**ТЕСТЫ К НМО ГАСТРО У ДЕТЕЙ**

1. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ (ЖКБ) У ДЕТЕЙ ПО ВОЗРАСТАМ:
   1. до 7 лет мальчики болеют в 2 раза чаще, чем девочки;
   2. до 7 лет девочки болеют чаще, чем мальчики;
   3. до 7 лет девочки и мальчики болеют одинаково часто;
   4. не зависит от возраста и пола
2. В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ХОЛЕСТЕРИНОВЫХ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ У ДЕТЕЙ ИГРАЮТ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ:
   1. избыточная продукция печенью желчных кислот, недостаточная продукция печенью холестерина;
   2. недостаточная продукция печенью желчных кислот, нарушение утилизации холестерина из кишечника;
   3. избыточная продукция желчных кислот и холестерина печенью;
   4. недостаточная продукция желчных кислот и холестерина в печени

3, СООТНОШЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЖКБ СРЕДИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН СОСТАВЛЯЮТ:

1) 1:5;

2) 1:2;

3) 1:1

4) 1:3

4. 1-Я СТАДИЯ ЖКБ НАЗЫВАЕТСЯ:

1) стадия формирования желчных камней;

2) начальная или предкаменная стадия;

3)стадия хронического рецидивирующего калькулезного холецистита;

4) стадия осложнений ЖКБ

5. УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА У ДЕТЕЙ ПРИ ЖКБ :

1) на верхней границе возрастных нормативов и/или незначительно превышает;

2) на нижней границе возрастной нормы и/или ниже нормы;

3) синтетическая функция печени снижена;

4) уровень общего холестерина при ЖКБ у детей не меняется

6. ЛИТОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ЖКБ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

1) гепатопротекторы;

2) препараты урсодезоксихолевой кислоты;

3) ГКС и азатиоприн;

4) холеспазмолитики и холекинетики

7. УДХК НАЗНАЧАЕТСЯ ИЗ РАСЧЕТА:

1) 2,5-5 мг/кг/сут.;

2) 0,5-1 мг/кг/сут.;

3) 10 мг/кг/сут.;

4) 15-20 мг/кг/сут.

8. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ ДЛЯ ПЛАНОВОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЖКБ:

1) до 3-х лет;

2) 13-15 лет;

3) от 4 до 12 лет;

4) возраст значения не имеет.

9. ДЕТИ И ПОДРОСТКИ С ЖКБ НАБЛЮДАЮТСЯ НА УЧАСТКЕ:

1) 5-лет;

2) 2 года;

3) до передачи во взрослую сеть;

4) 3 года;

10.В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ДЕТИ НАБЛЮДАЮТСЯ НА УЧАСТКЕ:

1) 2 года;

2) 1 год;

3) 3 года;

4) до передачи во взрослую сеть

**ТЕСТЫ К ТЕМЕ: «АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ У ДЕТЕЙ»**

1. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АИГ:
   1. 1 : 1000;
   2. 3-17 : 100 000;
   3. 3-17 : 1000;
   4. 1 : 10 000 населения
2. В СТРУКТУРЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ ДОЛЯ АИГ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ:
   1. 2,0%;
   2. 5,0%;
   3. 7,5%;
   4. 5-6%

3, ДЕВОЧКИ И ЖЕНЩИНЫ СРЕДИ БОЛЬНЫХ АИГ СОСТАВЛЯЮТ:

1) 15%;

2) 25%;

3) 50%;

4) 75%

4. АИГ 1-ГО ТИПА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ:

1) антинуклкарных (ANA) и/или антигладкомышечных антител (SMA);

2) антител к микросомам печени и эпителиальным клеткам клубочкового аппарата почек типа 1 (anti-LKM 1)

3) антител к растворимому печеночному антигену (anti-SLA)

4) антитела к двуспиральной ДНК (нативной, a – de DNA)

5. ПРИ АИГ ПОКАЗАНА БАЗИСНАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ:

1) гепатотропные препараты;

2) диетотерапия;

3) глюкокортикостероиды (ГКС) и азатиоприн;

4) холеретики и холекинетики

6. АЛЬТЕРНАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ АИГ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

1) гепатопротекторы;

2) циклоспорин А, будесонид, такролимус, циклофосфамид;

3) ГКС и азатиоприн;

4) холеспазмолитики и холекинетики

7. ЦИКЛОСПОРИН А НАЗНАЧАЕТСЯ ДЕТЯМ С АИГ ИЗ РАСЧЕТА:

1) 2,5-5 мг/кг/сут.;

2) 0,5-1 мг/кг/сут.;

3) 10 мг/кг/сут.;

4) 25 мг/кг/сут.

8. ТАКРОЛИМУС НАЗНАЧАЕТСЯ ДЕТЯМ С АИГ ИЗ РАСЧЕТА:

1) 1-2 мг/кг/сут;

2) 2,5-5 мг/кг/сут.;

3) 0,05-0,1 мг/кг/сут.;

4) 10 мг/кг/сут.

9. ПРОГНОЗ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ АИГ:

1) 5-летняя выживаемость превышает 65%;

2) 5-летняя выживаемость превышает 75%;

3) 5-летняя выживаемость превышает 55%;

4) 5-летняя выживаемость превышает 90%;

10. ВОЗМОЖНОСТЬ РЕЦИЛИВА АИГ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ СОСТАВЛЯЕТ:

1) 1-3%;

2) 10-35%;

3) 50-55%;

4) 5-7%

Тесты к ЭУК по теме «Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с язвенным колитом»

1. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ:
   1. От 1 до 4 случев на 100 000 детей;
   2. 2,6 на 100 детей;
   3. 3,6 на 10 000 детей;
   4. 1,6 на 1000 000 детей
2. В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА УЧАСТВУЮТ:
   1. Недостаточность иммунной регуляции;
   2. климатические условия;
   3. погодные условия;
   4. солнечная радиация
3. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЯК НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ:

1) исследование кала на дисбактериоз;

2)Илеоколоноскопии с множественной биопсией;

3)УЗИ органов брюшной полости;

4) исследование кала на яйца глист и простейшие;

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯК ЯВЛЯЕТСЯ:
   1. Стеноз кишечника;
   2. пенетрация язвы;
   3. кишечное кровотечение;
   4. перфорация язвы
2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА:
   1. для диагностики воспалительных заболеваний кишечника;
   2. для диагностики дисбактериоза кишечника;
   3. определения антител к цитоплазме нейтрофилов (p-ANCA);
   4. определения токсина Clostridium difficile в кале
3. ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ИНДЕКС АКТИВНОСТИ ЯК (PUCAI) ДО 10 БАЛЛОВ ВКЛЮЧАЕТ:
   1. Период ремиссии ЯК;
   2. Минимальной активности;
   3. Высокой активности;
   4. Умеренной активности

7. ПЕРОРАЛЬНЫЙ МЕСАЛАЗИН НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ ЯК В ДОЗЕ:

1) 10-20 мг/кг/сут.;

2) 0,5 -0,8 мг/кг/сут.;

3) 60 – 80 мг/кг/сут.;

4) 5-6 мг/кг/сут.

8. ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА В СРЕДНЕМ ПРИ ЯК:

1) 3 – 5 мг/кг/сут;

2) 1 мг/кг//сут;

3) 0,1 мг/кг/сут;

4) 10 мг/кг/сут.

9. ДОЗА АЗАТИОПРИНА ПРИ ЯК У ДЕТЕЙ:

1) 3 – 5 мг/кг/сут;

2) 15 мг/кг//сут;

3) 0,1 мг/кг/сут;

4) от 2 до 2,5 мг/кг/сут.

