Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валерий Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 02.04.2025 10:30:56
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fe[illegible]

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

Институт Терапии и инструментальной диагностики
(название кафедры)

УТВЕРЖДЕНО
на заседании института
от «10» июня 2024 г. Протокол № 15
Директор института
_____/Невзорова В.А../

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Б1.Б.01 Гастроэнтерология
(наименование дисциплины)

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

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

Владивосток 2024

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фонд оценочных средств (ФОС) включает в себя оценочные средства, с помощью которых можно оценивать поэтапное формирование компетенций в процессе проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине Б1.Б.01 Гастроэнтерология

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

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

1.1. Карта компетенций по дисциплине

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела учебной дисциплины	Оценочные средства
1.	ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; УК-3	Б1.Б.01 Гастроэнтерология	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач

1.2. Перечень оценочных средств

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

2. УРОВНЕВАЯ ШКАЛА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

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

№ п/п	Показатели оценивания	Коды компетенций, проверяемых с помощью показателей	Шкала оценивания Оценка/ уровень сформированной компетенций
1	Обучающийся имеет существенные пробелы в знаниях основного учебного материала по дисциплине; не способен аргументированно и последовательно его излагать, допускает грубые ошибки в ответах, неправильно отвечает на задаваемые комиссией вопросы или затрудняется с ответом; не подтверждает освоение компетенций, предусмотренных	ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6;; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; УК-3	**Неудовлетворительно / не сформирован**

	программой		
2	Обучающийся показывает знание основного материала в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности; при ответе на вопросы билета и дополнительные вопросы не допускает грубых ошибок, но испытывает затруднения в последовательности их изложения; не в полной мере демонстрирует способность применять теоретические знания для анализа практических ситуаций, подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой на минимально допустимом уровне	ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6;; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; УК-3	**Удовлетворительно / пороговый**
3	Обучающийся показывает полное знание программного материала, основной и дополнительной литературы; дает полные ответы на теоретические вопросы билета и дополнительные вопросы, допуская некоторые неточности; правильно применяет теоретические положения к оценке практических ситуаций; демонстрирует хороший уровень освоения материала и в целом подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой	ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6;; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; УК-3	**хорошо /продвинутый**
4	Обучающийся показывает всесторонние и глубокие знания программного материала, знание основной и дополнительной литературы; последовательно и четко отвечает на вопросы билета и дополнительные вопросы; уверенно ориентируется в проблемных ситуациях; демонстрирует способность применять теоретические знания для анализа практических ситуаций, делать правильные выводы, проявляет творческие способности в понимании, изложении и использовании программного материала; подтверждает полное освоение компетенций, предусмотренных программой	ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6;; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; УК-3	**отлично/высокий**

3.Карта компетенций

Проект Приказа "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-терапевт)" от 2019 г (подготовлен общероссийской общественной организацией "Российское научное медицинское общество терапевтов" для утверждения Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации).

Карта компетенций

	I. Наименование компетенции	Индекс	Формулировка
К	Универсальные	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, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения
К	Профессиональные	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
		ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
		ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
		ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
		ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
		ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
		ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
		ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Ф	**II. Наименование функции**	**Код**	**Трудовые действия в рамках трудовой функции, знания и умения, обеспечивающие выполнение трудовой функции**

Ф	Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы	A/01.8	Сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы. Анализ и интерпретация информации, полученной от пациента (его законного представителя) с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы. Проведение осмотра пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы. Интерпретация и анализ результатов осмотра пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы. Оценка тяжести заболевания и (или) состояния пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы. Определение диагностических признаков и симптомов заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы. Направление пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы на лабораторные и инструментальные исследования при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Направление пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Проведение дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Установка диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ). Направление пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара.
Ф	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности	A/02.8	Разработка плана лечения пациента с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния пищеварительной системы и факторов риска его развития. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациенту с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы. Оценка эффективности и безопасности применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы. Оказание паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами. Направление пациента с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы для оказания медицинской помощи в стационарные условия или в условия дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами

			лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.
Ф	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	A/03.8	Составление плана мероприятий по медицинской реабилитации пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения. Направление пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии действующим порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения. Оценка эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения.
Ф	Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы	A/04.8	Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, выдача листков нетрудоспособности. Подготовка и оформление необходимой медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы для оформления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы. Направление пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, имеющих стойкое нарушение функций организма, на медико-социальную экспертизу.
Ф	Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	A/05.8	Организация и осуществление профилактики заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы и проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни. Проведение оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий для населения различных возрастных групп, направленных на формирование здорового образа жизни. Определение медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) заболеваний. Оформление и направление в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, экстренного извещения экстренного извещения при выявлении инфекционного заболевания. Проведение противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний. Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела.
Ф	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в	A/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала. Анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы для оценки здоровья прикрепленного населения. Анализ показателей эффективности оказанной медицинской помощи по профилю "гастроэнтерология". Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа. Контроль выполнения

	распоряжении медицинского персонала		должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом. Обеспечение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.
Ф	Оказание медицинской помощи в экстренной форме	A/07.8	Оценка состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме. Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме. Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания). Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме.

