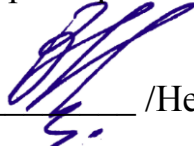


Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Стегний Кирилл Владимирович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 06.10.2026 12:52:01
Уникальный программный ключ:
d59234ba928aea5c04c54eb9013a367220b6b2ae

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института

 /Невзорова В.А./

«29» июня 2026г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Дисциплины Б1.О.01 Гастроэнтерология

Специальность	31.08.28 Гастроэнтерология
Уровень подготовки	ординатура
Направленность подготовки	02 Здравоохранение (в сфере гастроэнтерологии)
Форма обучения	очная
Срок освоения ООП	2 года
Институт	терапии и инструментальной диагностики

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Фонд оценочных средств регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.2. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология, направленности 02 Здравоохранение в сфере профессиональной деятельности гастроэнтерология универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций

[https://tgmu.ru/sveden/files/eim/31.08.28_Gastroenterologiya\(5\).pdf](https://tgmu.ru/sveden/files/eim/31.08.28_Gastroenterologiya(5).pdf)

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды аттестации	Оценочные средства
		Форма
1	Текущий контроль	Тесты
2	Промежуточная аттестация	Тесты
		Ситуационные задачи
		Вопросы для собеседования
		Чек-листы

3. Содержание оценочных средств для текущей и промежуточной аттестации осуществляется преподавателем дисциплины

Тестовые задания для текущего контроля и промежуточной аттестации

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст
С	31.08.28	Гастроэнтерология
К	ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
К	ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
К	ОПК-6	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
К	ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
К	ОПК-8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарногигиеническому просвещению населения
К	ПК-1	Способен проводить и контролировать эффективность медицинских мероприятий по профилю "Гастроэнтерология" взрослого населения при различных физиологических состояниях (в том числе у беременных) и периодов жизни
К	ПК-2	Способен дифференцированно подходить к терапии заболеваний внутренних органов с учетом клинической фармакологии лекарственных препаратов

К	ПК-3	Способен, в рамках онконастороженности, проводить обследование пациентов для раннего выявления ЗНО
Ф	А/01.8	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
Ф	А/03.8	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Ф	А/05.8	Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф	А/07.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
И		ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)
	1	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПРЕДНИЗОН НАЗНАЧАЮТ В ДОЗЕ 40 МГ/СУТ *перорально внутривенно в микроклизмах внутримышечно
	2	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ *эзофагоскопия рН-метрия рентгенография эзофагоманометрия
	3	ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ КОЛОНОСКОПИИ ПРИЕМ ВСЕХ ЖИДКОСТЕЙ СЛЕДУЕТ ПРЕКРАТИТЬ ЗА _____ ДО ИССЛЕДОВАНИЯ *2 часа 4 часа 30 минут 6 часов
	4	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА ПРИМЕНЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ *церулоплазмينا сыворотки креатинфосфокиназы в крови уровня белка Бенс-Джонса в моче уровня цианкоболамина в крови
	5	ОСНОВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ УИПЛА *антибиотики антациды глюкокортикостероиды антисекреторные препараты
	6	К ОСНОВНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ОТНОСЯТ *кардиомиотомию прием ИПП прием нитроглицерина психотерапевтические препараты
	7	ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ТЕРАПИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИДАЕТСЯ *ингибиторам протонной помпы спазмолитикам

		антибиотикам антацидам
	8	ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА ВЫЯВИТЬ ФАКТ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ ПОМОГАЕТ *вопросник AUDIT вопросник GERDQ шкала MELD шкала Child-Pugh
	9	ПРОВЕДЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ НЕ ИМЕЕТ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С *неатрофическим гастритом болезнью Менетрие полипозом желудка геморрагическим гастритом
	10	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНЫ _____ ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ *высокодозные микрогранулированные высокодозные таблетированные низкодозные таблетированные низкодозные микрогранулированные
	11	С ЦЕЛЬЮ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ШИРОКО ПРИМЕНЯЮТ *психометрические тесты шкалу оценки качества жизни вопросник 4DSQ МРТ головного мозга
	12	ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА РАЦИОНАЛЬНО НАЗНАЧАТЬ АНТАЦИДЫ, КОТОРЫЕ ПРИНИМАЮТ *через 1,5-2 часа после еды вне зависимости от приема пищи во время еды за 30 минут до еды
	13	В СХЕМУ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ВХОДИТ *амоксциллин левофлоксацин ципрофлоксацин тетрациклин
	14	ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ *дыхательный уреазный тест микробиологическое исследование ПЦР-диагностика цитологический тест в мазке-отпечатке
	15	РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ МОЖЕТ ПРОХОДИТЬ В СООТВЕТСТВИИ С РЕЖИМОМ *щадающим постельным активным рабочим
	16	ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОМ РЕФЛЮКСЕ НЕОБХОДИМО *дробное питание ограничение животных белков

		назначение апоморфина горизонтальное положение после еды
	17	ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В ДИЕТЕ *белки жиры углеводы жидкость
	18	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ *метронидазол канамицин хлорамфеникол энтеросептол
	19	ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ НЕОБХОДИМА ДЛЯ *изучения состояния здоровья населения регистрации определенного изучаемого явления оперативного управления ЛПУ принятия конкретного, обоснованного решения
	20	ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ ЗА КАКОЙ-ЛИБО ПЕРИОД ВРЕМЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ *темп прироста стандартизованный показатель коэффициент достоверности интенсивный показатель
	21	ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ *урсодезоксихолевая кислота адеметионин эссенциальные фосфолипиды глицерризиновая кислота
	22	ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СЛАБИТЕЛЬНОЕ СРЕДСТВО *лактоулоза орнитин адеметионин эссенциале
	23	НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ВЕРНИКЕ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ *тиамина цианкобаламина аскорбиновой кислоты пиридоксина
	24	ВОДОРОДНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ТЕСТ ИСПОЛЬЗУЮТ В ДИАГНОСТИКЕ *синдрома избыточного бактериального роста язвенной болезни желудка хронического аутоиммунного панкреатита рефлюкс-эзофагита
	25	С ЦЕЛЬЮ СТИМУЛЯЦИИ СЕКРЕЦИИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА И СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ МИНЕРАЛЬНУЮ ВОДУ НАЗНАЧАЮТ ____ 3 РАЗА В ДЕНЬ *за 15-20 минут до еды

		через 15 минут после еды за 1 час до еды во время приема пищи
	26	В ЛЕЧЕНИИ ПОСТПРАНДИАЛЬНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ *прокинетика спазмолитики ингибиторы протонной помпы ферменты
	27	РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОЗА УДХК У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ХОЛАНГИТОМ СОСТАВЛЯЕТ ____ МГ/КГ/ДЕНЬ *13-15 20-25 30-45 8-10
	28	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ *эрадикационная терапия длительная терапия цитопротекторами ежегодная ЭГДС с биопсией у всех пациентов с атрофическим гастритом ежегодное УЗИ желудка с доплерографией
	29	ДЛЯ ОЦЕНКИ КЛАССА ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПО ШКАЛЕ ЧАЙЛДА-ПЬЮ ИСПОЛЬЗУЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ *альбумина креатинина тромбоцитов холестерина
	30	ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРИМЕНЕНИЕ *неселективных бета-блокаторов антагонистов альдостерона неселективных блокаторов кальциевых каналов антагонистов рецепторов ангиотензина

Критерии оценивания

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

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

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

«Неудовлетворительно» - менее 69% правильных ответов на тестовые задания

Ситуационная задача №1

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст
С	31.08.28	Гастроэнтерология
К	ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
К	ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
К	ПК-1	Способен проводить и контролировать эффективность медицинских мероприятий по профилю "Гастроэнтерология" взрослого населения при различных физиологических состояниях (в том числе у беременных) и периодов жизни
К	ПК-2	Способен дифференцированно подходить к терапии заболеваний внутренних

		органов с учетом клинической фармакологии лекарственных препаратов
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
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мужчина 52 лет, обратился в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на слабость, желтушность кожи и склер, потемнение мочи, тошноту, увеличение объема живота. Аппетит несколько снижен, стул через день, оформленный, без патологических примесей. За последний месяц прибавил в весе 3 кг. В течение последних пяти лет эпизоды желтухи, асцита, спутанного сознания. Настоящее ухудшение после недельного запоя. Анамнез жизни: в течение многих лет злоупотребляет алкоголем, признает употребление суррогатов, периодически принимает алкоголь помимо пищи. Питание скудное и однообразное. Употребление наркотиков категорически отрицает. В контакте с инфекционными больными не был. Объективно: Состояние удовлетворительное. ИМТ - 21,9 кг/м². Кожные покровы чистые, умеренная желтушность кожи и склер. На коже лица, шеи, груди - телеангиозктазии, язык малиновый, пальмарная эритема. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца нормальной звучности, ритм правильный. ЧСС - 92 уд/мин., АД - 130/80 мм рт. ст. Живот увеличен за счет ненапряженного асцита, симметричный, несколько вздут, мягкий, при пальпации незначительно болезненный в верхних отделах, больше справа, перитонеальных знаков нет. Печень +2 см из-под края реберной дуги, мягкая, чувствительная, край закруглен. Пальпируется нижний полюс селезенки. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Мочеиспускание не изменено. В клиническом анализе крови: RBC 3,9*10¹²/л, Hb 105 г/л, PLT 110*10⁹/л, WBC 3,2*10⁹/л. В биохимическом анализе крови: общий белок 75,0 г/л, альбумин 36,0 г/л, общ. билирубин 60,0 мкмоль/л, пр. билирубин 16,0 мкмоль/л, АСТ 72,0 ед/л, АЛТ 120,0 ед/л, ГГТ 324 ед/л, Щелочная фосфатаза 294 ед/л, Натрий 114 ммоль/л, Протромбиновый индекс 90%. Маркеры вирусных гепатитов: HBsAg отрицательно, а-HCV отрицательно. При УЗИ ОБП: в брюшной полости визуализируется свободная жидкость в умеренном количестве. Эхоструктура печени мелкозернистая за счет множества мелких точечной и линейной формы эхосигналов, неравномерно распределённых в паренхиме. Эхогенность повышена. Воротная вена 16 мм (норма до 12 мм).
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз в соответствии с МКБ-10.
В	2	Какое обязательное инструментальное исследование необходимо провести пациенту с целью уточнения диагноза?
В	3	Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
В	4	Перечислите методы определения степени фиброза печени.
В	5	Какова тактика ведения пациента с ненапряженным асцитом?

