Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 13.03.2025 09:59:52
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2657b784eec019bf8a794cb4

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

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор
_____/Л.В. Транковская/
«04» июня 2024г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
Б3.Б.02(Г) Сдача государственного экзамена

Направление подготовки (специальность)	**31.08.28 Гастроэнтерология**
Уровень подготовки	**ординатура**
Направленность подготовки	**02 Здравоохранение**
Форма обучения	**очная**
Срок освоения ООП	**2 года**
Институт/кафедра	**терапии и инструментальной диагностики**

Владивосток, 2024

При разработке рабочей программы Б3.Б.02(Г) Сдача государственного экзамена в основу положены:

1) ФГОС ВО программы ординатуры по специальности **31.08.28 Гастроэнтерология** утвержденный приказом Министерства образования и науки РФ 25.08.2014 №1070.

2) Рабочий учебный план по специальности **31.08.28 Гастроэнтерология,** утвержденный ученым советом ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России Протокол № 4/23-24 от 30.01.2024.

Рабочая программа дисциплины разработана авторским коллективом института терапии и инструментальной диагностики ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, под руководством директора института, д-ра мед. наук, профессора Невзоровой В.А.

Разработчики:

Доцент института терапии и инструментальной диагностики		М.В. Мокшина
(занимаемая должность)	(подпись)	(инициалы, фамилия)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Цель и задачи Государственной итоговой аттестации. Подготовка и сдача государственного экзамена. Б3.Б.02(Г) Сдача государственного экзамена

Цель Государственной итоговой аттестации. Подготовка и сдача государственного экзамена. **Б3.Б.02(Г)** Сдача государственного экзамена – определение соответствия результатов освоения обучающимися профессиональных и универсальных компетенций основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология, сформированных на основе базовых и специальных медицинских знаний и умений

Задачи Государственной итоговой аттестации. Подготовка и сдача государственного экзамена. **Б3.Б.02(Г)** Сдача государственного экзамена

- определение уровня теоретической подготовки обучающихся;
- определение уровня усвоения практических навыков, необходимых для выполнения трудовых действий, предусмотренных квалификационными характеристиками и функциями Профессионального стандарта «Врач-Гастроэнтеролог»;
- определение способности и готовности к выполнению практической деятельности, предусмотренной квалификацией и трудовыми действиями в рамках трудовых функций Профессионального стандарта «Врач-Гастроэнтеролог».

2.2. Место Государственной итоговой аттестации в структуре ООП по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология

2.2.1. Государственная итоговая аттестация завершающий этап освоения основной профессиональной образовательной программы по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

2.2.2. Государственная итоговая аттестация. Подготовка и сдача государственного экзамена. **Б3.Б.02(Г)** Сдача государственного экзамена проводится по дисциплинам, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности в рамках Профессионального стандарта «Врач- Гастроэнтеролог».

Государственная итоговая аттестация

Направление подготовки/ специальность	Профессиональный стандарт	Уровень квали-фикации	Функции
31.08.28 Гастроэнтерология	Профессионального стандарта "Врач-гастроэнтеролог ", утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 года N 139н	8	A/01.8 Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы
			A/02.8 Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности
			A/03.8 Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
			A/04.8 Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями

			пищеварительной системы
			A/05.8 Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
			A/06.8 Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
			A/07.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме

2.2. Место Б3.Б.02(Г) Сдача государственного экзамена в структуре ООП университета

2.2.1. Согласно рабочему учебному плану программы ординатуры по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) Б3.Б.02(Г) Сдача государственного экзамена относится к базовой части Блока 3 Государственная итоговая аттестация.

2.2.2. Для реализации Б3.Б.02(Г) Сдача государственного экзамена необходимы знания, умения, навыки, трудовые действия, компетенции, сформированные при обучении по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

2.3. Требования к результатам освоения основной профессиональной образовательной программы по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология

2.3.1. Виды профессиональной деятельности

1. профилактическая;
2. диагностическая;
3. лечебная;
4. реабилитационная;
5. психолого-педагогическая;
6. организационно-управленческая.

2.3.2. Государственная итоговая аттестация определяет уровень формирования у обучающихся предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология профессиональных компетенций (ПК)

Профессиональные компетенции

***профилактическая деятельность**:*

- 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 (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

3.1. Объем Государственной итоговой аттестации. Подготовка и сдача государственного экзамена. Б3.Б.02(Г) Сдача государственного экзамена

Вид учебной работы	Кол-во зачетных единиц*	Кол-во учебных часов
Государственный экзамен		6
Консультирование по вопросам государственного экзамена (предэкзаменационное консультирование)		12
Самостоятельная работа обучающихся		18
ИТОГО	1	36
Вид аттестации	Итоговая (государственная итоговая) аттестация	

3.2. Программа государственного экзамена по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология

Государственный экзамен проводится устно по дисциплинам и модулям учебного плана по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология
Дисциплины (модули) ОПОП, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология

Индекс	Наименование
Б1.Б.01	Гастроэнтерология
Б1.Б.02	Общественное здоровье и здравоохранение
Б1.Б.03	Патология
Б1.Б.04	Медицина чрезвычайных ситуаций
Б1.В.01	Клиническая фармакология
Б1.В.02	Ультразвуковая диагностика
Б1.В.03	Сердечно-легочная реанимация
Б1.В.04	Специальные профессиональные навыки и умения
Б1.В.ДВ.01.01	Эндоскопическая диагностика в гастроэнтерологии
Б1.В.ДВ.01.02	Лучевая диагностика в гастроэнтерологии
Б2.Б.01(П)	Производственная (клиническая) практика

Вопросы государственного экзамена

1. Клинические критерии отбора больных, варианты течения заболеваний органов пищеварения, при которых возможно осуществление квалифицированной специализированной помощи в поликлинических условиях.
2. Диагностический алгоритм первичного обследования гастроэнтерологических больных в поликлинических условиях.
3. Принципы и методы диспансерного наблюдения гастроэнтерологических больных. Частота наблюдения, алгоритм обследования, принципы профилактического лечения при основных заболеваниях органов пищеварения.

4. Экспертиза временной нетрудоспособности. Клинико-социальные аспекты лечения больных с гастроэнтерологической патологией в поликлинике.
5. Клиника, диагностика и неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении.
6. Клиника, диагностика и неотложная помощь при приступе печеночной колики.
7. Острый живот. Основы дифференциальной диагностики. Неотложная помощь.
8. Диагностические возможности, эффективность и показания к использованию различных методов рентгенодиагностики в гастроэнтерологии. Рентгенологические симптомы и синдромы основных заболеваний органов пищеварения. Обзорные снимки. Томография. Пневмоперитонеум.
9. Правила контрастирования и контрастные препараты, применяемые в рентгенодиагностике заболеваний пищеварительной системы.
10. Сочетанные методы исследования. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. Осложнения. Неотложная терапия осложнений.
11. Диагностические возможности, эффективность и показания к использованию радиоизотопных методов в гастроэнтерологии.
12. Диагностические возможности, эффективность и показания к использованию ультразвуковых методов в гастроэнтерологии.
13. Диагностические возможности, эффективность и показания к использованию эндоскопических методов в гастроэнтерологии.
14. Диагностические возможности, показания и эффективность лабораторной диагностики в гастроэнтерологии.
15. Синдром дисфагии. Дифференциальная диагностика заболеваний сопровождающихся синдромом дисфагии. Тактика ведения и лечения больных с дисфагией.
16. Болезни пищевода: ахалазия кардии, эзофагоспазм. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
17. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клиническая картина. Методы диагностики. Критерии оценки степени тяжести ГЭРБ.
18. Алгоритм обследования и лечения больных с синдромом диспепсии с позиции доказательной медицины. Диспансерное наблюдение больных, вопросы врачебно-трудовой экспертизы
19. Основные принципы лечения кислотозависимых заболеваний. Клиническая фармакология антисекреторных препаратов.
20. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Методы диагностики. Тактика ведения и лечения. Осложнения язвенной болезни желудка и ДПК.
21. Показания к госпитализации, оперативному лечению при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Симптоматические язвы.
22. Болезни оперированного желудка: демпинг синдром, гипогликемический синдром, синдром приводящей петли. Принципы лечения
23. Принципы диспансеризации пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Врачебно – трудовая экспертиза.
24. Дифференциальная диагностика заболеваний сопровождающихся болевым синдромом в эпигастрии. Тактика ведения пациента.
25. Хронический панкреатит. Классификации. Основные клинические синдромы. Методы диагностики.
26. Осложнения хр. панкреатита. Основные принципы лечения хр. панкреатита и его осложнений.
27. Современные возможности канцерпревенции заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта
28. Дифференциальная диагностика заболеваний сопровождающихся диареей. Тактика ведения и лечения больных с диареей.

