишки
- D. Синдром раздраженной кишки
- E. Болезнь Крона.

197. Пациент 60-ти лет жалуется на практически постоянное чувство тяжести и переполнения в эпигастрии, усиливающееся после еды, отрыжку с тухлым запахом, иногда рвоту съеденной 1-2 дня назад пищей, похудание. 12 лет назад впервые выявлена язва пилорического канала. Отмечал периодические "голодные" боли, по поводу которых принимал ранитидин. Ухудшение в течение 3-х месяцев. Объективно: определяется "шум плеска" в эпигастрии. О каком осложнении идёт речь?

- A. Пенетрация язвы желудка
- B. Функциональный спазм привратника
- C. Инородное тело желудка (безоар).
- D. Стеноз пилоруса.
- E. Малигнизация язвы желудка.

198. У больной, которая находится на стационарном лечении с вирусным гепатитом В, появились головная боль, тошнота, повторная рвота, "провалы" в памяти, "хлопающий" тремор кистей рук, ускоренный пульс, имеется сладковатый запах изо рта. Температура тела 37,6оС, частота сердечных сокращений 89/мин. Какое осложнение развилось у больной?

- A. Менингоэнцефалит.
- B. Острая печёночная недостаточность.
- C. Ишемический инсульт
- D. Желудочно-кишечное кровотечение
- E. Гипогликемический шок.

199. У больной хроническим панкреатитом жалобы на понос 5 раз в сутки (без примесей крови), уменьшение массы тела, вздутие живота, сухость кожи, выпадение волос, жажду, кровотечение из дёсен, судороги. В крови: лейкоциты $5,8 \cdot 10^9/\text{л}$; Hb86 г/л; скорость оседания эритроцитов 15 мм/час.

Биохимический анализ крови: белок 48 г/л; альбумины 28 г/л. Какие показатели копрологического исследования дополняют синдром?

- A. Большое количество слизи, амилорея
- B. Большое количество крахмальных зёрен, растительной клетчатки.
- C. Стеаторея, креаторея.
- D. Пузырьки газа, кислая реакция
- E. Большое количество йодофильных микробов.

200. У больного 34-х лет на 3-и сутки лечения острого отита цефтриаксоном в суточной дозе 2 грамма появился жидкий стул 5-6 раз в сутки. Каловые массы без примесей крови, слизи. Температура тела 36,6оС. Реакция Греггерсена на скрытую кровь отрицательная. Бактериологическое исследование кала не обнаружило патогенных микроорганизмов. Какая наиболее характерная причина диареи?

- A. Антибиотик-ассоциированная диарея
- B. Дисбиоз кишечника
- C. Синдром избыточного бактериального роста
- D. Язвенный колит
- E. Болезнь Крона

Эталоны правильных ответов

№ тестового задания	Правильный ответ	№ тестового задания	Правильный ответ	№ тестового задания	Правильный ответ	№ тестового задания	Правильный ответ
1	В	51	Д	101	Д	151	Д
2	А	52	С	102	В	152	В
3	Д	53	В	103	В	153	Д
4	Е	54	А	104	Д	154	Д
5	А	55	Д	105	Е	155	С
6	А	56	А	106	С	156	Д
7	В	57	Д	107	Д	157	А
8	Д	58	Е	108	Е	158	А
9	В	59	А	109	А	159	Е
10	С	60	Д	110	Д	160	С
11	Е	61	С	111	С	161	Е
12	А	62	В	112	А	162	А
13	С	63	А	113	Д	163	С
14	С	64	С	114	А	164	С
15	В	65	С	115	С	165	Д
16	С	66	А	116	Е	166	Д
17	Д	67	Д	117	А	167	Д
18	Д	68	Д	118	С	168	С
19	А	69	Д	119	В	169	В
20	В	70	В	120	Д	170	В
21	Е	71	А	121	Е	171	А
22	А	72	Д	122	С	172	А
23	Д	73	С	123	В	173	А
24	А	74	Е	124	А	174	Д
25	А	75	С	125	Е	175	Е
26	С	76	Д	126	Д	176	А
27	В	77	А	127	А	177	С
28	Д	78	Д	128	Д	178	Д
29	А	79	С	129	Д	179	А
30	А	80	А	130	А	180	В
31	С	81	В	131	Д	181	А
32	С	82	Е	132	Д	182	А
33	С	83	С	133	В	183	Д
34	А	84	В	134	Д	184	Д
35	С	85	С	135	Д	185	А
36	Д	86	А	136	Е	186	С
37	А	87	С	137	В	187	А
38	В	88	Д	138	С	188	В
39	Д	89	В	139	Д	189	А
40	Е	90	С	140	В	190	Е
41	В	91	Е	141	Д	191	А
42	С	92	В	142	Е	192	С
43	А	93	А	143	С	193	Д
44	Д	94	А	144	А	194	С
45	Д	95	Д	145	А	195	В
46	С	96	А	146	Е	196	А
47	С	97	В	147	А	197	Д
48	А	98	С	148	В	198	В
49	Е	99	В	149	Д	199	С
50	А	100	А	150	Д	200	А

РЕКОМЕНДОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА.

ОСНОВНАЯ

1. Современные классификации и стандарты лечения заболеваний внутренних органов. Неотложные состояния в терапии / Под ред. проф. Ю.М.Мостового. - 16-е изд., К. и перероб.- Киев Центр ГЗК, 2014. - 680с.
2. Доценко С.Я., Токаренко И.И., Шеховцева Т.Г. и др. "Неотложные состояния в клинике внутренней медицины" - Запорожье, 2014. - 117 с.
3. Диференційна діагностика внутрішніх хвороб: навч. посіб. / В. І. Орлова, І. Т. Кульбаба. - Одеса, 2002.
4. Передерий В.Г., Ткач С.М. Основы внутренней медицины (в 4 томах). - Киев. – 2009
5. Внутренняя медицина. Т 3 т. Т. 2 /А.С.Свинцицкий, Л.Ф.Конопльова, Ю.И.Фещенко и др. ; Под ред. проф. К.М. Амосовой. - М. : Медицина, 2009. - 1088 с.
6. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. Учебное пособие (В.И.Орлова, И.Т.Кульбаба). Одесса, 2002.

ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ

1. Современная терапия желчного пузыря и желчевыводящих путей. А.Р.Бабак. Харьков, 2000.
2. Шеховцева Т.Г., Доценко С.Я., Свистун С.И. и др. "Синдром лихорадки неясного генеза в клинике внутренних болезней". - Запорожье. - 2009. - 139 с.