Чек-лист к ситуационной задаче №1

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст
С	31.08.28	Гастроэнтерология
К	ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
К	ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или)

		состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
К	ПК-1	Способен проводить и контролировать эффективность медицинских мероприятий по профилю "Гастроэнтерология" взрослого населения при различных физиологических состояниях (в том числе у беременных) и периодов жизни
К	ПК-2	Способен дифференцированно подходить к терапии заболеваний внутренних органов с учетом клинической фармакологии лекарственных препаратов
Ф	А/01.8	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
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мужчина 52 лет, обратился в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на слабость, желтушность кожи и склер, потемнение мочи, тошноту, увеличение объема живота. Аппетит снижен, стул через день, оформленный, без патологических примесей. За последний месяц прибавил в весе 3 кг. В течение последних пяти лет эпизоды желтухи, асцита, спутанного сознания. Настоящее ухудшение после недельного запоя. Анамнез жизни: в течение многих лет злоупотребляет алкоголем, признает употребление суррогатов, периодически принимает алкоголь помимо пищи. Питание скудное и однообразное. Употребление наркотиков категорически отрицает. В контакте с инфекционными больными не был. Объективно: Состояние удовлетворительное. ИМТ - 21,9 кг/м². Кожные покровы чистые, умеренная желтушность кожи и склер. На коже лица, шеи, груди - телеангиоэктазии, пальмарная эритема. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца нормальной звучности, ритм правильный. ЧСС - 92 уд/мин., АД - 130/80 мм рт. ст. Живот увеличен за счет ненапряженного асцита, симметричный, несколько вздут, мягкий, при пальпации незначительно болезненный в верхних отделах, больше справа, перитонеальных знаков нет. Печень +2 см из-под края реберной дуги, мягкая, чувствительная, край закруглен. Пальпируется нижний полюс селезенки. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Мочеиспускание не изменено. В клиническом анализе крови: RBC 3.9*10¹²/л, Hb 105 г/л, PLT 110*10⁹/л, WBC 3,2*10⁹/л. В биохимическом анализе крови: общий белок 75,0 г/л, альбумин 36,0 г/л, общ. билирубин 60,0 мкмоль/л, пр. билирубин 16,0 мкмоль/л, АСТ 72,0 ед/л, АЛТ 120,0 ед/л, ГГТ 324 ед/л, Щелочная фосфатаза 294 ед/л, ПТИ 90%. Маркеры вирусных гепатитов: отрицательно. При УЗИ ОБП: в брюшной полости визуализируется свободная жидкость в умеренном количестве. Эхоструктура печени мелкозернистая за счет множества мелких точечной и линейной формы эхосигналов, неравномерно распределённых в паренхиме. Эхогенность повышена. Воротная вена 16 мм (норма до 12 мм).
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз в соответствии с МКБ-10.
Э		Цирроз печени алкогольной этиологии. Портальная гипертензия. Асцит. Печеночная энцефалопатия.
Р2	отлично	Полный ответ на вопрос
Р1	Хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: в диагнозе отражены не все синдромы Для оценки «удовлетворительно»: нозология выбрана верно, не отражены синдромы заболевания

P0	неудовлетворительно	Диагноз установлен неверно Диагноз не установлен
B	2	Какое обязательное инструментальное исследование необходимо провести пациенту с целью уточнения диагноза?
Э		ЭГДС – с целью выявления ВРВ пищевода и желудка
P2	отлично	Полный ответ на вопрос
P1	Хорошо/удовлетворительно	Неполный ответ на вопрос: не названа цель исследования
P0	неудовлетворительно	Неверный ответ Отсутствие ответа
B	3	Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
Э		1. асцит 2. кровотечение из варикозных вен пищевода и желудка 3. печеночная энцефалопатия 4. гепаторенальный синдром 5. легочные осложнения (печеночный гидроторакс, гепатопульмональный синдром, портолегочная гипертензия) 6. цирротическая кардиомиопатия 7. инфекционные осложнения (спонтанный бактериальный перитонит, мочевиная инфекция, пневмония, инфекции мягких тканей и бактериемия) 8. саркопения
P2	отлично	Полный ответ на вопрос 8 из 8
P1	Хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: названо 6-7 пунктов Для оценки «удовлетворительно»: названо 5 пунктов
P0	неудовлетворительно	Названо 4 и менее пунктов
B	4	Перечислите методы определения степени фиброза печени.
Э		1. Для определения степени фиброза при алкогольной болезни печени наиболее надежным инструментом является метод определения плотности печени Фиброскан 2. Ультразвуковое исследование печени в В режиме 3. Рентгенологические методы (КТ и МРТ) 4. Расчетные биохимические шкалы
P2	отлично	Полный ответ на вопрос 4 из 4
P1	Хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: названо 3 пункта Для оценки «удовлетворительно»: названо 2 пункта
P0	неудовлетворительно	Назван 1 и менее пунктов
B	5	Какова тактика ведения пациента с ненапряженным асцитом?
Э		1. Диета с ограничением поступающего с пищей натрия 2. Назначение спиронолактона в дозировке 100-400 мг/сут перорально 3. Добавление к терапии фуросемида или торасемида в нарастающих дозах (по 40 или 5 мг перорально соответственно)
P2	отлично	Полный ответ на вопрос 3 из 3
P1	Хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: названо 2 из 3 пунктов или 3 из 3 без уточнения дозировок препаратов Для оценки «удовлетворительно»: 1 из 3 пунктов или 2 из 3 без уточнения дозировок препаратов

P0	неудовлетворительно	Назван только первый пункт Неверный ответ Отсутствие ответа
O	Итоговая оценка	
A	Ф.И.О. автора-составителя	Мокшина М.В.

Ситуационная задача №2

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст
С	31.08.28	Гастроэнтерология
К	ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
К	ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
К	ПК-1	Способен проводить и контролировать эффективность медицинских мероприятий по профилю "Гастроэнтерология" взрослого населения при различных физиологических состояниях (в том числе у беременных) и периодов жизни
К	ПК-2	Способен дифференцированно подходить к терапии заболеваний внутренних органов с учетом клинической фармакологии лекарственных препаратов
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	A/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		Больная Ж., 43 года, обратилась к врачу с жалобами на схваткообразные боли в правом подреберье, возникают после употребления жирной пищи через 30-40 минут и при езде в автомобиле, иррадиируют в правое плечо, лопатку, сопровождаются тошнотой, рвотой с примесью желчи; периодически горький вкус во рту, отрыжку горьким, слабость, недомогание, чувство неправильного сердцебиения во время болей в правом подреберье, проходит при уменьшении боли. Считает себя больной около недели, когда впервые во время длительной поездки за город появились боли в правом подреберье. Самостоятельно принимала но-шпу с незначительным положительным эффектом. Вчера после употребления копченой колбасы вновь появились боли и тошнота. Из анамнеза: Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: работает учителем. Питается не регулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко. Последние 4 года принимает препараты эстрогенов. Наследственность: у матери - ЖКБ, у отца – хронический панкреатит. Аллергологический анамнез не отягощен. Беременностей 4, родов 3. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Температура тела 36,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита чрезмерно, ИМТ 31.2 кг/м². Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой

		громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 98 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 98 в мин. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Отделы толстого и тонкого кишечника пальпаторно не определяются, из-за выраженного подкожно-жирового слоя, область пальпации безболезненна. При глубокой пальпации определяется болезненность в точке желчного пузыря. Симптомы Кэра, Мэрфи, Ортнера, Мюсси-Георгиевского положительные. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 x 8 x 7 см. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 x 4 см. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: эритроциты – 4,3 *10¹²/л, Hb – 135 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 20 мм/ч, тромбоциты – 320 109 /л, лейкоциты – 10,3* 109 /л2. 2. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, внутривенные желчные протоки не расширены, общий желчный проток 6мм. Желчный пузырь нормальной формы и размеров, стенка 5 мм, в просвете конкремент 6 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной эхогенности, однородной структуры, проток 1мм, конкременты не визуализируются. Селезенка нормальных размеров, нормальной эхогенности и эхоструктуры.
В	1	Установите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте выставленный диагноз.
В	3	Назовите возможные осложнения данного заболевания.
В	4	Перечислите основные методы диагностики ЖКБ.
В	5	Перечислите основные медикаментозные и немедикаментозные лечебные мероприятия, показанные для данного пациента.

