

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«**Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова**»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского
образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Е.В. Пармон
21.05.2024 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования -
подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре

по специальности **31.08.28 Гастроэнтерология**

Форма обучения	очная
Курс	2
Общая трудоемкость	108/3 (час/зач. ед.)

Санкт-Петербург
2024

Программа государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология разработана в соответствии с:

- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ;
- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014г. № 1070 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 г. № 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог»;
- Приказом Минобрнауки России от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» учебным планом по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология;
- Уставом Центра и локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Фоминых Юлия Александровна	Д.м.н., доцент	И.о. Заведующего кафедрой пропедевтики внутренних болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Иванов Сергей Витальевич	К.м.н.	Доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3	Добренко Виталий Антонович	К.м.н.	Доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа «Государственная итоговая аттестации» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой от «27» ноября 2023 г., протокол № 11.

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» мая 2024 г., протокол № 05/2024.

1. Общие положения

К государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся, завершившие полный курс обучения в рамках учебного плана и освоившие основную образовательную программу высшего образования по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

Цель государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация выпускников ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава РФ (далее – Центр) по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология проводится по окончании полного курса обучения с целью установления соответствия уровня профессиональной подготовки выпускника требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования и последующей выдачей диплома о высшем образовании.

Цель государственной итоговой аттестации: определить уровень сформированности универсальных и профессиональных компетенций, теоретической и практической подготовки ординатора в соответствии с содержанием программы ординатуры

2. Задачи государственной итоговой аттестации:

Задача государственной итоговой аттестации: определить качество подготовки ординатора, его профессиональную компетентность:

- степень готовности к осуществлению основных видов деятельности в соответствии с квалификационной характеристикой;
- уровень усвоения ординатором материала, предусмотренного учебными программами дисциплин (разделов);
- уровень знаний, умений и навыков, позволяющий решать профессиональные задачи;
- степень освоения заявленных в программе компетенций.

3. Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

4. Требования к результатам освоения программы ординатуры по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
1.	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	- методы формальной логики	- самостоятельно формулировать выводы на основе поставленной цели исследования, полученных результатов и оценки погрешностей; - прослеживать возможности использования результатов исследования	- способностью формулировать и оценивать гипотезы

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
				и применения изучаемого вопроса в профилактике заболеваний и патологии; - собирать, анализировать и статистически и логически обрабатывать информацию	
2.	УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	<ul style="list-style-type: none"> - основы медицинской психологии; - психологию личности (основные теории личности, темперамент, эмоции, мотивация, воля, способности человека); - основы возрастной психологии и психологии развития, основы социальной психологии (социальное мышление, социальное влияние, социальные отношения); - определение понятий «этика», «деонтология», «медицинская деонтология», «ятрогенные заболевания», риск возникновения ятрогенных заболеваний в гастроэнтерологической практике; факторы, способствующие возникновению и развитию ятрогенных заболеваний; характер клинического проявления ятрогенных заболеваний; прогноз ятрогенных заболеваний. 	<ul style="list-style-type: none"> - бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия; - брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий; - принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность; - работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентами; - соблюдать этические и деонтологические нормы 	<ul style="list-style-type: none"> - способностью четко и ясно изложить свою позицию при обсуждении различных ситуаций; - навыками управления коллективом, ведения переговоров и межличностных бесед; - способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим персоналом, пациентами и их родственниками.
3.	УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в	<ul style="list-style-type: none"> - понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес. 	<ul style="list-style-type: none"> - использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности; - организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество; - ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности; - самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации; - подготовить необходимую 	<ul style="list-style-type: none"> - поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
		сфере здравоохранения		документацию в аттестационную комиссию на получение квалификационной категории; - проводить научные исследования по полученной специальности	
4.	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	<ul style="list-style-type: none"> - организацию гастроэнтерологической помощи в Российской Федерации; - основные направления развития современной гастроэнтерологии; - основные этапы развития гастроэнтерологии, представителей гастроэнтерологических школ; - эпидемиологию и социальную значимость гастроэнтерологических заболеваний - факторы риска возникновения гастроэнтерологических заболеваний с учетом возрастно-половых групп - первичную и вторичную профилактику гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых. - этиологию и патогенез гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых. - принципы формирования здорового образа жизни - вопросы ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний, включая редкие - методы и принципы санитарно-просветительской работы среди населения 	<ul style="list-style-type: none"> - выделять группы риска по развитию основных гастроэнтерологических заболеваний среди населения; - дать рекомендации по первичной и вторичной профилактике основных гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых; - проводить раннюю диагностику гастроэнтерологических заболеваний; - проводить санитарно-просветительскую работу среди населения разных возрастных групп, направленную на формирование здорового образа жизни и предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний 	<ul style="list-style-type: none"> - методикой клинического исследования органов пищеварительной системы; - методами ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний
5.	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	<ul style="list-style-type: none"> - информацию о распространенности и частоте встречаемости основных групп гастроэнтерологических заболеваний в Российской Федерации; - факторы риска и начальные клинические проявления гастроэнтерологических заболеваний; - возможности ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний; - варианты течения хронических гастроэнтерологических 	<ul style="list-style-type: none"> - интерпретировать информацию, полученную при клиническом и дополнительных методах исследования здорового населения разных возрастных групп; - назначить мероприятия первичной профилактики группам населения, подлежащим прохождению профилактических осмотров и диспансерному наблюдению; - дать рекомендации пациенту и лечащему 	<ul style="list-style-type: none"> - практическими навыками клинического исследования пациента; - навыком пропаганды здорового образа жизни и мероприятий по первичной профилактике гастроэнтерологических заболеваний; - навыком оформления медицинской документации с использованием современных технологических возможностей для архивирования, передачи и хранения информации

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
			заболеваний; - принципы диспансерного наблюдения за пациентами с гастроэнтерологическими заболеваниями (кратность осмотров, перечень диагностических исследований, необходимость реабилитационных мероприятий); - первичную профилактику гастроэнтерологических заболеваний; - клиническую диагностику гастроэнтерологических заболеваний	врачу по дальнейшей тактике ведения пациента	
6.	ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	- знать перечень проведения противоэпидемических мероприятий, принципы организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	- организовывать и проводить противоэпидемические мероприятия по защите населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	- принципами организации и проведения противоэпидемических мероприятий по защите населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
7.	ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	- принципы социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	- проводить социально-гигиенический анализ информации о показателях здоровья взрослых и подростков	- методиками проведения социально-гигиенического анализа и принципами анализа полученной информации и анализа о показателях здоровья взрослых и подростков
8.	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	- анатомию, физиологию пищеварительной системы в норме и при патологических состояниях; - клиническую диагностику гастроэнтерологических заболеваний; - стандартный алгоритм и особенности проведения опроса пациента с гастроэнтерологическим заболеванием; - жалобы, характерные для гастроэнтерологических заболеваний; - этиологию, патогенез, классификации, клиническую картину,	- собрать анамнез и получить информацию о заболевании (опросить пациента, родственников, работать с медицинской документацией); - применить объективные методы исследования пациента; - выделить ведущие гастроэнтерологические синдромы и поставить предварительный диагноз; - поставить и обосновать клинический диагноз; - пользоваться МКБ-10 для постановки клинического диагноза; - определить необходимость дополнительных методов исследования, интерпретировать	- методикой сбора анамнеза у гастроэнтерологического больного; - практическими навыками клинического исследования пациента; - навыком ведения медицинской документации, оформления медицинской документации пациента на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей; - навыком интерпретации

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
			методы диагностики, дифференциальный диагноз гастроэнтерологических заболеваний; - МКБ-10; формулировки диагнозов гастроэнтерологических заболеваний; - лабораторные и инструментальные диагностические методы (лучевые и другие визуализационные, ультразвуковые методы), их информативность, показания и противопоказания к использованию при гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых	полученные данные; - провести дифференциальную диагностику гастроэнтерологического заболевания; - оценить тяжесть состояния больного по клиническому и дополнительным методам исследования, оценить динамику гастроэнтерологической симптоматики во времени	результатов дополнительных лабораторных и инструментальных диагностических (лучевых и других визуализационных, ультразвуковых) методов исследования
9.	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи	- общие вопросы организации гастроэнтерологической помощи в РФ, и связанными с ней вопросами организации работы скорой и неотложной помощи; - организацию помощи пациентам с гастроэнтерологическими заболеваниями - показания к различным формам оказания гастроэнтерологической помощи и тактики ведения пациентов: экстренной и плановой госпитализации, амбулаторного лечения, реабилитации; - различные способы лечения гастроэнтерологических заболеваний: этиотропное, патогенетическое, симптоматическое, паллиативное; - современные стандарты лечения гастроэнтерологических заболеваний и синдромов с позиций доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту; - основы фармакотерапии гастроэнтерологических заболеваний (показания, противопоказания, сочетания и комбинации препаратов), применение медикаментозного	- выбрать тактику ведения пациента, в зависимости от его состояния, необходимости и целесообразности в конкретный временной период (экстренная и плановая госпитализация, амбулаторное лечение); - определить наличие нетрудоспособности пациента; - назначить лечение пациенту на основе стандартов оказания помощи при гастроэнтерологических заболеваниях с учетом возраста и индивидуальных особенностей пациента; - оценить динамику течения заболевания, внести коррективы в лечебную тактику; - прогнозировать течение и исход заболевания; - информировать пациента о возможностях лечения, наличии противопоказаний, прогнозе заболевания на основе принципов этики и деонтологии	- методами оказания плановой и неотложной помощи пациентам гастроэнтерологического профиля

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
			лечения у пациентов разных возрастных групп (особенности использования в детском возрасте и гериатрии); - современные возможности прогнозирования индивидуальных реакций и чувствительности организма при использовании фармакологических препаратов; - хирургические методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (показания и противопоказания); - немедикаментозные методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов		
10.	ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	- знать принципы оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	- уметь организовать обеспечение медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	- навыками оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
11.	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	- эпидемиологию гастроэнтерологических заболеваний, имеющих исход в инвалидизацию; - прогноз и исходы гастроэнтерологических заболеваний; - методы реабилитации (ранние и поздние) гастроэнтерологических заболеваний; - немедикаментозные методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов	- определить реабилитационную программу пациенту с гастроэнтерологическим с учетом возраста, потребностей пациента, прогнозируемого результата и экономической целесообразности	- навыком ведения медицинской документации и ее оформления на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
12.	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	- принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	- формировать у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	- владеть принципами формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
13.	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	- Законодательство Российской Федерации, - Локальные нормативные акты учреждения, - принципы организации гастроэнтерологической помощи	- организовать работу гастроэнтерологического отделения и смежных специалистов; - организовать документооборот гастроэнтерологической клиники в рамках амбулаторного приема и стационарного лечения пациентов	- применением законов и положений в сфере организации гастроэнтерологической помощи; навыками оформления медицинской документации пациента; - навыками оформления отчетной и организационной документации гастроэнтерологической клиники в рамках амбулаторного приема и стационарного лечения пациентов
14.	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	- Конституцию Российской Федерации, законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; - методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; - вопросы организации медицинской помощи населению; - статистику состояния здоровья населения; - критерии оценки показателей, характеризующих состояние здоровья населения; - организацию экспертизы качества медицинской помощи; - вопросы экспертизы временной нетрудоспособности; - основы менеджмента; - основы страховой медицины	Применять методики изучения состояния здоровья населения; - анализировать деятельность (организацию, качество и эффективность) организаций здравоохранения; - использовать информацию о состоянии здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений для предложения мероприятий при разработке и реализации программ и проектов, направленных на улучшение здоровья населения на основе прогнозирования и научной превенции.	- навыком ведения медицинской документации, оформления медицинской документации пациента на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей; - навыком интерпретации результатов дополнительных лабораторных и инструментальных диагностических (лучевых и других визуализационных, ультразвуковых) методов исследования; - методами оказания плановой и неотложной помощи пациентам гастроэнтерологического профиля
15.	ПК-12	готовность к организации	- основы и основные этапы организации	- организовать медицинскую помощь и	- основными подходами и алгоритмами

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
		медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	эвакуацию при чрезвычайных ситуациях	практических действий для оказания и организации эффективной медицинской помощи и эвакуации при чрезвычайных ситуациях

5. Дидактическое содержание государственного экзамена.

В состав государственного экзамена входят оценочные материалы для дисциплин Блока 1 и оценочные материалы для практик Блока 2 учебного плана.

Объем знаний выпускника, необходимый для успешного прохождения государственного экзамена определяется рабочими программами указанных дисциплин и практик.

6. Форма проведения государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена, который проводится в форме комплексного выпускного экзамена, состоящего из трех этапов.

7. Место государственной итоговой аттестации в структуре образовательной программы

Государственная итоговая аттестация (Блок 3) по программе ординатуры относится к базовой части программы и завершается присвоением квалификации «Врач-гастроэнтеролог».

8. Объем государственной итоговой аттестации в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся.

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	на контактную работу	Из них на самостоятельную работу
Государственная итоговая аттестация	108 / 3	54	54

8. Порядок проведения экзамена:

Государственный экзамен по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология осуществляется в три этапа:

1 этап – тестирование (оценка уровня теоретической подготовленности)

2 этап – демонстрация умений и навыков (оценка уровня освоения практических умений и навыков);

3 этап – собеседование (оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи)

9.1. Оценка уровня теоретической подготовленности:

Оценка уровня теоретической подготовленности проводится в виде тестирования по тестовым заданиям, составленным для проведения государственной итоговой аттестации по

специальности 31.08.28 Гастроэнтерология. Один вариант тестового задания содержит 60 вопросов по всем профильным дисциплинам.

Критерии оценки уровня теоретической подготовленности обучающихся:

90-100% - «Отлично»,

80-89 % - «Хорошо»,

70-79 % - «Удовлетворительно»,

до 69 % - «Неудовлетворительно».

К следующему этапу государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся при условии успешного прохождения уровня теоретической подготовленности (70% и выше).

9.2. Оценка уровня освоения практических умений и навыков:

Оценка практических навыков и умений у обучающихся осуществляется во время приема больного в условиях терапевтической клиники Центра Алмазова или в условиях терапевтического или гастроэнтерологического отделения медицинского учреждения, являющегося клинической базой Центра Алмазова (в соответствии с договором об организации практической подготовки обучающихся между Центром Алмазова и данной медицинской организацией). Каждый обучающийся собирает жалобы пациента, анамнез, проводит объективный осмотр, после чего формулирует представление о больном, предварительный диагноз, план обследования и лечения. Затем обучающемуся предоставляются результаты лабораторного и инструментального обследования пациента. Обучающийся формулирует окончательный диагноз и обосновывает терапию, выписывает два-три рецепта.

Критерии оценки сформированности практических умений и навыков:

«Отлично» - обучающийся демонстрирует глубокие знания и умения в вопросах сбора анамнеза, правильно и последовательно проводит клиническое обследование пациента, интерпретирует данные дополнительного обследования, формулирует клинический диагноз и составляет план лечения, демонстрируя знания вопросов клинической фармакологии,

«Хорошо» - обучающийся демонстрирует хорошие знания и умения в вопросах сбора анамнеза; правильно и последовательно проводит клиническое обследование пациента; интерпретирует данные дополнительного обследования; формулирует клинический диагноз и обосновывает его с помощью преподавателя; составляет план лечения. Но в вопросах особенностей фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов у пациентов недостаточно информирован.

«Удовлетворительно» - при сборе анамнеза обучающийся не выделяет основные моменты, необходимые для правильной диагностики; проводит клиническое обследование, не соблюдая последовательности осмотра по системам; испытывает затруднения в интерпретации данных дополнительного обследования, а также в обосновании диагноза и особенностях фармакотерапии у пациентов.

«Неудовлетворительно» - обучающийся демонстрирует отсутствие умений в сборе анамнеза, проведении клинического осмотра. Не знает методик оценки состояния пациентов. Не может интерпретировать и анализировать дополнительную информацию для оценки состояния пациента. Не может сформулировать клинический диагноз с учётом МКБ.

Проверка уровня сформированности компетенций обучающегося осуществляется в виде выполнения манипуляций и алгоритмов умений в условиях терапевтической клиники Центра Алмазова или в условиях терапевтического или гастроэнтерологического отделения медицинского учреждения, являющегося клинической базой Центра Алмазова (для Раздела 3 «Специальные профессиональные умения и навыки»).

«**Отлично**» - демонстрация способности выполнять манипуляцию на высоком профессиональном уровне в соответствии с алгоритмом.

«**Хорошо**» - демонстрация способности выполнять манипуляцию в соответствии с алгоритмом. Отмечаются небольшие затруднения, увеличивающие время проведения манипуляции.

«**Удовлетворительно**» - демонстрация способности выполнять манипуляцию. Отмечаются незначительные нарушения алгоритма и небольшие ошибки в технике выполнения.

«**Неудовлетворительно**» - грубое нарушение алгоритма или нарушение техники выполнения манипуляции.

9.3. Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи проводится в виде собеседования (контрольные вопросы, ситуационные задачи)

Целью собеседования является выявление глубины теоретической подготовки выпускников и умения комплексно подходить к решению проблемных ситуаций в вопросах профессиональной деятельности.

Критерии оценки уровня умения решать конкретные профессиональные задачи:

«**Отлично**» - обучающийся демонстрирует системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеет научным языком; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации; демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе;

«**Хорошо**» – обучающийся демонстрирует полное знание программного материала, способен обосновывать выводы и разъяснять их в логической последовательности, но допускает ошибки общего характера; правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах;

«**Удовлетворительно**» – обучающийся демонстрирует достаточный уровень знания основного программного материала, но допускает существенные ошибки при его изложении и/или при ответе на вопросы; ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией; демонстрирует общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы;

«**Неудовлетворительно**» – обучающийся допускает при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера; не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы; не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз.

Общая оценка за три этапа определяется как среднее значение полученных оценок.

Итоговая оценка выпускника по результатам поэтапного экзамена государственной итоговой аттестации

1 этап	2 этапа	3 этап	Итоговая оценка аттестации
Тестирование	Демонстрация практических умений и навыков	Собеседование	Выставляется с учетом результатов всех 3-х этапов

9.4. Все этапы государственного экзамена по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология проводится на базе ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России с использованием имеющегося материально-технического оснащения.

10. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.

Оценка уровня теоретической подготовленности проводится в виде тестирования по тестовым заданиям, составленным для проведения государственной итоговой аттестации выпускников высших медицинских учебных заведений. Тестовые задания содержат 60 вопросов по всем профильным дисциплинам. Для подготовки к данному этапу аттестации, обучающемуся необходимо повторить материал по профильным предметам и смежным дисциплинам, пройти тестирование в программе MOODL по всем профильным дисциплинам до получения положительного результата. Материалом для подготовки являются пособия по тестовому контролю, имеющиеся в университетской библиотеке, лекционный материал и учебные пособия, изданные кафедрами, а также общие сборники, имеющиеся в библиотеке в печатном виде или в электронном ресурсе.

Для подготовки к этапу демонстрация практических умений и навыков, обучающемуся необходимо самостоятельно проработать алгоритмы выполнения необходимых манипуляций, а также отработать навыки выполнения манипуляций в условиях терапевтической клиники Центра Алмазова или терапевтического либо гастроэнтерологического отделения медицинского учреждения, являющегося клинической базой Центра Алмазова.

Оценки уровня решать конкретные профессиональные задачи проводится в виде собеседования по ситуационным задачам профессионального характера. Для подготовки к данному этапу, обучающемуся необходимо проработать учебно-методический материал, использовать базовые учебники по профильным дисциплинам, а также пособия, имеющиеся в библиотеке в печатном виде или в электронном ресурсе, проработать все имеющиеся ситуационные задачи по профильным дисциплинам.

Рекомендуется посетить предэкзаменационные консультации.

Примеры типовых оценочных средств

1. Примеры заданий для оценки практической подготовки - ситуационных задач

Задача № 1 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больной С., 36 л., жалуется на периодически возникающие загрудинные боли, периодически отрыжку с гнилостным привкусом и запахом. Данные жалобы появились около года назад и стали постепенно усиливаться и учащаться.

Из анамнеза жизни: не курит, часто не употребляет, питание нерегулярное, всухомятку.

Объективно: Состояние удовлетворительное, нормостеник. Язык обложен у корня. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. План обследования
3. План лечения

Эталон ответа:

1. Ахалазия кардии.
2. ФГДС, рентгенография пищевода, компьютерная томография.
3. Выполнение специального эндоскопического вмешательства – баллонная пневмодилатация кардии.

Задача № 2 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Мужчина 69 лет обратился к гастроэнтерологу с жалобами на отсутствие аппетита, снижение веса на 6 кг за 2 месяца, ноющие боли в верхнем отделе живота. Считает себя больным в течение 1.5 лет, когда впервые отметил снижение аппетита и появление дискомфорта в эпигастриальной области. Обратился к терапевту за медицинской помощью. В клиническом анализе крови повышение СОЭ до 55 мм/час. В биохимическом анализе крови без отклонений. По данным ФГДС обнаружен язвенный дефект 1х1.5 см в теле желудка. Биопсия не взята. Терапевтом рекомендовано выполнение C13 дыхательного уреазного теста

(отрицательный). Назначен эзомепразол, альмагель с незначительным положительным ответом. Явное ухудшение отметил последние 2 месяца, когда отметил вышеописанные жалобы. При повторном визите к терапевту выполнено ФГДС, по результатам которого отмечается единичный язвенный дефект тела желудка 1.5x2 см. Биопсия не взята. С результатами ФГДС направлен к гастроэнтерологу. Объективно: Температура тела 36, 8 С. ИМТ = 23.7 кг/м². кожные покровы и видимые слизистые бледно-серого оттенка. Пульс 98 уд/мин., АД – 120/85 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз, факторы риска и рекомендации.