10. ДОЗА ИНФЛИКСИМАБА ПРИ ЯК У ДЕТЕЙ:

1) 5 мг/кг;

2) 15 мг/кг

3) 0,1 мг/кг

4) до 2,5 мг/кг

Тесты к ЭУК по теме «Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с холестерозом желчного пузыря (ХЖП)»

1. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХОЛЕСТЕРОЗА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ (ХЖП):
   1. 1,6 на 1000 детей;
   2. 40 на 100 среди пациентов с билиарной патологией;
   3. 3,6 на 10 000 детей;
   4. 23% у детей c ЖКБ
2. В ДЕТКОМ ВОЗРАСТЕ ХЖП ВСТРЕЧАЕТСЯ:
   1. у девочек чаще, чем у мальчиков;
   2. одинаково часто у мальчиков и девочек;
   3. у мальчиков чаще, чем у девочек –(2:1);
   4. пол не влияет
3. В СТРУКТУРЕ ХЖП У ДЕТЕЙ СЕТЧАТАЯ ОЧАГОВАЯ И СЕТЧАТАЯ ДИФФУЗНАЯ ФОРМЫ ПРЕДСТАВЛЕНЫ:
   1. в 20,1 % случаев;
   2. в 59% случаев;
   3. в 68,8% случаев (34,4% сетчатая очаговая и 34,4% сетчатая диффузная формы);
   4. в 17,4% случаев
4. В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ХЖП УЧАСТВУЮТ:
   1. наследственная отягощенность;
   2. климатические условия;
   3. погодные условия;
   4. нарушение метаболизма липидов и макрофагов с формированием «пенистых клеток»
5. В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ХЖП ИГРАЕТ РОЛЬ ЧРЕЗМЕРНОЕ НАКОПЛЕНИЕ ЛИПИДОВ В СТЕНКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ;
   1. поступлением липидов из желчи и/или активным транспортом липидов из кровеносного русла;
   2. гипохолестеринемией;
   3. снижением количества липопротеидов низкой плотности (ЛПНП);
   4. повышением количества липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) в крови
6. СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА (ОХС) В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ХЖП:
   1. Повышено у детей ≥ 4,38 ммоль/л в 87,5% случаев;
   2. Понижено ≤ 4,38 ммоль/л в 10,15% случаев;
   3. Без изменений в 21,3% случаев;
   4. Повышено в 90-97% случаев
7. ДИАГНОСТИКА ХЖП ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ (ТАУЗИ) ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:
   1. Неравномерное утолщение стенки ЖП или эхо-позитивные включения в просвете ЖП, не смещаемые при изменении положения тела, не имеющие признаков васкуляризации (нет сосудистой ножки), не дающие аккустической тени, либо имеющие нечеткую дорожку пониженной эхогенности;
   2. Пристеночное образование в полости ЖП подвижное, дающее акустическую тень;
   3. Пристеночное образование в полости ЖП несмещаемое, не дающее акустическую тень, есть сосудистая ножка;
   4. Неравномерное утолщение ЖП, исчезающее при исследовании в условиях снижения мощности аппарата УЗИ до 8 – 10 дБ

8, Доза УРСОДЕЗОКСИЖОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ (УДХК) для лечения ХЖП:

1) 1-2 мг/кг/сут.;

2) 0,5 -0,8 мг/кг/сут.;

3) 3-4 мг/кг/сут.;

4) 10-15 мг/кг/сут.

1. КУРС ЛЕЧЕНИЯ УДХК ПРИ ХЖП У ДЕТЕЙ:
   1. 1 мес.;
   2. 6-12-24 мес.;
   3. 10 дней.;
   4. 2 – 3 недели.
2. показания для хирургического лечения (холецистэктомии) хжп У ДЕТЕЙ:
   1. выраженная клинИЧЕСКАЯ симптоматика, полипозная форма хжп ≥10 мм, отрицательная динамика УЗИ, индекс сокращения ЖП (исжп) ≤ 30%), отсутствие эффекта от консервативного лечения в течение 12 мес.;
   2. появление выраженных болей;
   3. увеличение количества и размеров полипов более 10 мм;
   4. отсутствие эффекта от консервативного лечения в течение 3-6 мес

Тесты по целиакии

1. Этиопатогенез целиакии:

1) генетически детерминированное аутоиммунное заболевание

2) целиакия не связана с наследственностью

3) развитие заболевания связано с употреблением дисахаридов

4) развитие заболевания связано с употреблением жирной пищи

1. Целиакия относится к:
   1. орфанным (редким) заболеваниям
   2. частота целиакии достигает 1% (1:100)
   3. частота целиакии в популяции составляет 1:10000
   4. частота целиакии в популяции составляет 1:100000
2. Целиакия связана с:

1) антигенами главного комплекса гистосовместимости человека

HLA –DQ2.5 и HLA –DQ8, расположенными на 6g21 хромосоме

2) мутацией гена в 10 хромосоме

3) связана с Х-хромосомой

4) связана с Y-хромосомой

1. Патогенез целиакии связан:
   1. недостаточностью ферментов поджелудочной железы
   2. недостаточностью интестинальных гормонов
   3. связывание пептидов глиадина с HLA –DQ2. или HLA –DQ8 молекулами для презентации их глютен-специфическим CD4+Т –лимфоцитам
   4. недостаточностью гастрина
2. Группа риска по развитию целиакии:
   1. пациенты с аутоиммунными и эндокринологическими заболеваниями
   2. пациенты с гастритом
   3. пациенты с лямблиозом
   4. пациенты с рефлюкс=эзофагитом
3. Серологическая диагностика целиакии:
   1. антиглиадиновые антитела (AGA)
   2. антитела к тканевой трансглутаминазе (anti-tTG), эндомизию (EMA), деамидированным пептидам глиадина (aDPG), POC-test – «быстрый тест»
   3. антитела к инсулину
   4. антитела к гормону роста
4. Морфологическая диагностика целиакии:
   1. увеличение количества межэпителиальных лимфоцитов (МЭЛ≥40), различная степень атрофии кишечных ворсинок, гиперплазия крипт
   2. уменьшение количества МЭЛ, гиперплазия кишечных ворсин, атрофия крипт
   3. количество МЭЛ меньше 40, высота кишечных ворсин нормальная, гипотрофия крипт
   4. количество МЭЛ в пределах нормы, гипертрофия кишечных ворсин, атрофия крипт
5. Генетическая диагностика целиакии:
   1. характерные аллели HLA-DQ2/DQ8
   2. не характерны аллели HLA-DQ2/DQ8
   3. генетическое типирование не подтверждает диагноз
   4. генетическое типирование не исключает диагноз
6. Лечение целиакии:
   1. пожизненная безглютеновая диета (БГД)
   2. БГД назначается на 3 месяца
   3. БГД назначается на 1 год
   4. Пациент не нуждается в БГД
7. Диспансерное наблюдение при целиакии:
   1. срок наблюдения 5 лет
   2. срок наблюдения до достижения 18 лет
   3. срок наблюдения пожизненно
   4. срок наблюдения 3 года

Тесты к федеральным клиническим рекомендациям по оказанию медицинской помощи детям с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ)

1. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ :
   1. 1 : 100;
   2. 3-17 : 100 000;
   3. 3-17 : 10000;
   4. 8,7 – 17 : 100
2. В СТРУКТУРЕ ГЭРБ ДОЛЯ НЕЭРОЗИВНОЙ (НЭРБ) СОСТАВЛЯЕТ:
   1. 2,0%;
   2. 25,0%;
   3. 7,5%;
   4. 60 %

3. В СТРУКТУРЕ ГЭРБ ДОЛЯ ЭРОЗИВНОЙ (ЭРБ) СОСТАВЛЯЕТ:

1) 1,5%;

2) 35%;

3) 50%;

4) 75%

4. В СТРУКТУРЕ ГЭРБ ПИЩЕВОД БАРРЕТТА (ПРЕДРАКОВОЕ СОСТОЯНИЕ) СОСТАВЛЯЕТ:

1) 20%;

2) 5%;

3) 15%;

4) 1%

5. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ГЭРБ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1) пищевод Барретта;

2) бронхиальная астма;

3) стриктура пищевода;

4) постгеморрагическая анемия

6. ТЕРАПИЯ ГЭР С РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ I СТЕПЕНИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

1) гепатопротекторы;

2) ИПП;

3) антациды, прокинетики, корректоры моторики;

4) холеспазмолитики и холекинетики

7. ИПП НАЗНАЧАЮТСЯ ДЕТЯМ С ГЭРБ II-IV СТЕПЕНИ ИЗ РАСЧЕТА:

1) 2,5-5 мг/кг/сут.;

2) 1-2 мг/кг/сут.;

3) 10 мг/кг/сут.;

4) 25 мг/кг/сут.

8. ДОМПЕРИДОН (ТАБЛЕТКИ ПО 10МГ) НАЗНАЧАЕТСЯ ДЕТЯМ С ГЭРБ ИЗ РАСЧЕТА:

1) 1-2 мг/кг/сут;

2) 2,5-5 мг/кг/сут.;

3) 0,05-0,1 мг/кг/сут.;

4) 0, 25 – 0,5 мг/кг/сут.

9. ДОМПЕРИДОН (СУСПЕНЗИЯ) НАЗНАЧАЕТСЯ ДЕТЯМ С ГЭРБ ИЗ РАСЧЕТА:

1) 0,25-0,5 мл суспензии/кг массы тела 3-4 раза в день;

2)1-2 мл/кг суспензии/кг массы тела 3-4 раза в день;

3) 5 мл/кг суспензии/кг массы тела 3-4 раза в день;

4) 2,5-3 мл/кг суспензии/кг массы тела 3-4 раза в день;

10. ТРИМЕБУТИН ДЕТЯМ 3-5 ЛЕТ НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ:

1) 1-3 мг/кг/сутки;

2) 10-35 мг/кг/сут.;

3) 50 мг 3 раза в сутки;

4) по 25 мг 3 раза в сутки

**ЭТАЛОН ОТВЕТА:**

1-4); 2-4); 3-2); 4-2); 5-2); 6-3); 7-2); 8-4); 9-1); 10-4)

Тесты к ЭУК по теме «Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки»

1. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ:
   1. 1,6 на 1000 детей;
   2. 2,6 на 100 детей;
   3. 3,6 на 10 000 детей;
   4. 1,6 на 100 000 детей
2. В СТРУКТУРЕ ЯБ У ДЕТЕЙ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (ЯБДПК) ПРЕДСТАВЛЕНА:
   1. в 70 % случаев;
   2. в 59% случаев;
   3. в 81% случаев;
   4. в 67% случаев
3. В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ УЧАСТВУЮТ:
   1. наследственная отягощенность;
   2. климатические условия;
   3. погодные условия;
   4. солнечная радиация
4. УЧАСТИЕ БАКТЕРИИ Н. PYLORI В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ:
   1. в 30% случаев;
   2. в 50% случаев;
   3. в 71% случаев;
   4. в 90-97% случаев
5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯБ ЯВЛЯЕТСЯ:
   1. стеноз пилоробульбарной зоны;
   2. пенетрация язвы;
   3. кровотечение;
   4. перфорация язвы
6. ИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА БАКТЕРИИ Н. PYLORI ВКЛЮЧАЕТ:
   1. уреазный дыхательный тест (УДТ);
   2. гистологический метод;
   3. определение антител к Нр в биоматериалах;
   4. определение антител в сыворотке крови;
   5. определение антигена Н. PYLORI в кале
7. НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА БАКТЕРИИ Н. PYLORI ВКЛЮЧАЕТ:
   1. Цитологический метод;
   2. определение антигена Н. PYLORI в кале
   3. бактериологический метод;
   4. иммуногистохимический метод

8, Доза омепразола для лечения язвенной болезни:

1) 1-2 мг/кг/сут.;

2) 0,5 -0,8 мг/кг/сут.;

3) 3-4 мг/кг/сут.;

4) 5-6 мг/кг/сут.

1. Доза АмОКСИЦИЛЛИНа для лечения язвенной болезни У ДЕТЕЙ
   1. 25-30 мг/кг/сут.;
   2. 10-15 мг/кг/сут.;
   3. 50 мг/кг/сут.;
   4. 70-100 мг/кг/сут.
2. Доза висмута трикалия дицитрат для лечения язвенной болезни У ДЕТЕЙ:
   1. до 8 мг/кг/сут.;
   2. 1-2 мг/кг/сут.;
   3. 5 мг/кг/сут.;
   4. 15 мг/кг/сут.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1 – 1); 2 – 3); 3 – 1); 4 – 4); 5 – 3); 6 – 2); 7- 2); 8 – 1); 9 – 3); 10 – 1)