Чек-лист к ситуационной задаче №2

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст
С	31.08.28	Гастроэнтерология
К	ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
К	ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
К	ПК-1	Способен проводить и контролировать эффективность медицинских мероприятий по профилю "Гастроэнтерология" взрослого населения при различных физиологических состояниях (в том числе у беременных) и периодов жизни
К	ПК-2	Способен дифференцированно подходить к терапии заболеваний внутренних органов с учетом клинической фармакологии лекарственных препаратов
Ф	А/01.8	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

Ф	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		Больная Ж., 43 года, обратилась к врачу с жалобами на схваткообразные боли в правом подреберье, возникают после употребления жирной пищи через 30-40 минут и при езде в автомобиле, иррадиируют в правое плечо, лопатку, сопровождаются тошнотой, рвотой с примесью желчи; периодически горький вкус во рту, отрыжку горьким, слабость, недомогание, чувство неправильного сердцебиения во время болей в правом подреберье, проходит при уменьшении боли. Считает себя больной около недели, когда впервые во время длительной поездки за город появились боли в правом подреберье. Самостоятельно принимала но-шпу с незначительным положительным эффектом. Вчера после употребления копченой колбасы вновь появились боли и тошнота. Из анамнеза: Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: работает учителем. Питается не регулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко. Последние 4 года принимает препараты эстрогенов. Наследственность: у матери - ЖКБ, у отца – хронический панкреатит. Аллергологический анамнез не отягощен. Беременностей 4, родов 3. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Температура тела 36,5°С. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита чрезмерно, ИМТ 31.2 кг/м². Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 98 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 98 в мин. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Отделы толстого и тонкого кишечника пальпаторно не определяются, из-за выраженного подкожно-жирового слоя, область пальпации безболезненна. При глубокой пальпации определяется болезненность в точке желчного пузыря. Симптомы Кэра, Мэрфи, Ортнера, Мюсси-Георгиевского положительные. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 х 8 х 7см. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 х 4 см. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: эритроциты – 4,3 *10¹²/л, Hb – 135 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 20 мм/ч, тромбоциты – 320 10⁹ /л, лейкоциты – 10,3* 10⁹ /л². 2. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, внутрипеченочные желчные протоки не расширены, общий желчный проток 6мм. Желчный пузырь нормальной формы и размеров, стенка 5 мм, в просвете конкремент 6 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной эхогенности, однородной структуры, проток 1мм, конкременты не

		визуализируются. Селезенка нормальных размеров, нормальной эхогенности и эхоструктуры.
В	1	Установите наиболее вероятный диагноз.
Э		1. Желчнокаменная болезнь 2. Конкремент желчного пузыря 6 мм 3. Хронический калькулезный холецистит, обострение 4. Ожирение 1 степени (ИМТ 31.2 кг/м2)
P2	отлично	1. Желчнокаменная болезнь 2. Конкремент желчного пузыря 6 мм 3. Хронический калькулезный холецистит, обострение 4. Ожирение 1 степени (ИМТ 31.2 кг/м2)
P1	Хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: 1. Желчнокаменная болезнь 2. Конкремент желчного пузыря 6 мм 3. Хронический калькулезный холецистит, обострение Для оценки «удовлетворительно»: 1. Желчнокаменная болезнь 2. Конкремент желчного пузыря 6 мм
P0	неудовлетворительно	Желчнокаменная болезнь
В	2	Обоснуйте выставленный диагноз.
Э		Желчнокаменная болезнь. Конкремент желчного пузыря 6 мм. Хронический калькулезный холецистит, обострение. Ожирение 1 степени (ИМТ 31.2 кг/м2). Данный диагноз выставлен на основании: 1. Типичного болевого синдрома: схваткообразные боли в правом подреберье, возникают после употребления жирной пищи через 30-40 минут и при езде в автомобиле, иррадиируют в правое плечо, лопатку, сопровождаются тошнотой, рвотой. 2. Выявленных факторов риска развития ЖКБ в анамнезе: женский пол, ожирение, принимает препараты эстрогенов, 4 беременности и 3 родов в анамнезе, отягощённая наследственность. 3. Данных осмотра: Подкожно жировая клетчатка развита чрезмерно, ИМТ 31.2 кг/м2 . При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Отделы толстого и тонкого кишечника пальпаторно не определяются, из-за выраженного подкожно-жирового слоя, область пальпации безболезненна. При глубокой пальпации определяется болезненность в точке желчного пузыря. Симптомы Кэра, Мэрфи, Ортнера, Мюсси-Георгиевского положительные. 4. Данных ультразвукового исследования органов брюшной полости: Желчный пузырь нормальной формы и размеров, стенка 5 мм, в просвете конкремент 6 мм.
P2	отлично	Данный диагноз выставлен на основании: 1. Типичного болевого синдрома: схваткообразные боли в правом подреберье, возникают после употребления жирной пищи через 30-40 минут и при езде в автомобиле, иррадиируют в правое плечо, лопатку, сопровождаются тошнотой, рвотой. 2. Выявленных факторов риска развития ЖКБ в анамнезе: женский пол, ожирение, принимает препараты эстрогенов, 4 беременности и 3 родов в анамнезе, отягощённая наследственность. 3. Данных осмотра: Подкожно жировая клетчатка развита чрезмерно, ИМТ 31.2 кг/м2 . При пальпации мягкий, болезненный в правом

		подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Отделы толстого и тонкого кишечника пальпаторно не определяются, из-за выраженного подкожно-жирового слоя, область пальпации безболезненна. При глубокой пальпации определяется болезненность в точке желчного пузыря. Симптомы Кэра, Мэрфи, Ортнера, Мюсси-Георгиевского положительные. 4. Данных ультразвукового исследования органов брюшной полости: Желчный пузырь нормальной формы и размеров, стенка 5 мм, в просвете конкремент 6 мм.
P1	Хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Данный диагноз выставлен на основании: 1. Типичного болевого синдрома: схваткообразные боли в правом подреберье, возникают после употребления жирной пищи через 30-40 минут и при езде в автомобиле, иррадиируют в правое плечо, лопатку, сопровождаются тошнотой, рвотой. 3. Данных осмотра: Подкожно жировая клетчатка развита чрезмерно, ИМТ 31.2 кг/м². При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Отделы толстого и тонкого кишечника пальпаторно не определяются, из-за выраженного подкожно-жирового слоя, область пальпации безболезненна. При глубокой пальпации определяется болезненность в точке желчного пузыря. Симптомы Кэра, Мэрфи, Ортнера, Мюсси-Георгиевского положительные. 4. Данных ультразвукового исследования органов брюшной полости: Желчный пузырь нормальной формы и размеров, стенка 5 мм, в просвете конкремент 6 мм. Для оценки «удовлетворительно»: Данный диагноз выставлен на основании: 1. Типичного болевого синдрома: схваткообразные боли в правом подреберье, возникают после употребления жирной пищи через 30-40 минут и при езде в автомобиле, иррадиируют в правое плечо, лопатку, сопровождаются тошнотой, рвотой. 3. Данных осмотра: Подкожно жировая клетчатка развита чрезмерно, ИМТ 31.2 кг/м². При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Отделы толстого и тонкого кишечника пальпаторно не определяются, из-за выраженного подкожно-жирового слоя, область пальпации безболезненна. При глубокой пальпации определяется болезненность в точке желчного пузыря. Симптомы Кэра, Мэрфи, Ортнера, Мюсси-Георгиевского положительные.
P0	неудовлетворительно	Данный диагноз выставлен на основании: Данных ультразвукового исследования органов брюшной полости: Желчный пузырь нормальной формы и размеров, стенка 5 мм, в просвете конкремент 6 мм.
B	3	Назовите возможные осложнения данного заболевания.
Э		1. Острый холецистит, холангит, панкреатит, вторичный билиарный цирроз 2. Эмпиема, гангрена, перфорация, пенетрация, свищ, жёлчный перитонит 3. Осложнения, обусловленные нарушением проходимости: механическая желтуха, желчнокаменная кишечная непроходимость 4. Рак желчного пузыря
P2	отлично	1. Острый холецистит, холангит, панкреатит, вторичный билиарный

		цирроз 2. Эмпиема, гангрена, перфорация, пенетрация, свищ, жёлчный перитонит 3. Осложнения, обусловленные нарушением проходимости: механическая желтуха, желчнокаменная кишечная непроходимость 4. Рак желчного пузыря
P1	Хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: 1. Острый холецистит, холангит, панкреатит, вторичный билиарный цирроз 2. Эмпиема, гангрена, перфорация, пенетрация, свищ, жёлчный перитонит 3. Осложнения, обусловленные нарушением проходимости: механическая желтуха, желчнокаменная кишечная непроходимость Для оценки «удовлетворительно»: 1. Острый холецистит, холангит, панкреатит, вторичный билиарный цирроз 2. Эмпиема, гангрена, перфорация, пенетрация, свищ, жёлчный перитонит
P0	неудовлетворительно	Острый холецистит, холангит, панкреатит, вторичный билиарный цирроз
B	4	Перечислите основные методы диагностики ЖКБ.
Э		1. Данные анамнеза (выявление факторов риска развития ЖКБ) 2. Данные опроса и осмотра 3. Инструментальные методы диагностики (УЗИ ОБП, Рентгенография ОБП, ЭГДС, КТ, МРТ и др) 4. Лабораторные методы исследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, общий и прямой билирубин, ЩФ, ГГТ), общий анализ мочи, копрограмма
P2	отлично	1. Данные анамнеза (выявление факторов риска развития ЖКБ) 2. Данные опроса и осмотра 3. Инструментальные методы диагностики (УЗИ ОБП, Рентгенография ОБП, ЭГДС, КТ, МРТ и др) 4. Лабораторные методы исследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, общий и прямой билирубин, ЩФ, ГГТ), общий анализ мочи, копрограмма
P1	Хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: 1. Данные анамнеза (выявление факторов риска развития ЖКБ) 2. Данные опроса и осмотра 3. Инструментальные методы диагностики (УЗИ ОБП, Рентгенография ОБП, ЭГДС, КТ, МРТ и др) Для оценки «удовлетворительно»: 1. Данные анамнеза (выявление факторов риска развития ЖКБ) 2. Данные опроса и осмотра
P0	неудовлетворительно	Данные анамнеза (выявление факторов риска развития ЖКБ)
B	5	Перечислите основные медикаментозные и немедикаментозные лечебные мероприятия, показанные для данного пациента.
Э		1. Снижение массы тела и её поддержание 2. Диета: Рекомендуется дробное 4-6 разовое питание с исключением продуктов, усиливающих желчеотделение, секрецию желудка и поджелудочной железы. Исключают копчёности, тугоплавкие жиры, раздражающие приправы. Диета должна включать большое количество растительной клетчатки.

