

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Багрий Андрей Эдуардович

Должность: Проректор по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения

Дата подписания: 21.08.2025 16:43:58

Уникальный программный ключ:

2b055d886c0fdf89a246ad89f315b2adcf9f223c

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет
имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по последипломному
образованию и региональному развитию
здравоохранения



**ПРОГРАММА ВСТУПИТЕЛЬНОГО ИСПЫТАНИЯ ДЛЯ
ПОСТУПАЮЩИХ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ
ПРОГРАММАМ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММАМ
ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.28 ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ
(2025 год приема)**

Донецк 2025

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Вступительное испытание проводится в два этапа, в один день:

- 1 этап – компьютерное тестирование (далее – тестирование),
- 2 этап – решение ситуационных задач.

Вступительные испытания проводятся в период с 12.08.2025 по 22.08.2025 (окончательная дата завершения этого периода может быть ранее 22.08.2025 и определяется расписанием вступительных испытаний).

Тестовые задания и ситуационные задачи готовятся и формируются профильной кафедрой (профильными кафедрами) по данной специальности ординатуры, они утверждаются проректором по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения Университета.

Тестирование проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых автоматически путем случайной выборки 60 тестовых заданий из соответствующей базы оценочных средств, формируемой Университетом.

1 этап – компьютерное тестирование

Тестирование проводится с использованием 60 тестовых заданий, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат тестирования формируется автоматически с указанием количества правильных ответов тестовых заданий из расчёта, что один правильный ответ – это один балл (максимально возможное общее количество правильных ответов тестовых заданий – 60, соответственно – это составляет 60 баллов).

Минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение тестирования составляет 43 балла. Поступающий, набравший менее 43 баллов, не допускается ко второму этапу вступительного испытания – решению ситуационных задач и выбывает из дальнейшего конкурса.

2 этап – решение ситуационных задач

На втором этапе вступительного испытания поступающему предлагается решить 4 ситуационные задачи, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат второго этапа вступительного испытания – решения ситуационных задач – формируется с указанием количества баллов за каждую из последних по принципу: от 0 до 10 баллов – за каждую задачу (по 2 балла за каждый правильный ответ из пяти вопросов). Таким образом, максимальное возможное количество баллов за 2 этап составляет 40 баллов.

Результат вступительного испытания отражается в протоколе заседания экзаменационной комиссии, подписываемом в день вступительного испытания.

Результат тестирования в баллах суммируется с баллами за решение ситуационных задач в баллах.

Соответственно, минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение вступительного испытания, составляет 70 баллов, а максимально возможное количество экзаменационных баллов составляет 100 баллов.

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ

1.	Принципы и методы диспансерного наблюдения гастроэнтерологических больных. Частота наблюдения, алгоритм обследования, принципы профилактического лечения при основных заболеваниях органов пищеварения.
2.	Основы медико-социальной экспертизы.
3.	Анатомо-физиологические особенности пищеварительного тракта детей и взрослых.
4.	Нейрогуморальная регуляция моторики желудочно-кишечного тракта у детей и взрослых
5.	Диагностическая ценность основных лабораторных методов исследования, применяемых в гастроэнтерологии и гепатологии. Показания к исследованию. Основные лабораторные симптомы и синдромы поражения органов пищеварения.
6.	Диагностическая ценность основных методов функциональной диагностики, применяемых в гастроэнтерологии.
7.	Методы исследования пищевода. Рентгенологические методы. Эзофагоманометрия. Фармакодиагностика. Методы выявления гастроэзофагеального рефлюкса. Эзофагоскопия.
8.	Современные представления о гастроэзофагеальном рефлюксе и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению.
9.	Пептическая язва пищевода. Эрозия пищевода. Пищевод Барретта. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение и осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение.
10.	Дивертикул пищевода. Пищеводный карман. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
11.	Доброкачественные опухоли пищевода: полипы, лейомиомы, мышечные дисэмбриомы.
12.	Злокачественные опухоли пищевода: рак пищевода, саркома пищевода.
13.	Функциональная диспепсия. Определение понятия. Клинические варианты диспепсии.
14.	Язвенная болезнь желудка. Современные представления об эрозивных поражениях желудка. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клинические варианты течения. Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
15.	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Эрозия двенадцатиперстной кишки. Язва пептическая двенадцатиперстной кишки. Язва постпилорическая. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клинические варианты течения. Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
16.	Гастрит острый и хронический. Современная классификация хронического гастрита. Этиология. Клинические симптомы. Диагностика. Лечение.
17.	Хронический атрофический гастрит. Желудочная атрофия. Этиология и патогенез. Особенности клинических симптомов, диагностики и лечения.
18.	Дуоденит, острый и хронический. Этиология. Клинические симптомы. Диагностика. Лечение.
19.	Доброкачественные опухоли желудка: полипы, миомы, фибромы, гемангиомы, невриномы.
20.	Злокачественные опухоли желудка: рак желудка, саркома желудка, лимфома желудка. Лимфомы желудка, MALT-лимфома. Клинические симптомы. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии. Вопросы деонтологии. Медико-социальная экспертиза и реабилитация.
21.	Аномалии развития поджелудочной железы. Кольцевидная поджелудочная железа. Аберрантная поджелудочная железа. Эктопия поджелудочной железы. Разделенная поджелудочная железа. Пороки развития протоковой системы поджелудочной железы.
22.	Наследственный хронический панкреатит. Генетические маркеры. Клинические проявления. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Прогноз.

23.	Острый панкреатит. Острый рецидивирующий, геморрагический, подострый, гнойный. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз.
24.	Хронический панкреатит. Классификация хронического панкреатита у детей по этиологии, течению, степени тяжести, функциональному состоянию поджелудочной железы, наличию сопутствующих заболеваний. Этиология и патогенез. Клинические симптомы. Варианты течения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Дистотерапия.
25.	Экзокринная недостаточность поджелудочной железы. Этиология и патогенез. Клинические симптомы. Диагностика. Лечение.
26.	Гормонпродуцирующие опухоли поджелудочной железы. Инсулинома, гастринома, випома. Этиология и патогенез. Клинические симптомы. Варианты течения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.
27.	Рак поджелудочной железы. Клинические симптомы Дифференциальная диагностика. Принципы терапии. Вопросы деонтологии. Медико-социальная экспертиза и реабилитация.
28.	Дифференциальный диагноз при основных клинико-лабораторных синдромах, сопровождающих течение заболеваний печени: синдроме цитолиза, холестаза, иммуно- воспалительном синдроме, синдроме печеночно-клеточной функциональной недостаточности.
29.	Инструментальные методы исследования печени (диагностические возможности метода, показания, противопоказания, подготовка больных, ведение больных после исследования). Пункционная биопсия печени. Возможности морфологического исследования.
30.	Острые вирусные гепатиты. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические симптомы Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Современная терапия.
31.	Хронические вирусные гепатиты
32.	Хронические невирусные гепатиты
33.	Первичный склерозирующий холангит. Этиология. Патогенез. Клинические симптомы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современное лечение.
34.	Первичный билиарный холангит. Этиология. Патогенез. Клинические симптомы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.
35.	Фиброз и цирроз печени. Классификация. Морфологическая характеристика. Этиология. Клиническая картина. Течение.
36.	Трансплантация печени. Принципы отбора больных. Показания, противопоказания. Возможности и результаты. Ведение больных после операции.
37.	Жировая дистрофия печени. Этиология. Патогенез. Клинические симптомы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.
38.	Опухоли печени. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
39.	Функциональные расстройства желчного пузыря и желчевыводящих путей.
40.	Воспалительные заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей.
41.	Паразитарные заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей. Этиология и
42.	патогенез. Клиническая картина. Течение. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Медикаментозная терапия. Профилактика
43.	Опухолевые заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей. Клинические проявления. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.
44.	Синдром нарушенного кишечного всасывания (мальабсорбция).
45.	Целиакия. Патогенез. Кишечные и внекишечные проявления болезни у детей различных

46.	возрастных групп. Клиническая симптоматика. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Современная терапия.
47.	Пищевая аллергия. Патогенез. Классификация. Эозинофильный гастроэнтерит, аллергическая энтеропатия, аллергический энтероколит, эозинофильный проктосигмоидит. Клиническая симптоматика. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современная медикаментозная и диетотерапия.
48.	Острые вирусные, бактериальные кишечные инфекции. Эпидемиология. Этиология. Патогенез Классификация диарей. Основные принципы лечения диарейного синдрома.
49.	Паразитарные инвазии кишечника. Лямблиоз. Амебиаз. Гельминтозы. Эпидемиология. Этиология. Патогенез Классификация. Основные принципы лечения. Прогноз.
50.	Антибиотико-ассоциированная диарея. Псевдомембранозный колит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Основные принципы лечения. Прогноз.
51.	Микозы кишечника. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Основные принципы лечения. Прогноз.
52.	Болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Внекишечные проявления Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Прогноз.
53.	Язвенный колит. Классификация. Клинические формы. Дифференциальный диагноз.
54.	Дивертикулярная болезнь кишечника. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.
55.	Полипы и полипоз толстой кишки. Этиология. Семейные виды. Патогенез. Классификация. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.
56.	Синдром раздраженного кишечника. Классификация. Клиническая симптоматика. Течение. Дифференциальный диагноз. Лечение.
57.	Функциональная задержка стула, функциональный запор. Клиническая симптоматика. Дифференциальный диагноз. Диетотерапия при различных типах запоров у детей.
58.	Анальное и ректальное кровотечение. Этиология. Патогенез. Клиническая симптоматика. Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к хирургическому лечению. Профилактика развития.
59.	Опухоли кишечника. Клинические проявления. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.
60.	Язва ануса и ректума. Этиология. Патогенез. Клиническая симптоматика. Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к хирургическому лечению. Профилактика развития.

ОБРАЗЦЫ ВСТУПИТЕЛЬНЫХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

- В норме слизистая оболочка пищевода выстлана:
 - Многослойным плоским эпителием
 - Однослойным цилиндрическим эпителием
 - Однослойным плоским эпителием
 - Однослойным призматическим эпителием кишечным эпителием
- Фактором агрессии в отношении слизистой оболочки пищевода является:
 - Соляная кислота
 - Слизь
 - Ионы гидрокарбоната
 - Простагландин E2

3. Основной функцией желчи является:
- А. Эмульгирование жиров
 - Б. Гидролиз углеводов
 - В. Лизис белков
 - Г. Лизис жиров
4. Секретию панкреатического сока наиболее активно стимулирует
- А. Соматостатин
 - Б. Гастрин
 - В. Секретин
 - Г. Глюкагон
5. Действие секретина заключается в
- А. Торможении секреции соляной кислоты
 - Б. Снижении гастрина в сыворотке
 - В. Повышении секреции бикарбонатов
 - Г. Повышении продукции гастрина
6. Холецистокинин стимулирует:
- А. Секретию панкреатических ферментов
 - Б. Сокращение желчного пузыря
 - В. Расслабление сфинктера Одди
 - Г. Моторику желудка и кишечника
7. Суточное мониторирование pH пищевода позволяет выявить:
- А. Дискинезию пищевода
 - Б. Выраженность эзофагита
 - В. Кислотный желудочно-пищеводный рефлюкс
 - Г. Скользящую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы
8. Методом диагностики эзофагита является:
- А. Манометрия пищевода
 - Б. Эзофагогастродуоденоскопия
 - В. Рентгенконтрастная эзофагография
 - Г. Ультразвуковое исследование пищевода
9. Суточное мониторирование pH пищевода позволяет определить:
- А. Наличие желудочно-пищеводного рефлюкса
 - Б. Частоту и время заброса содержимого желудка в пищевод
 - В. Выраженность эзофагита
 - Г. Наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
10. Выявляемое при эзофагогастродуоденоскопии физиологическое сужение в нижней трети пищевода образовано:
- А. Утолщением мышечной стенки пищевода
 - Б. Пересечением с дугой аорты
 - В. Нижним пищеводным сфинктером
 - Г. Пересечением с левым главным бронхом
11. Показаниями к обзорной рентгенографии органов брюшной полости являются:
- А. Диагностика кишечной непроходимости
 - Б. Диагностика паралитического илеуса

- В. Подозрение на перфорацию полых органов
- Г. Диагностика дивертикулёза

12. С целью выявления *Helicobacter pylori* в слизистой оболочке желудка используется:

- А. Эндоскопия высокого разрешения
- Б. Хромозендоскопия
- В. Уреазный дыхательный тест
- Г. Бактериоскопия кала

13. Наиболее информативен в установлении причины гепатомегалии метод:

- Ультразвуковое исследование
- Компьютерная томография
- Биопсия печени
- Магнитно-резонансная томография

14. Экзокринная часть поджелудочной железы представлена:

- А. Панкреатическими ацинусами
- Б. Панкреатическими островками
- В. Панкреатическими ацинусами и системой протоков
- Г. Системой протоков

15. Жирные кислоты и мыла в кале свойственны для заболевания:

- А. Синдром Швахмана
- Б. Болезнь Уиппла
- В. Целиакия
- Г. Амилоидоз тонкой кишки

16. Значительное повышение сывороточной амилазы указывает на:

- А. Паротит
- Б. Острый панкреатит
- В. Острый гепатит
- Г. Перитонит

17. Увеличение активности щелочной фосфатазы в крови возможно при:

- А. Гипертиреозе
- Б. Холестазе
- В. Беременности
- Г. Резких скачка роста у детей

18. С мочой и калом в норме выводится следующий продукт распада гемоглобина:

- А. Стеркобилин
- Б. Мезобилиноген
- В. Биливердин
- Г. Непрямой билирубин

19. «Золотым стандартом» исследования при заболеваниях тонкой кишки является:

- А. Рентгенологическое исследование
- Б. Морфологическое исследование
- В. Копрологическое исследование
- Г. Капсульная эндоскопия

20. Показанием для проведения колоноскопии является:
- А. Жидкий стул с примесью крови
 - Б. Стеаторея
 - В. «Мелена»
 - Г. Рвота с примесью крови
21. Что является скрининговым исследованием при заболеваниях билиарного тракта?
- А. Компьютерная томография органов брюшной полости
 - Б. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография
 - В. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости
 - Г. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
22. Метод эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии позволяет
- А. Удалять полипы желчного пузыря
 - Б. Выявлять эхинококковые кисты в печени
 - В. Выявлять опухоли в печени
 - Г. Выявлять и удалять камни в желчевыводящих путях
23. К микроэлементам относится
- А. Медь
 - Б. Кальций
 - В. Калий
 - Г. Натрий
24. Сколько мм составляет толщина стенки желчного пузыря в норме по данным ультразвукового исследования
- А. 1-2 мм
 - Б. 3-4 мм
 - В. 5-6 мм
 - Г. 7-8 мм
25. Наиболее ранним показателем повреждения печени является
- А. Повышение альдолазы
 - Б. Повышение активности АСТ
 - В. Гипоальбуминемия
 - Г. Повышение активности АЛТ
26. Показателем, отражающим белково-синтетическую функцию печени, являются:
- А. Альбумин, холестерин
 - Б. Холинэстераза, билирубин
 - В. Щелочная фосфатаза, альбумин
 - Г. ГГТП, холестерин
27. Цитолитический биохимический синдром проявляется повышением:
- А. АСТ, АЛТ
 - Б. АСТ, АЛТ, общего холестерина, триглицеридов
 - В. Серомукоида, гамма-глобулинов, СРБ
 - Г. Тимоловой пробы, сулемовой пробы, ЛДГ, альдолазы
28. Маркерами синдрома печеночно-клеточной недостаточности (гепатодепрессивного синдрома) являются
- А. АСТ, АЛТ, ЛДГ

- Б. Альбумин, протромбиновое время, холестерин
- В. АМА, АНА, anti-LKM
- Г. Щелочная фосфатаза, ГГТП, желчные кислоты, билирубин

29. Максимальная реабсорбция желчных кислот происходит в:

- А. 12-перстной кишке
- Б. Тощей кишке
- В. Подвздошной кишке
- Г. Толстой кишке

30. Ахалазия пищевода – это ...

- А. Стеноз в области кардии
- Б. Кардиоспазм
- В. Врожденная недостаточность кардии
- Г. Метаплазия эпителия слизистой оболочки кардии

ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ

1. Больной Т., 42 лет, госпитализирован в стационар, жалобы на сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов и склер, периодические носовые кровотечения, увеличение живота в объеме, отеки нижних конечностей. Употребляет водку по 200 г ежедневно. Объективно: состояние средней тяжести. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Живот увеличен в объеме, на передней брюшной стенке определяются расширенные, извитые вены. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый.

Вопросы:

- 1. Поставьте предварительный диагноз.
- 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.
- 5. Какие возможны осложнения данного заболевания?

2. Больной И., 45 лет, обратился к терапевту с жалобами на резкую боль в эпигастриальной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, рвоту съеденной пищей, не приносящей облегчения, умеренное вздутие живота, отсутствие аппетита, мажущий, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день, отмечает похудание. Считает себя больным в течение 5 лет. Последние 2 дня ухудшение самочувствия связывает с погрешностью в диете (злоупотреблял алкоголем).

Вопросы:

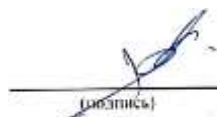
- 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.
- 5. Какие возможны осложнения данного заболевания?

3. Больной Ф., 28 лет, жалуется на интенсивные боли в эпигастриальной области, появляющиеся через 1,5-2 часа после приема любой пищи, изжогу, рвоту кислым содержимым на высоте боли. Рвота приносит облегчение. Болен 6 лет. Обострения ежегодно. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкой, определяется выраженная болезненность в пилорoduodenальной области, печень +1 см ниже края р/д, мягкая, гладкая, безболезненная. Стул – постоянные запоры.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие возможны осложнения данного заболевания?

Зав. кафедрой терапии
им. проф. А.И. Дядыка ФНМФО,
к.м.н., доцент



(подпись)

Г.Г. Тарадин