II. Компонентный состав компетенции		
Перечень компонентов	**Технология формирования**	**Средства и технологии оценки**
Компонентный состав компетенции УК - 3		
Знает: Должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонала основные этические документы международных организаций, отечественных и международных профессиональных медицинских ассоциаций; современные педагогические технологии; нормативные акты, регламентирующие педагогическую деятельность	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Блиц-опрос Тестирование Реверсивные технологии
Умеет: внедрять в педагогическую практику новые методики, технологии и программы; составить методические рекомендации для преподавателей и обучающихся; формировать фонд оценочных средств; организовать учебный процесс в медицинских и образовательных учреждениях.	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков Участие в олимпиадах и конкурсах
Владеет: внедрять в педагогическую практику новые методики, технологии и программы; составить методические рекомендации для преподавателей и обучающихся; формировать фонд оценочных средств; организовать учебный процесс в медицинских и образовательных учрежденияхя	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
Компонентный состав компетенции ПК - 1		
Знает: методы осуществления комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, методы оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека с более глубоким пониманием сущности изучаемых явлений и взаимосвязей; эпидемиологию, клинику заболеваний.	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Блиц-опрос Тестирование Реверсивные технологии

Умеет: проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, формированию здорового образа жизни	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков Участие в олимпиадах и конкурсах
Владеет: навыками предупреждения возникновения и распространения заболеваний, ранней диагностики, выявления причин и условий их развития, устранения вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
Компонентный состав компетенции ПК - 2		
Знает: систему организации медицинской помощи населению, а также проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Блиц-опрос Тестирование Реверсивные технологии
Умеет: провести профилактический осмотр; оформить медицинскую документацию	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков Участие в олимпиадах и конкурсах
Владеет: навыками организации профилактических осмотров; методами общего клинического обследования населения с учетом возраста, и особенностей патологии	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
Компонентный состав компетенции ПК - 5		
Знает: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Блиц-опрос Тестирование Реверсивные технологии
Умеет: Анализировать и интерпретировать информацию, полученную от пациента (его законного представителя) с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы; клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний Международную классификацию болезней.	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков Участие в олимпиадах и конкурсах Эссе
Владеет: - выявлять и анализировать закономерности патогенеза различных заболеваний, применять современные методы лабораторных исследований.	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
Компонентный состав компетенции ПК - 6		
Знает: готовность к обеспечению рационального выбора комплексной медикаментозной терапии пациентов, нуждающихся в оказании медицинской	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные	Блиц-опрос Тестирование Реверсивные

помощи по профилю «гастроэнтерология»	технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	технологии
Умеет: фармакотерапевтическую классификацию и основные характеристики, фармакодинамику и фармакокинетику лекарственных средств, - основные и побочные эффекты, показания и противопоказания к применению лекарственных средств для терапевтического и хирургического лечения, виды лекарственных форм, дозы отдельных препаратов; фармацевтическую и фармакологическую несовместимости; - принципы назначения антибактериальных средств при инфекционных и неинфекционных заболевания, виды и показания к применению иммунотропной терапии; - особенности назначения лекарственных средств при беременности и родах.	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков Участие в олимпиадах и конкурсах
Владеет: анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования для терапевтического лечения; - отличать понятия лекарственная форма, лекарственное вещество, лекарственное средство, лекарственный препарат, лекарственное сырье, биологическая активная добавка (бад) к пище, гомеопатическое средство; -выписывать рецепты лекарственных средств; -использовать различные лекарственные формы при лечении определенных патологических состояний, исходя из особенностей их фармакодинамики и фармакокинетики; - обосновывать принципы патогенетической терапии наиболее распространенных заболеваний; - оценивать возможные проявления побочных эффектов при передозировке лекарственных средств и способы их устранения	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
Компонентный состав компетенции ПК - 8		
Знает: основные немедикаментозной терапии, лечебное питание пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Порядки организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Блиц-опрос Тестирование Реверсивные технологии

том числе в рамках реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов Механизм воздействия мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения на организм пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы		
Назначать немедикаментозное лечение и лечебное питание пациенту с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Проводить оздоровительные и санитарно-просветительные мероприятия для населения различных возрастных групп, направленные на формирование здорового образа жизни Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов, в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения Организовывать реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические, профессиональные) с учетом диагноза в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков Участие в олимпиадах и конкурсах Эссе
Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
Компонентный состав компетенции ПК - 9		
Знает: Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Блиц-опрос Тестирование Реверсивные технологии
Умеет: применять методы и средства профессионального общения и убеждения;	Контактная работа	Демонстрация практических навыков

учитывать возрастные особенности становления личности; использовать формы просветительской работы с населением	Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Участие в олимпиадах и конкурсах
Владеет: навыками составления образовательных программ, проведения тематических школ для больных с целью профилактики заболеваний и формированию здорового образа жизни	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
Компонентный состав компетенции ПК - 10		
Знает: законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения. Правила оформления медицинской документации в организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "гастроэнтерология", в том числе в форме электронного документа Правила работы в информационных системах в сфере здравоохранения и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Блиц-опрос Тестирование Реверсивные технологии
Умеет: Составлять план работы и отчет о своей работе. Производить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы для оценки здоровья прикрепленного населения. Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков Участие в олимпиадах и конкурсах
Владеет: навыками организации работы врача гастроэнтеролога с учетом нормативной документации принятой в здравоохранении РФ.	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
Компонентный состав компетенции ПК - 11		
Знает: методику сбора и медико-статистического анализа информации о здоровье населения основные принципы организации и управления, нормативно-правовую документацию, регламентирующую организацию медицинской помощи населению и методологические подходы к оценке качества медицинской помощи	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Блиц-опрос Тестирование Реверсивные технологии
Умеет: собирать и анализировать информацию о показателях здоровья; анализировать показатели общественного здоровья и основные показатели деятельности медицинской организации экспертизу качества медицинской помощи	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков Участие в олимпиадах и конкурсах
Владеет: навыками применения методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп навыками расчета и анализа показателей популяционного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения; навыками организации проведения оценки качества оказания медицинской помощи	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация

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

3.1 Тестовые задания

	код	текст компетенции/название трудовой функции/название трудового действия/текст тестового задания
К	1	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
И		Дайте ответы на вопросы тестовых заданий 1 уровня (один правильный ответ)
Т		К ФОРМИРОВАНИЮ РАКОВЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРИ КУРЕНИИ ПРИВОДИТ *радиоактивные вещества никотин эфирные масла цианистый водород ПАССИВНЫЙ КУРИЛЬЩИК – ЭТО ЧЕЛОВЕК *находящийся в одном помещении с курильщиком выкуривающий одну сигарету натощак нюхающий табак выкуривающий более двух сигарет в день
К	2	ПК – 2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
И		Дайте ответы на вопросы тестовых заданий 1 уровня (один правильный ответ)
Т		ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРНОГО ОСМОТРА ЯВЛЯЕТСЯ: *оценка здоровья пациента на момент обследования оказание специализированной медицинской помощи сохранение здоровья пациентов медицинской организацией наблюдение за прикрепленным контингентом ПОЛНАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ В: *2 этапа 3 этапа 4 этапа 5 этапов ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТНИКОВ УСТАНАВЛИВАЕТ ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЛИЦ, ЗАНЯТЫХ *все перечисленное верно на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда на работах, связанных с движением транспорта

		на работах, при выполнении которых обязательно проведение предварительных и периодических медицинских осмотров, в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КОМПЛЕКС *медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития мероприятий проводимых в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития мероприятий проводимых в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ *контрольная карта диспансерного наблюдения карта ежегодной диспансеризации паспорт здоровья амбулаторная карта
К	4	ПК – 4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков
И		Дайте ответы на вопросы тестовых заданий 1 уровня (один правильный ответ)
Т		СТАТИСТИКА – ЭТО *самостоятельная общественная наука, изучающая количественную сторону массовых явлений в неразрывной связи с их качественной стороной сбор, обработка и хранение информации, характеризующей количественные закономерности общественных явлений анализ массовых количественных данных с использованием статистическо-математических методов статистическо-математические методы при сборе, обработке и хранении информации ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ *интенсивным показателем средней величиной стандартизованным показателем показателем наглядности МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИКА – ЭТО *отрасль статистики, изучающей вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением отрасль статистики, изучающей здоровье населения совокупность статистических методов, необходимых для анализа деятельности медицинских организаций отрасль статистики, изучающая вопросы, связанные с гигиеной, планированием и прогнозирование деятельности медицинских организаций
К	5	ПК – 5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
И		Дайте ответы на вопросы тестовых заданий 1 уровня (один правильный ответ)
Т		ОБЪЕКТИВНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ: *менделя курвуазье мерфи кера ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ: желчекаменная болезнь *пенетрация язвы

		почечная колика портальная гипертензия ДИФФУЗНЫЙ ПОЛИПОЗ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО НАРАСТАНИЕ КОЛИЧЕСТВА И ВЕЛИЧИНЫ ПОЛИПОВ ПО НАПРАВЛЕНИЮ К АНУСУ, НАЗЫВАЕТСЯ: ювенильным *аденопапилломатозным гамартомным аденоматозным НАЛИЧИЕ В КАЛЕ НЕРАСЩЕПЛЕННОГО КРАХМАЛА НАЗЫВАЕТСЯ: *амилореей креатореей диареей стеатореей ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО БОЛЬШОМУ КРУГУ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПЕЧЕНИ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ: *расширения внутрипеченочных желчных протоков свободной жидкости в брюшной полости увеличения печени и селезёнки расширения нижней полой вены ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНЫМ ДАТЧИКОМ СТЕНКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В НОРМЕ ВЫГЛЯДИТ В ВИДЕ СТРУКТУРЫ: двуслойной гипоэхогенной, формирующей контур желчного пузыря двуслойной линейной, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев *однослойной изоэхогенной, формирующей контур желчного пузыря однослойной криволинейной, состоящей из гиперэхогенного слоев СУММА БАЛЛОВ 7 ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ СООТВЕТСТВУЕТ КЛАССУ: c *в d a ПРИЧИНОЙ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ: цирроз печени *стеноз жвп неалкогольный стеатогепатит вирусный гепатит
К	6	ПК – 6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи
И		Дайте ответы на вопросы тестовых заданий 1 уровня (один правильный ответ)
Т		С ЦЕЛЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ ЛИТОЛИЗА КОНКРЕМЕНТОВ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИМЕНЯЮТ: *урсодезоксихолевую кислоту эссенциальные фосфолипиды расторопши пятнистой плоды хенодеоксихолевую кислоту В ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ: гимекромон пантопразол аторвастатин *октреотид ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ: *ингибиторы протонной помпы прокинетические препараты