		3. Пероральная литолитическая терапия: Урсодезоксихолевая кислота в дозе 10 мг/кг в сутки однократно всю дозу вечером перед сном, запивая большим количеством воды. Лечение УДХК проводят под контролем УЗИ каждые 3–6 мес. Отсутствие признаков уменьшения количества и размеров камней через 6 мес лечения свидетельствует о неэффективности терапии. 4. Симптоматическая терапия: Для купирования билиарной колики можно применять спазмолитики различных классов, которые для получения быстрого эффекта целесообразно вводить парентерально. Гиосцина бутилбромид: прием «по требованию» 10–20 мг внутрь или в суппозиториях либо курсовое лечение по 10–20 мг 3 раза в день в течение 10–30 дней. Мебеверин: «по требованию» 200 мг внутрь, либо курсовое лечение по 200 мг 2 раза в день за 20 мин до еды в течение 10–30 дней. Для купирования диспепсических явлений, часто сопутствующих ЖКБ («плохая переносимость жирной и обильной пищи») - спазмолитики, пеногасители, а также гимекромон, оказывающий холецистокининоподобное действие
P2	отлично	1. Снижение массы тела и её поддержание 2. Диета: Рекомендуется дробное 4-6 разовое питание с исключением продуктов, усиливающих желчеотделение, секрецию желудка и поджелудочной железы. Исключают копчености, тугоплавкие жиры, раздражающие приправы. Диета должна включать большое количество растительной клетчатки. 3. Пероральная литолитическая терапия: УДХК в дозе 10 мг/кг в сутки однократно всю дозу вечером перед сном, запивая большим количеством воды. Лечение УДХК проводят под контролем УЗИ каждые 3–6 мес. Отсутствие признаков уменьшения количества и размеров камней через 6 мес лечения свидетельствует о неэффективности терапии. 4. Симптоматическая терапия: Для купирования билиарной колики можно применять спазмолитики различных классов, которые для получения быстрого эффекта целесообразно вводить парентерально. Гиосцина бутилбромид: прием «по требованию» 10–20 мг внутрь или в суппозиториях либо курсовое лечение по 10–20 мг 3 раза в день в течение 10–30 дней. Мебеверин: «по требованию» 200 мг внутрь, либо курсовое лечение по 200 мг 2 раза в день за 20 мин до еды в течение 10–30 дней. Для купирования диспепсических явлений, часто сопутствующих ЖКБ («плохая переносимость жирной и обильной пищи») - спазмолитики, пеногасители, а также гимекромон, оказывающий холецистокининоподобное действие
P1	Хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: 1. Снижение массы тела и её поддержание 2. Диета: Рекомендуется дробное 4-6 разовое питание с исключением продуктов, усиливающих желчеотделение, секрецию желудка и поджелудочной железы. Исключают копчености, тугоплавкие жиры, раздражающие приправы. Диета должна включать большое количество растительной клетчатки. 3. Пероральная литолитическая терапия: УДХК в дозе 10 мг/кг в сутки однократно всю дозу вечером перед сном, запивая большим количеством воды. Лечение УДХК проводят под контролем УЗИ каждые 3–6 мес. Отсутствие признаков уменьшения количества и

		размеров камней через 6 мес лечения свидетельствует о неэффективности терапии. Для оценки «удовлетворительно»: 1. Диета: Рекомендуются дробное 4-6 разовое питание с исключением продуктов, усиливающих желчеотделение, секрецию желудка и поджелудочной железы. Исключают копчености, тугоплавкие жиры, раздражающие приправы. Диета должна включать большое количество растительной клетчатки. 2. Пероральная литолитическая терапия: УДХК в дозе 10 мг/кг в сутки однократно всю дозу вечером перед сном, запивая большим количеством воды. Лечение УДХК проводят под контролем УЗИ каждые 3–6 мес. Отсутствие признаков уменьшения количества и размеров камней через 6 мес лечения свидетельствует о неэффективности терапии.
P0	неудовлетворительно	Диета: Рекомендуются дробное 4-6 разовое питание с исключением продуктов, усиливающих желчеотделение, секрецию желудка и поджелудочной железы. Исключают копчености, тугоплавкие жиры, раздражающие приправы. Диета должна включать большое количество растительной клетчатки.
O	Итоговая оценка	
A	Ф.И.О. автора-составителя	Мокшина М.В.

Ситуационная задача №3

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст
C	31.08.28	Гастроэнтерология
K	ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
K	ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
K	ПК-1	Способен проводить и контролировать эффективность медицинских мероприятий по профилю "Гастроэнтерология" взрослого населения при различных физиологических состояниях (в том числе у беременных) и периодов жизни
K	ПК-2	Способен дифференцированно подходить к терапии заболеваний внутренних органов с учетом клинической фармакологии лекарственных препаратов
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
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Пациент А., 28 лет, обратился к врачу с жалобами на умеренные боли в эпигастральной области, возникающие через 20-30 минут после приема пищи, а также на боли проходящие после приема пищи, без иррадиации, отрыжку кислым, изжогу, неприятный вкус во рту, запоры. Из анамнеза заболевания: считает себя больным около года, ранее за медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимает альмагель с положительным эффектом. Три дня назад, после погрешностей в диете, усилились боли, отрыжка, изжога, в связи с чем, обратился к врачу. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез: работает шофером,

		часто не регулярный прием пищи и еда всухомятку. Вредные привычки: курит 8 лет по 1 пачке сигарет в день, алкоголь употребляет редко. Наследственность: мать здорова, у отца – язвенная болезнь желудка. Аллергологический анамнез неотягощен. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,5°C. Астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые, влажные. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1,5 см кнутри от СКЛ. Тоны сердца ясные, ритмичные, 68 уд/мин. АД 120/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Перитонеальные симптомы Менделя и Щеткина-Блюмберга отрицательные. При глубокой пальпации все отделы толстого кишечника безболезненные, эластичные. Определяется болезненность при пальпации тела и большой кривизны желудка. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются, область пальпации безболезненна, симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: Нб – 126 г/л, эр. - 4,1×10¹²/л, ЦП - 0,95, лейкоц. – 7,1×10⁹/л, э - 4%, п/я - 3%, с/я - 54%, л - 31%, м - 8%, СОЭ - 9 мм/час. 2. ОАМ: уд. вес – 1019, белок – отр., эритроциты – отр., лейкоциты – 2-3 в поле зрения. 3. ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая розовая, чистая. Желудок обычной формы и размеров, в антральной части желудка слизистая оболочка блестящая с налетом фибрина, отечная, гиперемированная. Взята биопсия. 4. Данные биопсии: выявлен <i>Helicobacter pylori</i>. (уреазный тест 3+)
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
В	2	Обоснуйте выставленный диагноз
В	3	Назначьте дополнительное обследование
В	4	Перечислите инвазивные методы обнаружения <i>H. pylori</i>
В	5	Перечислите основные медикаментозные и немедикаментозные лечебные мероприятия, показанные для данного пациента.

Чек-лист к ситуационной задаче №3

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст
С	31.08.28	Гастроэнтерология
К	ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
К	ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
К	ПК-1	Способен проводить и контролировать эффективность медицинских мероприятий по профилю "Гастроэнтерология" взрослого населения при различных физиологических состояниях (в том числе у беременных) и периодов жизни
К	ПК-2	Способен дифференцированно подходить к терапии заболеваний внутренних органов с учетом клинической фармакологии лекарственных препаратов
Ф	А/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
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Пациент А., 28 лет, обратился к врачу с жалобами на умеренные боли в эпигастральной области, возникающие через 20-30 минут после приема пищи, а также на боли проходящие после приема пищи, без иррадиации, отрыжку кислым, изжогу, неприятный вкус во рту, запоры. Из анамнеза заболевания: считает себя больным около года, ранее за медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимает альмагель с положительным эффектом. Три дня назад, после погрешностей в диете, усилились боли, отрыжка, изжога, в связи с чем, обратился к врачу. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез: работает шофером, часто не регулярный прием пищи и еда всухомятку. Вредные привычки: курит 8 лет по 1 пачке сигарет в день, алкоголь употребляет редко. Наследственность: мать здорова, у отца – язвенная болезнь желудка. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,5°C. Астеничного телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые, влажные. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1,5 см кнутри от СКЛ. Тоны сердца ясные, ритмичные, 68 уд/мин. АД 120/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Перитонеальные симптомы Менделя и Щеткина-Блюмберга отрицательные. При глубокой пальпации все отделы толстого кишечника безболезненные, эластичные. Определяется болезненность при пальпации тела и большой кривизны желудка. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются, область пальпации безболезненна, симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: Hb – 126 г/л, эр. - 4,1×10¹²/л, ЦП - 0,95, лейко. – 7,1×10⁹/л, э - 4%, п/я - 3%, с/я - 54%, л - 31%, м - 8%, СОЭ - 9 мм/час. 2. ОАМ: уд. вес – 1019, белок – отр., эритроциты – отр., лейкоциты – 2-3 в поле зрения. 3. ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая розовая, чистая. Желудок обычной формы и размеров, в антральной части желудка слизистая оболочка блестящая с налетом фибрина, отечная, гиперемированная. Взята биопсия. 4. Данные биопсии: выявлен <i>H. pylori</i>. (уреазный тест 3+)
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э		Хронический антральный гастрит, <i>Helicobacter pylori</i> ассоциированный, обострение.
P2	отлично	Указываются дескрипторы полного ответа на вопрос Хронический антральный гастрит, <i>Helicobacter pylori</i> ассоциированный, обострение.
P1	Хорошо/	Для оценки «хорошо»:

	удовлетворительно	Хронический антральный гастрит, <i>Helicobacter pylori</i> ассоциированный. Для оценки «удовлетворительно»: Хронический антральный гастрит
P0	неудовлетворительно	Диагноз не установлен
B	2	Обоснуйте выставленный диагноз
Э		Диагноз выставлен на основании: 1. характерной клинической картины (голодные и ранние боли в эпигастрии); 2. наличия факторов риска (курение, нарушение диеты и отягощенная наследственность); 3. данных ФГДС: отсутствие язвенного дефекта и наличие признаков антрального гастрита; обнаружения <i>H. pylori</i> .
P2	отлично	Диагноз выставлен на основании: 1. характерной клинической картины (голодные и ранние боли в эпигастрии); 2. наличия факторов риска (курение, нарушение диеты и отягощенная наследственность); 3. данных ФГДС: отсутствие язвенного дефекта и наличие признаков антрального гастрита; обнаружения <i>H. pylori</i> .
P1	Хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: 1. характерной клинической картины (голодные и ранние боли в эпигастрии); 2. наличия факторов риска (курение, нарушение диеты и отягощенная наследственность); 3. данных ФГДС: отсутствие язвенного дефекта и наличие признаков антрального гастрита; Для оценки «удовлетворительно»: 1. характерной клинической картины (голодные и ранние боли в эпигастрии); 2. наличия факторов риска (курение, нарушение диеты и отягощенная наследственность);
P0	неудовлетворительно	1. характерной клинической картины (голодные и ранние боли в эпигастрии);
B	3	Назначьте дополнительное обследование
Э		1. Референсный метод диагностики инфекции <i>H. pylori</i> : 13С-уреазный дыхательный тест или определение антигена <i>H. pylori</i> в кале 2. Биохимический анализ крови 3. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости 4. Копрограмма
P2	отлично	1. Референсный метод диагностики инфекции <i>H. pylori</i> : 13С-уреазный дыхательный тест или определение антигена <i>H. pylori</i> в кале 2. Биохимический анализ крови 3. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости 4. Копрограмма
P1	Хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: 1. Референсный метод диагностики инфекции <i>H. pylori</i> : 13С-уреазный дыхательный тест или определение антигена <i>H. pylori</i> в кале 2. Биохимический анализ крови 3. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости Для оценки «удовлетворительно»:

		1. Референсный метод диагностики инфекции H. pylori: 13С-уреазный дыхательный тест или определение антигена H. pylori в кале 2. Биохимический анализ крови
P0	неудовлетворительно	1. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости
B	4	Перечислите инвазивные методы обнаружения H. pylori
Э		1. 13С уреазный дыхательный тест 2. Определение антигена H.Pylori в кале 3. Определение антител к H.Pylori 4. Выявление ДНК H.Pylori в кале
P2	отлично	1. 13С уреазный дыхательный тест 2. Определение антигена H.Pylori в кале 3. Определение антител к H.Pylori 4. Выявление ДНК H.Pylori в кале
P1	Хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: 1. 13С уреазный дыхательный тест 2. Определение антигена H.Pylori в кале 3. Определение антител к H.Pylori Для оценки «удовлетворительно»: 1. 13С уреазный дыхательный тест 2. Определение антигена H.Pylori в кале
P0	неудовлетворительно	1. Выявление ДНК H.Pylori в кале
B	5	Перечислите основные медикаментозные и немедикаментозные лечебные мероприятия, показанные для данного пациента.
Э		1. Амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней 2. Кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней 3. Эзомепразол или Рабепразол 20 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней 4. Висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней
P2	отлично	1. Амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней 2. Кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней 3. Эзомепразол или Рабепразол 20 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней 4. Висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней
P1	Хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: 1. Амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней 2. Кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней 3. Эзомепразол или Рабепразол 20 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней Для оценки «удовлетворительно»: 1. Амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней 2. Кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней
P0	неудовлетворительно	1. Эзомепразол или Рабепразол 20 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней
O	Итоговая оценка	
A	Ф.И.О. автора-составителя	Мокшина М.В.

Ситуационная задача №4

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст
C	31.08.28	Гастроэнтерология

К	ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
К	ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
К	ПК-1	Способен проводить и контролировать эффективность медицинских мероприятий по профилю "Гастроэнтерология" взрослого населения при различных физиологических состояниях (в том числе у беременных) и периодов жизни
К	ПК-2	Способен дифференцированно подходить к терапии заболеваний внутренних органов с учетом клинической фармакологии лекарственных препаратов
Ф	А/01.8	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
Ф	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		Женщина 32 года обратилась в поликлинику к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на неоформленный стул с примесью слизи и крови до 4 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца. Из анамнеза: В мае 2015 года проходила стационарное лечение в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом: Язвенный колит, стадия обострения. Проведен курс лечения: месалазин, преднизолон и азатиоприн. Явления кишечного кровотечения купированы и больная выписана на амбулаторное лечение с рекомендациями приема месалазина 3 гр. В сутки и азатиоприна до 150мг в сутки. Лечение получала в течение 1 месяца, далее в связи с улучшением состояния принимать препараты перестала, на приём к гастроэнтерологу не ходила. Настоящее ухудшение 3 месяца назад, когда пациентка вновь стала отмечать боли в животе, кашицеобразный стул с примесью крови и слизи до 4-5 раз в сутки. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжала. Курила 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратила. Злоупотребление алкоголем отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°С. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст.). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезёнки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Общий анализ крови: эритроциты – 2,7×10¹²/л, Hb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – 270×10¹²/л, лейкоциты – 7,0×10⁹ /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч. Железо крови – 9,8 мкмоль/л (норма 12- 26 мкмоль/л) ОЖСС – 90 мкмоль/л. (норма до 85 мкмоль/л) Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения Фиброколоноскопия от 2015 года: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый

		рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.
В	1	Установите наиболее вероятный диагноз
В	2	Назовите возможные осложнения данного заболевания
В	3	Составьте план обследования.
В	4	Сформулируйте окончательный диагноз используя, результаты обследований: Видеокколоноскопия: Выявлено левостороннее поражение толстого кишечника: слизистая сигмовидной кишки гиперемирована, отечна, ранима при контакте, множественные крипт – абсцессы, ингибирована гнойным отделяемым. Гистологически выявлен язвенный колит с умеренной активностью.
В	5	Назначьте лечение

Чек-лист к ситуационной задаче №4

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст
С	31.08.28	Гастроэнтерология
К	ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
К	ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
К	ПК-1	Способен проводить и контролировать эффективность медицинских мероприятий по профилю "Гастроэнтерология" взрослого населения при различных физиологических состояниях (в том числе у беременных) и периодов жизни
К	ПК-2	Способен дифференцированно подходить к терапии заболеваний внутренних органов с учетом клинической фармакологии лекарственных препаратов
Ф	А/01.8	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
Ф	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		Женщина 32 года обратилась в поликлинику к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на неоформленный стул с примесью слизи и крови до 4 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца. Из анамнеза: В мае 2015 года проходила стационарное лечение в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом: Язвенный колит, стадия обострения. Проведен курс лечения: месалазин, преднизолон и азатиоприн. Явления кишечного кровотечения купированы и больная выписана на амбулаторное лечение с рекомендациями приема месалазина 3 гр. В сутки и азатиоприна до 150мг в сутки. Лечение получала в течение 1 месяца, далее в связи с улучшением состояния принимать препараты перестала, на приём к гастроэнтерологу не ходила. Настоящее ухудшение 3 месяца назад, когда пациентка вновь стала отмечать боли в животе, кашицеобразный стул с примесью крови и слизи до 4-5 раз в сутки.

		Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжала. Курила 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратила. Злоупотребление алкоголем отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°C. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст.). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезёнки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Общий анализ крови: эритроциты – 2,7×10¹²/л, Hb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – 270×10¹²/л, лейкоциты – 7,0×10⁹ /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч. Железо крови – 9,8 мкмоль/л (норма 12- 26 мкмоль/л) ОЖСС – 90 мкмоль/л. (норма до 85 мкмоль/л) Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения Фиброколоноскопия от 2015 года: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.
В	1	Установите наиболее вероятный диагноз
Э		1. Язвенный колит 2. Хроническое редко рецидивирующее течение 3. Среднетяжёлая атака 4. Железодефицитная анемия лёгкой степени тяжести
P2	отлично	1. Язвенный колит 2. Хроническое редко рецидивирующее течение 3. Среднетяжёлая атака 4. Железодефицитная анемия лёгкой степени тяжести
P1	Хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: 1. Язвенный колит 2. Хроническое редко рецидивирующее течение 3. Среднетяжёлая атака Для оценки «удовлетворительно»: 1. Язвенный колит 2. Хроническое редко рецидивирующее течение
P0	неудовлетворительно	1. Язвенный колит
В	2	Назовите возможные осложнения данного заболевания
Э		1. Перфорация толстого кишечника 2. Токсическая дилатация толстого кишечника 3. Массивные кишечные кровотечения 4. Колоректальный рак
P2	отлично	1. Перфорация толстого кишечника 2. Токсическая дилатация толстого кишечника 3. Массивные кишечные кровотечения 4. Колоректальный рак

P1	Хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: 1. Перфорация толстого кишечника 2. Токсическая дилатация толстого кишечника 3. Массивные кишечные кровотечения Для оценки «удовлетворительно»: 1. Перфорация толстого кишечника 2. Токсическая дилатация толстого кишечника
P0	неудовлетворительно	1. Перфорация толстого кишечника
B	3	Составьте план обследования.
Э		1. Клинические лабораторные исследования (общий анализ крови, копрограмма, исследование кала на токсины A,B Cl. Difficile 2. 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, 3. Инструментальные методы исследования(Тотальная фиброколоноскопия с прицельной биопсией, ЭГДС, УЗИ ОБП, ректороманоскопия – как контроль лечения). 4. Консультация фтизиатра в случае решения о проведении биологической терапии. (скрининг на туберкулез (рентгенография органов грудной клетки, квантифероновый тест, при невозможности его проведения — проба Манту, Диаскин-тест)
P2	отлично	1. Клинические лабораторные исследования (общий анализ крови, копрограмма, исследование кала на токсины A,B Cl. Difficile 2. 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, 3. Инструментальные методы исследования(Тотальная фиброколоноскопия с прицельной биопсией, ЭГДС, УЗИ ОБП, ректороманоскопия – как контроль лечения). 4. Консультация фтизиатра в случае решения о проведении биологической терапии. (скрининг на туберкулез (рентгенография органов грудной клетки, квантифероновый тест, при невозможности его проведения — проба Манту, Диаскин-тест)
P1	Хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: 1. Клинические лабораторные исследования (общий анализ крови, копрограмма, исследование кала на токсины A,B Cl. Difficile 2. 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, 3. Инструментальные методы исследования(Тотальная фиброколоноскопия с прицельной биопсией, ЭГДС, УЗИ ОБП, ректороманоскопия – как контроль лечения). Для оценки «удовлетворительно»: 1. Клинические лабораторные исследования (общий анализ крови, копрограмма, исследование кала на токсины A,B Cl. Difficile 2. 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,

P0	неудовлетворительно	Клинические лабораторные исследования (общий анализ крови, копрограмма, исследование кала на токсины A,B Cl. Difficile
B	4	Сформулируйте окончательный диагноз используя, результаты обследований: Видеоколоноскопия: Выявлено левостороннее поражение толстого кишечника: слизистая сигмовидной кишки гиперемирована, отечна, ранима при контакте, множественные крипт – абсцессы, ингибирована гнойным отделяемым. Гистологически выявлен язвенный колит с умеренной активностью.
Э		1. Язвенный колит, 2. Левостороннее поражение, 3. Хроническое редко рецидивирующее течение с умеренной эндоскопической активностью. 4. Железодефицитная анемия легкой степени тяжести.
P2	отлично	1. Язвенный колит, 2. Левостороннее поражение, 3. Хроническое редко рецидивирующее течение с умеренной эндоскопической активностью. 4. Железодефицитная анемия легкой степени тяжести.
P1	Хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: 1. Язвенный колит, 2. Левостороннее поражение, 3. Хроническое редко рецидивирующее течение с умеренной эндоскопической активностью. Для оценки «удовлетворительно»: 1. Язвенный колит, 2. Левостороннее поражение
P0	неудовлетворительно	1. Язвенный колит
B	5	Назначьте лечение.
Э		Среднетяжёлая атака. При первой атаке или рецидиве необходимо назначить: 1. Месалазин в таблетках 4–5 г/сутки в комбинации с месалазином в клизмах 2–4 г/сутки. Для коррекции ЖДА: препараты железа (III)-гидроксид полимальтозного комплекса в суммарной суточной дозе 100 мг(пероральный прием) в течение 1,5 месяцев с контролем общего анализа крови 1 раз в месяц, при необходимости продление курса лечения до 3 месяцев 2. Терапевтический ответ оценивается в течение 2 недель. В случае ответа терапия пролонгируется до 6–8 недель. При достижении ремиссии проводится поддерживающая терапия месалазином 1,5–2 г/сут внутрь + месалазин в клизмах по 2 г 2 раза в неделю 3. При отсутствии эффекта от 5-АСК рекомендовано пероральное назначение топических (только при среднетяжёлой форме) или системных ГКС. Системные ГКС назначают в дозе, эквивалентной 60 мг преднизолона, топические (будесонид ММХ) в дозе 9 мг/сут в течение 8 недель. Показана комбинация с АЗА 2-2,5 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг. Снижение дозы системных ГКС рекомендовано производить до полной отмены. После 8-недельного приема будесонида ММХ, снижение дозы проводится через день в течение 1-2 недель до полной отмены. При достижении ремиссии дальнейшая поддерживающая терапия проводится АЗА 2 мг/кг/сут или 6-МП 1,5 мг/кг не менее 2 лет 4. При отсутствии эффекта от ГКС в течение 2 недель показано проведение биологической терапии (инфликсимаб, адалимумаб,

		голимумаб или ведолизумаб), начиная с индукционного курса, в дозах, соответствующих инструкции по применению. Для повышения эффективности лечения инфликсимаб рекомендуется комбинировать с иммуносупрессорами (АЗА 2 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг
P2	отлично	Среднетяжёлая атака. При первой атаке или рецидиве необходимо назначить: 1. Месалазин в таблетках 4–5 г/сутки в комбинации с месалазином в клизмах 2–4 г/сутки. Для коррекции ЖДА: препараты железа (III)-гидроксид полимальтозного комплекса в суммарной суточной дозе 100 мг(пероральный прием) в течение 1,5 месяцев с контролем общего анализа крови 1 раз в месяц, при необходимости продление курса лечения до 3 месяцев 2. Терапевтический ответ оценивается в течение 2 недель. В случае ответа терапия пролонгируется до 6–8 недель. При достижении ремиссии проводится поддерживающая терапия месалазином 1,5–2 г/сут внутрь + месалазин в клизмах по 2 г 2 раза в неделю 3. При отсутствии эффекта от 5-АСК рекомендовано пероральное назначение топических (только при среднетяжёлой форме) или системных ГКС. Системные ГКС назначают в дозе, эквивалентной 60 мг преднизолона, топические (будесонид ММХ) в дозе 9 мг/сут в течение 8 недель. Показана комбинация с АЗА 2-2,5 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг. Снижение дозы системных ГКС рекомендовано производить до полной отмены. После 8-недельного приема будесонида ММХ, снижение дозы проводится через день в течение 1-2 недель до полной отмены. При достижении ремиссии дальнейшая поддерживающая терапия проводится АЗА 2 мг/кг/сут или 6-МП 1,5 мг/кг не менее 2 лет 4. При отсутствии эффекта от ГКС в течение 2 недель показано проведение биологической терапии (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб или ведолизумаб), начиная с индукционного курса, в дозах, соответствующих инструкции по применению. Для повышения эффективности лечения инфликсимаб рекомендуется комбинировать с иммуносупрессорами (АЗА 2 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг
P1	Хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Среднетяжёлая атака. При первой атаке или рецидиве необходимо назначить: 1. Месалазин в таблетках 4–5 г/сутки в комбинации с месалазином в клизмах 2–4 г/сутки. Для коррекции ЖДА: препараты железа (III)-гидроксид полимальтозного комплекса в суммарной суточной дозе 100 мг(пероральный прием) в течение 1,5 месяцев с контролем общего анализа крови 1 раз в месяц, при необходимости продление курса лечения до 3 месяцев 2. Терапевтический ответ оценивается в течение 2 недель. В случае ответа терапия пролонгируется до 6–8 недель. При достижении ремиссии проводится поддерживающая терапия месалазином 1,5–2 г/сут внутрь + месалазин в клизмах по 2 г 2 раза в неделю 3. При отсутствии эффекта от 5-АСК рекомендовано пероральное назначение топических (только при среднетяжёлой форме) или системных ГКС. Системные ГКС назначают в дозе, эквивалентной 60 мг преднизолона, топические (будесонид ММХ) в дозе 9 мг/сут в течение 8 недель. Показана комбинация с АЗА 2-2,5 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг. Снижение дозы системных ГКС рекомендовано производить до полной отмены. После 8-недельного приема будесонида ММХ, снижение дозы проводится через день в течение 1-2 недель до полной отмены. При достижении ремиссии дальнейшая поддерживающая

		терапия проводится АЗА 2 мг/кг/сут или 6-МП 1,5 мг/кг не менее 2 лет 4. При отсутствии эффекта от ГКС в течение 2 недель показано проведение биологической терапии (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб или ведолизумаб), начиная с индукционного курса, в дозах, соответствующих инструкции по применению. Для повышения эффективности лечения инфликсимаб рекомендуется комбинировать с иммуносупрессорами (АЗА 2 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг Для оценки «удовлетворительно»: Среднетяжёлая атака. При первой атаке или рецидиве необходимо назначить: 1. Месалазин в таблетках 4–5 г/сутки в комбинации с месалазином в клизмах 2–4 г/сутки. Для коррекции ЖДА: препараты железа (III)-гидроксид полимальтозного комплекса в суммарной суточной дозе 100 мг(пероральный прием) в течение 1,5 месяцев с контролем общего анализа крови 1 раз в месяц, при необходимости продление курса лечения до 3 месяцев 2. Терапевтический ответ оценивается в течение 2 недель. В случае ответа терапия пролонгируется до 6–8 недель. При достижении ремиссии проводится поддерживающая терапия месалазином 1,5–2 г/сут внутрь + месалазин в клизмах по 2 г 2 раза в неделю 3. При отсутствии эффекта от 5-АСК рекомендовано пероральное назначение топических (только при среднетяжёлой форме) или системных ГКС. Системные ГКС назначают в дозе, эквивалентной 60 мг преднизолона, топические (будесонид ММХ) в дозе 9 мг/сут в течение 8 недель. Показана комбинация с АЗА 2-2,5 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг. Снижение дозы системных ГКС рекомендовано производить до полной отмены. После 8-недельного приема будесонида ММХ, снижение дозы проводится через день в течение 1-2 недель до полной отмены. При достижении ремиссии дальнейшая поддерживающая терапия проводится АЗА 2 мг/кг/сут или 6-МП 1,5 мг/кг не менее 2 лет 4. При отсутствии эффекта от ГКС в течение 2 недель показано проведение биологической терапии (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб или ведолизумаб), начиная с индукционного курса, в дозах, соответствующих инструкции по применению. Для повышения эффективности лечения инфликсимаб рекомендуется комбинировать с иммуносупрессорами (АЗА 2 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг
P0	неудовлетворительно	Месалазин в таблетках 4–5 г/сутки в комбинации с месалазином в клизмах 2–4 г/сутки
O	Итоговая оценка	
A	Ф.И.О. автора-составителя	Мокшина М.В.