29. Энтеропатии. Целиакия (глютеновая энтеропатия). Болезнь Уиппла. Этиология и патогенез. Алгоритм диагностики. Тактика ведения и лечения
30. Карциноид. Этиология и патогенез. Основные клинические симптомы. Методы диагностики. Тактика ведения и лечения пациента
31. Болезнь Крона. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические симптомы и синдромы. Методы диагностики. Критерии оценки степени тяжести. Осложнения. Тактика ведения и лечения пациента
32. Язвенный колит. Клинические симптомы и синдромы. Методы диагностики. Критерии оценки степени тяжести. Осложнения. Тактика ведения и лечения пациента.
33. Ишемическая болезнь кишечника. Ишемический энтерит. Ишемический колит. Клиническая картина. Диагностика. Исходы и прогноз. Тактика ведения.
34. Псевдомембранозный колит. Дифференциально–диагностические критерии. Тактика ведения и лечения пациента.
35. Синдром раздраженного кишечника. Клинические симптомы. Диагностические критерии. Методы диагностики. Тактика ведения и лечения больных.
36. Синдром избыточного бактериального роста. Причины. Диагностические критерии. Клиническая симптоматика. Фармакотерапия
37. Предопухолевые заболевания прямой кишки. Рак прямой кишки. Классификация. Клиника, диагностика. Методы лечения
38. Дифференциальная диагностика заболеваний сопровождающихся гепатомегалией. Алгоритм диагностического поиска
39. Дифференциальная диагностика желтух. Доброкачественные гипербилирубинемии
40. Цитолитический синдром при заболеваниях печени. Маркеры. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся цитолитическим синдромом.
41. Дифференциальная диагностика заболеваний печени сопровождающихся холестазом. Тактика ведения пациента с холестазом. Первичныцй билиарный цирроз.
42. Портальная гипертензия. Этиология. Патогенез портальной гипертензии при циррозе печени. Клиническая характеристика. Диагностика. Тактика ведения и лечение пациента с портальной гипертензией.
43. Дифференциально-диагностический поиск при отечно-асцитическом синдроме. Патогенез асцита при циррозе печени. Лечение пациента с асцитом. Клиническая фармакология диуретиков.
44. Печеночная энцефалопатия. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Методы исследования. Лечение пациента с печеночной энцефалопатией.
45. Вирусные гепатиты. Методы лабораторной и серологической диагностики вирусных гепатитов В и С.
46. Современные подходы и перспективы противовирусной терапии при хроническом вирусном гепатите С и В (+ D). Критерии эффективности лечения
47. Алкогольная болезнь печени. Формы. Диагностические критерии алкогольного гепатита и цирроза печени. Особенности ведения и лечения больных.
48. Неалкогольная жировая болезнь печени. Особенности клинической картины. Лабораторно-инструментальные методы диагностики. Тактика ведения и лечения
49. Лекарственные поражения печени. Типы лекарственного поражения печени. Тактика ведения и лечения пациента.
50. ЖКБ. Факторы риска. Классификация. Клиника. Лабораторно-инструментальная диагностика, лечение (консервативное, показания к хирургическому лечению), осложнения и их профилактика.
51. Постхолецистэктомический синдром. Причины развития. Клинические варианты течения. Патогенез. Лечение. Профилактика.

52. Холангит. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Методы диагностики. Тактика ведения и лечение пациента
53. Хронический холецистит: классификация. Лабораторная и инструментальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение, экспертиза трудоспособности.
54. Клиническая фармакология и классификация средств, влияющих на моторику желудочно-кишечного тракта. Прокинетики. Классификация, особенности действия, противопоказания, взаимодействие.
55. Препараты, влияющие на моторику кишечника: применяемые при диарее, слабительные. Классификация, механизмы действия, побочные эффекты, противопоказания, взаимодействие.
56. Клиническая фармакология и классификация гепатопротекторов и желчегонных средств. Правила рационального назначения.
57. Принципы рационального комбинирования лекарственных средств. Особенности взаимодействия лекарственных средств при гастроэнтерологических заболеваниях.
58. Заместительная терапия в гастроэнтерологии. Ферментные препараты. Классификация, фармакокинетика, фармакодинамика, побочные эффекты, противопоказания, взаимодействие.
59. Глюкокортикоиды. Классификация, фармакокинетика, фармакодинамика, побочные эффекты, противопоказания, взаимодействие.
60. Цитостатики. Классификация, фармакокинетика, фармакодинамика, побочные эффекты, противопоказания, взаимодействие
61. Биологическая терапия в гастроэнтерологии. Классификация препаратов, фармакокинетика, фармакодинамика, побочные эффекты, противопоказания, взаимодействие.
62. Клинические исследования лекарственных средств в гастроэнтерологии Клинические исследования лекарственных средств: фазы клинических исследований. Фармакоэкономика. Фармакоэпидемиология.
63. Рациональная антибиотикотерапия гастроэнтерологических заболеваний. Показания и противопоказания к антибиотикотерапии.
64. Поражение органов пищеварения при амилоидозе. Клиника, диагностика, лечение.
65. Поражение органов пищеварения при заболеваниях соединительной ткани. Клиника, диагностика, лечение.
66. Поражение органов пищеварения при инфекционных заболеваниях и паразитарных инвазиях. Клиника, диагностика, лечение.
67. Клинические формы и варианты течения туберкулеза органов пищеварения. Распространенность. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.
68. Поражение органов пищеварения при воздействии ионизирующего излучения. Клиника, диагностика, лечение.
69. Современные основы лечебного питания. Физиологические диетические рационы. Особенности лечебного питания при основных заболеваниях органов пищеварения. Критерии выбора диеты при сочетанной патологии органов пищеварения.
70. Показания к применению препаратов энтерального и парентерального питания. Методы энтерального питания. Критерии эффективности проводимого энтерального и парентерального питания