Эталон ответа:

Пациент с подозрением на инфильтративно-язвенную форму рака тела желудка. Факторы риска: мужской пол, возраст, нетипичная локализация язвы. Показано выполнение рентгеноскопии желудка с бариевой взвесью, а также выполнение ФГДС с забором биопсии из краев язв. При наличии атипичных клеток необходимо консультация хирурга для решения вопроса о выборе хирургического вмешательства.

2. Примеры тестовых заданий с эталонами ответов

1. Клинические признаки наиболее часто сочетающихся с раком слепой кишки (ПК-5, ПК-6):

- 1) кишечный дискомфорт
- 2) кишечная непроходимость
- 3) наличие пальпируемой опухоли
- 4) анемия
- 5) субфебрилитет

Ответ: 4

2. Для начальной стадии рефлюкс-эзофагита наиболее типичным являются (ПК-5, ПК-6):

- 1) диффузная гиперплазия и отек слизистой пищевода
- 2) гиперемия и отек слизистой дистального отдела пищевода
- 3) геморрагические изменения в слизистой
- 4) зияние кардии
- 5) эрозивно-язвенные дефекты слизистой

Ответ: 2

3. Выберите основную причину дисфункции сфинктера Одди (ПК-5, ПК-6):

- 1) нарушение функции вегетативной нервной системы
- 2) операции на желудке
- 3) снижение выработки мотилина
- 4) холецистэктомия
- 5) злоупотребление алкоголем

Ответ: 4

3. Примеры контрольных вопросов с ответами.

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: особенности клинической и инструментальной диагностики (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-11)

Развернутый ответ:

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно повторяющимся забрасыванием в пищевод желудочного или дуоденального содержимого, что приводит к

повреждению дистального отдела пищевода с развитием в нем функциональных нарушений и/или дистрофических изменений, катарального, эрозивного или язвенного эзофагита, а у части больных со временем — цилиндроклеточной (железистой) метаплазии (пищевода Баррета). Диагноз ГЭРБ является клиническим диагнозом, т.е. устанавливается на основании наличия характерных жалоб пациента: наличие изжоги и/или регургитации слабой интенсивности с частотой как минимум 2 раза в неделю и умеренные/выраженные симптомы с частотой хотя бы 1 раз в неделю. В рамках диагностического процесса всем пациентам с ГЭРБ необходимо выполнить фиброгастродуоденоскопию (ФГДС), в результате которой могут быть выявлены гиперемия и рыхлость слизистой оболочки пищевода (катаральный эзофагит), эрозии и язвы (эрозивный эзофагит различной степени тяжести, а также наличие экссудата, фибрина или признаков кровотечения. При этом отсутствие эндоскопических проявлений на фоне характерных жалоб не исключает диагноз ГЭРБ. При ФГДС также выполняется забор биоптатов из слизистой оболочки дистального отдела пищевода для исключения кишечной метаплазии (пищевода Баррета). Вспомогательным инструментальным методом являются суточная рН-метрия, которая позволяют количественно определить уровень рН в различных отделах пищевода и определить количество гастроэзофагеальных рефлюксов в сутки, а также и рН-импедансометрия, которая, помимо значения рН и числа рефлюксов, позволяет оценить тип рефлюксата — кислый, щелочной или смешанный.

2. Синдром раздраженного кишечника: клиническая симптоматика и медикаментозное лечение (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-11).

Развернутый ответ:

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – хроническое функциональное заболевание кишечника, при котором в обязательном порядке возникает болевой абдоминальный синдром, связанный с дефекацией, изменением частоты или изменением характера стула. В зависимости от преобладания варианта нарушения стула выделяют СРК с запором, СРК с диареей и смешанный вариант СРК, вариант заболевания определяется на основании Бристольской шкалы формы стула. Медикаментозная терапия СРК является патогенетической и направлена на купирование болей в животе и устранение нарушений стула. Для купирования болевого синдрома используются спазмолитики и комбинированные препараты (мебеверин, тримебутин, алверин/симетикон, гиосцина бутилбромид, пинаверия бромид). Для устранения диареи используются кишечный антибиотик рифаксимин, пробиотики, смектит диоктаэдрический и лоперамид, который может использоваться только в режиме «по требованию». Для устранения запора используются осмотические слабительные (макрогол, лактулоза), и слабительные средства, стимулирующие моторику кишки, причем осмотические слабительные должны назначаться в первой линии терапии.

3. Дифференциальный диагноз при болевом абдоминальном синдроме в амбулаторных условиях (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5).

Развернутый ответ:

Для установления причины болей в животе при амбулаторном приеме пациента необходимо ориентироваться в первую очередь на характер и локализацию болей. Локализация эпицентра боли в целом отражает проекцию органов, вовлеченных в патологический процесс, но отраженная иррадирующая боль представляет собой исключение из данного правила. Так, причиной боли в эпигастрии или «под ложечкой» могут быть патологические процессы со стороны желудка, желчевыводящих путей, поджелудочной железы. Боль в правом верхнем квадранте живота может быть следствием заболеваний дыхательной системы, а также билиарного тракта (желчного пузыря, сфинктера Одди), желудка, кишечника; боль в верхнем левом квадранте – следствием заболеваний поджелудочной железы, желудка, пищевода, толстой кишки. Боль в околопупочной области возникает при заболеваниях кишечника, желудка. Боль, локализованная в нижних отделах

живота и подвздошных областях, чаще связана с патологией кишечника. При оценке характера боли следует учитывать, что боль воспалительного генеза носит острый, постоянный, отчетливо локализованный характер. Боль ишемического типа постоянная, нарастающая по интенсивности. Ключевое место в объективном обследовании пациентов с абдоминальной болью занимает пальпация, которая подразделяется на поверхностную ориентировочную и глубокую (методическую, скользящую). Исследование органа, в проекции которого при поверхностной пальпации выявлена болезненность, проводят в последнюю очередь, чтобы избежать диффузной защитной реакции мышц брюшной стенки. В обязательном порядке необходимо исключить негастроэнтерологические причины болевого синдрома, такие как инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка, плеврит, почечную колику, гинекологические заболевания, неврологические заболевания.

11. Перечень учебной литературы, необходимой для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Рак пищевода: диагностика и комплексное лечение / С. Ю. Дворецкий, Г. И. Синенченко, А. О. Иванцов [и др.]; под ред. С. Ф. Багненко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 376 с. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970472217.html>
2. Палевская, С. А. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта / С. А. Палевская, А. Г. Короткевич. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 752 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477519.html>
3. Маев, И. В. Болезни пищевода / Маев И. В., Бусарова Г. А., Андреев Д. Н. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 648 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448748.html>
4. Ших, Е. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / под ред. Ших Е. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 160 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450123.html>
5. Маев, И. В. Тактика врача-гастроэнтеролога: практическое руководство / под ред. И. В. Маева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 312 с. (Серия "Тактика врача"). - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457603.html>
6. Успенский Ю.П., Барышникова Н.В., Иванов С.В. Неотложные заболевания пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки // учебное пособие. - СПб: Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2022. – 39с. - Текст: непосредственный.
7. Горбачева И.А., Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Барышникова Н.В. Лабораторные методы диагностики в гастроэнтерологии // учебное пособие 2-ое издание, испр. и доп. – СПб: Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2022. – 65с. - Текст: непосредственный.
8. Успенский Ю.П., Горбачева И.А., Иванов С.В., Гнутов А.А. Функциональная диспепсия, гиперсенситивный рефлюксный синдром и функциональная изжога // учебное пособие. СПб: Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2021. – 41с. - Текст: непосредственный.
9. Антибиотик-ассоциированная диарея. Псевдомембранозный колит: учебно-методическое пособие / Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Горбачева И.А., [и др.]. – Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2021. - Текст: непосредственный.
10. Лабораторные методы диагностики в гастроэнтерологии: учебное пособие / Горбачева И.А., Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Барышникова Н.В. – 2-ое издание, испр. и доп. – Санкт-Петербург: Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2022. – 65с. – Текст: непосредственный.
11. Clostridioides difficile (C. difficile) - ассоциированная болезнь. Клинические рекомендации Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека и Российской гастроэнтерологической ассоциации / Ивашкин В.Т., Ляшенко О.С., Алексеева О.П. [и др.]. - 2022. - 71 с. - Текст: непосредственный.
12. Диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шельгин Ю.А., [и др.]. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2021. - № 31(5). - С. 74–95. – URL: <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-5-74-95>. - Текст: электронный.

13. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных дивертикулярной болезнью ободочной кишки / В.Т. Ивашкин, Ю.А. Шельгин, С.И. Ачкасов, [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2016. - № 26(5). - С. 56-65. - URL: <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2016-5-56-65>. - Текст: электронный.
14. Практические рекомендации Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека (НСОИМ) и Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) по применению пробиотиков для лечения и профилактики заболеваний гастроэнтерологического профиля у взрослых / Ивашкин В.Т., Маев И. В., Абдулганиева Д. И., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2020. - № 30(2). - С. 76–89. - URL: <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-2-76-89>. - Текст: электронный.
15. Клинические рекомендации «Хронические диареи у взрослых» / Лазебник Л. Б., Сарсенбаева А. С., Авалуева Е. Б., [и др.]. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2021. - № 188(4). - С. 7–67. – URL: DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-188-4-7-67. - Текст: электронный.
16. Клинические рекомендации. Болезнь Крона (K50), взрослые / Шельгин Ю.А., Ивашкин В.Т., Ачкасов С.И [и др.] // Колопроктология. - 2023. - № 22(3). - С. 10-49. - URL: <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-3-10-49>. - Текст: электронный.
17. Язвенный колит (K51), взрослые / Шельгин Ю.А., Ивашкин В.Т., Белоусова Е.А. [и др.] // Колопроктология. - 2023. - № 22(1). - С. 10-44. - URL: <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-10-44>. - Текст: электронный.
18. Успенский Ю.П. Возможности применения месалазина ММХ в терапии язвенного колита в рутинной амбулаторной практике / Успенский Ю.П., Иванов С.В., Фоминых Ю.А. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2021. - № 31(6). - С. 7-15. - URL: <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-6-7-15>. - Текст: электронный.
19. Шептулин А.А. Диагностические возможности определения уровня фекального кальпротектина в клинической практике / Шептулин А.А., Кардашева С.С., Курбатова А.А. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2022. - № 32(6). - С. 53-59. - URL: <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2022-32-6-53-59>. - Текст: электронный.
20. Современные подходы в морфологической диагностике воспалительных заболеваний кишечника / Тертычный А.С., Ахриева Х.М., Коган Е.А. [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2022. - № 32(2). - С. 73-84. - URL: <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2022-32-2-73-84>. - Текст: электронный.
21. Диагностический алгоритм при болях в суставах у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника / Долгушина А.И., Хусаинова Г.М., Несмеянова О.Б. [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2021. - № 31(5). - С. 51-60. - URL: <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-5-51-60>. - Текст: электронный.

Дополнительная литература:

1. Давыдкин, И. Л. Поликлиническая терапия: учебник / под ред. Давыдкина И. Л., Щукина Ю. В. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 840 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455456.html>
2. Ивашкин, В. Т. Справочник по инструментальным исследованиям и вмешательствам в гастроэнтерологии / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, А. С. Трухманов - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 560 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970430927.html>
3. Внутренние болезни: учебник / Маколкин В. И., Овчаренко С. И., Сулимов В. А. - 6-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441572.html>
4. Маев И.В., Болезни желудка / И.В. Маев, А.А. Самсонов, Д.Н. Андреев - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 976 с. - Текст: электронный // URL:
5. Маев, И. В. Инфекция *Helicobacter pylori*: [монография] / И. В. Маев, А. А. Самсонов, Д. Н. Андреев. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 256 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442814.html>
6. Циммерман, Я. С. Гастроэнтерология: руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html>
7. Практические рекомендации для терапевтов по избранным вопросам гастроэнтерологии (редакция от 26.10.2020), утвержденные Первым заместителем Председателя Комитета по

- здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. - Санкт-Петербург: Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, 2020. – 213 с. – Текст: непосредственный.
8. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации «Эндоскопическое общество РЭНДО» по диагностике и лечению гастрита, дуоденита / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2021. - № 31(4). - С. 70–99. - URL: <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-4-70-99>. – Текст: электронный.
 9. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества колоректальных хирургов и Российского эндоскопического общества) / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Царьков П.В., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2020. - № 30(1). - С. 49–70. – URL: <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-1-49-70>. – Текст: электронный.
 10. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2018. - № 28 (1). - С. 55-70. – URL: <https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/218/191>. – Текст: электронный.
 11. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекционного эзофагита / Ивашкин В.Т., Ющук Н.Д., Маев И.В., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2020. - № 30(5). - С. 63–83. – URL: <https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/511/356>. – Текст: электронный.
 12. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2020. - № 30(4). - С. 70–97. – URL: <https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/513>. – Текст: электронный.
 13. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2017. - № 27(1). - С. 50-61. – URL: <https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/123/98>. – Текст: электронный.
 14. Клинические рекомендации российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению эозинофильного эзофагита / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2018. - № 28(6). - С. 84–98. – URL: <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2018-28-6-84-98>. – Текст: электронный.
 15. Фоминых Ю.А. Нарушение микробиоты кишечника у больных целиакией взрослых / Фоминых Ю.А. // *University Therapeutic Journal*. - 2021. - № 3(4). - С. 28-39. - URL: https://gpmu.org/userfiles/file/journals/utj/2021_4_University_therapeutic_journal_RGB.pdf. - Текст: непосредственный.
 16. Циммерман, Я. С. Гастроэнтерология: руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html>. - Текст: электронный.
 17. Практические рекомендации для терапевтов по избранным вопросам гастроэнтерологии (редакция от 26.10.2020), утвержденные Первым заместителем Председателя Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. - Санкт-Петербург: Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, 2020. – 213 с. – Текст: непосредственный.
 18. Прогноз ВЗК: риск urgentных хирургических осложнений: методические рекомендации / Успенский Ю.П., Иванов С.В., Фоминых Ю.А. [и др.] – Санкт-Петербург: Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, 2023 – 25 с. – Текст: непосредственный.
 19. Ахмедов, В. А. Заболевания желудочно-кишечного тракта у беременных / В. А. Ахмедов, М. А. Ливзан - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 128 с. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438398.html>. - Текст: электронный.
 20. Синдром раздраженного кишечника у беременных женщин: учебное пособие / Пустотина О.А., Остроменский В.В., Дикке Г.Б. [и др.]. – Москва: Издательство МАИ, 2021. – 32 с. – Текст: непосредственный.
 21. Язвенный колит. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России / Абдулганниева Д. И., Алексеева О. П., Ачкасов С.И., [и др.]. - 2020. - 56с. - Текст: непосредственный.

22. Болезнь Крона. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России / Абдулганиева Д. И., Алексеева О. П., Ачкасов С.И., [и др.]. - 2020. - 47с. - Текст: непосредственный.
23. Запор. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России / Алешин Д.В., Ачкасов С.И., Баранская Е.К. [и др.]. - 2020. - С. 26. - Текст: непосредственный.
24. Фармакотерапия заболеваний желудочно-кишечного тракта: руководство для врачей / под ред. Е. В. Ших, В. Н. Дроздова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 464 с. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477021.html>. - Текст: электронный.
25. Мельникова, И. Ю. Детская гастроэнтерология / под ред. Мельниковой И. Ю. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 480 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451755.html>. - Текст: электронный.
26. Прогнозирование развития urgentных жизнеугрожающих хирургических осложнений воспалительных заболеваний кишечника (болезнь Крона, язвенный колит) на основании искусственного интеллекта с использованием специализированной компьютерной программы «Прогноз ВЗК: риск urgentных хирургических осложнений»: Методические рекомендации / Ю. П. Успенский, С. В. Иванов, Ю. А. Фоминых [и др.]; Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. – Санкт-Петербург: ООО "Цифровая Типография Пролет", 2023. – 25 с. – EDN NYFDNR. - Текст: непосредственный.
27. Затевахин, И. И. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство: краткое издание / под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 912 с.: ил. - (Серия "Национальные руководства"). - 912 с. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466315.html>. - Текст: электронный.
28. Фармакотерапия заболеваний желудочно-кишечного тракта: руководство для врачей / под ред. Е. В. Ших, В. Н. Дроздова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 464 с. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477021.html>. - Текст: электронный.
29. Заболевания кишечника в детском возрасте: руководство для врачей / Запруднов А. М., Харитонова Л. А., Григорьев К. И., Дронов А. Ф. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 488 с. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446164.html>. - Текст: электронный.
30. Мельникова, И. Ю. Детская гастроэнтерология / под ред. Мельниковой И. Ю. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 480 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451755.html>. - Текст: электронный.
31. Перианальные свищи при болезни Крона (обзор литературы). / Аносов И.С., Нанаева Б.А., Варданян А.В., Захаров М.А. // Колопроктология. - 2023. - № 22(1). - С. 128-137. - URL: <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-128-137>. - Текст: электронный.
32. Гранулематозные заболевания кишечника: болезнь Крона и туберкулез. Сложности дифференциальной диагностики (клиническое наблюдение и обзор литературы) / Варданян А.В., Меркулова Е.С., Белинская В.А. [и др.] // Колопроктология. - 2023. - № 22(1). - С. 117-127. - URL: <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-117-127>. - Текст: электронный.
33. Эндоскопическая диагностика дисплазии эпителия толстой кишки у пациентов с длительным анамнезом язвенного колита / Архипова О.В., Скридлевский С.Н., Веселов В.В., Майновская О.А. // Колопроктология. - 2020. - № 19(1). - С. 37-50. - URL: <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2020-19-1-37-50>. - Текст: электронный.
34. Особенности осложненного течения и внекишечных проявлений воспалительных заболеваний кишечника / Ю. П. Успенский, С. В. Иванов, Ю. А. Фоминых [и др.] // University Therapeutic Journal. – 2023. – Т. 5. – № 2. – С. 68-83. – URL: DOI 10.56871/UTJ.2023.72.18.006. - Текст: электронный.

Характеристика информационно-образовательной среды:

Профессиональные базы данных, используемые для подготовки к сдаче государственного экзамена:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru/>)
Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>

Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для подготовки к сдаче государственного экзамена:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex
(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru>)
Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран (<http://www.multitran.ru/>)
Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)
Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)
Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)
Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)
Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)
US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)
Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)
Министерство здравоохранения Российской Федерации (www.rosminzdrav.ru)
КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)
Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

12. Материально-техническое обеспечение

Центр Алмазова располагает материально-технической базой, которая соответствует действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивает проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической работы обучающихся, предусмотренной учебным планом.

Необходимый для реализации программы аспирантуры перечень материально-технического и учебно-методического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованные специализированной мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочим учебным программам дисциплин;
- учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации;
- учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации;
- помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечено доступом в электронную информационно-образовательную среду организации.

13. Кадровое обеспечение

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих реализацию подготовки обучающихся по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

Нормативные документы:

1. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

2. Приказ Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».
3. Приказ от 2 ноября 2020 г. N 1186н «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения российской федерации от 15 декабря 2014 г. N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».
4. Приказ от 27 апреля 2021 г. N 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».
5. Приказ Минздрава России от 23 августа 2016 г. №625н «Об утверждении порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности».

13. Аттестации для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

Для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья государственная итоговая аттестация проводится с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее – индивидуальные особенности).

При проведении государственной итоговой аттестации обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

- проведение государственной итоговой аттестации для инвалидов в одной аудитории совместно с обучающимися, не являющимися инвалидами, если это не создает трудностей для инвалидов и иных обучающихся при прохождении государственной итоговой аттестации;
- присутствие в аудитории ассистента (ассистентов), оказывающего обучающимся инвалидам необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочесть и оформить задание, общаться с членами государственной экзаменационной комиссии);
- пользование необходимыми обучающимся инвалидам техническими средствами при прохождении государственной итоговой аттестации с учетом их индивидуальных особенностей;
- обеспечение возможности беспрепятственного доступа обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в аудитории, туалетные и другие помещения, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, при отсутствии лифтов аудитория должна располагаться на первом этаже, наличие специальных кресел и других приспособлений).

Все локальные нормативные акты Центра Алмазова по вопросам проведения государственной итоговой аттестации доводятся до сведения обучающихся инвалидов в доступной для них форме.