Ситуационная задача №5

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст
С	31.08.28	Гастроэнтерология
К	ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
К	ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
К	ПК-1	Способен проводить и контролировать эффективность медицинских мероприятий по профилю "Гастроэнтерология" взрослого населения при

		различных физиологических состояниях (в том числе у беременных) и периодов жизни
К	ПК-2	Способен дифференцированно подходить к терапии заболеваний внутренних органов с учетом клинической фармакологии лекарственных препаратов
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
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мужчина 49 лет обратился к гастроэнтерологу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, желтушность кожных покровов почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту, кожный зуд. Считает себя больным в течение полугода, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья. За медицинской помощью не обращался. Настоящее обострение в течение недели, когда после употребления значительного количества алкогольных напитков на день рождения усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость, появилась желтушность кожи и склер. Операций, гемотрансфузий не было. Хронические заболевания отрицает. Постоянный приём лекарственных средств отрицает. Курит 5-7 сигарет в день на протяжении 20 лет, Алкоголь употребляет практически каждый день в количестве 200 мл водки на протяжении 15 лет. Состоит на учёте у нарколога. Работает начальником отдела продаж. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост-177 см, вес -79 кг, ИМТ 25,2кг/м2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры желтушные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 72 в 1 мин; АД-130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот вздут, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотной консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезёнка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При предварительном обследовании выявлено: Клинический анализ крови: повышена СОЭ до 25 мм/ ч, остальные показатели в пределах нормы. Биохимический анализ крови: Общий билирубин 35 мкмоль/л (при норме 8.5-20.5), непрямой 29,5 мкмоль/л, прямой 5.5 мкмоль/л, АСТ- 225 ед/л, АЛТ – 128 ед/л, ГГТП – 125 ед/л, ЩФ – 145 ед/л, альбумин – 34 г/л, остальные показатели в пределах нормы. Коагулограмма: Протромбиновое время 16 сек, фибриноген 1,8 г/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Маркёры вирусных гепатитов: HBsAg отрицательно, а-HCV отрицательно.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
В	2	Перечислите возможные осложнения данного заболевания
В	3	Определите степень тяжести заболевания.
В	4	Перечислите методы определения степени фиброза печени.
В	5	Какова тактика ведения больного для врача гастроэнтеролога поликлиники?

Чек-лист к ситуационной задаче №5

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст
С	31.08.28	Гастроэнтерология

К	ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
К	ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
К	ПК-1	Способен проводить и контролировать эффективность медицинских мероприятий по профилю "Гастроэнтерология" взрослого населения при различных физиологических состояниях (в том числе у беременных) и периодов жизни
К	ПК-2	Способен дифференцированно подходить к терапии заболеваний внутренних органов с учетом клинической фармакологии лекарственных препаратов
Ф	А/01.8	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
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мужчина 49 лет обратился к гастроэнтерологу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, желтушность кожных покровов почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту, кожный зуд. Считает себя больным в течение полугода, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья. За медицинской помощью не обращался. Настоящее обострение в течение недели, когда после употребления значительного количества алкогольных напитков на день рождения усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость, появилась желтушность кожи и склер. Операций, гемотрансфузий не было. Хронические заболевания отрицает. Постоянный приём лекарственных средств отрицает. Курит 5-7 сигарет в день на протяжении 20 лет, Алкоголь употребляет практически каждый день в количестве 200 мл водки на протяжении 15 лет. Состоит на учёте у нарколога. Работает начальником отдела продаж. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост-177 см, вес -79 кг, ИМТ 25,2кг/м2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры желтушные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 72 в 1 мин; АД-130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот вздут, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотной консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезёнка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При предварительном обследовании выявлено: Клинический анализ крови: повышена СОЭ до 25 мм/ ч, остальные показатели в пределах нормы. Биохимический анализ крови: Общий билирубин 35 мкмоль/л (при норме 8.5-20.5), не прямой 29,5 мкмоль/л, прямой 5.5 мкмоль/л, АСТ- 225 ед/л, АЛТ – 128 ед/л, ГГТП – 125 ед/л, ЩФ – 145 ед/л, альбумин – 34 г/л, остальные показатели в пределах нормы. Коагулограмма: Протромбиновое время 16 сек, фибриноген 1,8 г/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Маркёры вирусных гепатитов: HBsAg отрицательно, а-HCV отрицательно.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э		Алкогольная болезнь печени: алкогольный стеатогепатит, с синдромами

		гепатомегалии, желтухи, цитолиза, холестаза. Фиброз не уточнён. Желательно в форме нумерованного списка (3 и более пунктов) 1. Алкогольная болезнь печени 2. Алкогольный стеатогепатит 3. С синдромами гепатомегалии, желтухи, цитолиза, холестаза 4. Фиброз не уточнён
P2	отлично	Указываются дескрипторы полного ответа на вопрос Алкогольная болезнь печени: алкогольный стеатогепатит, средней степени тяжести, с синдромами гепатомегалии, желтухи, цитолиза, холестаза. Фиброз не уточнён.
P1	Хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Алкогольная болезнь печени: алкогольный стеатогепатит, с синдромами гепатомегалии, желтухи, цитолиза, холестаза. Фиброз не уточнён. Для оценки «удовлетворительно»: Алкогольная болезнь печени
P0	неудовлетворительно	Диагноз не установлен
B	2	Перечислите возможные осложнения данного заболевания
Э		1. Цирроз печени 2. Желудочно-кишечное кровотечение 3. Печёчно клеточная недостаточность 4. Инфекционные осложнения.
P2	отлично	1. Цирроз печени 2. Желудочно-кишечное кровотечение 3. Печёчно клеточная недостаточность 4. Инфекционные осложнения.
P1	Хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: 1. Цирроз печени 2. Желудочно-кишечное кровотечение 3. Печёчно клеточная недостаточность Для оценки «удовлетворительно»: 1. Цирроз печени 2. Желудочно-кишечное кровотечение
P0	неудовлетворительно	Цирроз печени
B	3	Оцените степень тяжести заболевания у данного пациента?
Э		Определение степени тяжести, прогноза и выбора врачебной тактики осуществляется с учётом определения прогностического индекса Мэддрей (Maddrey score). $DF = 4,6 \times (ПВ_{\text{больного}} - ПВ_{\text{контроля}}) + \text{Сывороточный билирубин.}$ Интерпретация результатов: при значении $DF \geq 32$ вероятность летального исхода в отсутствие специфического лечения в течение ближайшего месяца варьирует от 35 до 50%. Это значение принято в качестве критерия тяжелого алкогольного гепатита и в таком случае пациенту необходимо начать лечение глюкокортикостероидами. В данном случае у пациента индекс Мэддрей менее 32, таким образом у данного пациента средняя степень тяжести алкогольного гепатита.
P2	отлично	Определение степени тяжести, прогноза и выбора врачебной тактики осуществляется с учётом определения прогностического индекса Мэддрей (Maddrey score). $DF = 4,6 \times (ПВ_{\text{больного}} - ПВ_{\text{контроля}}) + \text{Сывороточный билирубин.}$

		Интерпретация результатов: при значении $DF \geq 32$ вероятность летального исхода в отсутствие специфического лечения в течение ближайшего месяца варьирует от 35 до 50%. Это значение принято в качестве критерия тяжелого алкогольного гепатита и в таком случае пациенту необходимо начать лечение глюкокортикостероидами. В данном случае у пациента индекс Мэддрея менее 32, таким образом у данного пациента средняя степень тяжести алкогольного гепатита.
P1	Хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Определение степени тяжести, прогноза и выбора врачебной тактики осуществляется с учётом определения прогностического индекса Мэддрея (Maddrey score). $DF = 4,6 \times (\text{ПВбольного} - \text{ПВконтроля}) + \text{Сывороточный билирубин}$. В данном случае у пациента индекс Мэддрея более 32, таким образом у данного пациента тяжёлая степень тяжести Для оценки «удовлетворительно»: Учитывая клиническую картину, можно установить среднюю степень тяжести
P0	неудовлетворительно	Ответ не дан. Степень тяжести не определена
B	4	При помощи каких методов возможно определить степень фиброза печени?
Э		1. Для определения степени фиброза при алкогольной болезни печени наиболее надёжным инструментов является метод определения плотности печени Фиброскан 2. Ультразвуковое исследование печени в В режиме 3. Рентгенологические методы (КТ и МРТ) 4. Расчётные биохимические шкалы
P2	отлично	1. Для определения степени фиброза при алкогольной болезни печени наиболее надёжным инструментов является метод определения плотности печени Фиброскан 2. Ультразвуковое исследование печени в В режиме 3. Рентгенологические методы (КТ и МРТ) 4. Расчётные биохимические шкалы
P1	Хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: 1. Для определения степени фиброза при алкогольной болезни печени наиболее надёжным инструментов является метод определения плотности печени Фиброскан 2. Ультразвуковое исследование печени в В режиме 3. Рентгенологические методы (КТ и МРТ) Для оценки «удовлетворительно»: 1. Ультразвуковое исследование печени в В режиме 2. Рентгенологические методы (КТ и МРТ) 3. Расчётные биохимические шкалы
P0	неудовлетворительно	1. Рентгенологические методы (КТ и МРТ)
B	5	Перечислите основные медикаментозные и немедикаментозные лечебные мероприятия, показанные для данного пациента.
Э		1. Диета с энергетической ценностью рациона 30-40 ккал/ кг при количестве белка 1.5-2.0 г/кг массы тела. 2. Полный отказ от алкоголя 3. Назначение витаминов, в особенности фолиевой кислоты, витаминов группы В, микроэлементов (цинк, селен).