3.3. Оценочные средства государственного экзамена по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология

3.3.1. Примеры оценочных средств[1] государственного экзамена

Итоговая (государственная итоговая) аттестация	в формате тестового контроля по специальности **31.08.28 Гастроэнтерология**

Ситуационная задача № 1

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.28	Гастроэнтерология
К	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
К	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
Ф	А/01.8	Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы
Ф	А/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности
Ф	А/05.8.	Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
У		Больной К. 27 лет, военнослужащий, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея - стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°С ежедневно, особенно к вечеру. Анамнез заболевания: заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°С. Доставлен в приемное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная

		кишка с отечной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменен. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°С, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 6 кг массы тела. Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты - 3,2×1012/л, лейкоциты - 12,6×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 3,7%, альфа2 - 10,0%, бета - 11,0%, гамма -20,3%. Общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л., холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, ЩФ - 310 U/L (норма до 306). 18 В перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений. Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Имеется неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках.
В	1	Установите наиболее вероятный диагноз

В	2	Назовите возможные осложнения данного заболевания
В	3	Составьте план обследования.
В	4	Назначьте лечение
В	5	Каков прогноз при данном заболевании? Определите периодичность диспансерных осмотров.

3.4. Учебно-методическое и информационное обеспечение государственной итоговой аттестации. Подготовка и сдача государственного экзамена. Б3.б.02(г)сдача государственного экзамена по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология

3.4.1. Основная литература

№ п/п	Наименование, тип ресурса	Автор (ы)/ редактор	Выходные данные, электронный адрес	Кол-во экземпляров (доступов)	
				В БИЦ	на кафедре
1	2	3	4	5	6
1.	Гастроэнтерология: Национальное руководство: краткое издание [Электронный ресурс]	под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. URL: http://www.studentlibrary.ru/	Неогр.д.	
2.	Гастроэнтерология. Стандарты медицинской помощи	сост. А. С. Дементьев, И. Р. Манеров, С. Ю. Кочетков, Е. Ю. Чепанова.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 384 с.	Неогр.д.	
3.	Справочник по инструментальным исследованиям и вмешательствам в гастроэнтерологии [Электронный ресурс]	В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, А. С. Трухманов.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 560 с. : ил. URL: http://www.studentlibrary.ru	Неогр.д.	
4.	Гастроэнтерология: практ. рук. / б. и доп. 4-е изд., переработанное	С. С. Вялов.	М.: МЕДпресс-информ, 2015. - 224 с.	Неогр.д.	
5.	Детская гастроэнтерология: практическое руководство [Электронный ресурс]	под ред. И. Ю. Мельниковой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 480 с. URL: http://www.studentlibrary.ru/	Неогр.д.	

3.4.2. Дополнительная литература

№	Наименование, тип	Автор (ы)/	Выходные	Кол-во

п/п	ресурса	редактор	данные, электронный адрес	экземпляров (доступов)	
				В БИЦ	на кафедре
1	2	3	4	5	6
1.	Функциональная анатомия пищеварительной системы (строение, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток): учеб. пособие для врачей	И. В. Гайворонский, Г. И. Ничипорук.	5-е изд., перераб. и доп. - СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2018. - 76 с.	Неогр.д.	
2.	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: учебное пособие	И. В. Маев [и др.].	[Электронный ресурс] / - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 80 с. URL: http://www.studentlibrary.ru/	Неогр.д.	
3.	Детская гастроэнтерология: практ. рук.	под ред. И. Ю. Мельниковой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 478, [2] с.	Неогр.д.	
4.	Аутоиммунные заболевания печени: от патогенеза к прогнозу и лечению	К. В. Ивашкин, Е. Н. Широкова, В. Т. Ивашкин.	М.: МЕДпресс-информ, 2017. - 92, [1] с.,	Неогр.д.	
5.	Профилактика и лечение хронических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта	под ред. В. Т. Ивашкина.	4-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2016. - 176 с.	Неогр.д.	
6.	Лучевая диагностика и терапия в гастроэнтерологии: национальное руководство [Электронный ресурс] / -	гл. ред. тома Г. Г. Кармазановский.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 920 с. URL: http://www.studentlibrary.ru		
7.	Патологическая физиология системы пищеварения: учеб. пособие [Электронный ресурс]	Е. В. Зиновьев, В. Н. Цыган, А. В. Дергунов, О. Ю. Пахальская ; под ред. В. Н. Цыгана.	СПб.: СпецЛит, 2017. - 103 с. URL: http://books-up.ru	Неогр.д.	

3.4.3. Интернет-ресурсы.

1. ЭБС «Консультант студента» http://studmedlib.ru
2. ЭБС «Университетская библиотека online» http://www.biblioclub.ru/
3. ЭБС «Юрайт» http://www.biblio-online.ru;
4. Электронные каталоги библиотеки ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России

ТГМУhttp://lib.vgmu.ru/catalog/

5. Медицинская литература http://www.medbook.net.ru/
6. Рубрикатор клинических рекомендаций http://cr.rosminzdrav.ru/#!/
7. «Консультант Плюс» http://www.consultant.ru/

3.5. Материально-техническое обеспечение Государственной итоговой аттестации. Подготовка и сдача государственного экзамена. Б3.Б.02(Г) Сдача государственного экзамена по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология

Перечень материально-технического обеспечения, необходимого для реализации программы ординатуры, включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;

помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

В случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий производится замена специально оборудованных помещений их виртуальными аналогами, позволяющие обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России

3.6. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине, программного обеспечения и информационно-справочных систем.

1 Polycom Telepresence M100 Desktop Conferencing Application (ВКС)
2 SunRav Software tTester
3 7-PDF Split & Merge
4 ABBYY FineReader
5 Kaspersky Endpoint Security
6 Система онлайн-тестирования INDIGO
7 Microsoft Windows 7
8 Microsoft Office Pro Plus 2013
9 1С:Университет
10 Гарант

4. Методические рекомендации по проведению государственной итоговой аттестации. Подготовка и сдача государственного экзамена. Б3.б.02(г) сдача государственного экзамена по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология

4.1. Материалы, устанавливающие содержание и формы контроля

4.2. Критерии оценки

Макет оценочного листа к ситуационной задаче № 1

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.28	Специальность
	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
К	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
Ф	A/01.7	Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности
	A/05.8.	Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Текст задачи
		Больной К. 27 лет, военнослужащий, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея - стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°С ежедневно, особенно к вечеру. Анамнез заболевания: заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°С. Доставлен в приемное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с

		отечной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменен. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°С, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 6 кг массы тела. Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты - 3,2×1012/л, лейкоциты - 12,6×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 3,7%, альфа2 - 10,0%, бета - 11,0%, гамма -20,3%. Общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л., холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, ЩФ - 310 U/L (норма до 306). В перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений. Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Картина «Булыжной мостовой». Имеется неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках
В	1	Установите наиболее вероятный диагноз

Э		1. Болезнь Крона, 2. Илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, 3. Хроническое рецидивирующее течение, средне-тяжелая форма, 4. Осложненная перианальным поражением (свищ).
Р2	отлично	1. Болезнь Крона, 2. Илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, 3. Хроническое рецидивирующее течение, средне-тяжелая форма, 4. Осложненная перианальным поражением (свищ).
Р1	Хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 1. Болезнь Крона, 2. Илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, 3. Хроническое рецидивирующее течение, средне-тяжелая форма, для оценки «удовлетворительно» 1. Болезнь Крона, 2. Илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки,
Р0	неудовлетворительно	1. Болезнь Крона,
В	2	Обоснуйте выставленный диагноз
Э	-	Диагноз выставлен на основании: 1. Данных анамнеза: на операции аппендэктомии выявлена утолщенная подвздошная кишка с рыхлой отечной стенкой, увеличение брыжеечных лимфоузлов, неизмененным червеобразным отростком на операции 2. Данных рентгенологического исследования: Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Картина «Булыжной мостовой». Имеется неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках 3. На основании хронического течения болезни, сопровождающегося болями в животе постоянного характера, диареей, лихорадкой у молодого пациента и на основании имеющегося осложнения – перианального свища. 4. Степень тяжести установлена на основании критериев индекса Беста: 302 балла –умеренной активности (средней степени тяжести)
Р2	отлично	Диагноз выставлен на основании:

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

		Имеется неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках
Р0	неудовлетворительно	На основании данных анамнеза: на операции аппендэктомии выявлена утолщенная подвздошная кишка с рыхлой отечной стенкой, увеличение брыжеечных лимфоузлов, неизмененным червеобразным отростком на операции
В	3	Составьте план обследования
Э		1. Общий анализ крови Биохимические методы исследования: трансаминазы, билирубин крови, холестерин, сахар крови, электролиты крови(К, Na), общий белок и белковые фракции, липаза крови, амилаза панкреатическая, щелочная фосфатаза, гамма-глютамилтрансфераза, анализ крови на антитела ASCA и ANCA для дифференциальной диагностики с ЯК 2. . Копрограмма, исследование кала на токсины A,B Cl. Difficile,анализ кала на фекальный кальпротектин, кал на микобактерии туберкулеза для дифференциальной диагностики с туберкулезным поражением кишечника. 3. Инструментальные методы исследования(Тотальная колоноскопия с илеоскопией и с прицельной биопсией, ЭГДС, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, пассаж бария по кишечнику. 4. Консультация фтизиатра для исключения туберкулёза и в случае решения о проведении биологической терапии
Р2	отлично	1. Общий анализ крови, Биохимические методы исследования: трансаминазы, билирубин крови, холестерин, сахар крови, электролиты крови(К, Na), общий белок и белковые фракции, липаза крови, амилаза панкреатическая, щелочная фосфатаза, гамма-глютамилтрансфераза, анализ крови на антитела ASCA и ANCA для дифференциальной диагностики с ЯК 2. . Копрограмма, исследование кала на токсины A,B Cl. Difficile,анализ кала на фекальный кальпротектин, кал на микобактерии туберкулеза для дифференциальной диагностики с туберкулезным поражением кишечника. 3. Инструментальные методы исследования (Тотальная колоноскопия с илеоскопией и с прицельной биопсией, ЭГДС, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, пассаж бария по кишечнику.

		4. Консультация фтизиатра для исключения туберкулёза и в случае решения о проведении биологической терапии
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 1. Общий анализ крови, Биохимические методы исследования: трансаминазы, билирубин крови, холестерин, сахар крови, электролиты крови(К, Na), общий белок и белковые фракции, липаза крови, амилаза панкреатическая, щелочная фосфатаза, гамма-глютамилтрансфераза, анализ крови на антитела ASCA и ANCA для дифференциальной диагностики с ЯК 2. . Копрограмма, исследование кала на токсины A,B Cl. Difficile,анализ кала на фекальный кальпротектин, кал на микобактерии туберкулеза для дифференциальной диагностики с туберкулезным поражением кишечника. 3. Инструментальные методы исследования(Тотальная колоноскопия с илеоскопией и с прицельной биопсией, ЭГДС, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, пассаж бария по кишечнику. Для оценки «удовлетворительно» 1. Общий анализ крови, Биохимические методы исследования: трансаминазы, билирубин крови, холестерин, сахар крови, электролиты крови(К, Na), общий белок и белковые фракции, липаза крови, амилаза панкреатическая, щелочная фосфатаза, гамма-глютамилтрансфераза, анализ крови на антитела ASCA и ANCA для дифференциальной диагностики с ЯК 2. . Копрограмма, исследование кала на токсины A,B Cl. Difficile,анализ кала на фекальный кальпротектин, кал на микобактерии туберкулеза для дифференциальной диагностики с туберкулезным поражением кишечника.
Р0	неудовлетворительно	1. Общий анализ крови, Биохимические методы исследования: трансаминазы, билирубин крови, холестерин, сахар крови, электролиты крови(К, Na), общий белок и белковые фракции, липаза крови, амилаза панкреатическая, щелочная фосфатаза, гамма-глютамилтрансфераза, анализ крови на антитела ASCA и ANCA для дифференциальной диагностики с ЯК
В	4	Назначьте лечение пациенту
Э		Среднетяжёлая атака: Перианальные проявления при БК исключают возможность применения салицилатов для поддержания ремиссии. 1. Для индукции ремиссии рекомендуется

		применять ГКС (преднизолон 60 мг или метилпреднизолон 48 мг перорально) или топические (будесонид 9 мг/сут) 2. Рекомендуется раннее (одновременно с ГКС) назначение иммуносупрессоров (АЗА 2-2,5 мг/кг, 6-МП 1,5 мг/кг), а при их непереносимости или неэффективности – метотрексат (25 мг/нед. п/к или в/м 1 раз в неделю). Эффективность ГКС или комбинированной терапии оценивается через 2-4 недели. При достижении клинической ремиссии (ИАБК<150) начинают снижение дозы ГКС до полной отмены на фоне продолжения терапии иммуносупрессорами . Будесонид в дозе 9 мг в течение 8 недель с последующим снижением 3 мг в неделю. Суммарная продолжительность терапии ГКС не должна превышать 12 недель. После отмены ГКС поддерживающая терапия проводится тиопуринами (АЗА/6МП) не менее 4 лет 3. Для больных с активной БК со стероидорезистентностью, стероидозависимостью или при неэфективности иммуносупрессоров (рецидив через 3-6 месяцев после отмены кортикостероидов на фоне АЗА/6-МП) рекомендована биологическая терапия в виде индукционного курса (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол или ведолизумаба), с последующим переходом на длительное(многолетнее) поддерживающее лечение. Дозы биологических препаратов назначают в соответствии с инструкцией по применению. Отсутствие ответа на биологическую терапию определяется в течение 12 недель 4. Перианальные проявления БК также требуют назначения метронидазола 0,75 г/сут и/или ципрофлоксацин 1 г/сут. Антибиотики назначаются длительно (до 6 мес. или до появления побочных эффектов). Эффективно подключение к терапии метронидазола в виде свечей и мазей.Простые свищи, не сопровождающиеся какими-либо симптомами, не требуют хирургического вмешательства. Рекомендовано динамическое наблюдение на фоне вышеописанной консервативной терапии.
Р2	отлично	Среднетяжёлая атака: Перианальные проявления при БК исключают возможность применения салицилатов для поддержания ремиссии. 1. Для индукции ремиссии рекомендуется применять ГКС (преднизолон 60 мг или метилпреднизолон 48 мг перорально) или

		топические (будесонид 9 мг/сут) 2. Рекомендуется раннее (одновременно с ГКС) назначение иммуносупрессоров (АЗА 2-2,5 мг/кг, 6-МП 1,5 мг/кг), а при их непереносимости или неэффективности – метотрексат (25 мг/нед. п/к или в/м 1 раз в неделю). Эффективность ГКС или комбинированной терапии оценивается через 2-4 недели. При достижении клинической ремиссии (ИАБК<150) начинают снижение дозы ГКС до полной отмены на фоне продолжения терапии иммуносупрессорами . Будесонид в дозе 9 мг в течение 8 недель с последующим снижением 3 мг в неделю. Суммарная продолжительность терапии ГКС не должна превышать 12 недель. После отмены ГКС поддерживающая терапия проводится тиопуринами (АЗА/6МП) не менее 4 лет 3. Для больных с активной БК со стероидорезистентностью, стероидозависимостью или при неэфективности иммуносупрессоров (рецидив через 3-6 месяцев после отмены кортикостероидов на фоне АЗА/6-МП) рекомендована биологическая терапия в виде индукционного курса (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол или ведолизумаба), с последующим переходом на длительное(многолетнее) поддерживающее лечение. Дозы биологических препаратов назначают в соответствии с инструкцией по применению. Отсутствие ответа на биологическую терапию определяется в течение 12 недель 4. Перианальные проявления БК также требуют назначения метронидазола 0,75 г/сут и/или ципрофлоксацин 1 г/сут. Антибиотики назначаются длительно (до 6 мес. или до появления побочных эффектов). Эффективно подключение к терапии метронидазола в виде свечей и мазей.Простые свищи, не сопровождающиеся какими-либо симптомами, не требуют хирургического вмешательства. Рекомендовано динамическое наблюдение на фоне вышеописанной консервативной терапии.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; Среднетяжёлая атака: Перианальные проявления при БК исключают возможность применения салицилатов для поддержания ремиссии. 1. Для индукции ремиссии рекомендуется применять ГКС (преднизолон 60 мг или метилпреднизолон 48 мг перорально) или топические (будесонид 9 мг/сут)

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

		Будесонид в дозе 9 мг в течение 8 недель с последующим снижением 3 мг в неделю. Суммарная продолжительность терапии ГКС не должна превышать 12 недель. После отмены ГКС поддерживающая терапия проводится тиопуринами (АЗА/6МП) не менее 4 лет
Р0	неудовлетворительно	Для индукции ремиссии рекомендуется применять ГКС (преднизолон 60 мг или метилпреднизолон 48 мг перорально) или топические (будесонид 9 мг/сут)
В	5	Каков прогноз при данном заболевании? Определите периодичность диспансерных осмотров.
Э		1. Прогноз заболевания значительно варьирует и определяется индивидуально. Течение болезни Крона может быть бессимптомным (при локализации очага только в области ануса у пожилых людей) или протекать в крайне тяжелой форме. Прогноз заболевания неблагоприятный при тяжёлых и фульминантных формах, развитии осложнений. При адекватном своевременно начатом лечении качество жизни пациентов может оставаться удовлетворительрным. В связи с прогрессирующим характером заболевания пациенты, страдающие БК, рекомендовано получать постоянную (пожизненную терапию) и проходить регулярный (пожизненный) мониторинг активности заболевания. Периодичность и объем диспансерного наблюдения определяется индивидуально, но у большинству пациентов рекомендовано: 2. Каждые 3 месяца выполнять исследование уровня С-реактивного белка высокочувствительным методом, а также исследование уровня фекального кальпротектина., а также выполнять общий анализ крови. а у пациентов, получающих иммуносупрессоры – ежемесячно. 3. Ежегодно выполнять рентгенологическое или МР-исследование кишечника для исключения стриктурирующих и иных осложнений. 4. Ежегодно выполнять местный осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки для исключения перианальных осложнений, а также УЗИ ректальным датчиком.
Р2	отлично	1. Прогноз заболевания значительно варьирует и определяется индивидуально. Течение болезни Крона может быть бессимптомным (при локализации очага только в области ануса у пожилых людей) или протекать в крайне тяжелой форме. Прогноз заболевания

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

		наблюдения определяется индивидуально, но у большинству пациентов рекомендовано: 2. Каждые 3 месяца выполнять исследование уровня С-реактивного белка высокочувствительным методом, а также исследование уровня фекального кальпротектина., а также выполнять общий анализ крови. а у пациентов, получающих иммуносупрессоры – ежемесячно. 3. Ежегодно выполнять рентгенологическое или МР-исследование кишечника для исключения стриктурирующих и иных осложнений. для оценки «удовлетворительно» 1. Прогноз заболевания значительно варьирует и определяется индивидуально. Течение болезни Крона может быть бессимптомным (при локализации очага только в области ануса у пожилых людей) или протекать в крайне тяжелой форме. Прогноз заболевания неблагоприятный при тяжёлых и фульминантных формах, развитии осложнений. При адекватном своевременно начатом лечении качество жизни пациентов может оставаться удовлетворительрным. В связи с прогрессирующим характером заболевания пациенты, страдающие БК, рекомендовано получать постоянную (пожизненную терапию) и проходить регулярный (пожизненный) мониторинг активности заболевания. Периодичность и объем диспансерного наблюдения определяется индивидуально, но у большинству пациентов рекомендовано: 2. Каждые 3 месяца выполнять исследование уровня С-реактивного белка высокочувствительным методом, а также исследование уровня фекального кальпротектина., а также выполнять общий анализ крови. а у пациентов, получающих иммуносупрессоры – ежемесячно.
Р0	неудовлетворительно	Прогноз заболевания значительно варьирует и определяется индивидуально. Течение болезни Крона может быть бессимптомным (при локализации очага только в области ануса у пожилых людей) или протекать в крайне тяжелой форме.

Сдача государственного экзамена по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология проводится в виде собеседования по теоретическим вопросам специальности и решением ситуационных задач.

К экзаменационному собеседованию по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология допускаются обучающиеся, завершившие в полном объеме освоение основной

профессиональной образовательной программы, успешно прошедшие итоговое тестирование и сдачу практических навыков.

Собеседование проводит государственная экзаменационная комиссия. Оценивается освоение видов профессиональной деятельности, включая профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную, отражающие способность выполнения трудовых действий в рамках трудовых функций профессионального стандарта.

Оценка по собеседованию зависит от уровня сформированности компетенций и способности к выполнению задач профессиональной деятельности, предусмотренной профессиональным стандартом и/или квалификационными характеристиками:

«Отлично» – пороговый и/или высокий уровень сформированности компетенций, значительно выраженная способность и готовность к выполнению задач профессиональной деятельности, предусмотренной профессиональным стандартом и/или квалификационными характеристиками.

«Хорошо» – пороговый уровень сформированности компетенций, выраженная способность и готовность к выполнению задач профессиональной деятельности, предусмотренной профессиональным стандартом и/или квалификационными характеристиками.

«Удовлетворительно» – пороговый или ниже уровень сформированности компетенций, слабо выраженная способность и готовность к выполнению задач профессиональной деятельности, предусмотренной профессиональным стандартом и/или квалификационными характеристиками.

«Неудовлетворительно» – пороговый или ниже уровень сформированности компетенций, не выраженная способность и готовность к выполнению задач профессиональной деятельности, предусмотренной профессиональным стандартом и/или квалификационными характеристиками.

5. ОСОБЕННОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ. ПОДГОТОВКА И СДАЧА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА. Б3.Б.02(Г) СДАЧА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.45 ПУЛЬМОНОЛОГИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ИНВАЛИДОВ

5.1.1. Наличие соответствующих условий

Для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ОВЗ государственная итоговая аттестация проводится с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья. Обеспечивается проведение государственной итоговой аттестации для инвалидов и лиц с ОВЗ 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, прочитать и оформить задание, общаться с председателем и 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 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 организации по вопросам проведения государственной итоговой аттестации доводятся до сведения обучающихся инвалидов в доступной для них форме. По письменному заявлению обучающегося инвалида продолжительность сдачи обучающимся инвалидом 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, - не более чем на 20 минут; продолжительность выступления обучающегося при защите выпускной квалификационной работы - не более чем на 15 минут. В зависимости от индивидуальных особенностей обучающихся с ОВЗ организация обеспечивает выполнение следующих требований при проведении государственной итоговой аттестации задания и иные материалы для сдачи государственного аттестационного испытания оформляются рельефно-точечным шрифтом Брайля или в виде электронного документа, доступного с помощью компьютера со специализированным программным обеспечением для слепых, либо зачитываются ассистентом; письменные задания выполняются обучающимися на бумаге рельефно-точечным шрифтом Брайля или на компьютере со специализированным программным обеспечением для слепых, либо надиктовываются ассистенту; при необходимости обучающимся предоставляется комплект письменных принадлежностей и бумага для письма рельефно-точечным шрифтом Брайля, компьютер со специализированным программным обеспечением для слепых. 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. Для глухих и слабослышащих, с тяжелыми нарушениями речи: обеспечивается наличие звукоусиливающей аппаратуры коллективного пользования, при необходимости обучающимся предоставляется звукоусиливающая аппаратура индивидуального пользования либо по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в письменной форме. 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 или лиц с ОВЗ 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 организации). 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).

5.1.2. Доведение до сведения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в доступной для них форме всех локальных нормативных актов ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России.

Все локальные нормативные акты ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России по вопросам реализации дисциплины (модуля) доводятся до сведения обучающихся с ОВЗ в доступной для них форме.

7. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине соответствует требованиям ФГОС ВО по специальности Б1.Б.01 Гастроэнтерология и размещен на сайте образовательной организации.