По письменному заявлению обучающегося из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья продолжительность сдачи государственного аттестационного испытания может быть увеличена по отношению к установленной продолжительности его сдачи:

- продолжительность сдачи государственного экзамена, проводимого в письменной форме, - не более чем на 90 минут;
 - продолжительность подготовки обучающегося к ответу на государственном экзамене, проводимом в устной форме или в форме тестирования - не более чем на 20 минут.
- В зависимости от индивидуальных особенностей, обучающихся с ограниченными

возможностями здоровья Центр Алмазова обеспечивает выполнение следующих требований при проведении государственного аттестационного испытания:

а) для слабовидящих:

- задания и иные материалы для сдачи государственного аттестационного испытания оформляются увеличенным шрифтом;
- обеспечивается индивидуальное равномерное освещение не менее 300 люкс;
- при необходимости обучающимся предоставляется увеличивающее устройство, допускается использование увеличивающих устройств, имеющихся у обучающихся;

б) для глухих и слабослышащих, с тяжелыми нарушениями речи:

- обеспечивается наличие звукоусиливающей аппаратуры коллективного пользования, при необходимости обучающимся предоставляется звукоусиливающая аппаратура индивидуального пользования;
- по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в письменной форме;

в) для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата (тяжелыми нарушениями двигательных функций верхних конечностей или отсутствием верхних конечностей):

- письменные задания выполняются обучающимися на компьютере со специализированным программным обеспечением или надиктовываются ассистенту;
- по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в устной форме.

Обучающийся, из числа инвалидов, не позднее, чем за 3 месяца до начала проведения государственной итоговой аттестации подает письменное заявление о необходимости создания для него специальных условий при проведении государственных аттестационных испытаний с указанием его индивидуальных особенностей. К заявлению прилагаются документы, подтверждающие наличие у обучающегося индивидуальных особенностей (при отсутствии указанных документов в личном деле обучающегося).

В заявлении обучающийся указывает на необходимость (отсутствие необходимости) присутствия ассистента на государственном аттестационном испытании, необходимость (отсутствие необходимости) увеличения продолжительности сдачи государственного аттестационного испытания по отношению к установленной продолжительности (для каждого государственного аттестационного испытания).

14. Порядок подачи и рассмотрения апелляций

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена) либо выпускную квалификационную работу, отзыв и рецензию (рецензии) (для рассмотрения апелляции по проведению защиты выпускной квалификационной работы).

Апелляция не позднее 2 рабочих дней со дня ее подачи рассматривается на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Заседание

апелляционной комиссии может проводиться в отсутствие обучающегося, подавшего апелляцию, в случае его неявки на заседание апелляционной комиссии.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания, обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;
- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания, обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае если апелляция удовлетворяется, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные образовательной организацией.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания обучающегося, подавшего апелляцию, осуществляется в присутствии председателя или одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в организации в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается обучающимся, в том числе в электронной форме (подписанная апелляция на бумажном носителе, преобразованная в электронную форму путем сканирования или фотографирования с обеспечением машиночитаемого распознавания ее текста), через личный кабинет в СДО MOODLE в раздел «ГИА – Апелляционная комиссия» не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
К ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Специальность	31.08.28 Гастроэнтерология
Квалификация выпускника:	«Врач-гастроэнтеролог»
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

Санкт-Петербург
2024

ПАСПОРТ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. В результате изучения программы дисциплины по специальности обучающегося формируются следующие компетенции:

- Универсальные: УК-1, УК-2, УК-3
- Профессиональные: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
1.	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	- методы формальной логики	- самостоятельно формулировать выводы на основе поставленной цели исследования, полученных результатов и оценки погрешностей; - прослеживать возможности использования результатов исследования и применения изучаемого вопроса в профилактике заболеваний и патологии; - собирать, анализировать и статистически и логически обрабатывать информацию	- способностью формулировать и оценивать гипотезы
2.	УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	- основы медицинской психологии, - психологию личности (основные теории личности, темперамент, эмоции, мотивация, воля, способности человека); - основы возрастной психологии и психологии развития, основы социальной психологии (социальное мышление, социальное влияние, социальные отношения); - определение понятий «этика», «деонтология», «медицинская деонтология», «ятрогенные заболевания», риск возникновения ятрогенных заболеваний в гастроэнтерологической практике; факторы, способствующие возникновению и развитию ятрогенных заболеваний; характер клинического проявления ятрогенных заболеваний; прогноз ятрогенных	- бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия; - брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий; - принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность; - работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентами; - соблюдать этические и деонтологические нормы	- способностью четко и ясно изложить свою позицию при обсуждении различных ситуаций; - навыками управления коллективом, ведения переговоров и межличностных бесед; - способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим персоналом, пациентами и их родственниками.

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
			заболеваний.		
3.	УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	- понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.	- использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности; организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество; - ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности; самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации; подготовить необходимую документацию в аттестационную комиссию на получение квалификационной категории; - проводить научные исследования по полученной специальности	- поиском и использованием информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития
4.	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье	- организацию гастроэнтерологической помощи в Российской Федерации; - основные направления развития современной гастроэнтерологии; - основные этапы развития гастроэнтерологии, представителей гастроэнтерологических школ; - эпидемиологию и социальную значимость гастроэнтерологических заболеваний - факторы риска возникновения гастроэнтерологических заболеваний с учетом возрастно-половых групп. - первичную и	- выделять группы риска по развитию основных гастроэнтерологических заболеваний среди населения; - дать рекомендации по первичной и вторичной профилактике основных гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых; - проводить раннюю диагностику гастроэнтерологических заболеваний; - проводить санитарно-просветительскую работу среди населения разных возрастных групп, направленную на формирование здорового образа жизни и предупреждение возникновения и (или)	- методикой клинического исследования органов пищеварительной системы; - методами ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
		человека факторов среды его обитания	вторичную профилактику гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых. - этиологию и патогенез гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых. - принципы формирования здорового образа жизни - вопросы ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний, включая редкие - методы и принципы санитарно-просветительской работы среди населения	распространения заболеваний	
5.	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	- информацию о распространенности и частоте встречаемости основных групп гастроэнтерологических заболеваний в Российской Федерации; - факторы риска и начальные клинические проявления гастроэнтерологических заболеваний; - возможности ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний; - варианты течения хронических гастроэнтерологических заболеваний; - принципы диспансерного наблюдения за пациентами с гастроэнтерологическими заболеваниями (кратность осмотров, перечень диагностических исследований, необходимость реабилитационных мероприятий); - первичную профилактику гастроэнтерологических заболеваний; - клиническую диагностику гастроэнтерологических заболеваний	- интерпретировать информацию, полученную при клиническом и дополнительных методах исследования здорового населения разных возрастных групп; - назначить мероприятия первичной профилактики группам населения, подлежащим прохождению профилактических осмотров и диспансерному наблюдению; - дать рекомендации пациенту и лечащему врачу по дальнейшей тактике ведения пациента	- практическими навыками клинического исследования пациента; - навыком пропаганды здорового образа жизни и мероприятий по первичной профилактике гастроэнтерологических заболеваний; - навыком оформления медицинской документации с использованием современных технологических возможностей для архивирования, передачи и хранения информации
6.	ПК-3	готовность к проведению	- знать перечень проведению	- организовывать и проводить	- принципами организации и проведения

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
		противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	противоэпидемических мероприятий, принципы организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	противоэпидемические мероприятия по защите населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	противоэпидемических мероприятия по защите населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
7.	ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	- принципы социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	- проводить социально-гигиенический анализ информации о показателях здоровья взрослых и подростков	- методиками проведения социально-гигиенического анализа и принципами анализа полученной информации и анализа о показателях здоровья взрослых и подростков
8.	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	- анатомию, физиологию пищеварительной системы в норме и при патологических состояниях; - клиническую диагностику гастроэнтерологических заболеваний; - стандартный алгоритм и особенности проведения опроса пациента с гастроэнтерологическим заболеванием; - жалобы, характерные для гастроэнтерологических заболеваний; - этиологию, патогенез, классификации, клиническую картину, методы диагностики, дифференциальный диагноз гастроэнтерологических заболеваний; - МКБ-10; формулировки диагнозов гастроэнтерологических заболеваний; - лабораторные и инструментальные диагностические методы (лучевые и другие визуализационные, ультразвуковые методы), их	- собрать анамнез и получить информацию о заболевании (опросить пациента, родственников, работать с медицинской документацией); - применить объективные методы исследования пациента; - выделить ведущие гастроэнтерологические синдромы и поставить предварительный диагноз; - поставить и обосновать клинический диагноз; - пользоваться МКБ-10 для постановки клинического диагноза; - определить необходимость дополнительных методов исследования, интерпретировать полученные данные; - провести дифференциальную диагностику гастроэнтерологического заболевания; - оценить тяжесть состояния больного по клиническому и дополнительным методам исследования, оценить динамику гастроэнтерологической симптоматики во времени	- методикой сбора анамнеза у гастроэнтерологического больного; - практическими навыками клинического исследования пациента; - навыком ведения медицинской документации, оформления медицинской документации пациента на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей; - навыком интерпретации результатов дополнительных лабораторных и инструментальных диагностических (лучевых и других визуализационных, ультразвуковых) методов исследования

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
			информативность, показания и противопоказания к использованию при гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых		
9.	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи	<ul style="list-style-type: none"> - общие вопросы организации гастроэнтерологической помощи в РФ, и связанными с ней вопросами организации работы скорой и неотложной помощи; - организацию помощи пациентам с гастроэнтерологическими заболеваниями - показания к различным формам оказания гастроэнтерологической помощи и тактики ведения пациентов: экстренной и плановой госпитализации, амбулаторного лечения, реабилитации; - различные способы лечения гастроэнтерологических заболеваний: этиотропное, патогенетическое, симптоматическое, паллиативное; - современные стандарты лечения гастроэнтерологических заболеваний и синдромов с позиций доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту; - основы фармакотерапии гастроэнтерологических заболеваний (показания, противопоказания, сочетания и комбинации препаратов), применение медикаментозного лечения у пациентов разных возрастных групп (особенности использования в детском возрасте и гериатрии); - современные возможности прогнозирования 	<ul style="list-style-type: none"> - выбрать тактику ведения пациента, в зависимости от его состояния, необходимости и целесообразности в конкретный временной период (экстренная и плановая госпитализация, амбулаторное лечение); - определить наличие нетрудоспособности пациента; - назначить лечение пациенту на основе стандартов оказания помощи при гастроэнтерологических заболеваниях с учетом возраста и индивидуальных особенностей пациента; - оценить динамику течения заболевания, внести коррективы в лечебную тактику; - прогнозировать течение и исход заболевания; - информировать пациента о возможностях лечения, наличии противопоказаний, прогнозе заболевания на основе принципов этики и деонтологии 	<ul style="list-style-type: none"> - методами оказания плановой и неотложной помощи пациентам гастроэнтерологического профиля

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
			индивидуальных реакций и чувствительности организма при использовании фармакологических препаратов; - хирургические методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (показания и противопоказания); - немедикаментозные методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов		
10.	ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	- знать принципы оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	- уметь организовать обеспечение медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	- навыками оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
11.	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	- эпидемиологию гастроэнтерологических заболеваний, имеющих исход в инвалидизацию; - прогноз и исходы гастроэнтерологических заболеваний; - методы реабилитации (ранние и поздние) гастроэнтерологических заболеваний; - немедикаментозные методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов	- определить реабилитационную программу пациенту с гастроэнтерологическим с учетом возраста, потребностей пациента, прогнозируемого результата и экономической целесообразности	- навыком ведения медицинской документации и ее оформления на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
12.	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	- принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	- формировать у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	- владеть принципами формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
13.	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	- Законодательство Российской Федерации, - Локальные номенклатурные акты учреждения, - принципы организации гастроэнтерологической помощи	- организовать работу гастроэнтерологического отделения и смежных специалистов; - организовать документооборот гастроэнтерологической клиники в рамках амбулаторного приема и стационарного лечения пациентов	- применением законов и положений в сфере организации гастроэнтерологической помощи; навыками оформления медицинской документации пациента; - навыками оформления отчетной и организационной документации гастроэнтерологической клиники в рамках амбулаторного приема и стационарного лечения пациентов
14.	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	- Конституцию Российской Федерации, законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; - методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; - вопросы организации медицинской помощи населению; - статистику состояния здоровья населения; - критерии оценки показателей, характеризующих состояние здоровья населения; - организацию экспертизы качества медицинской помощи; - вопросы экспертизы временной нетрудоспособности; - основы менеджмента; - основы страховой	Применять методики изучения состояния здоровья населения; - анализировать деятельность (организацию, качество и эффективность) организаций здравоохранения; - использовать информацию о состоянии здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений для предложения мероприятий при разработке и реализации программ и проектов, направленных на улучшение здоровья населения на основе прогнозирования и научной превенции.	- навыком ведения медицинской документации, оформления медицинской документации пациента на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей; - навыком интерпретации результатов дополнительных лабораторных и инструментальных диагностических (лучевых и других визуализационных, ультразвуковых) методов исследования; - методами оказания плановой и неотложной помощи пациентам гастроэнтерологического профиля

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
			медицины		
15.	ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	- основы и основные этапы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	- организовать медицинскую помощь и эвакуацию при чрезвычайных ситуациях	- основными подходами и алгоритмами практических действий для оказания и организации эффективной медицинской помощи и эвакуации при чрезвычайных ситуациях

2. Этапы проведения государственной итоговой аттестации

Этапы ГИА	Коды контролируемых компетенций	Наименование оценочных средств*
1 этап - Тестирование	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	ТЗ
2 этап - Демонстрация практических умений и навыков	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7	ПН
3 этап - Собеседование	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	КВ, СЗ

*виды оценочных средств: контрольные вопросы (КВ), тестовые задания (ТЗ), ситуационные задачи (СЗ), практические навыки (ПН)

Критерии уровня освоения теоретической подготовки и практических умений обоснованы в рабочей программе государственной итоговой аттестации.

3. Итоговая оценка выпускника по результатам поэтапного экзамена государственной итоговой аттестации

1 этап	2 этапа	3 этап	Итоговая оценка аттестации
Тестирование	Демонстрация практических умений и навыков	Собеседование	Выставляется с учетом результатов всех этапов экзамена.

Критерии оценки результатов экзамена

Показатель оценивания результатов освоения образовательной программы	Критерий			
	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Тестирование (оценка уровня теоретической подготовленности по тестам)	90-100%	80-89 %	70-79 %	До 70%
Демонстрация практических умений и навыков (оценка уровня освоения практических умений и навыков)	Обучающийся демонстрирует глубокие знания и умения в вопросах сбора анамнеза, правильно и последовательно проводит клиническое обследование ребенка, интерпретирует	Обучающийся демонстрирует хорошие знания и умения в вопросах сбора анамнеза; правильно и последовательно проводит клиническое обследование	При сборе анамнеза ординатор не выделяет основные моменты, необходимые для правильной диагностики; проводит клиническое обследование, не	Обучающийся демонстрирует отсутствие умений в сборе анамнеза, проведении клинического осмотра. Не знает методик оценки состояния пациентов.

	данные дополнительного обследования, формулирует клинический диагноз и составляет план лечения, демонстрируя знания вопросов клинической фармакологии, с алгоритмом.	ребенка; интерпретирует данные дополнительного обследования; формулирует клинический диагноз и обосновывает его с помощью преподавателя; составляет план лечения. Но в вопросах особенностей фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов у пациентов недостаточно информирован.	соблюдая последовательности осмотра по системам; испытывает затруднения в интерпретации данных дополнительного обследования, а также в обосновании диагноза и особенностях фармакотерапии у пациентов	Не может интерпретировать и анализировать дополнительную информацию для оценки состояния ребенка. Не может сформулировать клинический диагноз с учетом МКБ.
Собеседование (Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи)	Обучающийся демонстрирует системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеет научным языком; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации; демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе	Обучающийся демонстрирует полное знание программного материала, способен обосновывать выводы и разъяснять их в логической последовательности, но допускает ошибки общего характера; правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах	Обучающийся демонстрирует достаточный уровень знания основного программного материала, но допускает существенные ошибки при его изложении и/или при ответе на вопросы; ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией; демонстрирует общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы	Обучающийся допускает при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера; не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы; не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз

Критерии оценки сформированности компетенций в формализованном виде:

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Неудовлетворительно	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Удовлетворительно/неудовлетворительно	«Знает» на уровне ориентирования, представлений. Знает основные признаки или термины изучаемого элемента содержания, их отнесенность к определенной науке, отрасли или объектам, узнает их в текстах, изображениях или схемах и знает, к каким источникам нужно обращаться для более детального его усвоения
Удовлетворительно	«Знает» и «умеет» на репродуктивном уровне. Знает изученный элемент содержания репродуктивно: произвольно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях.

Хорошо	«Знает», «умеет» на аналитическом уровне. Знает на репродуктивном уровне и указывает на особенности и взаимосвязи изученных объектов, на их достоинства, ограничения, историю и перспективы развития и особенности для разных объектов усвоения.
Отлично	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Строение и функции пищевода. Методы исследования пищевода. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
2. Ахалазия кардии. Этиология. Морфология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагноз, осложнения. Лечение. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Классификация. Течение и осложнения. Лечение. Показания к хирургическому лечению. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
4. Пептическая язва пищевода. Эрозия пищевода. Синдром Баррета. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение и осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
5. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
6. Эзофагеальная обструкция (сужение пищевода). Компрессия пищевода. Констрикция пищевода. Стеноз пищевода. Стриктура пищевода. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
7. Дискинезии пищевода. Пищевод шелкунчика. Диффузный эзофагоспазм. Кардиоспазм. Гипомоторные дискинезии. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
8. Дивертикул пищевода. Пищеводный карман. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
9. Гастро-эзофагеальный разрывно-геморрагический синдром. Синдром Меллори-Вейсса. Этиология. Патогенез. Клиника. Течение. Лечение. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
10. Инфекционные и лекарственные эзофагиты. Этиология. Патогенез. Клинические синдромы. Диагностика. Принципы терапии. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
11. Дифференциальный диагноз при дисфагии. Программа обследования больных с дисфагией. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
12. Строение и функции желудка и двенадцатиперстной кишки. Методы исследования желудка и двенадцатиперстной кишки. Диагностика *Helicobacter pylori*. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
13. Функциональная желудочная диспепсия. Определение понятия. Клинические варианты неязвенной диспепсии. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
14. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Эрозия желудка и ДПК. Язва пептическая: пилорического канала, медиогастральная. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клинические варианты течения.

- Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
15. Осложнения язвенной болезни. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9)
 16. Синдром Золингера-Эллисона. Этиология, патогенез. Особенности клиники, диагностики. Дифференциальный диагноз. Медикаментозное лечение. Оперативное лечение. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
 17. Гастрит и дуоденит острый и хронический. Хронический поверхностный гастрит. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика и лечение. Хронический атрофический гастрит. Желудочная атрофия. Этиология и патогенез. Особенности клиники, диагностики и лечения. Дуоденит, острый и хронический. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
 18. Дивертикулы желудка и двенадцатиперстной кишки. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
 19. Строение и функции тонкой и толстой кишки. Методы исследования тонкой и толстой кишки. Лабораторные методы. Копрологические синдромы. Диагностические тесты. Инструментальные методы диагностики. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
 20. Синдром мальабсорбции и мальдигестии. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Глютенная энтеропатия. Болезнь Уиппла. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
 21. Дифференциальный диагноз при диарее. Энтеральный и колитический синдром. Алгоритм диагностики при диарее. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
 22. Дифференциальный диагноз при запоре. Классификация запоров. Патогенетические факторы развития. Профилактика. Особенности применения различных групп препаратов. Диетолечение. Очистительные клизмы. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
 23. Карциноидный синдром. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
 24. Воспалительные заболевания кишечника. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
 25. Заболевания прямой кишки и ануса. Проктит. Проктосигмоидит. Геморрой. Трещины анального канала. Клиническая симптоматика. Течение. Осложнения. Лечение. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
 26. Дивертикулярная болезнь кишечника. Течение. Осложнения. Диагностика. Консервативная терапия. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
 27. Псевдомембранозный колит. Этиология. Патогенез. Клинические признаки. Принципы диагностики, терапии и профилактики. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
 28. Синдром раздраженного кишечника. Клиническая симптоматика. Течение. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
 29. Острые и хронические сосудистые заболевания кишки. Инфаркт кишечника. Мезентериальный тромбоз. Эмболия. Хронический ишемический энтерит. Ишемическая стриктура кишечника. Мезентериальный атеросклероз и сосудистая недостаточность. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
 30. Строение и функции печени и желчевыводящих путей. Методы диагностики заболеваний печени и гепатобилиарной системы (лабораторные и

- инструментальные). Основные лабораторные синдромы. Иммунологическая панель печени. Инструментальные методы исследования печени (диагностические возможности метода, показания, противопоказания, подготовка больных, ведение больных после исследования). (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
31. Дифференциальный диагноз при гепатомегалии, гепатоспленомегалии. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
 32. Острый вирусный гепатит (А, В, дельта, С, D, E). Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
 33. Хронические вирусные гепатиты (В, С, D). Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические синдромы. Принципы диагностики, лечения и профилактики. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
 34. Лекарственные поражения печени. Лекарства и поражения печени. Физиологическая роль печени в метаболизме лекарств. Нарушение фармакокинетики лекарств при болезнях печени. Гепатотоксичность лекарств. Токсическая болезнь печени с холестазом. Токсическая болезнь печени с некрозом. Токсическая болезнь печени с острым гепатитом. Другие клинико-морфологические варианты токсической болезни печени. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9)
 35. Алкогольная болезнь печени. Метаболизм этанола в печени. Системные проявления воздействия алкоголя на печень и другие органы. Клинико-морфологические варианты алкогольной болезни печени. Алкогольное жировое перерождение печени. Алкогольный гепатит. Алкогольный фиброз и склероз печени. Алкогольный цирроз печени. Алкогольная печеночная недостаточность: острая, подострая, хроническая, с или без печеночной комы. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
 36. Неалкогольная жировая болезнь печени. Этиология. Патогенез. Классификация. Понятие метаболического синдрома и его взаимосвязь с поражением печени. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии и профилактики. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
 37. Аутоиммунные заболевания печени. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
 38. Болезни сосудов печени. Тромбоз воротной вены. Тромбофлебит воротной вены. Болезнь и синдром Бадда-Киари. Синдром Крювелле-Баумгартена. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
 39. Дифференциальная диагностика желтух. Доброкачественные гипербилирубинемии. Обмен билирубина. Этиология желтух. Классификация. Критерии диагностики механической, гемолитической, паренхиматозной желтухи. Синдромы Жильбера, Криглера-Найяра, Дабина-Джонсона, Ротора. Механизм развития. Критерии диагностики. Подходы к терапии. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
 40. Фиброз и цирроз печени. Классификация. Морфологическая характеристика. Этиология. Клиническая картина. Портальная гипертензия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Принципы диагностики, лечения. Осложнения портальной гипертензии. Критерии диагностики. Алгоритмы лечения. Течение. Осложнения: пищеводно-желудочное кровотечение. Печеночная недостаточность. Печеночная кома. Прогноз. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные принципы и методы неотложной терапии осложнений. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению больных с циррозом печени. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
 41. Функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии. Профилактика. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

42. Желчнокаменная болезнь. Калькулез желчного пузыря с острым холециститом. Калькулез желчного пузыря без холецистита. Холецистолитиаз. Холелитиаз. Возвратная желчепузырная колика. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Современные концепции холелитиаза. Механизмы образования литогенной желчи. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Осложнения. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
43. Холецистит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения.
44. Холангит. Нисходящий, первичный, рецидивирующий, склерозирующий, вторичный, стенозирующий, гнойный. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
45. Строение и функции поджелудочной железы. Методы лабораторной и инструментальной диагностики поражений поджелудочной железы. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
46. Основные клинические синдромы, выявляемые при поражении поджелудочной железы. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
47. Острый панкреатит. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Абсцесс поджелудочной железы. Некроз поджелудочной железы острый, инфекционный. Консервативная терапия. Показания, возможности, методы и результаты оперативного лечения. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
48. Хронический панкреатит. Этиология и патогенез. Клиника. Варианты течения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диетотерапия. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
49. Опухоли пищевода. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли. Рак пищевода. Злокачественные неэпителиальные опухоли пищевода. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия предраковых заболеваний и рака. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
50. Опухоли желудка. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли желудка. Рак. Карциноид. Саркома. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия предраковых заболеваний и рака. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Злокачественные неэпителиальные опухоли пищевода. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
51. Опухоли поджелудочной железы. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли поджелудочной железы. Рак поджелудочной железы. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
52. Опухоли билиарной системы. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
53. Опухоли печени. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли печени. Гепатоцеллюлярная карцинома. Холангиокарцинома. Ангиосаркома. Метастазы в печень. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

54. Опухоли большого дуоденального сосочка. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз с другими заболеваниями. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
55. Опухоли тонкой кишки. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы терапии. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
56. Опухоли толстой кишки. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли. Рак толстой кишки. Клинические варианты течения. Современные возможности диагностики и лечения. Полипы толстой кишки. Этиология. Патогенез. Классификация Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
57. Анальный и ректальный полип. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к хирургическому лечению. Профилактика развития. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
58. Острый живот. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-12)
59. Острые желудочно-кишечные кровотечения. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-12)
60. Печеночная колика. Клиника. Диагностика. Принципы терапии. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
61. Печеночная кома. Причины. Клинические признаки. Принципы терапии. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
62. Острая кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
63. Острая диарея. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
64. Принципы диагностики и лечения осложнений язвенной болезни (кровотечения, пенетрация, перфорация). (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
65. Особенности подготовки и проведения основных лабораторных методов исследования желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
66. Особенности подготовки и проведения основных инструментальных методов исследования желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях. (УК-1, ПК-2, ПК-2, ПК-5)
67. Клинические критерии отбора больных с целью осуществления квалифицированной специализированной помощи в поликлинических условиях. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10, ПК-11)
68. Варианты течения заболеваний органов пищеварения, при которых возможно осуществление квалифицированной специализированной помощи в поликлинических условиях. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
69. Экспертиза временной нетрудоспособности. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10, ПК-11)
70. Клинико-социальные аспекты лечения больных с гастроэнтерологической патологией в поликлинике. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11)
71. Принципы диспансерного наблюдения гастроэнтерологических больных. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11)
72. Методы диспансерного наблюдения гастроэнтерологических больных. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11)
73. Причины желудочной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
74. Механизм развития желудочной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
75. Виды желудочной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
76. Алгоритм обследования больных с желудочной диспепсией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
77. Принципы терапии и профилактики желудочной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

78. Показания для госпитализации пациентов с желудочной диспепсией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
79. Причины кишечной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
80. Механизм развития кишечной диспепсии. (УК-1, ПК-5)
81. Виды кишечной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
82. Алгоритм обследования больных с кишечной диспепсией и диареей. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
83. Принципы терапии и профилактики кишечной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
84. Показания для госпитализации пациентов с кишечной диспепсией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
85. Причины билиарной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
86. Механизм развития билиарной диспепсии. (УК-1, ПК-5)
87. Виды билиарной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
88. Алгоритм обследования больных с билиарной диспепсией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
89. Принципы терапии и профилактики билиарной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
90. Показания для госпитализации пациентов с билиарной диспепсией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
91. Причины панкреатогенной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
92. Механизм развития панкреатогенной диспепсии. (УК-1, ПК-5)
93. Виды панкреатогенной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
94. Алгоритм обследования больных с панкреатогенной диспепсией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
95. Принципы терапии и профилактики панкреатогенной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
96. Показания для госпитализации пациентов с панкреатогенной диспепсией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
97. Дифференциальный диагноз билиарной и панкреатогенной диспепсии в поликлинических условиях. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
98. Алгоритм обследования больных с билиарной и панкреатогенной диспепсией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
99. Дифференциальный диагноз при кишечной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
100. Алгоритм обследования больных с кишечной диспепсией и запором. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
101. Дифференциальный диагноз при синдроме холестаза в амбулаторных условиях. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
102. План обследования больных с синдромом холестаза. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
103. Дифференциальный диагноз при болевом абдоминальном синдроме в амбулаторных условиях. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
104. План обследования больных при болевом абдоминальном синдроме. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
105. Особенности ведения пациентов с функциональными расстройствами органов желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)
106. Методы обследования пациентов с функциональными расстройствами органов желудочно-кишечного тракта. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
107. Принципы лечения пациентов с функциональными расстройствами органов желудочно-кишечного тракта. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
108. Особенности ведения полиморбидных больных с заболеваниями органов пищеварения в амбулаторных условиях. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

109. Принципы оказания неотложной помощи гастроэнтерологическим больным на догоспитальном этапе. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-11)
110. Основные показания для госпитализации при различных заболеваниях органов пищеварения. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
111. Принципы профилактики заболеваний органов пищеварения в поликлинических условиях. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9)
112. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях бронхолегочной системы. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
113. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10)
114. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
115. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10)
116. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях мочевыделительной системы. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
117. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10)
118. Особенности поражений органов пищеварительной системы при патологии соединительной ткани. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
119. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10)
120. Особенности поражений органов пищеварительной системы при эндокринной патологии. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
121. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10)
122. Особенности поражений органов пищеварительной системы при муковисцидозе, амилоидозе и гемохроматозе. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
123. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10)
124. Особенности поражений органов пищеварительной системы при СПИД и туберкулезе. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
125. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10)
126. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях крови. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
127. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10)
128. Особенности поражений органов пищеварительной системы при профессиональных интоксикациях. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
129. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10)
130. Особенности поражений органов пищеварительной системы при паразитарных и глистных инвазиях. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
131. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10)
132. Особенности поражений органов пищеварительной системы при аллергических заболеваниях. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
133. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10)

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

1.1. Для начальной стадии рефлюкс-эзофагита наиболее типичным являются:

- 1) диффузная гиперплазия и отек слизистой пищевода
- 2) гиперемия и отек слизистой дистального отдела пищевода
- 3) геморрагические изменения в слизистой
- 4) зияние кардии
- 5) эрозивно-язвенные дефекты слизистой

1.2. «Золотой стандарт» лечения ГЭРБ:

- 1) Ингибиторы протонной помпы
- 2) Н-2-гистаминоблокаторы
- 3) М-холинолитики
- 4) Антациды
- 5) Спазмолитики

1.3. Отрыжка и срыгивание, возникающие при наклоне туловища, наблюдаются при аэрофагии

- 1) вегетативной лабильности
- 2) недостаточности антропилоорической области
- 3) недостаточности кардии
- 4) стриктурах пищевода

1.4. Для быстрого купирования изжоги следует использовать:

- 1) ингибиторы протонной помпы
- 2) антациды и альгинаты
- 3) спазмолитики
- 4) адсорбенты
- 5) Н-2-гистаминоблокаторы

1.5. Внепищеводными синдромами ГЭРБ могут являться:

- 1) жгучие загрудинные ангинозоподобные боли
- 2) эрозии зубной эмали
- 3) ларингит
- 4) бронхиальная астма
- 5) жгучие загрудинные ангинозоподобные боли, эрозии зубной эмали, ларингит, бронхиальная астма

1.6. Пищевод Баррета – это:

- 1) замещение многослойного плоского неороговевающего эпителия цилиндрическим с явлениями кишечной метаплазии
- 2) замещение цилиндрического эпителия многослойным плоским эпителием
- 3) эрозивно-язвенное поражение пищевода
- 4) аденокарцинома пищевода
- 5) атрофия слизистой оболочки пищевода

1.7. При лечении пищевода Баррета ИПП (ингибиторы протонной помпы) применяются:

- 1) в течение 4 недель
- 2) в течение 8 недель
- 3) в течении года
- 4) проводится непрерывная поддерживающая терапия ИПП
- 5) назначение ИПП нецелесообразно

1.8. При длительной терапии ИПП больным ГЭРБ с наличием инфекции *Helicobacter pylori* (Hр) необходимо проведение эрадикации, так как:

- 1) эрадикация (Hр) способствует уменьшению симптомов ГЭРБ

- 2) эрадикация уменьшает частоту рецидивов ГЭРБ
- 3) эрадикация повышает эффективность лечения ГЭРБ
- 4) эрадикация способствует предотвращению транслокации Нр из антрального отдела на тело желудка и тем самым уменьшает риск развития атрофического гастрита и рака желудка
- 5) эрадикация Нр в данном случае не показана

1.9. К рекомендациям по изменению образа жизни для больных ГЭРБ относятся:

- 1) избегать обильного приема пищи и не есть на ночь
- 2) заняться спортом
- 3) избегать переохлаждения
- 4) спать на ортопедической подушке
- 5) принимать антациды

1.10. Вариантами нейромышечных заболеваний пищевода являются:

- 1) Ахалазия кардии и диффузный эзофагоспазм
- 2) Ахалазия кардии и болезнь Гиршпрунга
- 3) Ахалазия кардии и кардиоспазм
- 4) Ахалазия кардии, кардиоспазм, диффузный эзофагоспазм

1.11. При псевдокоронарном (эзофагеальном) синдроме при ГЭРБ боль купирует:

- 1) нитроглицерин
- 2) изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное)
- 3) транквилизаторы
- 4) холинолитики
- 5) спазмолитики

1.12. Бронхопищеводный синдром при ГЭРБ обусловлен:

- 1) регургитацией желудочного содержимого в дыхательные пути
- 2) избыточной массой тела
- 3) дисфагией
- 4) спазмом пищевода
- 5) длительностью заболевания

1.13. Стриктура дистального отдела пищевода обычно обусловлена:

- 1) эрозивно-язвенным рефлюкс-эзофагитом
- 2) хронической пневмонией
- 3) язвенной болезнью желудка
- 4) хроническим активным пангастритом
- 5) склеродермией

1.14. Признаками пищевода Баррета являются:

- 1) язва пищевода
- 2) цилиндрическая метаплазия эпителия в нижней части
- 3) врожденный короткий пищевод
- 4) отсутствие перистальтики пищевода
- 5) щелочной пищевод

1.15. Какие компоненты рефлюксата создают наибольшие риски неэффективности терапии ГЭРБ:

- 1) лизолецитин и желчные кислоты
- 2) пепсин
- 3) соляная кислота
- 4) слюна

1.16. Пациент болен около 3-х лет, жалобы на затруднение прохождения пищи, регургитацию 1-2 раза в сутки, периодические боли за грудиной. Больной несколько пониженного питания, анализ

крови в пределах нормы. Диагноз:

- 1) рак пищевода
- 2) ахалазия пищевода
- 3) рубцовая стриктура пищевода
- 4) эзофагит
- 5) дивертикул

1.17. Ведущая роль в генезе язвы дистального отдела пищевода принадлежит:

- 5) рефлюксу желудочного содержимого в пищевод
- 6) эзофагиту
- 7) снижению защитных свойств слизистой
- 8) нарушению микроциркуляции
- 9) нарушению регенерации

1.18. Больная 53 лет повышенного питания жалуется на сильные изжоги и боли за грудиной, усиливающиеся при наклоне вперед. Какой предварительный диагноз можно поставить:

- 1) ценкеровский дивертикул пищевода
- 2) хронический гастрит
- 3) хронический панкреатит
- 4) рефлюкс-эзофагит
- 5) рак пищевода

1.19. Ожог пищевода химическим веществом в дальнейшем приводит к:

- 1) рефлюкс-эзофагиту
- 2) гиперемии слизистой пищевода
- 3) стриктуре пищевода
- 4) метаплазии слизистой пищевода
- 5) пептической язве

1.20. Механизм замыкания кардии обусловлен:

- 1) пищеводно-кардиальным жомом (сфинктер)
- 2) автоматизмом кардии
- 3) верхней зоной повышенного давления в пищеводе
- 4) внутрибрюшным давлением
- 5) пищеводно-кардиальным сфинктером и автоматизмом кардии

2.1. Препаратами с выраженным ульцерогенным действием являются:

- 1) антибиотики
- 2) антигистаминные
- 3) нестероидные противовоспалительные
- 4) гистаминоблокаторы
- 5) ганглиоблокаторы

2.2. Для какой язвы характерны поздние и ночные боли:

- 1) язвенного эзофагита
- 2) язвы антрума
- 3) язвы дна желудка
- 4) язвы луковицы 12-ти перстной кишки
- 5) язвы кардиального отдела желудка

2.3. pH чистого желудочного сока здорового человека:

- 1) 0,5-0,9
- 2) 0,9-1,5
- 3) 1,5-2,0

- 4) 2,0-2,5
- 5) 2,5-3,0

2.4. При стенозе выходного отдела желудка:

- 1) усиливается боль в верхней половине живота
- 2) появляется непереносимость жиров и молочной пищи
- 3) появляется рвота и усиливается изжога
- 4) появляются поносы
- 5) появляется асцит и отеки нижних конечностей

2.5. При кровотечении из язвы двенадцатиперстной кишки:

- 1) предшествующая боль резко усиливается
- 2) боль исчезает или уменьшается
- 3) появляется сухость и горький вкус во рту
- 4) боль иррадирует в спину
- 5) боль иррадирует в прекардиальную область

2.6. При пилоробульбарных язвах зона болезненности определяется:

- 1) в области мечевидного отростка
- 2) в околопупочной области
- 3) в эпигастральной области справа
- 4) в эпигастральной области слева
- 5) на 5-7 см выше пупка справа

2.7. К симптоматическим язвам желудка относятся:

- 1) стрессовые язвы
- 2) лекарственные язвы
- 3) при обширных ожогах (язвы Карлинга)
- 4) при синдроме Золлингера-Эллисона
- 5) стрессовые язвы, лекарственные язвы, язвы при обширных ожогах (язвы Карлинга), язвы при синдроме Золлингера-Эллисона

2.8. Какой метод диагностики язвенной болезни желудка наиболее достоверный:

- 1) рентгеноскопия
- 2) гастрофиброскопия
- 3) ультразвуковое исследование
- 4) лапароскопия
- 5) рентгенография

2.9. Осложнениями язвенной болезни желудка НЕ является:

- 1) перфорация
- 2) пенетрация
- 3) стеноз привратника
- 4) кровотечение
- 5) синдром мальабсорбции

2.10. При каких заболеваниях развивается гистамин-рефрактерная ахлоргидрия:

- 1) хронический поверхностный гастрит
- 2) хронический атрофический гастрит
- 3) гастродуоденит
- 4) язвенный стеноз привратника

5) язвенная болезнь желудка

2.11. Какой продукт обладает антацидным свойством:

1. бульон
2. капустный сок
3. крепкий чай
4. творог
5. кофе

2.12. Какие препараты НЕ назначаются при хроническом гастрите с повышенной секреторной функцией:

1. но-шпа
2. плантаглоцид
3. викалин
4. альмагель
5. лимонтар

2.13. Наиболее частой гистологической формой рака желудка служит:

1. аденокарцинома
2. скирр
3. солидный рак
4. плоскоклеточный рак
5. недифференцированный рак

2.14. Какой из перечисленных гастритов относят к болезни Менетрие:

1. интерстициальный
2. атрофический
3. полипозный
4. гигантский гипертрофический
5. атрофически-гиперпластический

2.15. Предраковыми формами гастрита являются все, КРОМЕ:

1. атрофический гастрит
2. гиперпластический гастрит
3. полипозный гастрит
4. эрозивный гастрит
5. гастрит с кишечной метаплазией

2.16. Наиболее частой причиной гранулематозного гастрита является:

1. кампилобактерии
2. болезнь Крона
3. алиментарный фактор
4. целиакия
5. ни один из перечисленных факторов

2.17. Лимфоцитарный (эрозивный, «вариолоформный») гастрит наиболее часто связан с:

1. хеликобактерной инфекцией
2. целиакией
3. вирусной инфекцией
4. болезнью Крона
5. алиментарным фактором

2.18. Инфицирование гастродуоденальной слизистой оболочки пилорическим хеликобактером обычно сопровождается:

1. снижением секреции гастрина
2. ахлоргидрией
3. диффузной атрофией главных желез желудка
4. развитием антрального гастрита
5. недостаточностью кардии

2.19. Пептическую язву пищевода следует дифференцировать с:

1. изъязвленным раком
2. лейомиомой
3. саркомой
4. дивертикулом пищевода

2.20. Синдром приводящей петли развивается после операции:

1. резекции желудка по Бильрот I
2. резекции желудка по Бильрот II
3. селективной проксимальной ваготомии
4. СПВ и пилоропластики
5. стволовой ваготомии

3.1. Наиболее ранним и постоянным признаком болезни Крона является:

1. боль в животе
2. лихорадка
3. примесь крови в кале
4. диарея
5. примесь гноя в кале

3.2. Запоры характерны для:

1. хронического гастрита со сниженной секреторной функцией
2. болезни оперированного желудка
3. хронического энтерита
4. спру
5. болезни Уиппла
6. язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

3.3. Критерии, исключющие диагноз СРК:

1. наличие ночной симптоматики
2. наличие анемии
3. прогрессирующее похудание
4. наличие ночной симптоматики, наличие анемии, прогрессирующее похудание

3.4. Симптоматический запор встречается:

1. при язвенной болезни
2. при дивертикулезе толстой кишки
3. при гипотиреозе
4. при язвенной болезни, при дивертикулезе толстой кишки, при гипотиреозе

3.5. Что характерно для язвенного колита из перечисленных изменений в периферической крови:

1. замедление СОЭ
2. эритроцитоз, ретикулоцитоз
3. ускорение СОЭ
4. гипертромбоцитоз
5. лейкопения

3.6. В клинику поступил больной 62 лет с жалобами на выделение крови из ануса, сильное похудание, периодические запоры. Какой метод исследования можно применить для уточнения диагноза в первую очередь:

1. ирригоскопия
2. ректороманоскопия
3. колоноскопия
4. пальцевое исследование прямой кишки
5. антеградный пассаж бария по кишечнику

3.7. Какое воспаление по гистологическим данным при болезни Крона:

1. поверхностное воспаление, сплошное, с криптами и абсцессами
2. трансмуральное, с наличием гранулем, ассиметричное, прерывистое
3. хроническое неспецифическое воспаление
4. эозинофильное воспаление

3.8. К механизмам нарушения всасывания относятся:

1. уменьшение общей всасывательной поверхности
2. ускорение моторной функции
3. нарушение мезентериального кровотока
4. структурные изменения слизистой оболочки
5. уменьшение общей всасывательной поверхности, ускорение моторной функции, нарушение мезентериального кровотока, структурные изменения слизистой оболочки

3.9. Клинические признаки колитического синдрома все, КРОМЕ:

1. частый, до 10 раз в сутки стул
2. тенезмы
3. скудный стул, со слизью и кровью
4. обильный стул
5. схваткообразные боли в нижнебоковых отделах живота

3.10. Какая часть кишки чаще всего поражается при НЯК, с которой, как правило, начинается воспаление:

1. подвздошная
2. прямая
3. сигмовидная
4. поперечно-ободочная
5. слепая

3.11. Поддерживающая терапия целиакии включает в себя:

1. аглютеновую диету
2. ферменты
3. витамины
4. в тяжелых случаях - малые дозы глюкокортикоидов
5. аглютеновую диету, ферменты, витамины, малые дозы глюкокортикоидов (в тяжелых случаях)

3.12. При дивертикулезе толстой кишки встречаются следующие осложнения

1. перфорация
2. кровотечение
3. дивертикулит
4. тромбозы
5. перфорация, кровотечение и дивертикулит

3.13. Какой из клинических признаков наиболее часто сочетается с раком слепой кишки:

1. кишечный дискомфорт
2. кишечная непроходимость
3. наличие пальпируемой опухоли
4. анемия
5. субфебрилитет

3.14. Эндоскопическими критериями поражения толстой кишки при неспецифическом язвенном колите НЕ являются:

1. гиперемия и отёк слизистой оболочки
2. контактная ранимость и кровоточивость
3. поверхностные дефекты слизистой оболочки
4. глубокие щелевидные язвы
5. поверхностное сплошное воспаление

3.15. В каком случае уменьшается диаметр кишки обычно в сочетании с плотной консистенцией и болезненностью:

1. спайки между кишкой и задней брюшной стенкой вследствие перенесенного воспаления или опухоли
2. спазм гладкой мускулатуры кишки
3. большое количество газов в кишке
4. переполнение кишки жидким содержимым
5. воспалительный процесс в кишке, особенно в серозной оболочке

3.16. Какой признак НЕ ХАРАКТЕРЕН для язвенного колита:

1. боли
2. поносы
3. запоры
4. наличие крови в кале
5. рвота

3.17. Целиакия характеризуется непереносимостью:

1. пшеницы
2. риса
3. гречи
4. овса
5. пшеницы и овса

3.18. Клинические признаки синдрома мальабсорбции:

1. диарея
2. истощение
3. анемия
4. боли в костях, патологические переломы

5. диарея, истощение, анемия, боли в костях и патологические переломы

3.19. Целиакии наиболее часто сопутствует кожное заболевание:

1. псориаз
2. герпетиформный дерматит
3. atopический дерматит
4. pemфигоид
5. пузырьчатка

3.20. Для энтерального копрологического синдрома особенно характерно наличие:

1. слизи
2. нейтрального жира
3. крови
4. йодофильной флоры
5. лейкоцитов

3.21. Дефицит массы тела характерен для:

1. хронического энтерита
2. хронического колита

3.22. Какие изменения в копрограмме не типичны для хронического энтерита:

1. полифекалия
2. консистенция жидкая или полужидкая
3. цвет соломенно-желтый, золотистый, зеленовато-коричневый
4. стеаторея
5. прожилки крови

4.1. Билирубинурия встречается при:

- 1) гемолитической желтухе
- 2) обтурационной желтухе
- 3) паренхиматозной желтухе
- 4) острой почечной недостаточности
- 5) опухоли почки

4.2. Болезнь Жильбера сопровождается следующими нарушениями лабораторных показателей

- 1) гипербилирубинемия за счет конъюгированного билирубина
- 2) гипербилирубинемия за счет неконъюгированного билирубина
- 3) гиперуробилинурия
- 4) повышение сывороточных aminотрансфераз
- 5) повышение щелочной фосфатазы

4.3. Какие из нижеперечисленных исследований являются наиболее информативными в диагностике желчнокаменной болезни:

- 1) радионуклидное исследование
- 2) термография
- 3) лапароскопия
- 4) ультразвуковая эхолокация
- 5) гепатосцинтиграфия

4.4. Подпеченочная желтуха характеризуется:

- 1) гиперуробилинурией
- 2) нарастанием сывороточных аминотрансфераз
- 3) увеличением гамма-глобулинов
- 4) повышением показателей тимоловой пробы
- 5) гипербилирубинемией

4.5. Симптом Ортнера-Грекова характерен для:

- 1) жировой инфильтрации печени
- 2) обострения калькулезного холецистита
- 3) лямблиоза
- 4) гипотонии сфинктера Одди
- 5) нарушения холесекреторной функции печени

4.6. В патогенезе холецистита наиболее существенную роль играют:

- 1) хронический гепатит
- 2) снижение холатообразовательной функции печени
- 3) инфекционный процесс в желчных путях
- 4) гиперкинетическая дискинезия желчного пузыря
- 5) гипертония сфинктера Одди

4.7. В чем заключается основной принцип регуляции тонуса сфинктера Одди:

- 1) сокращение сфинктера в ответ на повышение давления в желчном пузыре
- 2) сокращение сфинктера в ответ на снижение давления в желчном пузыре
- 3) расслабление сфинктера в ответ на повышение давления в желчном пузыре
- 4) расслабление сфинктера в ответ на снижение давления в желчном пузыре

4.8. В клинической картине постхолецистэктомического синдрома наиболее часто отмечается:

- 1) астеноневротический синдром
- 2) гипертензивный синдром
- 3) диспептический синдром
- 4) синдром мальабсорбции
- 5) демпинг-синдром

4.9. В диагностике синдрома Жильбера основное значение имеет:

- 1) гепатомегалия
- 2) нарушение функциональных проб печени
- 3) стойкая гипербилирубинемия
- 4) спленомегалия
- 5) астенический синдром

4.10. При хроническом холецистите ведущим синдромом в клинике является:

- 1) астеноневротический
- 2) желтухи
- 3) гепатолиенальный
- 4) лихорадочный
- 5) болевой

4.11. Основные клинические симптомы, встречающиеся при заболеваниях желчевыводящих путей все, кроме:

- 1) болевой

- 2) диспептический
- 3) астеновегетативный
- 4) дисфагический
- 5) холестатический

4.12. Симптом Кера определяется как:

- 1) болезненность при поколачивании по правой реберной дуге
- 2) болезненность при глубокой пальпации области желчного пузыря
- 3) болезненность при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками грудиноключично-сосцевидной мышцы справа
- 4) усиление болезненности при глубокой пальпации области желчного пузыря на высоте глубокого вдоха
- 5) болезненность в точке пересечения правой реберной дуги и наружного края прямой мышцы живота

4.13. Назовите наиболее информативный метод диагностики ЖКБ:

- 1) обзорная рентгенография живота
- 2) УЗИ органов брюшной полости
- 3) дуоденальное зондирование
- 4) биохимическое исследование крови (билирубин, щелочная фосфатаза, ГГТП, холестерин)
- 5) ФГДС

4.14. К пузырьным симптомам относятся:

- 1) симптомы Ортнера и Волковича
- 2) френикус-симптом и симптом «кровоавой росы»
- 3) симптомы Мерфи и Поргеса
- 4) симптом Поргеса
- 5) симптомы Ортнера, Мерфи и френикус-симптом

4.15. Выберите основную причину дисфункции сфинктера Одди:

- 1) нарушение функции вегетативной нервной системы
- 2) операции на желудке
- 3) снижение выработки мотилина
- 4) холецистэктомия
- 5) злоупотребление алкоголем

4.16. «Золотой стандарт» диагностики холедохолитиаза:

- 1) УЗИ брюшной полости
- 2) эндоскопическое УЗИ
- 3) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- 4) пероральная холецистография
- 5) КТ брюшной полости

4.17. При начальной стадии фиброза печени может выявляться следующий синдром:

- 1) Портальная гипертензия
- 2) Геморрагический синдром
- 3) Астеновегетативный синдром
- 4) Лихорадка
- 5) Печеночно-клеточная недостаточность

4.18. Наиболее оптимальным неинвазивным методом инструментальной диагностики фиброза печени является:

- 1) УЗИ печени
- 2) Биопсия печени
- 3) Сцинтиграфия печени
- 4) Геогепатография
- 5) УЗИ-эластография печени

4.19. Укажите ключевой диагностический признак спазма панкреатической части сфинктера Одди:

- 1) билиарная боль
- 2) задокументированные приступы острого панкреатита в анамнезе
- 3) наличие образования в головке поджелудочной железы
- 4) наличие билиарного сладжа
- 5) наличие ЖКБ

4.20. Калькулезный холецистит может иметь осложнения:

- 1) гастродуоденальное кровотечение
- 2) панкреонекроз
- 3) стеноз фатерова сосочка
- 4) дисфункция сфинктера Одди
- 5) панкреонекроз и гнойный холангит

4.21. Развитию желчекаменной болезни в наибольшей степени способствует:

- 1) гипомоторная дискинезия желчного пузыря
- 2) курение
- 3) злоупотребление алкоголем
- 4) малая физическая активность
- 5) наркомания

4.22. Болезненность при надавливании на правый диафрагмальный нерв между ножками грудино–ключично–сосцевидной мышцы называется:

- 1) симптом Мерфи
- 2) симптом Кера
- 3) симптом Грекова–Ортнера
- 4) симптом Георгиевского–Мюсси
- 5) симптом Пастернацкого

4.23. При гиперфункциональной дискинезии желчевыводящих путей используют следующие лекарственные препараты:

- 1) холеретики
- 2) холекинетики
- 3) миотропные спазмолитики
- 4) антибиотики
- 5) препараты урдеоксихолевой кислоты

4.24. Симптомы, характерные для печеночной комы при циррозе печени:

- 1) уменьшение размеров печени
- 2) “синдром лакированных губ”
- 3) желтуха
- 4) геморрагии
- 5) лихорадка

4.25. Укажите препарат, противопоказанный для купирования приступа желчной колики:

- 1) атропин
- 2) папаверин
- 3) нитроглицерин
- 4) морфин
- 5) баралгин

4.26. Хроническим холециститом чаще болеют:

- 1) Мужчины и женщины среднего возраста.
- 2) Женщины среднего возраста.
- 3) Мужчины среднего возраста.
- 4) Пожилые люди.
- 5) Все одинаково часто болеют.

4.27. Этиологический фактор развития хронического холецистита:

- 1) Аномалии строения желчного пузыря.
- 2) Нарушение моторики тонкой кишки.
- 3) Психоэмоциональные нарушения.
- 4) Инфицирование желчи.
- 5). Нарушения диеты.

4.28. Синдромы хронического холецистита:

- 1) Болевой.
- 2) Диспептический.
- 3) Воспалительный.
- 4) Холестатический.
- 5) Болевой, диспептический, воспалительный и холестатический.

4.29. Симптом Кера — это болезненность при:

- 1) Пальпации правого подреберья.
- 2) Поколачивании по правой реберной дуге.
- 3) Поколачивании по левой реберной дуге.
- 4) Поколачивании по правому подреберью.
- 5) Пальпации в зоне желчного пузыря при вдохе.

4.30. Симптом Грекова–Ортнера — это болезненность при:

- 1) Пальпации правого подреберья.
- 2) Поколачивании по правой реберной дуге.
- 3) Поколачивании по левой реберной дуге.
- 4) Поколачивании по правому подреберью.
- 5) Пальпации в зоне желчного пузыря при вдохе.

4.31. Атипичные формы хронического холецистита — это:

- 1) Гастралгическая, эзофагалгическая, кишечная.
- 2) Панкреатическая, эзофагалгическая, кишечная.
- 3) Кардиалгическая, эзофагалгическая, кишечная.
- 4) Кардиалгическая, эзофагалгическая, гепаталгическая.
- 5) Кардиалгическая, плевралгическая, кишечная.

4.32. Лабораторные критерии синдрома холестаза:

- 1) Повышение уровней общего и прямого билирубина, холестерина, АСТ, АЛТ.
- 2) Повышение уровней общего и непрямого билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы.
- 3) Повышение уровней общего и прямого билирубина, холестерина, ЛДГ.
- 4) Повышение уровней общего и прямого билирубина, холестерина, КФК.
- 5) Повышение уровней общего и прямого билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы.

4.33. Основным инструментальным методом диагностики хронического холецистита является:

- 1) Дуоденальное зондирование.
- 2) Эзофагогастродуоденоскопия.
- 3) УЗИ органов брюшной полости.
- 4) Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.
- 5) Магнитно-резонансная холангиопанкреатография.

4.34. Холеретики — это:

- 1) Средства, назначаемые при воспалительном процессе в желчном пузыре.
- 2) Средства, стимулирующие всасывание холестерина в кишечнике.
- 3) Средства, усиливающие сокращение желчного пузыря.
- 4) Средства, стимулирующие образование желчи.
- 5) Средства, назначаемые при повышенной литогенности желчи.

4.35. Холекинетики — это:

- 1) Средства, назначаемые при воспалительном процессе в желчном пузыре.
- 2) Средства, стимулирующие всасывание холестерина в кишечнике.
- 3) Средства, усиливающие сокращение желчного пузыря.
- 4) Средства, стимулирующие образование желчи.
- 5) Средства, назначаемые при повышенной литогенности желчи.

4.36. Выберите наиболее частую этиологию хронических гепатитов.

- 1) Аутоиммунная.
- 2) Лекарственная.
- 3) Вирусная.
- 4) Обменная.

4.37. «Золотым стандартом» диагностики хронических вирусных гепатитов является выявление...

- 1) Признаков хронического воспаления ткани печени по данным биопсии.
- 2) Сывороточных маркеров вирусов гепатита В, С, D.
- 3) Диффузных изменений печени на ультразвуковом исследовании.
- 4) Фиброза печени по данным фиброэластометрии.

4.38. Наиболее чувствительным и специфичным сывороточным маркером хронического употребления алкоголя является...

- 1) Углеводдефицитный трансферрин.
- 2) Средний объем эритроцита.
- 3) Уровень АСТ.
- 4) Уровень гамма-глутамилтранспептидазы.

4.39. Укажите сывороточный критерий репликации вируса гепатита В.

- 1) Анти-НСV-антитела.
- 2) ДНК вируса гепатита В <math><10^3</math> МЕ/мл.
- 3) Анти-НВе-антитела.
- 4) НbeAg.

4.40. Укажите препараты, применяемые в качестве стандартной терапии первой линии при аутоиммунном гепатите.

- 1) Будесонид и азатиоприн.
- 2) Микофенолата мофетил и такролимус.
- 3) Преднизолон и азатиоприн.
- 4) Циклоспорин и такролимус.

4.41. Назовите класс препаратов, являющийся основой современной терапии вирусного гепатита С.

- 1) Ингибиторы обратной транскриптазы.
- 2) Противовирусные препараты прямого действия.
- 3) Стероидные противовоспалительные препараты.
- 4) Ингибиторы бета-лактамаз.

4.42. Выберите правильное утверждение, характеризующее алкогольный стеатогепатит.

- 1) Представляет собой необратимую стадию алкогольной болезни печени.
- 2) Протекает бессимптомно и является случайной находкой.
- 3) Характеризуется нарушением архитектоники печени по данным гистологического исследования.
- 4) Развивается у 1 из 5 алкоголиков.

4.43. При выявлении антител к микросомам печени и почек 1-го типа (анти-LKM) ставится диагноз...

- 1). Аутоиммунного гепатита 2-го типа.
- 2). Алкогольного стеатогепатита.
- 3) Хронического вирусного гепатита В.
- 4) Лекарственного гепатита.

4.44. Генетически детерминированную индивидуальную непереносимость препарата, лежащую в основе многих лекарственных гепатитов, называют...

- 1) Токсическим действием.
- 2) Идиосинক্রазией.
- 3) Гиперчувствительностью немедленного типа.
- 4) Аллергией.

4.45. Выберите препарат первой линии для лечения вирусного гепатита В.

- 1) Софосбувир.
- 2) Преднизолон.
- 3) Адеметионин.
- 4) Пэгинтерферон.

5.1. Стеаторея характерна для:

- 1) хронического анацидного гастрита
- 2) язвенной болезни
- 3) язвенного колита
- 4) дисбактериоза кишечника
- 5) хронического панкреатита

5.2. Выработка каких ферментов относится к экзокринной функции поджелудочной железы:

- 1) инсулин
- 2) амилаза
- 3) глюкагон
- 4) соматостатин
- 5) панкреатический полипептид

5.3. В наибольшей степени на панкреатическую недостаточность указывает:

- 1) полифекалия
- 2) креаторея
- 3) стеаторея
- 4) амилорея
- 5) наличие крови и слизи в стуле

5.4. УЗИ поджелудочной железы позволяет оценить:

- 1) неравномерность контуров
- 2) размеры и плотность
- 3) наличие кистозных изменений
- 4) наличие кальцификатов
- 5) неравномерность контуров, размеры и плотность органа, наличие кистозных изменений, наличие кальцификатов

5.5. К выраженным изменениям поджелудочной железы по данным компьютерной томографии не относится:

- 1) патология главного протока и патология более 3 боковых протоков
- 2) внутрипротоковые дефекты наполнения или камни поджелудочной железы
- 3) значительное увеличение поджелудочной железы более чем в 2 раза
- 4) обструкция, выраженная неровность или стриктура протока поджелудочной железы

5.6. Признаками хронического панкреатита являются нижеследующие, КРОМЕ:

- 1) боль постоянная в сочетании с приступообразной.
- 2) локализация боли в эпигастральной области.
- 3) общая слабость.
- 4) снижение аппетита.
- 5) повышение температуры.

5.7. Применение каких лекарственных средств НЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО в случае хронического панкреатита с выраженным болевым синдромом и нарушением внешней секреции в стадии обострения:

- 1) анальгетики
- 2) ингибиторы панкреатических ферментов
- 3) спазмолитики
- 4) глюкокортикоиды
- 5) антибиотики

5.8. При хронических панкреатитах боль чаще всего возникает:

1. после простудных заболеваний
2. после рвоты
3. после употребления жирной пищи
4. после кофе

5. после тряской езды

5.9. Какой признак часто наблюдается при псевдотуморозном панкреатите:

1. боль
2. поносы, запоры
3. рвота
4. желтуха
5. сахарный диабет

5.10. Терапия хронического панкреатита в фазе стойкой ремиссии включает:

1. хирургическое лечение
2. ингибиторы трипсина
3. ферментные препараты
4. диету № 5п
5. анальгетики

5.11. Препараты, используемые в терапии обострения хронического панкреатита все, КРОМЕ:

- 1) антациды
- 2) неселективные М-холинолитики
- 3) ферменты
- 4) антиферментные препараты
- 5) ганглиоблокаторы

5.12. Показания к хирургическому лечению хронического панкреатита все, КРОМЕ:

- 1) холедолитиаз или другая патология, препятствующая оттоку секрета поджелудочной железы
- 2) развитие сахарного диабета
- 3) стриктура большого дуоденального протока
- 4) злокачественные опухоли поджелудочной железы
- 5) развитие механической желтухи

5.13. Непосредственной причиной смерти больных хроническим панкреатитом могут быть:

- 1) инфекционно-гнойные осложнения
- 2) кровотечения из ЖКТ
- 3) карцинома поджелудочной железы
- 4) ДВС-синдром
- 5) инфекционно-гнойные осложнения, кровотечения из ЖКТ, карцинома поджелудочной железы, ДВС-синдром

5.14. Осложнениями хронического панкреатита НЕ является:

- 1) язвенная болезнь
- 2) механическая желтуха
- 3) полисерозиты
- 4) рак поджелудочной железы
- 5) левосторонний гидроторакс

5.15. Дифференциальный диагноз при хроническом панкреатите проводят с:

- 1) опухолью поджелудочной железы
- 2) язвенной болезнью
- 3) дискинезией желчного пузыря

- 4) функциональным расстройством сфинктера Одди
- 5) опухолью поджелудочной железы, язвенной болезнью, дискинезией желчного пузыря, функциональным расстройством сфинктера Одди

5.16. Плевральный выпот слева при хроническом панкреатите образуется из-за:

- 1) образования в диафрагме микрофистул
- 2) повышения активности ферментов поджелудочной железы
- 3) развития сердечной недостаточности
- 4) инфекционного воспаления плевры
- 5) образования в диафрагме микрофистул, повышения активности ферментов поджелудочной железы, развития сердечной недостаточности и инфекционного воспаления плевры

5.17. Назовите особенности морфологических изменений поджелудочной железы при алкогольном панкреатите:

- 1) псевдокисты
- 2) кальцификаты
- 3) фиброзные изменения паренхимы
- 4) накопление липидов в ацинозных клетках
- 5) псевдокисты, кальцификаты, фиброзные изменения паренхимы и накопление липидов в ацинозных клетках

5.18. Ведущими симптомами для кист поджелудочной железы следует считать:

- 1) боли
- 2) нарушение оттока панкреатического сока
- 3) прощупывание опухоли
- 4) симптомы сдавления других органов
- 5) боли, нарушение оттока панкреатического сока, прощупывание опухоли и симптомы сдавления других органов

5.19. Методом выбора лечения псевдоопухолевой формы хронического панкреатита является:

- 1) консервативный
- 2) хирургический
- 3) химиотерапия
- 4) рентгенотерапия
- 5) рефлексотерапия

5.20. Определите роль этанола в развитии алкогольного панкреатита:

- 1) увеличивает продукцию гастрина и панкреозимина
- 2) угнетает продукцию гастрина и панкреозимина
- 3) нарушает синтез литостатина
- 4) способствует фиброзу мелких сосудов
- 5) оказывает токсическое влияние на клетки поджелудочной железы

6.1. Острый панкреатит начинается:

- 1) Внезапно
- 2) После небольшого (6-7ч.) продромального периода
- 3) После длительного (2-3 нед.) недомогания
- 4) В исходе хронического панкреатита

5) Внезапно, после небольшого (6-7ч.) продромального периода, после длительного (2-3 нед.) недомогания, в исходе хронического панкреатита

6.2 Поджелудочная железа вырабатывает:

- 1) Инсулин
- 2) Гистамин
- 3) Калликреин
- 4) Соматотропин
- 5) Инсулин, гистамин, калликреин, соматотропин

6.3.В поджелудочной железе в неактивном состоянии вырабатывается:

- 1) Трипсин
- 2) Эластаза
- 3) Амилаза
- 4) Липаза
- 5) Трипсин, эластаза, амилаза, липаза

6.4.В начальных стадиях острого панкреатита возникновению острой печеночной недостаточности способствует:

- 1) Энзимная токсемия
- 2) Бактеремия
- 3) Нарушение диеты
- 4) Сгущение крови
- 5) Энзимная токсемия, бактеремия, нарушение диеты, сгущение крови

6.5. Для острого панкреатита характерны:

- 1) Лейкоцитоз
- 2) Сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- 3) Ускорение СОЭ
- 4) Эритроцитоз
- 5) Лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ, эритроцитоз

6.6. При кровотечении из язвы двенадцатиперстной кишки:

- 1) Предшествующая боль резко усиливается
- 2) Боль исчезает или уменьшается
- 3) Появляется сухость и горький вкус во рту
- 4) Боль иррадирует в спину
- 5) Боль иррадирует в прекардиальную область

6.7. Мелена характерна для:

- 1) Кровоточащего геморроя
- 2) Язвенного колита
- 3) Желудочного кровотечения
- 4) Трещины ануса
- 5) Рака сигмы

6.8. Кал принимает черный цвет:

- 1) При кровотечении из толстого кишечника
- 2) При анацидном гастрите
- 3) При желтухе
- 4) После приема внутрь препарата железа
- 5) При кровотечении из геморроидальных узлов

6.9. Какая основная причина кровотечений из ВРВ пищевода у больных циррозом печени:

- 1) Снижение протромбина

- 2) Снижение проконвертина, проакцелерина
- 3) Портальная гипертензия
- 4) Уменьшение тромбоцитов
- 5) Угнетение фибринолиза

6.10. При каких заболеваниях наблюдается профузное желудочно-кишечное кровотечение:

- 1) Дивертикулез
- 2) Язвенный эзофагит
- 3) Диафрагмальная грыжа
- 4) Геморрагический панкреатит
- 5) Синдром Меллори-Вейса

6.11. Наименьшее количество крови при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ, при котором появляется мелена:

- 1) 60-100 мл
- 2) Менее 60 мл
- 3) 250 мл
- 4) 500 мл

6.12. Алая кровь на поверхности кала (вслед за началом дефекации) является признаком:

- 1) кровотечение из дистальных отделов тонкого кишечника
- 2) кровотечение из проксимальных отделов толстого кишечника
- 3) кровотечение из проксимальных отделов тонкого кишечника
- 4) кровотечение из дистальных отделов толстого кишечника

6.13. Какой характер кровоточивости у больного раком прямой кишки:

- 1) появление алой крови в конце акта дефекации
- 2) появление крови перед актом дефекации
- 3) профузное ректальное кровотечение
- 4) примесь алой крови к каловым массам
- 5) мелена

6.14. Ранним признаком развивающейся печеночной энцефалопатии при вирусном гепатите В является:

- 1) Эйфория и возбуждение
- 2) Стойкая брадикардия
- 3) Упорный зуд кожи по ночам
- 4) Лейкопения с относительным лимфоцитозом
- 5) Нарастание билирубина за счет прямого

6.15. К признакам печеночной энцефалопатии относятся все, КРОМЕ:

- 1) гипербилирубинемии
- 2) хлопающего тремора
- 3) повышения концентрации аммиака в крови
- 4) снижения памяти
- 5) возраст старше 50

6.16. Для лечения печеночной энцефалопатии применяется все, кроме:

- 1) антибиотиков
- 2) диеты с ограничением белка
- 3) диуретиков
- 4) лактулозы
- 5) орнитетила

6.17. К основным осложнениям цирроза печени относятся:

- 1) гепато-ренальный синдром;
- 2) гепато-пульмональный синдром;
- 3) кровотечение из варикозно-расширенных вен;
- 4) печеночная кома;
- 5) гепато-ренальный синдром, гепато-пульмональный синдром, кровотечение из варикозно-расширенных вен, печеночная кома

6.18. Клинические проявления цирроза печени главным образом зависят от:

- 1) этиологии заболевания
- 2) уровня лабораторных показателей
- 3) выраженности иммунных нарушений
- 4) компенсаторных возможностей левого желудочка
- 5) выраженности печеночной энцефалопатии

6.19. К летальным осложнениям цирроза печени относятся:

- 1) гепато-ренальный синдром;
- 2) гепато-пульмональный синдром;
- 3) кровотечение из варикозно-расширенных вен;
- 4) печеночная кома;
- 5) гепато-ренальный синдром, гепато-пульмональный синдром, кровотечение из варикозно-расширенных вен, печеночная кома

6.20. Признаком портальной гипертензии не является:

- 1) спленомегалия
- 2) расширение аноректальных вен
- 3) печеночная кома
- 4) расширение вен пищевода
- 5) голова «медузы»

6.21. Укажите препарат, противопоказанный для купирования желчной колики:

- 1) атропин
- 2) баралгин
- 3) морфин
- 4) но-шпа
- 5) нитроглицерин

6.22. Симптом Кера определяется как:

- 1) болезненность при поколачивании по правой реберной дуге
- 2) болезненность при глубокой пальпации области желчного пузыря
- 3) болезненность при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками грудиноключично-сосцевидной мышцы справа
- 4) усиление болезненности при глубокой пальпации области желчного пузыря на высоте глубокого вдоха
- 5) болезненность в точке пересечения правой реберной дуги и наружного края прямой мышцы живота

6.23. Какая локализация опухоли в ободочной кишке наиболее часто обуславливает состояние кишечной непроходимости:

- 1) рак печеночного изгиба
- 2) рак слепой кишки.
- 3) рак нисходящей и сигмовидной кишки
- 4) рак поперечноободочной кишки.

6.24. Основным симптомом обтурационной кишечной непроходимости является

- 1) Постоянные боли в животе
- 2) Схваткообразные боли в животе
- 3) Рвота цвета «кофейной гущи»
- 4) Вздутие живота
- 5) Мелена

6.25. Наиболее частой причиной тонкокишечной механической непроходимости является

- 1) Инородные тела
- 2) Желчные камни
- 3) Доброкачественные опухоли
- 4) Злокачественные опухоли
- 5) Спайки брюшной полости

6.26. Кал в виде малинового желе характерен для

- 1) Желудочного кровотечения
- 2) Инвагинации
- 3) Спастического колита
- 4) Дивертикулита
- 5) Свинцового отравления

6.27. При подозрении на острую кишечную непроходимость в первую очередь производится

- 1) Обзорная рентгеноскопия брюшной полости
- 2) Исследование пассажа бария по кишечнику
- 3) Эзофагогастродуоденоскопия
- 4) Лапароскопия
- 5) Биохимический анализ крови

6.28. Консервативное лечение острой кишечной непроходимости применяется только при

- 1) Завороте
- 2) Узлообразовании
- 3) Обтурационной кишечной непроходимости
- 4) Динамической непроходимости

6.29. Наиболее быстрое развитие некроза кишки возникает при

- 1) Обтурации подвздошной кишки
- 2) Обтурации толстой кишки опухолью
- 3) Обтурации просвета тощей кишки желчным камнем
- 4) Узлообразовании
- 5) Обтурации просвета толстой кишки каловым камнем

6.30. При паралитической кишечной непроходимости применяют

- 1) Оперативное лечение
- 2) Холинэргетики
- 3) Назоинтестинальную интубацию
- 4) Новокаиновую блокаду
- 5) Все средства стимуляции кишечника

6.31. Провоцировать развитие острой кишечной непроходимости может

- 1) Слабость мышц живота
- 2) Злоупотребление алкоголем
- 3) Употребление жирной и острой пищи
- 4) Употребление большого количества пищи, богатой клетчаткой
- 5) Психотравма

6.32 Для всех видов кишечной непроходимости характерны

- 1) Интенсивные боли в животе
- 2) Резкое усиление перистальтики
- 3) Стойкая задержка стула и газов
- 4) Ассиметрия живота
- 5) Напряжение мышц живота

7.1. Какой тип нейроэндокриновых опухолей ассоциирован с аутоиммунным гастритом

- 1.тип 1
- 2.тип 2
- 3.тип 3
- 4.тип 4

7.2. Диагностика нейроэндокринных опухолей желудка основана на проведении

- 1.ФГДС
- 2.гистологического исследования
- 3.гистологического исследования с применением ИГХ методов
- 4.ИГХ методов

7.3. Независимый фактор риска рака желудка по системе OLGA

1. II
2. III
3. IV
4. III- IV

7.4. При раке фатерова сосочка при объективном исследовании наиболее часто определяется:

1. симптом Керра
2. симптом Мак-Кензи
3. симптом Мюсси
4. симптом Курвуазье
5. симптом Менделя

7.5. Характерные клинические симптомы рака желчного пузыря все, КРОМЕ:

1. болевой
2. отечный
3. диспепсический
4. потеря массы тела
5. желтуха

7.6. Рак желчного пузыря чаще всего ассоциирован с:

1. циррозом печени
2. язвенной болезнью
3. гастродуоденитом
4. холедохолитиазом
5. дивертикулезом кишечника

7.7. Исследование какого органа следует произвести в первую очередь для исключения метастазов рака нижеампулярного отдела прямой кишки:

1. печени
2. забрюшинных лимфатических узлов
3. легких
4. селезенки

7.8. Частота метастазирования рака ободочной кишки обусловлена:

1. локализацией опухоли
2. макроскопической формой опухоли
3. микроскопическим строением опухоли
4. степенью дифференциации клеточных элементов опухоли

7.9. В каком отделе ободочной кишки наиболее часто развиваются экзофитные формы опухоли:

1. левый угол ободочной кишки
2. поперечная ободочная кишка.
3. слепая и восходящая кишка
4. сигмовидная кишка.

7.10. При пальпации край печени у больных гепатоцеллюлярной карциномой обычно:

1. ровный
2. бугристый
3. болезненный
4. безболезненный
5. каменной плотности
6. бугристый, болезненный, каменной плотности

7.11. Принципы лечения гепатоцеллюлярной карциномы:

1. хирургическое лечение
2. рентгенотерапия
3. химиотерапия
4. генная терапия
5. хирургическое лечение, рентгенотерапия, химиотерапия и генная терапия

7.12. Основным иммунологическим маркером гепатоцеллюлярной карциномы является:

1. антимитохондриальные антитела
2. α -фетопротейн
3. раковый эмбриональный антиген
4. антинуклеарный фактор
5. антитела к микросомам печени

7.13. Золотым стандартом диагностики гепатоцеллюлярной карциномы является:

1. определение α -фетопротейна
2. сцинтиграфия печени
3. биопсия печени
4. УЗИ органов брюшной полости
5. КТ органов брюшной полости

7.14. Триада основных клинических признаков гепатоцеллюлярной карциномы это:

1. асцит
2. похудание
3. лихорадка
4. боли в правом подреберье
5. похудание, лихорадка и боли в правом подреберье

7.15. Опухоль Крукенберга представляет собой метастазы карциномы желудка в:

1. головной мозг
2. надключичные лимфоузлы
3. печень
4. яичники
5. брюшину

7.16. Наиболее частая локализация рака поджелудочной железы:

1. диффузная
2. хвост
3. тело
4. головка
5. выводной проток

7.17. Назовите типичную триаду симптомов, характерных для злокачественной опухоли поджелудочной железы:

1. боли
2. запоры
3. диспепсия
4. похудание
5. боли, диспепсия, похудание

7.18. Назовите классическую триаду карциноидного синдрома (карциноидная опухоль поджелудочной железы):

1. приступы гиперемии и приливов крови к лицу, туловищу, иногда сопровождающиеся бронхоспазмом
2. коллаптоидные реакции
3. диарея
4. развитие эндокардиального фиброза с отложением бляшек на створках трехстворчатого клапана, клапана легочной артерии и формированием недостаточности трикуспидального клапана и стеноза легочной артерии
5. приступы гиперемии и приливов крови к лицу, туловищу, иногда сопровождающиеся бронхоспазмом, диарея, развитие эндокардиального фиброза

7.19. У какого процента больных раком прямой кишки диагноз можно предположить по результатам пальцевого исследования:

1. у 20%.
2. у 40%
3. у 60%
4. у 80%

7.20. К злокачественным опухолям печени относятся:

1. холангиокарцинома;
2. ангиосаркома;
3. гемангиома;
4. холангиогепатоцеллюлярная карцинома;
5. холангиокарцинома, ангиосаркома, холангиогепатоцеллюлярная карцинома

7.21. Наиболее частой гистологической формой рака желудка служит:

1. аденокарцинома
2. скирр
3. солидный рак

4. плоскоклеточный рак
5. недифференцированный рак

7.22. Изъязвившейся рак желудка

1. чаще локализуется в своде
2. не имеет типичной локализации
3. чаще локализуется на малой кривизне
4. чаще локализуется в антральном отделе

7.23. Наиболее часто рак желудка метастазирует в

1. легкие
2. кости
3. головной мозг
4. печень

7.24. Карциноид располагается

1. в слизистой оболочке
2. в подслизистом слое
3. в мышечном слое
4. в серозной оболочке
5. захватывает все слои

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

1. Способность оценивать клинические, лабораторные и функциональные симптомы основных гастроэнтерологических заболеваний (УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6).
2. Навыки планировать объем необходимых обследований для диагностики болезней органов пищеварительной системы (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6).
3. Оформлять медицинскую документацию. (УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-10).
4. Совместно с врачом-гастроэнтерологом обследование и ведение больных (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
5. Осуществление диспансерного наблюдения пациентов с гастроэнтерологической патологией (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6).
6. Оценивать тяжесть состояния больного на основе клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований, выделять и анализировать ведущие синдромы при патологии органов пищеварительной системы (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
7. Знать патогенез основных гастроэнтерологических заболеваний, особенности их течения в различном возрасте (УК-1, ПК-5, ПК-6).
8. Применять на основе научно доказанных методов терапевтический комплекс для лечения заболеваний пищеварительной системы (УК-1, ПК-6, ПК-8).
9. Проводить дифференциальную диагностику гастроэнтерологических заболеваний (УК-1, ПК-5).
10. Умение назначать и выписывать рецепты на препараты заместительной терапии гормонами, в том числе по федеральным и региональным льготам (УК-1, ПК-6).
11. Овладеть навыками реабилитации гастроэнтерологических больных (УК-1, ПК-8).
12. Проводить просветительную работу о ведении здорового образа жизни (УК-1, ПК-2).

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1.1 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больной С., 69 л., жалуется на затруднение прохождения пищи по пищеводу, усиливающееся при нервной нагрузке и при определенных видах пищи. Также беспокоят боли за грудиной. Из анамнеза жизни: курит, часто употребляет алкоголь, питание нерегулярное, всухомятку. Объективно: Состояние удовлетворительное, нормостеник. Язык обложен у корня. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. План обследования
3. План лечения

Задача № 1.2 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больной П., 38 л. жалуется на жгучие боли в нижней части грудины, через 30 мин после еды, ежедневные, отрыжку кислым. Более 5 лет отмечает изжогу, жгучие загрудинные боли, усиливающиеся в горизонтальном положении, после обильной еды. Из анамнеза жизни: курит, часто употребляет острую пищу. Объективно: состояние удовлетворительное. Больной повышенного питания. Язык влажный, обложен у корня. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии при наклоне вперед. По остальным органам – без особенностей.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз
3. Лечебная тактика

Задача № 1.3 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больной С., 36 л., жалуется на периодически возникающие загрудинные боли, периодически отрыжку с гнилостным привкусом и запахом. Данные жалобы появились около года назад и стали постепенно усиливаться и учащаться.

Из анамнеза жизни: не курит, часто не употребляет, питание нерегулярное, всухомятку.

Объективно: Состояние удовлетворительное, нормостеник. Язык обложен у корня. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. План обследования
3. План лечения

Задача № 2.1 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Женщина А. 32 лет обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на общую слабость, периодическую боль в эпигастриальной области. Из анамнеза известно, что данные жалобы беспокоят в течение 1 месяца. За медицинской помощью не обращалась. Терапию не получала. Также около 2 месяцев принимает препараты железа по поводу анемии легкой степени. У отца – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Объективно: Температура тела 36,6 С. ИМТ = 21,5 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые умеренно бледны. Пульс 76 уд/мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье и эпигастриальной области. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул последний раз был 2 дня назад плотной консистенции темно-коричневого цвета. В клиническом анализе крови: гемоглобин 89 г/л, микроцитоз, гипохромия, СОЭ 9 мм/час. В биохимическом анализе крови в пределах нормы. Ваш план обследования, диагноз.

Задача № 2.2 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Женщина 36 лет обратилась к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на ноющие, режущие боли в эпигастриальной области через 1.5 часа после приема пищи, часто по ночам и натощак. Также беспокоит изжога и отрыжка кислым. В течение 5 лет, осенью, отмечает появление ноющих болей в эпигастрии. Самостоятельно принимает фосфалюгель. 4 года назад проводилась 7-дневная эрадикационная терапия. Контроль эффективности не оценивался. Из анамнеза жизни известно, что длительное время курит по 1/2 пачке в день. Объективно: Температура тела 36, 8 С. ИМТ = 22.9 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 78 уд/мин., АД – 110/70 мм рт. ст. Язык умеренно влажный без налета. Живот мягкий, выраженная болезненность в эпигастрии справа. Там же – положительный симптом Менделя. Ваш план обследования.

Задача № 2.3 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Женщина 64 лет обратилась к гастроэнтерологу в поликлинику по месту жительства с жалобами на чувство раннего насыщения, дискомфорт в верхнем отделе живота, ощущения горечи и кислоты в ротовой полости преимущественно в вечерние часы. Со слов длительное время (более 25 лет) страдает диагнозом «хронический гастрит». Наблюдалась у терапевта, гастроэнтеролога. Неоднократно выполнялось ФГДС с обнаружением полных эрозий в антральном отделе желудка. Со слов 3 года назад выполнялась эрадикационная терапия инфекции *Helicobacterуlogi* без последующего контроля. Схему эрадикационной терапии не помнит. Последний раз была на консультации гастроэнтеролога 3 месяца назад по поводу жжения и дискомфорта в верхнем отделе живота. Последняя терапия: новобисмол, некسيومв течении 1 месяца. Из анамнеза жизни известно, что наследственность отягощена по раку желудка у отца. На протяжении длительного времени страдает ГБ, варикозным расширением вен нижних конечностей. На постоянной терапии получает периндоприл, гидрохлортиазид, розувастатин. Прием НПВП и аспирин отрицает. Последние обследования. В биохимическом анализе крови в пределах референса. В клиническом анализе крови: гемоглобин 112 г/л, микроцитоз, гипохромия, СОЭ 31 мм/час остальные показатели в норме. ФГДС. Эрозивный антральный гастрит, поверхностный дуоденит, дуоденогастральный рефлюкс, подслизистое образование тела желудка до 4 мм в диаметре? Очаговая атрофия желудка. УЗИ ОБП: диффузные изменения печени и поджелудочной железы по типу стеатоза. Гастроэнтерологом рекомендовано выполнение гастропанели. Результаты: Пепсиноген 1 - 11.3 мкг/л (30-160), пепсиноген 2 – 9.0 мкг/л (3-15), Пепсиноген 1/пепсиноген 2 - 1.0 (3-20), гастрин 17 (базальный) 19.8 пмоль/л (1-7), антитела к НР 41.8 (> 30 ед – положительно). Объективно: Температура тела 36, 6 С. ИМТ = 26.5 кг/м². Пульс 96 уд/мин, АД 145/90 мм.рт.ст. Язык влажный, без налета. При поверхностной и глубокой пальпации безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз и рекомендации.

Задача № 2.4 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Пациент В. 29 лет, обратился к гастроэнтерологу с жалобами на ежедневный дискомфорт и периодическую боль в эпигастриальной области. Данные симптомы беспокоят уже около 8 месяцев. Не обследовался, не лечился. Периодически принимал ферменты с незначительным положительным эффектом. В связи с сохранением жалоб обратился к терапевту. При обследовании в клиническом анализе крови без патологии, уровень СРБ не повышен, глюкоза, АЛТ, АСТ, в пределах нормы. УЗИ ОБП: Диффузные умеренные изменения паренхимы печени по типу стеатоза. Диффузные умеренные изменения паренхимы поджелудочной железы. ФГДС: НК. Эрозивный бульбит. По результатам ФГДС направлен к гастроэнтерологу. Объективно: Температура тела 36,5 С. ИМТ = 25.6 кг/м². Пульс 100 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, без налета. При поверхностной и глубокой пальпации умеренно болезненный в эпигастриальной области. Симптомов раздражения

брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочепускание свободное, желтого цвета, безболезненно. Стул оформленный, коричневого цвета без видимой крови и слизи, через день. Ваш план обследования, диагноз и рекомендации.