		4. Препараты адеметионина. Стандартная схема предусматривает двухэтапный курс лечения. На первом этапе препарат вводят внутривенно капельно или струйно медленно в дозе 800 мг/сут однократно в течение 2–3 нед; возможно его внутримышечное введение. Затем больного переводят на прием препарата внутрь по 400 мг 3 раза в день в течение 4 нед и более. Пентоксифиллин 400 мг 3 раза в сутки 14 дней.
P2	отлично	1. Диета с энергетической ценностью рациона 30-40 ккал/ кг при количестве белка 1.5-2.0 г/кг массы тела. 2. Полный отказ от алкоголя 3. Назначение витаминов, в особенности фолиевой кислоты, витаминов группы В, микроэлементов (цинк, селен). 4. Препараты адеметионина. Стандартная схема предусматривает двухэтапный курс лечения. На первом этапе препарат вводят внутривенно капельно или струйно медленно в дозе 800 мг/сут однократно в течение 2–3 нед; возможно его внутримышечное введение. Затем больного переводят на прием препарата внутрь по 400 мг 3 раза в день в течение 4 нед и более. Пентоксифиллин 400 мг 3 раза в сутки 14 дней.
P1	Хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: 1. Диета с энергетической ценностью рациона 30-40 ккал/ кг при количестве белка 1.5-2.0 г/кг массы тела. 2. Полный отказ от алкоголя 3. Препараты адеметионина. Стандартная схема предусматривает двухэтапный курс лечения. На первом этапе препарат вводят внутривенно капельно или струйно медленно в дозе 800 мг/сут однократно в течение 2–3 нед; возможно его внутримышечное введение. Затем больного переводят на прием препарата внутрь по 400 мг 3 раза в день в течение 4 нед и более. Пентоксифиллин 400 мг 3 раза в сутки 14 дней. Для оценки «удовлетворительно»: 1. Диета с энергетической ценностью рациона 30-40 ккал/ кг при количестве белка 1.5-2.0 г/кг массы тела. 2. Полный отказ от алкоголя
P0	неудовлетворительно	Полный отказ от алкоголя
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Мокшина М.В.

Вопросы для собеседования

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст
С	31.08.28	Гастроэнтерология
К	УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
К	УК-3	Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели
К	УК-4	Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей

		профессиональной деятельности
К	ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
К	ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
К	ОПК-6	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
К	ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
К	ОПК-8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарногигиеническому просвещению населения
К	ПК-1	Способен проводить и контролировать эффективность медицинских мероприятий по профилю "Гастроэнтерология" взрослого населения при различных физиологических состояниях (в том числе у беременных) и периодов жизни
К	ПК-2	Способен дифференцированно подходить к терапии заболеваний внутренних органов с учетом клинической фармакологии лекарственных препаратов
К	ПК-3	Способен, в рамках онконастороженности, проводить обследование пациентов для раннего выявления ЗНО
Ф	А/01.8	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
Ф	А/03.8	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Ф	А/04.8	Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы
Ф	А/05.8	Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф	А/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
Ф	А/07.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
И		ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ:
		1. ГЭРБ. Причины и механизмы развития. Вопросы классификации. Пищеводные и внепищеводные проявления. Дифференциальная диагностики болевого синдрома за грудиной. Принципы лечения. 2. Ахалазия кардии. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий. 3. Пищевод Барретта. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий. 4. Функциональная диспепсия. Определение понятия. Клинические варианты. Диагностический алгоритм. Тактика ведения. 5. Хронические гастриты. Определение понятия, классификация, вопросы этиологии. Алгоритм диагностики и лечения. 6. Язвенная болезнь. Клинико-диагностические критерии. Дифференциальный диагноз с симптоматическими язвами.

	Показания к госпитализации, тактика ведения. 7. Методы диагностики <i>Helicobacter Pylori</i>. Современные схемы эрадикационной терапии. 8. НПВП-гастропатия. Факторы риска. Подходы к профилактике и лечению. 9. Хронический панкреатит. Клинико-диагностические критерии. Вопросы дифференциальной диагностики. Профилактические и лечебные мероприятия. 10. Функциональные заболевания желчного пузыря и сфинктера Одди. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий. 11. ЖКБ. Этиология. Классификация. Алгоритм диагностики и лечения. Показания к госпитализации. Меры профилактики. 12. Гепатозы. Причины заболевания и механизмы развития. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика. Подходы к лечению. 13. Неалкогольная жировая болезнь печени. Причины и механизмы развития. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий. 14. Алкогольная болезнь печени. Причины и механизмы развития. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий. 15. Лекарственные поражения печени. Клинико-лабораторные критерии. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. 16. Аутоиммунный гепатит. Клинико-лабораторные критерии. Стадии и степень активности. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. 17. Холестатические заболевания печени. Клинико-лабораторные критерии. Стадии и степень активности. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. 18. Пигментные заболевания печени. Клинико-лабораторные критерии. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. 19. Болезнь Вильсона. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий. 20. Гемахроматоз. Классификация. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий. 21. Холангиты. Этиология. Патогенез. Вопросы верификации диагноза. 22. Хронические гепатиты. Клинико-лабораторные критерии. Стадии и степень активности. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. 23. Цирроз печени. Этиология. Патогенез. Вопросы верификации диагноза. 24. Синдром портальной гипертензии. Причины и механизмы развития. Лечебная тактика. Показания к хирургическому лечению. 25. Печеночная энцефалопатия. Клинико-диагностические критерии. Меры по профилактике и лечению. 26. Синдром раздраженной кишки. Классификация. Клинические проявления. Дифференциально-диагностический поиск. Лечебная тактика. 27. Антибиотик-ассоциированный колит. Этиология. Клинико-диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Профилактические и лечебные мероприятия. 28. Язвенный колит. Диагностические критерии. Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика. 29. Болезнь Крона. Диагностические критерии. Дифференциальная
--	--

	диагностика. Тактика лечения. 30. Дивертикулярная болезнь. Критерии постановки диагноза. Тактика лечения. 31. Микроскопические колиты. Классификация. Клинические проявления. Дифференциально-диагностический поиск. Лечебная тактика. 32. Целиакия. Критерии постановки диагноза. Тактика лечения. 33. Диагностический алгоритм профилактики и диагностики рака верхних отделов ЖКТ. 34. Диагностический алгоритм профилактики и диагностики рака кишечника. 35. Диагностический алгоритм профилактики и диагностики рака печени, поджелудочной железы и ЖВП. 36. Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога при заболеваниях верхних отделов ЖКТ. 37. Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога при заболеваниях кишечника. 38. Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога при заболеваниях печени. 39. Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога при заболеваниях поджелудочной железы. 40. Медицинские показания и медицинские противопоказания санаторно-курортного лечения у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. 41. Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни. 42. Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела. 43. Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. 44. Особенности течения заболеваний печени у лиц пожилого возраста, Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика. 45. Особенности течения заболеваний кишечника у лиц пожилого возраста, Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика
--	---

Чек-лист оценки практических навыков

Курация пациента

	код	текст компетенции/название трудовой функции/название трудового действия/чек-лист
С	31.08.28	Гастроэнтерология
К	ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
К	ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
Ф	А/01.8	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
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией	

	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Сбор паспортных данных	1 балл	-1 балл
2.	Сбор жалоб	1 балл	-1 балл
3.	Сбор анамнеза заболевания	1 балл	-1 балл
4.	Сбор анамнеза жизни, проф. маршрута	1 балл	-1 балл
5.	Осмотр пациента общий	1 балл	-1 балл
6.	Физикальный осмотр: пальпация, перкуссия, аускультация	1 балл	-1 балл
7.	Предварительный диагноз	1 балл	-1 балл
8.	Разработка плана обследования	1 балл	-1 балл
9.	Разработка плана лечения	1 балл	-1 балл
10.	Обоснование клинического диагноза	1 балл	-1 балл
	Итого		

Общая оценка по чек-листу:

«Зачтено» не менее 75% выполнения

«Не зачтено» 74 и менее% выполнения

4. Критерии оценивания результатов обучения

Оценка **«отлично»** выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формирует ответы.

Оценка **«хорошо»** выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями дисциплины почти в полном объеме программы (имеются пробелы знаний только в некоторых, особенно сложных разделах); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется обучающемуся, если он владеет основным объемом знаний по дисциплине; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускает ошибки по существу вопросов.

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется обучающемуся, если он не освоил обязательного минимума знаний предмета, не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора.