**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)