Задача № 2.5 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Мужчина К., 29 лет обратился к гастроэнтерологу по рекомендациям терапевта. Активно жалоб не предъявляет. Аппетит сохранен. Вес набирает. Из анамнеза заболевания известно, что при прохождении медицинского осмотра по данным ФГДС обнаружена недостаточность кардии, антральная эрозивная гастропатия. Признаки ДЖВП. По данным УЗИ ОБП: диффузные изменения поджелудочной железы. В клиническом и биохимическом анализе крови без отклонений. Пациент длительное время курит, алкоголем не злоупотребляет. Питается регулярное, 4-5 раз в день, отмечает пристрастие к острой и соленой пище. Объективно: Температура тела 36,6 С. ИМТ = 31,3 кг/м². Пульс 88 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, без налета. При поверхностной и глубокой пальпации безболезненный во всех отделах, затруднен для пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочепускание свободное, желтого цвета, безболезненное. Стул оформленный, коричневого цвета без видимой крови и слизи до 2х раз в сутки. Ваш план обследования, диагноз и рекомендации. Какие факторы риска имеются у пациента, усугубляющие течение заболевания?

Задача № 2.6 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больная Х. 27 лет обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на кислый привкус во рту, периодическую боль в эпигастриальной области тупого и режущего характера с иррадиацией в левое подреберье, которая усиливается после приема пищи (мясная и жирная пища) через 1,5 часа, а также натошак. Боль периодически купируется темпалгином, ношпой или омепразолом. С актом дефекации боль не связана. Также отмечает периодическую тошноту, отсутствие аппетита. Из анамнеза известно, что считает себя больной в течение 4 месяцев, когда на фоне благополучия проявились вышеописанные боли. За медицинской помощью не обращалась. Лечилась самостоятельно НПВП (темпалгин) с периодическим эффектом до 2 таблеток в день, ношпой и омепразолом с кратковременным эффектом (однократный прием). Данные приступы возникают 2 раза в неделю. Стул через день, оформленный, без патологических примесей. Последний приступ был 2 дня назад, когда отметила появление общей слабости, тумана перед глазами, тошноты и сжимающих болей в животе, а также послабление кашицеобразного темно-коричневого цвета. Повышения температуры и рвоты не было. Вызвала СМП, оказана симптоматическая терапия. Диагноз: острый гастроэнтероколит. Рекомендовано обратиться в поликлинику по м/ж и прием омепразола по 1 капсуле 1 раз в день. Объективно: Температура тела 36,7 С. ИМТ = 29,3 кг/м². Пульс 105 уд/мин, АД 100/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации умеренная болезненность в эпигастриальной, в левой и правой подреберной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул плотный, темно-коричневый, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз и рекомендации.

Задача № 2.7 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Мужчина К. 35 лет обратился с жалобами на тупые боли в эпигастриальной области, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, во время сна, уменьшающиеся после приема соды и молока. Также отметил 2 раза рвоту пищей, кислым содержимым, приносящая облегчение. Считает себя больным в течении 7 лет, когда периодически стали беспокоить изжога и дискомфорт в эпигастриальной области, стихающие после приема антацидов. Впоследствии боли возникали постоянно в весенне-осенний период. Настоящее

ухудшение отметил последние 2 недели, когда появились вышеописанные жалобы. Возникающая рвота на высоте болей заставила обратиться за медицинской помощью. Примесь крови в рвотных массах, черного дегтеобразного стула отрицает. Хронические заболевания отрицает. Курит по полпачки в день, алкоголь употребляет по праздникам. Аллергических реакций не было. Объективно: Температура тела 36,5 С. ИМТ = 25.6 кг/м². Пульс 78 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, без налета. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается болезненность в пилородуоденальной зоне, умеренная разлитая болезненность в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочениспускание свободное, желтого цвета, безболезненно. Стул плотный, отсутствует 2 дня. Ваш план обследования, диагноз и рекомендации.

Задача № 3.1 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больная, 54 лет, обратилась в поликлинику. Жалобы на: боли в левой подвздошной области тянущего характера, склонность к запорам. Стул через день, иногда через 2. Подобные боли периодически беспокоят последний год, как правило, в связи с задержкой стула. Поводом для обращения стал совет врача гинеколога, поскольку была отмечена выраженная болезненность при вагинальном исследовании. Анамнез жизни без особенностей. Состояние удовлетворительное. Нормостеник. Язык влажный. Живот мягкий, болезненный при пальпации по ходу кишечника с максимумом в зоне сигмовидной кишки. Печень по краю реберной дуги, пальпируемых образований в брюшной полости не определяется. Какие лабораторные и инструментальные методы диагностики необходимы для постановки диагноза?

Задача № 3.2 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Пациентка, 20 лет. Жалобы на: ноющие боли в околопупочной области, вздутие живота после еды, обильный кашицеобразный стул до 3-5 раз в сутки, снижение массы тел на 5 кг за год. Считает себя больной с детства, когда появилась периодическая ноющая боль в околопупочной области живота, обильный жидкий стул до 2-3 раз в сутки, усиливающаяся после приема в пищу хлебобулочных, макаронных изделий. Последнее время отмечает ухудшение состояния, усиление боли в животе, учащения стула до 5-6 раз. В детстве болела рахитом, отставала в физическом развитии. Состояние средней степени тяжести. Индекс массы тела 17,2 кг/м², кожные покровы бледные, голени отечные. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в околопупочной области. Какой инструментальный метод исследования необходим для верификации диагноза?

Задача № 3.3 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Пациент, 56 лет. Жалобы: учащение стула до 6-8 раз в сутки без патологических примесей. Считает себя больным более 5 лет, когда впервые появилась общая слабость, лихорадка до 38,4°C, потеря аппетита, головокружение, артралгии коленных, голеностопных, лучезапястных суставов, которые носили приступообразный, летучий характер. Рецидивы боли по 3-4 раза в неделю, особенно в холодную сырую погоду. Иногда пораженные суставы были болезненными и припухшими. Пациент обследован ревматологом и онкологом. Был поставлен диагноз палиндромного ревматизма. Получал нимесулид с хорошим эффектом. Спустя 4 года присоединилась диарея. За последние 3 месяца похудел на 18 кг. Состояние средней степени тяжести. Индекс массы тела 17,3 кг/м². Температура тела 38,5 °С. Пальпируются подмышечные шейные, паховые лимфоузлы размером не более 5 мм, подвижные, безболезненные, эластичной консистенции. Суставы визуально не изменены, движения в полном объеме. Живот вздут, симметричный. При пальпации определяется локальная мышечная защита и болезненностью в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличена. По данным гастроскопии

выявлены недостаточность кардии, очаговый гастрит. По данным УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные изменения печени, мочекаменная болезнь. Наиболее вероятный диагноз? Обоснование?

Задача № 3.4 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Пациентка, 43 лет, на осмотре у врача. 3 месяца назад по поводу острого пиелонефрита больная получала антибиотики широкого спектра действия, достигнута ремиссия. Однако спустя примерно месяц появились метеоризм, дискомфорт в мезогастрии, неустойчивый стул до 3-4 раз в сутки. Постепенно неустойчивый стул трансформировался в диарею, частота которой спонтанно варьировала от 5- 6 до 10-12 раз в сутки. Понос сопровождался ложными и императивными позывами, отделением слизи. Около недели назад присоединилась субфебрильная лихорадка. Больная госпитализирована в стационар. Состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,8 °С. Живот вздут. При пальпации определяется локальная болезненность и мышечная защита в мезогастрии и левой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Наиболее вероятный диагноз? Какой инструментальный метод нужен для его подтверждения?

Задача № 3.5 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Женщина, 30 лет, на приеме участкового врача терапевта жалуется на “выкручивающие” боли в животе, чаще в левой подвздошной области, возникающие на фоне стрессовых и конфликтных ситуаций, обычно во 2 половине дня, уменьшающиеся или исчезающие после дефекации; на тянущие боли, дискомфорт в животе без определённой локализации, возникающие обычно после обеда, сопровождающиеся вздутием живота и проходящие после отхождения газов или приема сорбентов; на головные боли, возникающие во 2 половине дня. С 27 лет на фоне конфликтных ситуаций на работе появились послабления стула и учащение дефекации до 3-4 раз в день. Клинически значимых отклонений при объективном обследовании не выявлено. Лабораторные исследования и колоноскопия отклонений от нормы не показали. Какой диагноз Вы сформулируете? Какие группы препаратов необходимы назначить?

Задача № 3.6 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

У больного 55 лет появился частый стул - до 20-30 раз в сутки, с примесью крови и слизи, температура 38,0°С, боли в левой подвздошной области, которые усиливаются при позывах к дефекации. Бактериологическое исследование кала: патогенной флоры, простейших, яиц гельминтов не выявлено. Ректороманоскопия - слизистая оболочка резко гиперемирована, отечная, имеются поверхностные, разных размеров кровотокающие язвы. При рентгенографии: складки слизистой оболочки утолщены, умеренное диффузное расширение кишки, циркулярные спастические сокращения. Ваш диагноз?

Задача № 3.7 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Пациентка, 34 лет на приеме у врача-гастроэнтеролога. Жалобы на боль в нижних отделах живота, спастического характера, усиливающуюся через полтора часа после еды, в том числе ночью, уменьшающуюся после акта дефекации; вздутие живота; полуоформленный стул 2 раза в день с примесью крови; общую слабость; периодически возникающую боль в коленных суставах. Два года назад впервые появилась ноющая боль в животе, кашицеобразный стул. Самостоятельно принимала спазмолитики, НПВС без значимого эффекта. Обратилась к врачу, когда появилась кровь в стуле. Нормостеник, температура 36,5°С. Живот мягкий, умеренно вздут при пальпации, болезненный в правой и левой подвздошной областях. Колоноскопия: баугиниева заслонка зияет, в куполе слепой кишки множественные до 0,5 см щелевидные язвы, в восходящей ободочной кишке множественные язвы неправильной формы, покрытые фибрином, полиповидные образования. В нисходящей

кишке множественные глубокие язвы, чередующиеся с неповрежденной слизистой. Морфологическое исследование: полиповидные фрагменты гиперплазии слизистой толстой кишки с выраженной клеточной инфильтрацией собственного слоя, изъязвлениями. Диагноз?

Задача № 3.8 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больная, 57 лет, обратилась в поликлинику. Жалобы на: боли в левой подвздошной области тянущего характера, склонность к запорам (стул через 1-2 дня). Подобные боли периодически беспокоят последний год, как правило, в связи с задержкой стула. Поводом для обращения стал остро возникший накануне кратковременный приступ боли в животе с метеоризмом после употребления порции винегрета. Анамнез жизни без особенностей. Состояние удовлетворительное. Нормостеник. Язык влажный. Живот мягкий. Болезненный при пальпации по ходу кишечника с максимумом в зоне сигмовидной кишки. Печень по краю реберной дуги, пальпируемых образований в брюшной полости не определяется. При колоноскопии выявлены дивертикулы нисходящей и сигмовидной кишки без признаков дивертикулита. Какая группа слабительных предпочтительна для назначения таким пациентам? Какие антибактериальные средства назначают для курсовой терапии при дивертикулярной болезни?

Задача № 3.9 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

У больной 40 лет, страдающей дивертикулезом ободочной кишки, возникли боли в левой подвздошной области, поднялась температура до 39°C, отмечалась задержка газов и стула. За медицинской помощью обратилась через 3 суток. При осмотре: в левой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование без четких границ, плотное, болезненное, малоподвижное; в анализе крови - лейкоцитоз. При УЗИ: тень неоднородная по строению, с высокой акустической плотностью, в центре которой гомогенная тень с ровными контурами. Ваш диагноз?

Задача № 4.1 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больная Р., 42 лет, жалуется на интенсивный зуд кожи преимущественно в вечернее время, незначительное увеличение живота в размерах, чувство тяжести в правом подреберье, выраженную слабость, утомляемость, снижение трудоспособности. Физиологические отправления в норме. Считает себя больной около 3 лет, когда впервые появились слабость и зуд кистей и стоп в ночное время, по поводу которого длительное время лечилась у дерматолога без эффекта. Постепенно присоединилась тяжесть в правом подреберье, увеличился живот, усилилась слабость, зуд стал более интенсивным и распространенным. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния обратилась в поликлинику по месту жительства. Участковым врачом направлена на госпитализацию для обследования и подбора терапии.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: бухгалтер, профессиональные вредности отрицает.

Диету соблюдает. Вредные привычки отрицает.

Наследственность: у матери – ИБС, у отца - ХОБЛ.

Туберкулез, вирусные гепатиты отрицает.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Нормостеник. Кожные покровы и видимые слизистые желтого цвета, сухие, на спине, животе, предплечьях и голенях следы расчесов. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 16 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, 78 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, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 78 в мин. Язык влажный, у корня обложен белым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, равномерно увеличен, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации положительный. При перкуссии над всеми отделами тупой звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пропальпировать отделы толстого кишечника не удается, область пальпации безболезненна. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень пальпируется на 3см ниже реберной дуги по средне-ключичной линии, при пальпации умеренно болезненна, плотная, край острый, размеры по Курлову 12 x 10 x 9 см. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 x 4 см. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации болезненна. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Вопрос:

- 1.Предварительный диагноз?
- 2.План обследования?
- 3.План лечения?

Задача № 4.2 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больная К., 43 лет, обратилась к врачу с жалобами на периодические боли в правом подреберье, тянущие, ноющие, иррадиирующие в правую лопатку и плечо, возникают после приема жирной пищи, длятся до 2-х часов, проходят самостоятельно. Стул один раз в три – четыре дня, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

Считает себя больной около 3 лет, когда впервые после употребления алкоголя и жирной пищи возникли боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала но-шпу. С этого времени после погрешностей в диете подобные обострения, не обследовалась, не лечилась. Около года назад присоединились запоры. Сегодня после употребления алкоголя и жареной пищи возобновились боли, вызвала скорую помощь, доставлена в сан. пропускник.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: работает продавцом в продуктовом магазине, часто не регулярный прием пищи, употребление жирной и жареной пищи.

Вредные привычки: не курит, алкоголь – редко в небольших количествах.

Наследственность: у мамы – хронический холецистит, у отца – ЖКБ.

Ведет малоподвижный образ жизни.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Гиперстеник. Кожные покровы телесного цвета, нормальной влажности, чистые. Видимые слизистые розового цвета, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно, толщина подкожно-жировой складки на уровне пупка - 6см, по средне-ключичной линии – 4см. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. 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, 72 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, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 72 в мин. Язык влажный, у корня обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, увеличен за счет подкожно- жировой клетчатки, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Эластичной консистенции, подвижность сохранена. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 x 9 x 7см. Пузырные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера - положительные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 x 4 см. поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненная. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. План терапии?

Задача № 4.3 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больная Р., 52 года, поступила в клинику с жалобами на тупые боли в области правого подреберья с иррадиацией в правое плечо, повышение температуры до 38 °С, тошноту, рвоту, потливость, слабость. Из анамнеза заболевания известно, что в течение 4 лет беспокоят приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правые отделы, возникающие после погрешностей в диете (прием жирной, острой пищи). В течение последнего года подобное обострение второе. Лечилась самостоятельно: соблюдала диету, принимала спазмолитики, использовала грелку. Анамнез жизни. Домохозяйка, ведет малоподвижный образ жизни. Питание: употребляет много острой, жареной, жирной пищи, эпизодически алкоголь, отмечает большие промежутки времени между приемами пищи. Гинекологический анамнез: 3 беременности, 3 родов. Гинекологические заболевания отрицает. При осмотре состояние больной средней тяжести. Рост — 161 см, вес — 78 кг. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. При перкуссии легких определяется ясный легочный звук. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. При аускультации I и II тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. ЧСС 92/мин. АД 130/80 мм рт. ст. на обеих руках. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Желчный пузырь не пальпируется. Пальпируемые отделы толстой кишки нормальных размеров, безболезненные. Определяются болезненность в зоне желчного пузыря при поколачивании по реберной дуге справа, болезненность при надавливании большим пальцем в проекции желчного пузыря на вдохе. Выявлена болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа. Размеры печени по Курлову — 9 x 8 x 7 см. Край печени по правой срединноключичной линии не пальпируется. Селезенка не увеличена. Стул: склонность к запорам.

Лабораторно-инструментальные исследования. В общем анализе крови: гемоглобин — 138 г/л, лейкоциты — 9,4 x 10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы — 4%, сегментоядерные

нейтрофилы — 68%, эозинофилы — 0%, лимфоциты — 19%, моноциты — 9%, СОЭ — 19 мм/ч.

При холецистографии выявлено замедление опорожнения желчного пузыря, моторика желчевыводящих путей замедлена.

УЗИ печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей. Печень: размеры не увеличены, контуры ровные, паренхима имеет однородную малоэхогенную структуру. Общий желчный проток не расширен (около 4 мм). Желчный пузырь: натощак растянут с признаками застоя желчи, отмечаются деформация и утолщение его стенки (толщина стенки 5 мм), конкрементов не выявлено. Через 30 минут после назначения желчегонного завтрака (2 сырых яичных желтка) опорожнение замедлено и недостаточное.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. План терапии?

Задача № 4.4 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больная Б., 45 лет, поступила с жалобами на тупые боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, неприятный вкус во рту, тошноту, неоднократную рвоту с примесью желчи, кожный зуд. Из анамнеза заболевания известно, что в течение последних 5 лет отмечает частые приступы болей в правом подреберье, сопровождающиеся неприятным

вкусом во рту, тошнотой, рвотой с примесью желчи, иногда повышением температуры тела до субфебрильных цифр. Боли провоцировались приемом острой и жирной пищи, иногда физической нагрузкой. Подобные обострения наблюдались 5–6 раза в год. С вышеуказанными симптомами к врачам не обращалась.

Настоящее ухудшение — в течение последних 4 дней, когда вышеуказанные боли в правом подреберье участились, повысилась температура до фебрильных цифр и появился кожный зуд. В гинекологическом анамнезе у больной 2 беременности, 2 родов.

При осмотре состояние больной средней тяжести. Рост 166 см. Вес 82 кг.

Кожные покровы и видимые слизистые оболочки иктеричны, следы расчесов на коже. Температура тела 38,3 °С. Перкуторно границы легких в пределах нормы. Аускультативно — дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. ЧСС 96 уд. в мин. АД 130/75 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Отмечается усиление болевой чувствительности на вдохе при пальпации в области проекции желчного пузыря. Выявляется болезненность при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы у верхнего края ключицы. Размеры печени по Курлову 9 x 8 x 6 см. Лабораторно-инструментальные исследования. Клинический анализ крови: гемоглобин 137 г/л, лейкоциты 14,9 x 10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы 8%, сегментоядерные нейтрофилы 69%, эозинофилы 2%, лимфоциты 12%, моноциты 9%, СОЭ 25 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин 52 ммоль/л, прямой билирубин 38 ммоль/л, АСТ 38 ЕД/л, АЛТ 36 ЕД/л, холестерин 6,7 ммоль/л, амилаза 87 ЕД/л, щелочная фосфатаза 218 ЕД/л, глюкоза 5,3 ммоль/л.

УЗИ печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей. Печень: размеры не увеличены, контуры ровные, паренхима имеет однородную малоэхогенную структуру. Желчный пузырь: деформация и утолщение его стенки (толщина стенки 5 мм), выявлены 2 конкремента, диаметром 5 мм и 7 мм. Общий желчный проток не визуализируется.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. План обследования?

3. План терапии?

Задача № 4.5 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Пациентка В., 39 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на уменьшение аппетита, слабость, общее недомогание, снижение веса, пожелтение склер.

Из анамнеза: работает менеджером в крупной компании, ведет здоровый образ жизни, употребление алкоголя отрицает. Месяц назад во время профилактического осмотра в частной клинике отмечалось повышение уровней АЛТ (100 МЕ/л) и АСТ (120 МЕ/л). Поставлен диагноз «неалкогольная жировая болезнь печени», даны рекомендации по изменению образа жизни, назначена витаминотерапия. Исследование анализов в динамике не проводилось. При более подробном опросе выяснилось, что за месяц до визита в частную клинику по совету друзей начала принимать некое «средство китайской народной медицины» с «общеукрепляющим» эффектом. Через неделю прием прекратила, поскольку обратила внимание на бессонницу и повышенную нервозность. В течение последующего месяца постепенно начала прогрессировать слабость, начала снижаться масса тела (на 3 кг), отмечалось общее недомогание, в последние 3 дня отметила желтушное окрашивание склер. При осмотре: состояние средней тяжести, больная нормального телосложения и питания, отмечается желтушность склер и слизистых. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80 в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в правом подреберье, край печени закруглен, выходит из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не увеличена. Периферических отеков нет.

Проведены лабораторные исследования. В общем анализе крови гемоглобин 110 г/л, лейкоциты $7,8 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ 52 мм/ч. В биохимическом анализе крови общий белок 62 г/л, альбумин 42 г/л, общий билирубин 44 мкмоль/л, АЛТ 140 МЕ/л, АСТ 180 МЕ/л, IgG 22,5 г/л (при норме 5–16 г/л). Маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, анти-HCV-антитела) не выявлены, RW, ВИЧ отрицательны. Титр антинуклеарного фактора 1:320 (при норме менее 1:160).

На УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени и поджелудочной железы, диаметр v. portae 0,9 см, свободной жидкости в брюшной полости нет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. План терапии?

Задача № 4.6 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Пациент Д., 39 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на слабость, раздражительность, пожелтение склер, общее недомогание, изжогу. Из анамнеза: работает IT-специалистом, употребление алкоголя отрицает. Полгода назад побывал в туристической поездке в одной из стран Юго-Восточной Азии, где вступал в беспорядочные половые связи с местными жителями. После возвращения отметил постепенное нарастание слабости, раздражительности. За 2 дня до госпитализации отметил появление слабого желтого окрашивания склер.

При осмотре: состояние средней тяжести, больной нормального телосложения и питания, отмечается желтушность склер. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 90 в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в правом подреберье, край печени закруглен, выходит из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не увеличена. Периферических отеков нет.

В общем анализе крови: гемоглобин 130 г/л, лейкоциты $6,1 \times 10^9$ /л, СОЭ 26 мм/ч. В биохимическом анализе крови: общий белок 78 г/л, альбумин 49 г/л, общий билирубин 40

мкмоль/л, АЛТ 95 МЕ/л, АСТ 49 МЕ/л. Выявлены анти-HCV-антитела. HBsAg, RW, ВИЧ отрицательны. По данным УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени и поджелудочной железы, увеличение печени, диаметр v. portae 0,8 см, свободной жидкости в брюшной полости нет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. План терапии?

Задача № 5.1 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больная Ж., 33 лет, жалуется на ноющие боли в эпигастриальной области, иррадиирующие в спину, возникают через 30-40 минут после приема жирной пищи и алкоголя, длятся до 3-х часов, проходят самостоятельно, тошноту, отрыжку воздухом, вздутие живота. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, с жирным блеском, зловонный, плохо смывается с унитаза.

Считает себя больной около 1 года, когда постепенно появилась вышеперечисленная симптоматика; за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно не лечилась. В течение последнего месяца начала соблюдать диету (исключила прием алкоголя и жирной жареной пищи), принимала но-шпу, отметила незначительное улучшение самочувствия – уменьшились боли в животе, сохраняется тяжесть в животе после еды, отрыжка воздухом, вздутие живота, неустойчивый стул.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: официантка в ресторане, питается регулярно, часто погрешности в диете.

Вредные привычки: курит в течение 7 лет 1 пачка сигарет в день, употребляет крепкие алкогольные напитки.

Наследственность: у матери сахарный диабет 2 типа, отец - ИБС.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: сознание ясное, положение активное. Астеник. ИМТ 17 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, влажные, чистые. Подкожно жировая клетчатка практически отсутствует, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 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, 88 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 88 в мин. Язык влажный, у корня обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, подвздут, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 8 x 7 x 6см. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 x 4см. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации болезненна. Поясничная область при осмотре не изменена, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Вопрос:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Каков прогноз заболевания?

Задача № 5.2 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больной К., 45 лет, обратился к врачу в связи с жалобами на давящие, боли в эпигастральной области, периодически опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, уменьшаются самостоятельно через 30-40 минут, но совсем не проходят, сопровождаются вздутием живота; рвоту, не приносящую облегчения, отрыжку воздухом; желтушность кожных покровов и склер, стул 1 раза в день, оформленный, белого цвета, без патологических примесей; мочеиспускание 3-4 раза в день, свободное, безболезненное, моча «цвета пива».

Считает себя больным около года, когда после погрешности в диете (прием алкоголя, жирной и копченой пищи) возникла боль в правом подреберье, желтушность склер. За медицинской помощью не обращался, постепенно симптомы прошли самостоятельно. Около месяца назад боли стали опоясывающими, присоединилось вздутие живота. 3 дня назад, после «застолья» возобновились боли, вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота после приема любой пищи не приносящая облегчения, коллеги по работе обратили внимание на желтушность кожи и слизистых. Два дня назад стал обесцвеченным кал и моча «цвета пива». Вызвал скорую помощь, доставлен в инфекционную больницу. Диагноз вирусного гепатита исключен, доставлен в приемное отделение городской больницы для дальнейшего обследования. Вышеперечисленные симптомы сохраняются.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: работает слесарем.

Питается не регулярно, диету не соблюдает.

Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко.

Наследственность: у матери – гипертоническая болезнь, у отца – хронический панкреатит.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые желтого цвета, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. 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, 72 в мин., удовлетворительных качеств. АД 120/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 72 в мин. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой выражен умеренно. Живот правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. При глубокой пальпации определяется болезненность в области поджелудочной железы. Печень не пальпируется, пальпация безболезненна, размеры по Курлову 9 x 8 x 7см., пузырьные симптомы отрицательные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 7 x 5см. При осмотре поясничная область не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Вопрос:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Чем может быть обусловлен более высокий риск развития портальной гипертензии при подпеченочной форме данного заболевания?

Задача № 5.3 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больная Б. 52 года. На протяжении 8 лет у него периодически (после алкоголя) отмечаются боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, поносы. Лечился у терапевта по поводу "колита". В период обострения отмечается снижение веса, бледность кожных покровов, болезненность в левом подреберье, тошнота, рвота. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови без видимых отклонений от нормы. В копрограмме – креаторея, в большом количестве нейтральный жир.

Вопрос:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?

Задача № 5.4 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больной Ж. 32 лет, доставлен в приемный покой после употребления алкоголя, с жалобами на сильные боли в эпигастрии, тошноту, неукротимую рвоту, вздутие живота, снижение диуреза. Объективно: кожный покров бледен, пульс 110 в 1 мин. АД 100/60 мм рт. ст. Отдышка до 24 в 1 минуту. Дыхание ослабленное, до хрипов нет. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, на боковых отделах мраморность. При пальпации напряжение брюшной стенки в эпигастриальной области, здесь же максимальная болезненность, определяемая даже при перкуссии со сглаженной печеночной тупостью. Ослабление перистальтики. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптомов раздражения брюшины нет.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?

Задача № 5.5 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Мальчик Д. 12 лет, поступил в отделение на обследование в связи с ноющими болями в верхней половине живота после приема жареной и жирной пищи, снижением аппетита, тошнотой, повторной рвотой. Данные анамнеза. С 5 лет находится на диспансерном учете у аллерголога с диагнозом: пищевая аллергия, атопический дерматит. В 7 лет перенес гепатит А. Со слов мамы ребенка, диету мальчик не соблюдает. С 9 лет после обеда в школе и физической нагрузки часто беспокоят ноющие боли опоясывающего характера в верхней половине живота, продолжающиеся до 2 часов и ослабевающие в положении сидя с наклоном туловища вперед. Боли сопровождаются тошнотой, метеоризмом, сухостью слизистых полости рта и проходят после приема но-шпы. Данные объективного осмотра: Масса тела 28 кг, рост 132 см. Мальчик астенического телосложения. Состояние средней тяжести. Температура тела 36.80С. Выражены суборбитальные тени. Кожа чистая, бледная. Зев чистый, миндалины рыхлые, гипертрофированы. Язык обложен. В легких везикулярное дыхание. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левом подреберье, зоне Шоффара, положительные симптомы Кача, Мейо-Робсона, Керте. Печень и селезенка не пальпируются. Стул кашицеобразный, без патологических примесей с жирным блеском. Температура 36.8°С. Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л, мочевины 5.2 ммоль/л, холестерин 3.4 ммоль/л, триглицериды 0.72 ммоль/л, β-липопротеиды 42 ммоль/л, билирубин прямой 3.8, не прямой 12.8 мкмоль/л, амилаза 520 ЕД/л. Копрограмма: значительное количество непереваренных мышечных волокон, большое количество нейтрального жира. УЗИ: гиперэхогенность поджелудочной железы, чередование гипер- и гипозоногенных участков, четкий контур, расширение главного панкреатического протока.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз?

2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?

Задача 6.1. (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больная 52 лет, поступила с жалобами на сильные боли, опоясывающего характера в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, сухость во рту, резкую слабость. Боли появились накануне вечером после приема обильной, жирной пищи. Давность заболевания 12 часов.

При поступлении состояние больной средней тяжести. Рост 162 см, вес 86 кг., температура тела -36,7С. Пульс 110 уд/мин, А/Д 120/80 мм рт.ст. Язык сухой, обложен серо-коричневым налетом. Живот умеренно вздут за счет верхних отделов, слабо участвует в акте дыхания. При пальпации умеренно болезненный в эпигастриальной области, в правом и левом подреберье. Положительный симптом Керте, Мейо-Робсона. Симптомов раздражения брюшины нет. Диастаза мочи 512 ед. Крови 256 ед.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Лечебные мероприятия

Задача 6.2. (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больной 26 лет поступил на 4-й день заболевания. Собранный анамнез и клиническая картина в момент осмотра не вызывают сомнения в том, что у больного острый аппендицит. Однако в правой подвздошной области отчетливо определяется плотное, неподвижное образование размером 10x12 см, прилегающее к гребешку подвздошной кости, болезненное при пальпации. Общее состояние больного вполне удовлетворительное, перитонеальные симптомы не выражены.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Тактика ведения пациента

Задача 6.3. (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больная 65 лет, находится в терапевтическом отделении по поводу ишемической болезни сердца, стенокардии покоя.

6 часов назад у больной внезапно появились боли в левом подреберье, в левой половине грудной клетки, отдающие в левое плечо, тошнота, сухость во рту, слабость.

Состояние на момент осмотра средней тяжести. Кожа бледная, акроцианоз, пульс-88 в мин., аритмичный. А/Д 110/90 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны глухие, единичные экстрасистолы, шумов нет. Язык влажный, обложен у корня серым налетом. Живот умеренно вздут за счет верхних отделов, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастриальной области, в левом подреберье, симптомов раздражения брюшины нет. Кишечные шумы вялые, газы отходят с трудом.

Лейкоцитоз 12 тыс., в лейкоформуле имеется палочкоядерный сдвиг до 7 %. На ЭКГ выявлена ишемия задней стенки левого желудочка. Диастаза мочи 256 ед.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз

Задача 6.4. (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больная 69 лет, тучная женщина, страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, тяжелым сахарным диабетом, кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения II, А степени. Приступы холецистита у больной бывают 3–4 раза в год.

Два дня назад после погрешностей в диете начался очередной болевой приступ с иррадиацией болей в правое плечо и лопатку, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. При поступлении состояние средней тяжести, определяется болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Кера, френикус-симптом.

УЗИ при поступлении — желчный пузырь 146×72 мм, стенка желчного пузыря 8 мм, в области шейки желчного пузыря фиксированный конкремент 41×32 мм, холедох 6 мм. Начата консервативная терапия. При динамическом УЗИ спустя сутки ультразвуковая семиотика прежняя.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Принципы консервативной терапии
3. Лечебная тактика

Задача 6.5. (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больной, 35 лет, поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке с жалобами на постоянные боли в эпигастральной области.

В анамнезе язвенная болезнь желудка, по поводу чего проводилась консервативная терапия.

В приемном отделении у больного возникла обильная рвота алой кровью, появились жалобы на головокружение, общую слабость, ощущение нехватки воздуха.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, над верхушкой сердца выслушивается систолический шум. АД – 100 и 60 мм рт. ст., пульс – 110 уд. в 1 мин. Живот болезненный в эпигастральной области.

Гемоглобин – 81 г/л, гематокрит – 0,28, эритроциты – $2,6 \times 10^9$. В условиях операционной выполнено экстренное эндоскопическое исследование. В желудке большое количество свежей крови.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Лечебные мероприятия

Задача 6.6. (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больной 46 лет поступил в клинику с диагнозом цирроз печени.

Состояние внезапно ухудшилось, появилась рвота “кофейной гущей”.

Кожные покровы бледные, холодные. Пульс частый, слабого наполнения.

АД 90/50. Гемоглобин 86 г/л.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Методы обследования
3. Тактика лечения

Задача 6.7. (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больная Н., 51 года. Жалобы на тяжесть, периодические приступообразные боли в правом подреберье, возникающие после приема жирной пищи, горечь во рту, тошноту, изредка - рвоту.

Считает себя больной в течение 3 лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Дыхание в легких везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. Сердечные тоны ритмичные с числом 64 в минуту. АД 130/80 мм. рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом, больше у корня. Живот мягкий, болезненный при пальпации вточке Роже, симптомы Кера и Ортнера положительные.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, Hb – 140 г/л, СОЭ – 19 мм/ч, лейкоциты – $8,6 \times 10^9$ /л, п/янейтрофилы – 2%, с/я нейтрофилы – 56%, эозинофилы – 2%, моноциты – 3%, лимфоциты – 37%. БАК: билирубин общий – 17,3 мкмоль/л, АЛТ – 29 ЕД/л, АСТ – 30 ЕД/л.

УЗИ: желчный пузырь – 8,8x3,2 мм, толщина стенки – 5 мм. В просвете желчного пузыря два камня диаметром 20 мм.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Программа обследования
3. Группы препаратов, используемые при лечении

Задача 6.8. (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больная Е. 34 года поступила на 5 день болезни, без сознания. На болевые раздражители не реагирует. Корнеальные рефлексы сохранены. Выраженная желтуха. Печеночный запах изо рта. Печень перкуторно выше реберной дуги. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад больной произвели медицинский аборт, по показаниям – переливание крови.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз
3. Лечебные мероприятия

Задача 6.9. (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больной, 40 лет, поступил с жалобами на резкие схваткообразные боли в животе и рвоту. Заболел накануне, появились боли в животе, которые постепенно усиливались и стали нетерпимыми. Три раза была рвота, газы не отходят. Стул был засutki до заболевания. При осмотре живот умеренно вздут, слегка напряжен, болезнен при пальпации во всех отделах. Симптом Блюмберга отрицателен, но определяется «шум плеска» при сотрясении брюшной стенки. Перистальтика звучная, редкая, слышна на расстоянии. Язык сухой, пульс 104 в минуту, лейкоцитоз $5,3 \times 10^9/\text{л}$, температура $36,8^\circ\text{C}$

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. План обследования пациента
3. Дифференциальный диагноз

Задача 6.10. (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больной 44 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят.

При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя спокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ними не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено.

Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Тактика лечения

Задача № 7.1 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Мужчина 57 лет, обратился к гастроэнтерологу с жалобами на изжогу за грудиной, сухой частый кашель, кислую отрыжку. Данные симптомы беспокоят в течение 15 лет. Для купирования симптомов периодически принимает альмагель, раствор соды, фамотидин с положительным эффектом. Неоднократно обращался к терапевту, при выполнении ФГДС отмечались единичные эрозии дистального отдела пищевода. Вредные привычки отрицает. Из хронических заболеваний сахарный диабет II типа, гипертоническая болезнь II стадии

неконтролируемое течение. Явное ухудшение отметил последние 3 месяца, когда симптомы стали ежедневными и интенсивными. Обратился к гастроэнтерологу. При обследовании: по данным ФГДС выявлены множественные циркулярно расположенные эрозии в нижней трети пищевода с очаговой метаплазией, неоплазия? наличие большого количества желчи и слизи в желудке.

Объективно: Температура тела 36, 5 С. ИМТ = 35.7 кг/м². кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 102 уд/мин., АД – 150/85 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз, факторы риска и рекомендации.

Задача № 7.2 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Мужчина 69 лет обратился к гастроэнтерологу с жалобами на отсутствие аппетита, снижение веса на 6 кг за 2 месяца, ноющие боли в верхнем отделе живота. Считает себя больным в течение 1.5 лет, когда впервые отметил снижение аппетита и появление дискомфорта в эпигастриальной области. Обратился к терапевту за медицинской помощью. В клиническом анализе крови повышение СОЭ до 55 мм/час. В биохимическом анализе крови без отклонений. По данным ФГДС обнаружен язвенный дефект 1х1.5 см в теле желудка. Биопсия не взята. Терапевтом рекомендовано выполнение С13 дыхательного уреазного теста (отрицательный). Назначен эзомепразол, альмагель с незначительным положительным ответом. Явное ухудшение отметил последние 2 месяца, когда отметил вышеописанные жалобы. При повторном визите к терапевту выполнено ФГДС, по результатам которого отмечается единичный язвенный дефект тела желудка 1.5х2 см. Биопсия не взята. С результатами ФГДС направлен к гастроэнтерологу. Объективно: Температура тела 36, 8 С. ИМТ = 23.7 кг/м². кожные покровы и видимые слизистые бледно-серого оттенка. Пульс 98 уд/мин., АД – 120/85 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастриальной области. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз, факторы риска и рекомендации.

Задача № 7.3 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Мужчина 38 лет обратился к гастроэнтерологу с жалобами на ноющие боли в верхнем отделе живота, тошноту, тяжесть после приема пищи. Считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые отметил вышеописанные жалобы. Обратился к терапевту за медицинской помощью. Лабораторно без изменений. По данным ФГДС обнаружено полиповидное образование на большой кривизне желудка 1х1.5 см. Выполнена тотальная биопсия. По данным морфологического исследования подозрение на В-клеточную лимфому маргинальной зоны. Объективно: Температура тела 36, 8 С. ИМТ = 24.7 кг/м². кожные покровы и видимые слизистые нормального оттенка. Пульс 70 уд/мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз, факторы риска и рекомендации.

Задача № 7.4 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больной, 76 лет, 3 часа назад внезапно отметил острые боли в нижних отделах живота, холодный пот, тошноту. Из анамнеза известно, что в течение 3 лет он страдает запорами,

иногда в кале бывает темная кровь и слизь. В последние полгода увеличилась продолжительность запоров, больной стал периодически ощущать вздутие живота. В течение последних 4 дней стула не было, перестали отходить газы. При объективном осмотре: язык суховат, кожа бледно-розовая. Больной пониженного питания. Пульс - 96 уд/мин. При перкуссии живота - тимпанит, живот умеренно вздут, значительно болезненный и напряжен в нижних отделах, больше слева, там же — положительные симптомы раздражения брюшины. Какой предположительный диагноз?

Задача № 7.5 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Мужчина 56 лет обратился к участковому врачу с жалобами на тупые боли в эпигастральной области, общую слабость.

Болен в течение нескольких месяцев, симптомы развивались постепенно, снизился аппетит, появилось отвращение к мясной и молочной пище, похудел на 6 кг.

Ранее практически не болел, алкоголем не злоупотребляет. Курит с 15 лет по 1-1,5 пачки сигарет в день.

Объективно: Состояние средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. PS 88 в 1 мин., ритмичный. АД 110/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены равномерно, шумы не выслушиваются. Дыхание жесткое, хрипов нет. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 5 см выступает из-под реберной дуги, плотная, бугристая, безболезненная.

Какой предположительный диагноз?

Задача № 7.6 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больной Е., 65 лет, обратился в клинику с жалобами на нарастающую слабость, понижение аппетита, похудание, боли в правом подреберье.

Ухудшение самочувствия отмечает в течение 5-и месяцев.

Объективно: температура 36,6⁰С. Общее состояние средней тяжести. Желтовато-серый цвет лица, тургор кожи понижен. Подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен бело-серым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 4 см выступает из-под реберной дуги, плотная, бугристая, безболезненная.

Задача № 7.7 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больной А., инженер, 55 лет, жалуется на слабость, одышку, головокружение при ходьбе, периодически мазевидный стул черного цвета, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, похудел на 5кг за 3 месяца, субфебрильную температуру тела в течение дня, без озноба.

Считает себя больным около 3 месяцев, когда впервые появились слабость, недомогание, периодически черный стул. За медицинской помощью не обращался, принимал поливитамины, лекарственные сборы трав. Постепенно присоединились головокружение и одышка при ходьбе. Месяц назад присоединилась субфебрильная температура тела. Обратился к участковому терапевту, для обследования и лечения направлен в терапевтическое отделение городской больницы.

Профессиональный анамнез: инженер.

Питается нерегулярно, диету не соблюдает.

Вредные привычки отрицает.

Наследственность не отягощена.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные, нормальной влажности, чистые, тургор и эластичность снижены. Подкожно жировая клетчатка практически отсутствует, распределена равномерно. ИМТ 17 кг/м². Отеков нет.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 22 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., удовлетворительных качеств. АД 100/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, на верхушке нежный систолический шум, ЧСС 98 в мин. Язык влажный, чистый, сосочковый слой сглажен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Грыжевидные выпячивания не определяются. Пальпируются все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичной консистенции, безболезненные, не урчат. Тонкий кишечник пальпаторно не определяется область пальпации безболезненная. Методом аускульто-аффрикции нижняя граница желудка на 2см выше пупка. При глубокой пальпации определяется безболезненное уплотнение в проекции большой кривизны желудка. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 x 8 x 7см, пузырьные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, область пальпации безболезненная, размеры по Курлову 6 x 4см. поджелудочная железа не пальпируется. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Задача № 7.8 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больной, 86 лет, с жалобами на боли в нижних отделах живота, тошноту. Из анамнеза известно, что в течение 2 лет он страдает запорами, иногда в кале отмечает появление крови и слизи. Объективно: Состояние удовлетворительное, нормостеник. Язык обложен у корня. Живот мягкий, при глубокой пальпации в области слепой кишки пальпируется образование диаметром до 6 см. Какой предположительный диагноз?

ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России	
Сертификат	00FD35568D6E44A682C5AE0E82D9AC2C35
Владелец	Пармон Елена Валерьевна
Действителен	с 26.06.2024 по 19.09.2025

