

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Шуматов Валерий Владимирович

Должность: Ректор

Дата подписания: 02.04.2025 10:30:57

Уникальный программный ключ:

1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fe5b7c2985d2657b784ec918b6b79d44

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт

Терапии и инструментальной диагностики

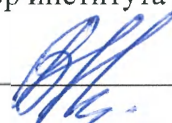
(название кафедры)

УТВЕРЖДЕНО

на заседании института

от 10.06.2024 г., Протокол № 15

Директор института



/Невзорова В.А./

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

B1.B.04 Специальные профессиональные навыки и умения

(наименование дисциплины)

основной образовательной программы высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры
по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология

Направление подготовки
(специальность)

31.08.28 Гастроэнтерология

Уровень подготовки

ординатура

Направленность подготовки

02 Здравоохранение

Форма обучения

очная

Срок освоения ООП

2 года

Институт/кафедра

терапии и инструментальной
диагностики

Владивосток 2024

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фонд оценочных средств (ФОС) включает в себя оценочные средства, с помощью которых можно оценивать поэтапное формирование компетенций в процессе проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине **Б1.В.04 Специальные профессиональные навыки и умения**

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций, отражённых в карте компетенции.

[https://tgmu.ru/sveden/files/viw/31.08.28_Gastroenterologiya\(3\).pdf](https://tgmu.ru/sveden/files/viw/31.08.28_Gastroenterologiya(3).pdf)

1.1. Карта компетенций по дисциплине

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела учебной дисциплины	Оценочные средства
1.	ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, УК-2	Б1.В.04 Специальные профессиональные навыки и умения	решение ситуационных задач, тесты

1.2. Перечень оценочных средств

№ п/п	Название оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Вид комплектации оценочным средством в ФОС
1	Задания для клинических ситуаций	Средство контроля на практическом занятии, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу	Фонд задач
2	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий

2. УРОВНЕВАЯ ШКАЛА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

2.1. Показатели для оценки ответа в привязке к компетенциям и шкале оценивания

№ п/п	Показатели оценивания	Коды компетенций, проверяемых с помощью показателей	Шкала оценивания Оценка/ уровень сформированной компетенций
1	Обучающийся имеет существенные пробелы в знаниях основного учебного материала по дисциплине; не способен аргументированно и последовательно его излагать, допускает грубые ошибки в ответах, неправильно отвечает на задаваемые комиссией вопросы или затрудняется с ответом; не подтверждает освоение компетенций, предусмотренных	ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, УК-2	Неудовлетворительно / не сформирован

	программой		
2	Обучающийся показывает знание основного материала в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности; при ответе на вопросы билета и дополнительные вопросы не допускает грубых ошибок, но испытывает затруднения в последовательности их изложения; не в полной мере демонстрирует способность применять теоретические знания для анализа практических ситуаций, подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой на минимально допустимом уровне	ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, УК-2	Удовлетворительно / пороговый
3	Обучающийся показывает полное знание программного материала, основной и дополнительной литературы; дает полные ответы на теоретические вопросы билета и дополнительные вопросы, допуская некоторые неточности; правильно применяет теоретические положения к оценке практических ситуаций; демонстрирует хороший уровень освоения материала и в целом подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой	ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, УК-2	хорошо / продвинутый
4	Обучающийся показывает всесторонние и глубокие знания программного материала, знание основной и дополнительной литературы; последовательно и четко отвечает на вопросы билета и дополнительные вопросы; уверенно ориентируется в проблемных ситуациях; демонстрирует способность применять теоретические знания для анализа практических ситуаций, делать правильные выводы, проявляет творческие способности в понимании, изложении и использовании программного материала; подтверждает полное освоение компетенций, предусмотренных программой	ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, УК-2	отлично/высокий

3. Карта компетенций

Профессиональный стандарт Врач-гастроэнтеролог, утверждённый приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11.03.2019 № 139н.

Карта компетенций			
	I. Наименование компетенции	Индекс	Формулировка

К	Универсальные	УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
		ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
		ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
		ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании пульмонологической медицинской помощи
		ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
		ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации
		ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
Ф	II. Наименование функции	Код	Трудовые действия в рамках трудовой функции, знания и умения, обеспечивающие выполнение трудовой функции
Ф	Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы	А/01.8	Сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы. Анализ и интерпретация информации, полученной от пациента (его законного представителя) с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы. Проведение осмотра пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы. Интерпретация и анализ результатов осмотра пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы. Оценка тяжести заболевания и (или) состояния пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы. Определение диагностических признаков и симптомов заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы. Направление пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы на лабораторные и инструментальные исследования при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Направление пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

			Проведение дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Установка диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ). Направление пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара.
Ф	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности	А/02.8	Разработка плана лечения пациента с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния пищеварительной системы и факторов риска его развития. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациенту с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы. Оценка эффективности и безопасности применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы. Оказание паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами. Направление пациента с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы для оказания медицинской помощи в стационарные условия или в условия дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.
Ф	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	А/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала. Анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы для оценки здоровья прикрепленного населения. Анализ показателей эффективности оказанной медицинской помощи по профилю "гастроэнтерология". Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа. Контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом. Обеспечение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.
Ф	Оказание медицинской помощи в экстренной форме	А/07.8	Оценка состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме. Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме. Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания). Применение лекарственных препаратов и медицинских

			изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме.
--	--	--	---

II. Компонентный состав компетенции		
Перечень компонентов	Технология формирования	Средства и технологии оценки
Компонентный состав компетенции УК-2		
Знает: основные принципы управления коллективом	Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Тестирование Реверсивные технологии
Умеет: применять основные принципы управления коллективом	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков
Владеет: методологией управления коллективом	Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
Компонентный состав компетенции ПК-2		
Знает: систему организации медицинской помощи населению, а также проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.	Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Тестирование Реверсивные технологии
Умеет: провести профилактический осмотр; оформить медицинскую документацию	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков
Владеет: навыками организации профилактических осмотров; методами общего клинического обследования населения с учетом возраста, и особенностей патологии	Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
Компонентный состав компетенции ПК-5		
Знает: МКБ-10, современную классификацию заболеваний; причины и условия возникновения клинических синдромов (типовых патологических процессов), болезней; основные клинические синдромы (типовые патологические процессы), причины и механизмы их развития, исходов	Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Тестирование Реверсивные технологии
Умеет: выделять патофизиологическую основу патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний; выявлять причинно-следственные взаимосвязи их развития	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков
Владеет: навыками определения симптомов и синдромов (типовых патологических процессов), с целью диагностики патологических состояний	Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
Компонентный состав компетенции ПК-6		
Знает: принципы лечения и тактику ведения больных с наиболее распространенными заболеваниями независимо от пола и возраста, в т.ч. при неотложных состояниях, нуждающихся в	Имитационные технологии Технологии «открытого доступа»	Тестирование Реверсивные технологии

оказании гастроэнтерологической медицинской помощи	Самостоятельная работа	
Умеет: выбирать тактику ведения больных с наиболее распространенными заболеваниями независимо от пола и возраста, в т.ч. при неотложных состояниях, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков
Владеет: тактикой ведения и методологией подбора терапии больным разных возрастных групп с наиболее распространенными заболеваниями независимо от пола и возраста, в т.ч. при неотложных состояниях, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи	Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
Компонентный состав компетенции ПК-7		
Знает: состояния, представляющие угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме	Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Тестирование Реверсивные технологии
Умеет: осуществлять врачебную помощь при наиболее распространенных заболеваниях независимо от пола и возраста, в т.ч. при неотложных состояниях, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков
Владеет: методикой оказания медицинской помощи пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)	Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
Компонентный состав компетенции ПК-8		
Знает: виды, формы и методы реабилитации, организацию и проведение мероприятий по реабилитации; основы организации медицинской и социальной реабилитации; механизм действия физических факторов, влияние физических факторов на основные патологические процессы и функции разных органов и систем организма; механизм лечебного действия лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии: показания и противопоказания к их назначению, особенности их проведения	Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Тестирование Реверсивные технологии
Умеет: проводить мероприятия по медико-социальной реабилитации больных; планировать и выполнять программы реабилитации при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма; применять на практике природные лечебные факторы, лекарственную и немедикаментозную терапии у пациентов, нуждающихся в нуждающихся в медицинской реабилитации и СКЛ; выявлять группы пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и СКЛ	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков
Владеет: методиками проведения реабилитационных мероприятий при наиболее	Имитационные технологии	Промежуточная аттестация

распространенных патологических состояниях и повреждениях организма; программами этапной реабилитации больных	Самостоятельная работа	
Компонентный состав компетенции ПК-9		
Знает: нормативные акты в области охраны здоровья граждан и профилактики заболеваний; основные факторы риска, оказывающие влияние на состояние здоровья. хронические неинфекционные заболевания, вносящие наибольший вклад в структуру смертности, главные составляющие здорового образа жизни	Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Тестирование Реверсивные технологии
Умеет: применять знания и умения при обучении и воспитании населения, пациентов и членов их семей по укреплению здоровья; анализировать значение различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека; понимать значение образа жизни для сохранения здоровья человека и планировать свою жизнедеятельность на основе знаний о здоровом образе жизни	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков
Владеет: способностью решать задачу, связанную с обучением и воспитанием разных возрастных групп; основными методами формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация

III. Дескрипторы уровней освоения компетенции	
Ступени уровней освоения компетенции	Отличительные признаки
Пороговый	Воспроизводит термины, основные понятия
Продвинутый	Выявляет взаимосвязи между понятиями и событиями
Высокий	Предлагает расширенный объем информации

3.1 Тестовые задания

	код	текст компетенции/название трудовой функции/название трудового действия/текст тестового задания
К	2	ПК – 2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
И		Дайте ответы на вопросы тестовых заданий 1 уровня (один правильный ответ)
Т		ЦЕЛЮЮ ДИСПАНСЕРНОГО ОСМОТРА ЯВЛЯЕТСЯ: *оценка здоровья пациента на момент обследования - оказание специализированной медицинской помощи - сохранение здоровья пациентов медицинской организацией - наблюдение за прикрепленным контингентом ПОЛНАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ В: *2 этапа 3 этапа 4 этапа

		5 этапов ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТНИКОВ УСТАНОВЛИВАЕТ ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЛИЦ, ЗАНЯТЫХ *все перечисленное верно на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда на работах, связанных с движением транспорта на работах, при выполнении которых обязательно проведение предварительных и периодических медицинских осмотров, в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КОМПЛЕКС *медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития мероприятий проводимых в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития мероприятий проводимых в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ *контрольная карта диспансерного наблюдения карта ежегодной диспансеризации паспорт здоровья амбулаторная карта
К	5	ПК – 5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
И		Дайте ответы на вопросы тестовых заданий 1 уровня (один правильный ответ)
Т		ПРИ КОПРОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДИАГНОЗ «МАЛЬБСОРБЦИЯ» ПОДТВЕРЖДАЕТ ОБНАРУЖЕНИЕ: внутриклеточного крахмала йодофильной флоры нейтрального жира *мыла и жирных кислот ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛЕЗНИ УИППЛА НЕ ХАРАКТЕРНА: лихорадка диарея полифекалия *нефропатия ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНТЕРИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ КАЛ: обесцвеченный, скудный с примесью чистой крови жирный, зелёного цвета *обильный, жидкий АКТИВНОСТЬ ФАКТОРОВ ПРОТРОМБИНОВОГО КОМПЛЕКСА УМЕНЬШАЕТСЯ ПРИ: *циррозах печени хроническом панкреатите желчнокаменной болезни хроническом холецистите ДЛЯ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА С ПЕРЕХОДОМ В ЦИРРОЗ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМОКОМПЛЕКС, ВКЛЮЧАЮЩИЙ: гепатомегалию, спленомегалию, диспепсический синдром, гиперхолестеринемию, нормальный уровень трансаминаз, повышенный уровень ферритина, желтуху, боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз, снижение уровня щелочной фосфатазы

		*желтуху, гепатоспленомегалию, умеренно увеличенные трансаминазы, гипер-γ-глобулинемию, положительную реакцию на антитела к гладкой мускулатуре желтуху, анорексию, тошноту, мягкую печень, высокую активность трансаминаз и нормальную активность щелочной фосфатазы ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА ХАРАКТЕРНО: *увеличение содержания иммуноглобулина м увеличение уровня γ-глобулина снижение общего билирубина повышение неконъюгированного билирубина У БОЛЬНОГО С ЖАЛОБАМИ НА ДИАРЕЮ, СХВАТКООБРАЗНЫЕ БОЛИ ПО ВСЕМУ ЖИВОТУ, ЧУВСТВО ЖАРА, ГИПЕРЕМИЮ ЛИЦА, ПРИСТУПЫ СЕРДЦЕБИЕНИЯ И УДУШЬЯ, МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ: лимфосаркому гастрит *карциноид лимфогранулематоз
К	6	ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи
И		Дайте ответы на вопросы тестовых заданий 1 уровня (один правильный ответ)
Т		ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЖЁЛЧНОЙ КОЛИКЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ: морфин *папаверин атропин дибазол ОПЕРАЦИЮ ДЮАМЕЛЯ В МОДИФИКАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА КОЛОПРОКТОЛОГИИ ПРОВОДЯТ В: 1 этап 3 этапа 4 этапа *2 этапа ПРЕПАРАТОМ, ЗАМЕДЛЯЮЩИМ КИШЕЧНЫЙ ТРАНЗИТ ПРИ ДИАРЕЕ, ЯВЛЯЕТСЯ: бисакодил *лоперамид ранитидин метоклопрамид ДИАРЕЯ НЕИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ: *лоперамида рифаксимины мебеверина нифуроксазида ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ УИПЛА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЁМ: адсорбентов и спазмолитических препаратов селективных спазмолитических препаратов *длительный антибактериальных препаратов ферментных препаратов и прокинетики ПРИ НАЗНАЧЕНИИ КАКОГО ПРЕПАРАТА УМЕНЬШАЕТСЯ ЛИТОГЕННОСТЬ ЖЕЛЧИ: *урсодезоксихолевой кислоты пинаверия бромид препаратов адеметионина гиосцина бутилбромид ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИ-ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОМ ТИПЕ ДИСКИНЕЗИИ

		ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛИ ЭФФЕКТИВНЫ: нитрофураны *спазмолитики антибиотики сульфаниламиды ЛЕКАРСТВОМ, БЛОКИРУЮЩИМ ГИСТАМИНОВЫЕ H2-РЕЦЕПТОРЫ, ЯВЛЯЕТСЯ: цетиризин лансопразол сукральфат *фамотидин ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПОЛИПАМИ ЖЕЛУДКА МЕНЕЕ 25 ММ ЯВЛЯЕТСЯ: *консервативное лечение с последующим динамическим наблюдением диетотерапия, витаминотерапия и лечебная физкультура рентгенотерапия, иммуносупрессивное лечение и биологическая терапия резекция желудка по Бильрот-1 или эндоскопическое удаление ПРИ НОЧНОМ КИСЛОТНОМ ПРОРЫВЕ НАЗНАЧАЮТ: мотилиум смекту *рабепразол гевискон В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТАХ ЧАЩЕ ИСПОЛЬЗУЮТ: препараты наливдиксовой кислоты и аминогликозиды *антибактериальные препараты широкого спектра действия препараты фурадонового ряда и пенициллин аминогликозиды или макролиды ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ, СВЯЗАННЫХ С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ АММИАКА В ОРГАНИЗМЕ, ИСПОЛЬЗУЕТСЯ: дротаверин *орнитин силибинин фамотидин ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ИММУНОСУПРЕССИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫМ АУТОИММУННЫМ ГЕПАТИТОМ НА ДОЦИРРОТИЧЕСКОЙ СТАДИИ ПОЛНАЯ РЕМИССИЯ ДОСТИГАЕТСЯ У: *большинства пациентов вне зависимости от типа АИГ небольшого количества пациентов с АИГ 2 типа всех пациентов вне зависимости от типа АИГ небольшого количества пациентов с АИГ 1 типа ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ КЛАССИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ: гепатоцеллюлярная карцинома *хронический аутоиммунный гепатит хронический вирусный гепатит с неалкогольный стеатогепатит СРЕДСТВОМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ: глюкокортикостероиды спазмолитики *5-аминосалицилаты иммуносупрессоры
К	7	ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
И		Дайте ответы на вопросы тестовых заданий 1 уровня (один правильный ответ)
Т		

		К ОПАСНЫМ ПОРАЖАЮЩИМ ФАКТОРАМ ОТНОСИТСЯ *запыленность и загазованность воздушной среды неблагоприятные метеорологические условия наличие электромагнитных полей раскаленные тела СИСТЕМА ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕННЫХ - ЭТО *двухэтапная система лечения пораженных с эвакуацией по назначению в больницы безопасной зоны. преемственность, последовательность и эвакуация пораженных по назначению в безопасные зоны. эшелонированное и преемственное лечение пораженных на двух этапах медицинской эвакуации. последовательное и преемственное оказание медицинской помощи пораженным. К ВРЕДНЫМ ПОРАЖАЮЩИМ ФАКТОРАМ ОТНОСИТСЯ *электрический ток определенной силы воздействие шума, инфра- и ультразвука, вибрации оборудование, работающее под давлением, выше атмосферного возможность падения с высоты самого работающего, либо различных деталей и предметов ОПАСНЫЙ ФАКТОР - ЭТО *фактор, приводящий к травме фактор, приводящий к гибели живого организма фактор, приводящий к травме и гибели живого организма негативный фактор, приводящий к травме или гибели живого организма ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЧС *внутренние и внешние производственные и бытовые военные и спортивные дорожно-транспортные ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫЕ СЛУЖБОЙ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ *подготовка и поддержание высокой степени готовности сил и средств, службы и их ввод в район катастрофы проведение мероприятий по защите объектов экономики, строительство защитных сооружений рассредоточение и эвакуация населения, организация разведки, составление планов создание систем связи и управления, организация наблюдения за внешней средой
К	8	ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
И		Дайте ответы на вопросы тестовых заданий 1 уровня (один правильный ответ)

Т		ВЫРАЖЕННОСТЬ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА ПОДРАЗДЕЛЯЮТ НА: *4 степени 3 степени 5 степеней 2 степени ПРИЧИНА ИНВАЛИДНОСТИ С ФОРМУЛИРОВКОЙ «ИНВАЛИД С ДЕТСТВА» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ГРАЖДАНАМ, У КОТОРЫХ ИНВАЛИДНОСТЬ НАСТУПИЛА В ВОЗРАСТЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ (В ГОДАХ): 17 16 *18 21 ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ ЛЕЧЕБНУЮ ФИЗКУЛЬТУРУ НАЗНАЧАЮТ: *в период стихания процесса обострения в период обострения гастрита после полного выздоровления в любой период заболевания ПРИ ЗАТУХАНИИ ПРОЦЕССА ОБОСТРЕНИЯ ЯЗВЫ ИЗ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИМЕНЯЮТ: *микроволновую терапию лампу «солюкс» подводный душ-массаж электросон ПРИ ГИПЕРАЦИДНОМ ГАСТРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ: *натриево-гидрокарбонатные натриево-хлоридные хлоридно-гидрокарбонатные сульфатно-гидрокарбонатные
К	9	ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
И		Дайте ответы на вопросы тестовых заданий 1 уровня (один правильный ответ)
Т		КАКИЕ ФОРМЫ ТАБАКА ЯВЛЯЮТСЯ БОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМИ *все формы табака являются вредными кальян электронная сигарета безсолевая СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ КУРЯЩИХ СИГАРЕТЫ ВОЗРАСТАЕТ *с увеличением количества выкуриваемых сигарет с возрастом с уменьшением количества выкуриваемых сигарет после смены формы табака КРИТЕРИЙ ТАКОГО ФАКТОРА РИСКА, КАК КУРЕНИЕ ТАБАКА, ЭТО *ежедневное выкуривание одной сигареты и более Ежедневное выкуривание пачки сигарет Ежедневное выкуривание 2-х пачек сигарет Ежедневное выкуривание 10 сигарет НОРМАЛЬНАЯ МАССА ТЕЛА СООТВЕТСТВУЕТ ИМТ *18,5 – 24,9 кг/м² 35,0 – 39,9 кг/м² 30,0 – 34,9 кг/м² 25,0 – 29,9 кг/м²
К	УК -2	УК – 2 готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
И		Дайте ответы на вопросы тестовых заданий 1 уровня (один правильный ответ)
Т		ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРАВОВОГО ВОСПИТАНИЯ ЗАВИСИТ ОТ СТЕПЕНИ *сформированности правового сознания

	наказания за нарушения законов сформированности правовых законов потребности соблюдения законов НАКАЗАНИЕ – ЭТО *способ воздействия на воспитанника с целью прекратить его отрицательные действия 4 метод воспитания, проявляющийся в форме требования управление деятельностью ученика при помощи разнообразных повторяющихся дел просьбы, стимулирование, добрые дела ПООЩРЕНИЕ – ЭТО *способ педагогического воздействия на воспитанника с целью стимулирования положительного поведения привлечение воспитанников к выработке правильных оценок и суждений эмоционально-словесное воздействие на воспитанников неодобрение и отрицательная оценка действий и поступков личности К ЗАДАЧАМ НРАВСТВЕННОГО ВОСПИТАНИЯ ОТНОСИТСЯ *формирование общечеловеческих ценностей воспитание ответственности за свою жизнь и жизнь своих потомков развитие трудолюбия воспитание свободного и культурного выражения своих чувств и эмоций С ПОЗИЦИЙ ПЕДАГОГА ОБУЧАТЬ – ЗНАЧИТ *добиваться обретения учащимися знаний, умений, навыков заставлять учиться добиваться накопления научных знаний контролировать правильность усвоения предмета
--	--

Шкала оценивания

«Отлично» - более 90% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Хорошо» - 80-89% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Удовлетворительно» - 70--79% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Неудовлетворительно» - менее 70% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

Ситуационная задача

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.28	Гастроэнтерология
К	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
К	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
Ф	A/01.8	Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности

Ф	А/05.8.	Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
У		Больной К. 27 лет, военнослужащий, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея - стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°С ежедневно, особенно к вечеру. Анамнез заболевания: заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°С. Доставлен в приемное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отечной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменен. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°С, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 6 кг массы тела. Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$/л, лейкоциты - $12,6 \times 10^9$/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 3,7%, альфа2 - 10,0%, бета - 11,0%, гамма - 20,3%. Общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л., холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142

		ммоль/л, ЩФ - 310 U/L (норма до 306). 18 В перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений. Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Имеется неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках.
В	1	Установите наиболее вероятный диагноз
В	2	Назовите возможные осложнения данного заболевания
В	3	Составьте план обследования.
В	4	Назначьте лечение
В	5	Каков прогноз при данном заболевании? Определите периодичность диспансерных осмотров.

Оценочный лист
к ситуационной задаче

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.28	Специальность
	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
К	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
Ф	А/01.7	Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы
Ф	А/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности
	А/05.8.	Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	Текст задачи
	Больной К. 27 лет, военнослужащий, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея - стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°C ежедневно, особенно к вечеру. Анамнез заболевания: заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°C. Доставлен в приемное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отечной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменен. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°C, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 6 кг массы тела. Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $12,6 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 3,7%, альфа2 - 10,0%, бета - 11,0%, гамма - 20,3%. Общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л., холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, ЩФ - 310 U/L (норма до 306).

		В перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений. Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Картина «Булыжной мостовой». Имеются неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках
В	1	Установите наиболее вероятный диагноз
Э		1. Болезнь Крона, 2. Илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, 3. Хроническое рецидивирующее течение, среднетяжелая форма, 4. Осложненная перианальным поражением (свищ). https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_151/
P2	отлично	1. Болезнь Крона, 2. Илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, 3. Хроническое рецидивирующее течение, среднетяжелая форма, 4. Осложненная перианальным поражением (свищ).
P1	Хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 1. Болезнь Крона, 2. Илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, 3. Хроническое рецидивирующее течение, среднетяжелая форма, для оценки «удовлетворительно» 1. Болезнь Крона, 2. Илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки,
P0	неудовлетворительно	1. Болезнь Крона,
В	2	Обоснуйте выставленный диагноз
Э	-	Диагноз выставлен на основании: 1. Данных анамнеза: на операции аппендэктомии выявлена утолщенная подвздошная кишка с рыхлой отечной стенкой, увеличение брыжеечных лимфоузлов, неизменным червеобразным отростком на операции 2. Данных рентгенологического исследования: Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Картина «Булыжной мостовой». Имеется

		неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках 3. На основании хронического течения болезни, сопровождающегося болями в животе постоянного характера, диареей, лихорадкой у молодого пациента и на основании имеющегося осложнения – периаанального свища. 4. Степень тяжести установлена на основании критериев индекса Беста: 302 балла –умеренной активности (средней степени тяжести) https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_151/
P2	отлично	Диагноз выставлен на основании: 1. Данных анамнеза: на операции аппендэктомии выявлена утолщенная подвздошная кишка с рыхлой отечной стенкой, увеличение брыжеечных лимфоузлов, неизменным червеобразным отростком на операции 2. Данных рентгенологического исследования: Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Картина «Булыжной мостовой». Имеется неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках 3. На основании хронического течения болезни, сопровождающегося болями в животе постоянного характера, диареей, лихорадкой у молодого пациента и на основании имеющегося осложнения – периаанального свища. 4. Степень тяжести установлена на основании критериев индекса Беста: 302 балла –умеренной активности (средней степени тяжести)
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; Диагноз выставлен на основании: 1. Данных анамнеза: на операции аппендэктомии выявлена утолщенная подвздошная кишка с рыхлой отечной стенкой, увеличение брыжеечных лимфоузлов, неизменным червеобразным отростком на операции 2. Данных рентгенологического исследования: Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Картина «Булыжной мостовой». Имеется неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках 3. На основании хронического течения болезни, сопровождающегося болями в животе постоянного характера, диареей, лихорадкой у молодого пациента и на основании имеющегося осложнения – периаанального

		свища. для оценки «удовлетворительно» Диагноз выставлен на основании: 1. Данных анамнеза: на операции аппендэктомии выявлена утолщенная подвздошная кишка с рыхлой отечной стенкой, увеличение брыжеечных лимфоузлов, неизменным червеобразным отростком на операции 2. Данных рентгенологического исследования: Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Картина «Булыжной мостовой». Имеется неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках
P0	неудовлетворительно	На основании данных анамнеза: на операции аппендэктомии выявлена утолщенная подвздошная кишка с рыхлой отечной стенкой, увеличение брыжеечных лимфоузлов, неизменным червеобразным отростком на операции
B	3	Составьте план обследования
Э		1. Общий анализ крови Биохимические методы исследования: трансаминазы, билирубин крови, холестерин, сахар крови, электролиты крови(K, Na), общий белок и белковые фракции, липаза крови, амилаза панкреатическая, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза, анализ крови на антитела ASCA и ANCA для дифференциальной диагностики с ЯК 2. . Копрограмма, исследование кала на токсины A,B Cl. Difficile, анализ кала на фекальный кальпротектин, кал на микобактерии туберкулеза для дифференциальной диагностики с туберкулезным поражением кишечника. 3. Инструментальные методы исследования(Тотальная колоноскопия с илеоскопией и с прицельной биопсией, ЭГДС, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, пассаж бария по кишечнику. 4. Консультация фтизиатра для исключения туберкулёза и в случае решения о проведении биологической терапии https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_151/
P2	отлично	1. Общий анализ крови, Биохимические методы исследования: трансаминазы, билирубин крови, холестерин, сахар крови, электролиты крови(K, Na), общий белок и белковые фракции, липаза крови, амилаза панкреатическая, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза, анализ крови на

		антитела ASCA и ANCA для дифференциальной диагностики с ЯК 2. . Копрограмма, исследование кала на токсины A,B Cl. Difficile, анализ кала на фекальный кальпротектин, кал на микобактерии туберкулеза для дифференциальной диагностики с туберкулезным поражением кишечника. 3. Инструментальные методы исследования (Тотальная колоноскопия с илеоскопией и с прицельной биопсией, ЭГДС, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, пассаж бария по кишечнику. 4. Консультация фтизиатра для исключения туберкулёза и в случае решения о проведении биологической терапии
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 1. Общий анализ крови, Биохимические методы исследования: трансаминазы, билирубин крови, холестерин, сахар крови, электролиты крови (K, Na), общий белок и белковые фракции, липаза крови, амилаза панкреатическая, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза, анализ крови на антитела ASCA и ANCA для дифференциальной диагностики с ЯК 2. . Копрограмма, исследование кала на токсины A,B Cl. Difficile, анализ кала на фекальный кальпротектин, кал на микобактерии туберкулеза для дифференциальной диагностики с туберкулезным поражением кишечника. 3. Инструментальные методы исследования (Тотальная колоноскопия с илеоскопией и с прицельной биопсией, ЭГДС, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, пассаж бария по кишечнику. Для оценки «удовлетворительно» 1. Общий анализ крови, Биохимические методы исследования: трансаминазы, билирубин крови, холестерин, сахар крови, электролиты крови (K, Na), общий белок и белковые фракции, липаза крови, амилаза панкреатическая, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза, анализ крови на антитела ASCA и ANCA для дифференциальной диагностики с ЯК 2. . Копрограмма, исследование кала на токсины A,B Cl. Difficile, анализ кала на фекальный кальпротектин, кал на микобактерии туберкулеза для дифференциальной диагностики с туберкулезным поражением кишечника.
P0	неудовлетворительно	1. Общий анализ крови, Биохимические методы

		исследования: трансаминазы, билирубин крови, холестерин, сахар крови, электролиты крови(К, Na), общий белок и белковые фракции, липаза крови, амилаза панкреатическая, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза, анализ крови на антитела ASCA и ANCA для дифференциальной диагностики с ЯК
В	4	Назначьте лечение пациенту
Э		Среднетяжёлая атака: Перианальные проявления при БК исключают возможность применения салицилатов для поддержания ремиссии. 1. Для индукции ремиссии рекомендуется применять ГКС (преднизолон 60 мг или метилпреднизолон 48 мг перорально) или топические (будесонид 9 мг/сут) 2. Рекомендуется раннее (одновременно с ГКС) назначение иммуносупрессоров (АЗА 2-2,5 мг/кг, 6-МП 1,5 мг/кг), а при их непереносимости или неэффективности – метотрексат (25 мг/нед. п/к или в/м 1 раз в неделю). Эффективность ГКС или комбинированной терапии оценивается через 2-4 недели. При достижении клинической ремиссии (ИАБК<150) начинают снижение дозы ГКС до полной отмены на фоне продолжения терапии иммуносупрессорами . Будесонид в дозе 9 мг в течение 8 недель с последующим снижением 3 мг в неделю. Суммарная продолжительность терапии ГКС не должна превышать 12 недель. После отмены ГКС поддерживающая терапия проводится тиопуринами (АЗА/6МП) не менее 4 лет 3. Для больных с активной БК со стероидорезистентностью, стероидозависимостью или при неэффективности иммуносупрессоров (рецидив через 3-6 месяцев после отмены кортикостероидов на фоне АЗА/6-МП) рекомендована биологическая терапия в виде индукционного курса (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол или ведолизумаба), с последующим переходом на длительное(многолетнее) поддерживающее лечение. Дозы биологических препаратов назначают в соответствии с инструкцией по применению. Отсутствие ответа на биологическую терапию определяется в течение 12 недель 4. Перианальные проявления БК также требуют назначения метронидазола 0,75 г/сут и/или ципрофлоксацин 1 г/сут. Антибиотики назначаются длительно (до 6 мес. или до появления побочных эффектов). Эффективно подключение к терапии метронидазола в виде свечей и мазей. Простые свищи, не сопровождающиеся какими-либо симптомами, не требуют хирургического вмешательства. Рекомендовано динамическое наблюдение на фоне вышеописанной

		консервативной терапии. https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_151/
P2	отлично	Среднетяжёлая атака: Перианальные проявления при БК исключают возможность применения салицилатов для поддержания ремиссии. 1. Для индукции ремиссии рекомендуется применять ГКС (преднизолон 60 мг или метилпреднизолон 48 мг перорально) или топические (будесонид 9 мг/сут) 2. Рекомендуется раннее (одновременно с ГКС) назначение иммуносупрессоров (АЗА 2-2,5 мг/кг, 6-МП 1,5 мг/кг), а при их непереносимости или неэффективности – метотрексат (25 мг/нед. п/к или в/м 1 раз в неделю). Эффективность ГКС или комбинированной терапии оценивается через 2-4 недели. При достижении клинической ремиссии (ИАБК<150) начинают снижение дозы ГКС до полной отмены на фоне продолжения терапии иммуносупрессорами. Будесонид в дозе 9 мг в течение 8 недель с последующим снижением 3 мг в неделю. Суммарная продолжительность терапии ГКС не должна превышать 12 недель. После отмены ГКС поддерживающая терапия проводится тиопуринами (АЗА/6МП) не менее 4 лет 3. Для больных с активной БК со стероидорезистентностью, стероидозависимостью или при неэффективности иммуносупрессоров (рецидив через 3-6 месяцев после отмены кортикостероидов на фоне АЗА/6-МП) рекомендована биологическая терапия в виде индукционного курса (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол или ведолизумаба), с последующим переходом на длительное(многолетнее) поддерживающее лечение. Дозы биологических препаратов назначают в соответствии с инструкцией по применению. Отсутствие ответа на биологическую терапию определяется в течение 12 недель 4. Перианальные проявления БК также требуют назначения метронидазола 0,75 г/сут и/или ципрофлоксацин 1 г/сут. Антибиотики назначаются длительно (до 6 мес. или до появления побочных эффектов). Эффективно подключение к терапии метронидазола в виде свечей и мазей. Простые свищи, не сопровождающиеся какими-либо симптомами, не требуют хирургического вмешательства. Рекомендовано динамическое наблюдение на фоне вышеописанной консервативной терапии.
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; Среднетяжёлая атака: Перианальные проявления при БК исключают возможность применения салицилатов для

		поддержания ремиссии. 1. Для индукции ремиссии рекомендуется применять ГКС (преднизолон 60 мг или метилпреднизолон 48 мг перорально) или топические (будесонид 9 мг/сут) 2. Рекомендуется раннее (одновременно с ГКС) назначение иммуносупрессоров (АЗА 2-2,5 мг/кг, 6-МП 1,5 мг/кг), а при их непереносимости или неэффективности – метотрексат (25 мг/нед. п/к или в/м 1 раз в неделю). Эффективность ГКС или комбинированной терапии оценивается через 2-4 недели. При достижении клинической ремиссии (ИАБК<150) начинают снижение дозы ГКС до полной отмены на фоне продолжения терапии иммуносупрессорами . Будесонид в дозе 9 мг в течение 8 недель с последующим снижением 3 мг в неделю. Суммарная продолжительность терапии ГКС не должна превышать 12 недель. После отмены ГКС поддерживающая терапия проводится тиопуринами (АЗА/6МП) не менее 4 лет 3. Для больных с активной БК со стероидорезистентностью, стероидозависимостью или при неэффективности иммуносупрессоров (рецидив через 3-6 месяцев после отмены кортикостероидов на фоне АЗА/6-МП) рекомендована биологическая терапия в виде индукционного курса (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол или ведолизумаба), с последующим переходом на длительное(многолетнее) поддерживающее лечение. Дозы биологических препаратов назначают в соответствии с инструкцией по применению. Отсутствие ответа на биологическую терапию определяется в течение 12 недель Для оценки «удовлетворительно» Среднетяжёлая атака: Перианальные проявления при БК исключают возможность применения салицилатов для поддержания ремиссии. 1. Для индукции ремиссии рекомендуется применять ГКС (преднизолон 60 мг или метилпреднизолон 48 мг перорально) или топические (будесонид 9 мг/сут) 2. Рекомендуется раннее (одновременно с ГКС) назначение иммуносупрессоров (АЗА 2-2,5 мг/кг, 6-МП 1,5 мг/кг), а при их непереносимости или неэффективности – метотрексат (25 мг/нед. п/к или в/м 1 раз в неделю). Эффективность ГКС или комбинированной терапии оценивается через 2-4 недели. При достижении клинической ремиссии (ИАБК<150) начинают снижение дозы ГКС до полной отмены на фоне продолжения терапии иммуносупрессорами . Будесонид в дозе 9 мг в течение 8 недель с последующим снижением 3 мг в
--	--	--

		неделю. Суммарная продолжительность терапии ГКС не должна превышать 12 недель. После отмены ГКС поддерживающая терапия проводится тиопуринами (АЗА/6МП) не менее 4 лет
P0	неудовлетворительно	Для индукции ремиссии рекомендуется применять ГКС (преднизолон 60 мг или метилпреднизолон 48 мг перорально) или топические (будесонид 9 мг/сут)
B	5	Каков прогноз при данном заболевании? Определите периодичность диспансерных осмотров.
Э		1. Прогноз заболевания значительно варьирует и определяется индивидуально. Течение болезни Крона может быть бессимптомным (при локализации очага только в области ануса у пожилых людей) или протекать в крайне тяжелой форме. Прогноз заболевания неблагоприятный при тяжёлых и фульминантных формах, развитии осложнений. При адекватном своевременно начатом лечении качество жизни пациентов может оставаться удовлетворительным. В связи с прогрессирующим характером заболевания пациенты, страдающие БК, рекомендовано получать постоянную (пожизненную терапию) и проходить регулярный (пожизненный) мониторинг активности заболевания. Периодичность и объем диспансерного наблюдения определяется индивидуально, но у большинству пациентов рекомендовано: 2. Каждые 3 месяца выполнять исследование уровня С-реактивного белка высокочувствительным методом, а также исследование уровня фекального кальпротектина., а также выполнять общий анализ крови. а у пациентов, получающих иммуносупрессоры – ежемесячно. 3. Ежегодно выполнять рентгенологическое или МР-исследование кишечника для исключения стриктурирующих и иных осложнений. 4. Ежегодно выполнять местный осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки для исключения перианальных осложнений, а также УЗИ ректальным датчиком. https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_151/
P2	отлично	1. Прогноз заболевания значительно варьирует и определяется индивидуально. Течение болезни Крона может быть бессимптомным (при локализации очага только в области ануса у пожилых людей) или протекать в крайне тяжелой форме. Прогноз заболевания неблагоприятный при тяжёлых и фульминантных формах, развитии осложнений. При адекватном своевременно начатом лечении качество жизни пациентов может оставаться удовлетворительным. В связи с прогрессирующим

		характером заболевания пациенты, страдающие БК, рекомендовано получать постоянную (пожизненную терапию) и проходить регулярный (пожизненный) мониторинг активности заболевания. Периодичность и объем диспансерного наблюдения определяется индивидуально, но у большинству пациентов рекомендовано: 2. Каждые 3 месяца выполнять исследование уровня С-реактивного белка высокочувствительным методом, а также исследование уровня фекального кальпротектина., а также выполнять общий анализ крови. а у пациентов, получающих иммуносупрессоры – ежемесячно. 3. Ежегодно выполнять рентгенологическое или МР-исследование кишечника для исключения стриктурирующих и иных осложнений. Ежегодно выполнять местный осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки для исключения перианальных осложнений, а также УЗИ ректальным датчиком. 4. Ежегодно выполнять местный осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки для исключения перианальных осложнений, а также УЗИ ректальным датчиком
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 1. Прогноз заболевания значительно варьирует и определяется индивидуально. Течение болезни Крона может быть бессимптомным (при локализации очага только в области ануса у пожилых людей) или протекать в крайне тяжелой форме. Прогноз заболевания неблагоприятный при тяжёлых и фульминантных формах, развитии осложнений. При адекватном своевременно начатом лечении качество жизни пациентов может оставаться удовлетворительным. В связи с прогрессирующим характером заболевания пациенты, страдающие БК, рекомендовано получать постоянную (пожизненную терапию) и проходить регулярный (пожизненный) мониторинг активности заболевания. Периодичность и объем диспансерного наблюдения определяется индивидуально, но у большинству пациентов рекомендовано: 2. Каждые 3 месяца выполнять исследование уровня С-реактивного белка высокочувствительным методом, а также исследование уровня фекального кальпротектина., а также выполнять общий анализ крови. а у пациентов, получающих иммуносупрессоры – ежемесячно. 3. Ежегодно выполнять рентгенологическое или МР-исследование кишечника для исключения стриктурирующих и иных осложнений.

		для оценки «удовлетворительно» 1. Прогноз заболевания значительно варьирует и определяется индивидуально. Течение болезни Крона может быть бессимптомным (при локализации очага только в области ануса у пожилых людей) или протекать в крайне тяжелой форме. Прогноз заболевания неблагоприятный при тяжёлых и фульминантных формах, развитии осложнений. При адекватном своевременно начатом лечении качество жизни пациентов может оставаться удовлетворительным. В связи с прогрессирующим характером заболевания пациенты, страдающие БК, рекомендовано получать постоянную (пожизненную терапию) и проходить регулярный (пожизненный) мониторинг активности заболевания. Периодичность и объем диспансерного наблюдения определяется индивидуально, но у большинству пациентов рекомендовано: 2. Каждые 3 месяца выполнять исследование уровня С-реактивного белка высокочувствительным методом, а также исследование уровня фекального кальпротектина., а также выполнять общий анализ крови. а у пациентов, получающих иммуносупрессоры – ежемесячно.
P0	неудовлетворительно	Прогноз заболевания значительно варьирует и определяется индивидуально. Течение болезни Крона может быть бессимптомным (при локализации очага только в области ануса у пожилых людей) или протекать в крайне тяжелой форме.
O	Итоговая оценка	
A	Ф.И.О. автора-составителя	Мокшина М.В.