		глюкокортикостероидные препараты антибактериальные препараты СТАНДАРТНАЯ ТРОЙНАЯ СХЕМА ЭРАДИКАЦИИ HELICOBACTER PYLORI ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ антацидных препаратов, цефазолина и тетрациклина препаратов висмута, пробиотика, амоксициллина блокаторов н2-рецепторов, левофлоксацина и джозамицина *ингибиторов протонной помпы, кларитромицина и амоксициллина ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ГАСТРИНОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ: h2-гистамино блокаторы антацидные препараты *ингибиторы протонной помпы цитопротективные препараты ФАМОТИДИН ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ: антагонистов альдостероновых рецепторов блокаторов гистаминовых н1-рецепторов *блокаторов гистаминовых н2-рецепторов спазмолитических препаратов К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ СМЕКТЫ МОЖНО ОТНЕСТИ: тошноту изжогу *запор крапивницу В ТЕРАПИЮ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ЗАПОРОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВКЛЮЧИТЬ: сок граната сок капусты сок алоэ *пшеничные отруби ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАРЕИ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ ОТВАР: *ольховых шишек дубовой коры цветов бессмертника ромашки и мяты БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ЛАТЕНТНОГО ТЕЧЕНИЯ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ ДИЕТЫ С: преобладанием жиров повышенным содержанием железа преобладанием углеводов *преобладанием белков ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ: химиотерапевтическое лечение короткодистанционная рентгенотерапия консервативная терапия *хирургическое лечение ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ: ранитидин *апротинин омепразол дротаверин
К	8	ПК – 8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в

		медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
И		Дайте ответы на вопросы тестовых заданий 1 уровня (один правильный ответ)
Т		ПОКАЗАНИЕ К НАЗНАЧЕНИЮ ТЮБАЖЕЙ *гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей постхолецистэктомический синдром гипермоторная дискинезия желчевыводящих путей желчнокаменная болезнь ПРИ ЗАТУХАНИИ ПРОЦЕССА ОБОСТРЕНИЯ ЯЗВЫ ИЗ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИМЕНЯЮТ: *микроволновую терапию лампу «солюкс» подводный душ-массаж электросон ПРИ ГИПЕРАЦИДНОМ ГАСТРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ: *натриево-гидрокарбонатные натриево-хлоридные хлоридно-гидрокарбонатные сульфатно-гидрокарбонатные
К	9	ПК – 9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
И		Дайте ответы на вопросы тестовых заданий 1 уровня (один правильный ответ)
Т		ДИЕТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В ПЕРВЫЕ 2 ДНЯ: *голодная белковая углеводная безсолевая СРЕДНЕЕ ВРЕМЯ НАХОЖДЕНИЯ ПИЩИ В ЖЕЛУДКЕ: *1-3 часа 3-5 часов 6-8 часов 10-12 часов ДЛИНА ТОНКОЙ КИШКИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА: *4-6 м 6-8 м 2-4 м 3,5 м ОБЩАЯ ДЛИНА ТОЛСТОЙ КИШКИ: *2-3 м 1-1.5 м 0,5-1,5 м 3-5 м В ТОЛСТОЙ КИШКЕ ВСАСЫВАЮТСЯ: *вода белки жиры углеводы ОБЪЕМ ТАЛИИ У МУЖЧИН ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ СОСТАВЛЯЕТ БОЛЕЕ *94 см 80см 102см 88 см

		НОРМАЛЬНАЯ МАССА ТЕЛА СООТВЕТСТВУЕТ ИМТ *18,5 – 24,9 кг/м235,0 – 39,9 кг/м2 30,0 – 34,9 кг/м2 25,0 – 29,9 кг/м2
К	10	ПК – 10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
И		Дайте ответы на вопросы тестовых заданий 1 уровня (один правильный ответ)
Т		СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ руководством медицинской организации правительством российской федерации *министерством здравоохранения РФ российской академией наук НАИБОЛЕЕ ПРИОРИТЕТНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ СТРУКТУРНЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ *развитие первичной медико-санитарной помощи развитие сети диспансеров повышение роли стационаров повышение роли санаторно-курортной помощи ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ *базовую программу обязательного медицинского страхования (ОМС) протоколы ведения пациентов стандарт медицинской помощи порядок оказания медицинской помощи ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ *специализированной помощи скорой помощи паллиативной помощи первичной медико-санитарной помощи НАИБОЛЕЕ РЕСУРСОЕМКИМ ВИДОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ *специализированная первичная медико-санитарная скорая паллиативная ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЕТ *этапы оказания медицинской помощи, правила деятельности медицинской организации перечень предоставления медицинских услуг пациентам при разных заболеваниях частота и кратность предоставления медицинских услуг пациентам средняя длительность лечения ПЕРЕЧЕНЬ, ЧАСТОТА И КРАТНОСТЬ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПАЦИЕНТАМ ПРИ РАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ *стандартом оказания медицинской помощи при данном заболевании порядком оказания медицинской помощи при заболевании соответствующего профиля программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи приказом главного врача медицинской организации
К	11	ПК – 11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
И		Дайте ответы на вопросы тестовых заданий 1 уровня (один правильный ответ)

Т		СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ МАКРОСРЕДЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПОЗВОЛЯЕТ СДЕЛАТЬ ВЫВОДЫ О количестве базовых сегментов рынка конкурентных преимуществах организации сильных и слабых сторонах организации *возможностях и угрозах для организации ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ *рождаемость и смертность летальность инвалидность заболеваемость
К	УК -3	УК – 3 готовностью 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
И		Дайте ответы на вопросы тестовых заданий 1 уровня (один правильный ответ)
Т		ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРАВОВОГО ВОСПИТАНИЯ ЗАВИСИТ ОТ СТЕПЕНИ *сформированности правового сознания наказания за нарушения законов сформированности правовых законов потребности соблюдения законов НАКАЗАНИЕ – ЭТО *способ воздействия на воспитанника с целью прекратить его отрицательные действия4 метод воспитания, проявляющийся в форме требования управление деятельностью ученика при помощи разнообразных повторяющихся дел просьбы, стимулирование, добрые дела ПООЩРЕНИЕ – ЭТО *способ педагогического воздействия на воспитанника с целью стимулирования положительного поведения привлечение воспитанников к выработке правильных оценок и суждений эмоционально-словесное воздействие на воспитанников неодобрение и отрицательная оценка действий и поступков личности К ЗАДАЧАМ НРАВСТВЕННОГО ВОСПИТАНИЯ ОТНОСИТСЯ *формирование общечеловеческих ценностей воспитание ответственности за свою жизнь и жизнь своих потомков развитие трудолюбия воспитание свободного и культурного выражения своих чувств и эмоций С ПОЗИЦИЙ ПЕДАГОГА ОБУЧАТЬ – ЗНАЧИТ *добиваться обретения учащимися знаний, умений, навыков заставлять учиться добиваться накопления научных знаний контролировать правильность усвоения предмета

Шкала оценивания
«Отлично» - более 90% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Хорошо» - 80-89% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Удовлетворительно» - 70--79% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Неудовлетворительно» - менее 69% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

Ситуационная задача по №1

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.28	Гастроэнтерология
К	ПК-8	Способностью к определению тактики ведения пациента с различными нозологическими формами.
	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
Ф	А/01.8	Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы
Ф	А/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мужчина 49 лет обратился к гастроэнтерологу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, желтушность кожных покровов почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту, кожный зуд. Считает себя больным в течение полугода ,когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья. За медицинской помощью не обращался. Настоящее обострение в течение недели, когда после употребления значительного количества алкогольных напитков на день рождения усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость, появилась желтушность кожи и склер. Операций, гемотрансфузий не было. Хронические заболевания отрицает. Постоянный приём лекарственных средств отрицает. Курит 5-7 сигарет в день на протяжении 20 лет, Алкоголь употребляет практически каждый день в количестве 200 мл водки на протяжении 15 лет. Состоит на учёте у нарколога. Работает начальником отдела продаж. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост-177 см, вес -79 кг, ИМТ 25,2кг/м2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры желтушные. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 72 в 1 мин; АД-130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налѐтом. Живот вздут, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотной консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезѐнка не увеличена. Симптом поколачивания по

		поясничной области отрицательный. При предварительном обследовании выявлено: Клинический анализ крови: повышена СОЭ до 25 мм/ ч, остальные показатели в пределах нормы. Биохимический анализ крови: Общий билирубин 35 мкмоль/л (при норме 8.5-20.5), непрямой 29,5 мкмоль/л, прямой 5.5 мкмоль/л, АСТ- 225 ед/л, АЛТ – 128 ед/л, ГГТП – 125 ед/л, ЩФ – 145 ед/л, альбумин – 34 г/л, остальные показатели в пределах нормы. Коагулограмма: Протробиновое время 16 сек, фибриноген 1,8 г/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Маркёры вирусных гепатитов: HBsAg отрицательно, a-HCV отрицательно.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
В	2	Перечислите возможные осложнения данного заболевания
В	3	Определите степень тяжести заболевания.
В	4	Перечислите методы определения степени фиброза печени.
В	5	Какова тактика ведения больного для врача гастроэнтеролога поликлиники?

Оценочный лист
к ситуационной задаче № 1

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.28	Гастроэнтерология
К	ПК-8	Способностью к определению тактики ведения пациента с различными нозологическими формами.
	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
Ф	A/01.8	Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мужчина 49 лет обратился к гастроэнтерологу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, желтушность кожных покровов почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту, кожный зуд. Считает себя больным в течение полугода ,когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья. За медицинской помощью не обращался. Настоящее обострение в течение недели, когда после

		употребления значительного количества алкогольных напитков на день рождения усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость, появилась желтушность кожи и склер. Операций, гемотрансфузий не было. Хронические заболевания отрицает. Постоянный приём лекарственных средств отрицает. Курит 5-7 сигарет в день на протяжении 20 лет, Алкоголь употребляет практически каждый день в количестве 200 мл водки на протяжении 15 лет. Состоит на учёте у нарколога. Работает начальником отдела продаж. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост-177 см, вес -79 кг, ИМТ 25,2кг/м2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры желтушные. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 72 в 1 мин; АД-130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налѐтом. Живот вздут, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотной консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезѐнка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При предварительном обследовании выявлено: Клинический анализ крови: повышена СОЭ до 25 мм/ ч, остальные показатели в пределах нормы. Биохимический анализ крови: Общий билирубин 35 мкмоль/л (при норме 8.5-20.5), непрямой 29,5 мкмоль/л, прямой 5.5 мкмоль/л, АСТ- 225 ед/л, АЛТ – 128 ед/л, ГГТП – 125 ед/л, ЩФ – 145 ед/л, альбумин – 34 г/л, остальные показатели в пределах нормы. Коагулограмма: Протробиновое время 16 сек, фибриноген 1,8 г/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Маркёры вирусных гепатитов: HBsAg отрицательно, a-HCV отрицательно.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э		Правильный ответ Алкогольная болезнь печени: алкогольный стеатогепатит , с синдромами гепатомегалии, желтухи, цитолиза, холестаза. Фиброз не уточнён. Желательно в форме нумерованного списка (3 и более пунктов) 1. Алкогольная болезнь печени 2. Алкогольный стеатогепатит 3. С синдромами гепатомегалии, желтухи, цитолиза, холестаза 4.Фиброз не уточнён https://library.mededtech.ru/rest/documents/ABP_rec/
P2	отлично	Указываются дескрипторы полного ответа на вопрос Алкогольная болезнь печени: алкогольный стеатогепатит, средней степени тяжести , с синдромами гепатомегалии, желтухи, цитолиза, холестаза. Фиброз не уточнён.

Р1	Хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; Алкогольная болезнь печени: алкогольный стеатогепатит, с синдромами гепатомегалии, желтухи, цитолиза, холестаза. Фиброз не уточнён. для оценки «удовлетворительно» Алкогольная болезнь печени
Р0	неудовлетворительно	Диагноз не установлен
В	2	Перечислите возможные осложнения данного заболевания
Э	-	Правильный ответ на вопрос 1. Цирроз печени 2. Желудочно-кишечное кровотечение 3. Печёночно клеточная недостаточность 4. Инфекционные осложнения. https://library.mededtech.ru/rest/documents/ABP_rec/
Р2	отлично	
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 1. Цирроз печени 2. Желудочно-кишечное кровотечение 3. Печёночно клеточная недостаточность для оценки «удовлетворительно» 1. Цирроз печени 2. Желудочно-кишечное кровотечение
Р0	неудовлетворительно	Цирроз печени
В	3	Оцените степень тяжести заболевания у данного пациента?
Э		Определение степени тяжести, прогноза и выбора врачебной тактики осуществляется с учётом определения прогностического индекса Мэддрея (Maddrey score). DF = 4,6 × (ПВбольного – ПВконтроля) + Сыворочный билирубин. Интерпретация результатов: при значении DF ≥32 вероятность летального исхода в отсутствие специфического лечения в течение ближайшего месяца варьирует от 35 до 50%. Это значение принято в качестве критерия тяжелого алкогольного гепатита и в таком случае пациенту необходимо начать лечение глюкокортикостероидами. В данном случае у пацинта индекс Мэддрея менее 32, таким образом у данного пациента средняя степень тяжести алкогольного гепатита. https://library.mededtech.ru/rest/documents/ABP_rec/
Р2	отлично	Определение степени тяжести, прогноза и выбора врачебной тактики осуществляется с учётом определения прогностического индекса Мэддрея (Maddrey score). DF = 4,6 × (ПВбольного – ПВконтроля) + Сыворочный билирубин. Интерпретация результатов: при значении DF ≥32 вероятность летального исхода в отсутствие специфического лечения в течение ближайшего месяца варьирует от 35 до

		50%. Это значение принято в качестве критерия тяжелого алкогольного гепатита и в таком случае пациенту необходимо начать лечение глюкокортикостероидами. В данном случае у пацинта индекс Мэддрея менее 32, таким образом у данного пациента средняя степень тяжести алкогольного гепатита.
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; Определение степени тяжести, прогноза и выбора врачебной тактики осуществляется с учётом определения прогностического индекса Мэддрея (Maddrey score). DF = 4,6 × (ПВбольного – ПВконтроля) + Сыворочный билирубин. В данном случае у пацинта индекс Мэддрея более 32, таким образом у данного пациента тяжёлая степень тяжести Для оценки «удовлетворительно» Учитывая клиническую картину, можно установить среднюю степень тяжести
P0	неудовлетворительно	Ответ не дан.Степень тяжести не определена
B	4	При помощи каких методов возможно определить степень фиброза печени?
Э		1. Для определения степени фиброза при алкогольной болезни печени наиболее надёжным инструментов является метод определения плотности печени Фиброскан 2. Ультразвуковое исследование печени в В режиме 3. Рентгенологические методы (КТ и МРТ) 4. Расчётные биохимические шкалы https://library.mededtech.ru/rest/documents/ABP_rec/
P2	отлично	1. Для определения степени фиброза при алкогольной болезни печени наиболее надёжным инструментов является метод определения плотности печени Фиброскан 2. Ультразвуковое исследование печени в В режиме 3. Рентгенологические методы (КТ и МРТ) 4. Расчётные биохимические шкалы
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 1. Для определения степени фиброза при алкогольной болезни печени наиболее надёжным инструментов является метод определения плотности печени Фиброскан 2. Ультразвуковое исследование печени в В режиме 3. Рентгенологические методы (КТ и МРТ) для оценки «удовлетворительно» 1. Ультразвуковое исследование печени в В режиме

		2. Рентгенологические методы (КТ и МРТ) 3. Расчётные биохимические шкалы
Р0	неудовлетворительно	1. Рентгенологические методы (КТ и МРТ)
В	5	Перечислите основные медикаментозные и немедикаментозные лечебные мероприятия, показанные для данного пациента.
Э		1. Диета с энергетической ценностью рациона 30-40 ккал/ кг при количестве белка 1.5-2.0 г/кг массы тела. 2. Полный отказ от алкоголя 3. Назначение витаминов, в особенности фолиевой кислоты, витаминов группы В, микроэлементов (цинк,селен). 4. Препараты адеметионина. Стандартная схема применения адеметионина предусматривает двухэтапный курс лечения. На первом этапе препарат вводят внутривенно капельно или струйно медленно в дозе 800 мг/сут однократно в течение 2–3 нед; возможно его внутримышечное введение. Затем больного переводят на прием препарата внутрь по 400 мг 3 раза в день в течение 4 нед и более. Пентоксифиллин 400 мг 3 раза в сутки 14 дней. https://library.mededtech.ru/rest/documents/ABP_rec/
Р2	отлично	
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 1. Диета с энергетической ценностью рациона 30-40 ккал/ кг при количестве белка 1.5-2.0 г/кг массы тела. 2. Полный отказ от алкоголя 3. Препараты адеметионина. Стандартная схема применения адеметионина предусматривает двухэтапный курс лечения. На первом этапе препарат вводят внутривенно капельно или струйно медленно в дозе 800 мг/сут однократно в течение 2–3 нед; возможно его внутримышечное введение. Затем больного переводят на прием препарата внутрь по 400 мг 3 раза в день в течение 4 нед и более. Пентоксифиллин 400 мг 3 раза в сутки 14 дней. для оценки «удовлетворительно» 1. Диета с энергетической ценностью рациона 30-40 ккал/ кг при количестве белка 1.5-2.0 г/кг массы тела.

		2. Полный отказ от алкоголя
Р0	неудовлетворительно	Полный отказ от алкоголя
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Мокшина М.В.

Ситуационная задача по № 2

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.28	Гастроэнтерология
	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-8	Способностью к определению тактики ведения пациента с различными нозологическими формами.
Ф	А/01.8	Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы
Ф	А/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мужчина 56 лет обратился к гастроэнтерологу с жалобами на выраженную общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, желтушность кожных покровов, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту, кожный зуд, бессонницу, снижение настроения. Затрудняется ответить, когда стали беспокоить вышеуказанные симптомы. Со слов жены пациента обострение в течение недели, когда после употребления значительного количества алкогольных напитков на день рождения усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость, появилась желтушность кожи и склер. Операций, гемотрансфузий не было. Хронические заболевания отрицает. Постоянный приём лекарственных средств отрицает. Курит 5-7 сигарет в день на протяжении 20 лет, Алкоголь употребляет практически каждый день в количестве 200 мл водки на протяжении 15 лет. Состоит на учёте у невролога с диагнозом: энцефалопатия Вернике-Корсакова. Работает грузчиком. При осмотре: состояние средней степени тяжести; пациент эмоционально лабилен, рост-175 см, вес -55 кг, ИМТ 18 кг/м2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры желтушные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца

		ритмичные, приглушены. ЧСС 72 в 1 мин; АД-130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налѐтом. Живот вздут, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 14×10×9 см; при глубокой пальпации печень плотной консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезѐнка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При предварительном обследовании выявлено: Клинический анализ крови: повышена СОЭ до 35 мм/ ч, остальные показатели в пределах нормы. Биохимический анализ крови: Общий билирубин 67 мкмоль/л (при норме 8.5-20.5), непрямой 40,5 мкмоль/л, прямой 20.2 мкмоль/л, АСТ- 265 ед/л, АЛТ – 178 ед/л, ГГТП – 225 ед/л, ЩФ – 175 ед/л, альбумин – 29 г/л, остальные показатели в пределах нормы. Коагулограмма: Протробиновое время 20 сек, фибриноген 1,3 г/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Маркёры вирусных гепатитов: HBsAg отрицательно, a-HCV отрицательно.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
В	2	Перечислите возможные осложнения данного заболевания
В	3	Определите степень тяжести заболевания.
В	4	Перечислите основные медикаментозные и немедикаментозные лечебные мероприятия, показанные для данного пациента.
В	5	Проведите оценку эффективности терапии

Оценочный лист
к ситуационной задаче № 2

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.28	Гастроэнтерология
	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-8	Способностью к определению тактики ведения пациента с различными нозологическими формами.
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
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мужчина 56 лет обратился к гастроэнтерологу с жалобами на выраженную общую слабость, повышенную утомляемость,

		снижение работоспособности, желтушность кожных покровов, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту, кожный зуд, бессонницу, снижение настроения. Затрудняется ответить, когда стали беспокоить вышеуказанные симптомы. Со слов жены пациента обострение в течение недели, когда после употребления значительного количества алкогольных напитков на день рождения усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость, появилась желтушность кожи и склер. Операций, гемотрансфузий не было. Хронические заболевания отрицает. Постоянный приём лекарственных средств отрицает. Курит 5-7 сигарет в день на протяжении 20 лет, Алкоголь употребляет практически каждый день в количестве 200 мл водки на протяжении 15 лет. Состоит на учёте у невролога с диагнозом: энцефалопатия Вернике-Корсакова. Работает грузчиком. При осмотре: состояние средней степени тяжести; пациент эмоционально лабилен, рост-175 см, вес -55 кг, ИМТ 18 кг/м2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры желтушные. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 72 в 1 мин; АД-130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налѐтом. Живот вздут, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 14×10×9 см; при глубокой пальпации печень плотной консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезѐнка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При предварительном обследовании выявлено: Клинический анализ крови: повышена СОЭ до 35 мм/ ч, остальные показатели в пределах нормы. Биохимический анализ крови: Общий билирубин 67 мкмоль/л (при норме 8.5-20.5), непрямой 40,5 мкмоль/л, прямой 20.2 мкмоль/л, АСТ- 265 ед/л, АЛТ – 178 ед/л, ГГТП – 225 ед/л, ЩФ – 175 ед/л, альбумин – 29 г/л, остальные показатели в пределах нормы. Коагулограмма: Протробиновое время 20 сек, фибриноген 1,3 г/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Маркёры вирусных гепатитов: HBsAg отрицательно, a-HCV отрицательно.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э		Правильный ответ Алкогольная болезнь печени: алкогольный стеатогепатит , с синдромами гепатомегалии, желтухи, цитолиза, холестаза. Фиброз не уточнён. Желательно в форме нумерованного списка (3 и более пунктов) 1. Алкогольная болезнь печени 2. Алкогольный стеатогепатит 3. С синдромами гепатомегалии, желтухи, цитолиза, холестаза 4.Фиброз не уточнён https://library.mededtech.ru/rest/documents/ABP_rec/
Р2	отлично	Указываются дескрипторы полного ответа на вопрос Алкогольная болезнь печени: алкогольный стеатогепатит, средней степени тяжести , с синдромами гепатомегалии, желтухи, цитолиза, холестаза. Фиброз не уточнён.

Р1	Хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; Алкогольная болезнь печени: алкогольный стеатогепатит, с синдромами гепатомегалии, желтухи, цитолиза, холестаза. Фиброз не уточнён. для оценки «удовлетворительно» Алкогольная болезнь печени
Р0	неудовлетворительно	Диагноз не установлен
В	2	Перечислите возможные осложнения данного заболевания
Э	-	Правильный ответ на вопрос 5. Цирроз печени 6. Желудочно-кишечное кровотечение 7. Печёночно клеточная недостаточность 8. Инфекционные осложнения. https://library.mededtech.ru/rest/documents/ABP_rec/
Р2	отлично	
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 4. Цирроз печени 5. Желудочно-кишечное кровотечение 6. Печёночно клеточная недостаточность для оценки «удовлетворительно» 3. Цирроз печени 4. Желудочно-кишечное кровотечение
Р0	неудовлетворительно	Цирроз печени
В	3	Оцените степень тяжести заболевания у данного пациента?
Э		Определение степени тяжести, прогноза и выбора врачебной тактики осуществляется с учётом определения прогностического индекса Мэддрея (Maddrey score). DF = 4,6 × (ПВбольного – ПВконтроля) + Сыворочный билирубин. Интерпретация результатов: при значении DF ≥32 вероятность летального исхода в отсутствие специфического лечения в течение ближайшего месяца варьирует от 35 до 50%. Это значение принято в качестве критерия тяжелого алкогольного гепатита и в таком случае пациенту необходимо начать лечение глюкокортикостероидами. В данном случае у пацинта индекс Мэддрея более 32, таким образом у данного пациента тяжёлая степень тяжести алкогольного гепатита. https://library.mededtech.ru/rest/documents/ABP_rec/
Р2	отлично	Определение степени тяжести, прогноза и выбора врачебной тактики осуществляется с учётом определения прогностического индекса Мэддрея (Maddrey score). DF = 4,6 × (ПВбольного – ПВконтроля) + Сыворочный билирубин. Интерпретация результатов: при значении DF ≥32 вероятность

		летального исхода в отсутствие специфического лечения в течение ближайшего месяца варьирует от 35 до 50%. Это значение принято в качестве критерия тяжелого алкогольного гепатита и в таком случае пациенту необходимо начать лечение глюкокортикостероидами. В данном случае у пацинта индекс Мэддрея более 32, таким образом у данного пациента тяжёлая степень тяжести алкогольного гепатита.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; Определение степени тяжести, прогноза и выбора врачебной тактики осуществляется с учётом определения прогностического индекса Мэддрея (Maddrey score). DF = 4,6 × (ПВбольного – ПВконтроля) + Сыворочный билирубин. В данном случае у пацинта индекс Мэддрея менее 32, таким образом у данного пациента средняя степень тяжести. Неверно рассчитан индекс Мэддрея и исходя из этого неправильно определена степень тяжести, но тактика определения точная. Для оценки «удовлетворительно» Учитывая клиническую картину, можно установить среднюю степень тяжести
Р0	неудовлетворительно	Ответ не дан. Степень тяжести не определена
В	4	Перечислите основные медикаментозные и немедикаментозные лечебные мероприятия, показанные для данного пациента.
Э		5. Диета с энергетической ценностью рациона 30-40 ккал/ кг при количестве белка 1.5-2.0 г/кг массы тела. 6. Полный отказ от алкоголя 7. Назначение витаминов, в особенности Тиамина (В1) в дозировке 500 мг 3 раза в сутки внутривенно капельно в течение 2–3 дней, далее — по 250 мг/сут внутривенно капельно столь длительно, сколь это необходимо в зависимости от динамики симптомов в каждом конкретном случае, затем — 50–100 мг тиамина внутрь столь длительно, сколь это необходимо. фолиевой кислоты, микроэлементов (цинк,селен). 8. Преднизолон 40 мг/сут 28 дней. Препараты адеметионина. Стандартная схема применения адеметионина предусматривает двухэтапный курс лечения. На первом этапе препарат вводят внутривенно капельно или струйно медленно в дозе 800 мг/сут однократно в течение 2–3 нед; возможно его внутримышечное введение. Затем больного переводят на прием препарата внутрь по 400 мг 3 раза в день в течение 4 нед и более. https://library.mededtech.ru/rest/documents/ABP_rec/
Р2	отлично	1. Диета с энергетической ценностью рациона 30-40 ккал/ кг при количестве белка 1.5-2.0 г/кг массы тела. 2. Полный отказ от алкоголя 3. Назначение витаминов, в особенности Тиамина (В1) в

		дозировке 500 мг 3 раза в сутки внутривенно капельно в течение 2–3 дней, далее — по 250 мг/сут внутривенно капельно столь длительно, сколь это необходимо в зависимости от динамики симптомов в каждом конкретном случае, затем — 50–100 мг тиамина внутрь столь длительно, сколь это необходимо. фолиевой кислоты, микроэлементов (цинк,селен). 4. Преднизолон 40 мг/сут 28 дней. Препараты адеметионина. Стандартная схема применения адеметионина предусматривает двухэтапный курс лечения. На первом этапе препарат вводят внутривенно капельно или струйно медленно в дозе 800 мг/сут однократно в течение 2–3 нед; возможно его внутримышечное введение. Затем больного переводят на прием препарата внутрь по 400 мг 3 раза в день в течение 4 нед и более. https://library.mededtech.ru/rest/documents/ABP_rec/
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 4. Диета с энергетической ценностью рациона 30-40 ккал/ кг при количестве белка 1.5-2.0 г/кг массы тела. 5. Полный отказ от алкоголя 6. Преднизолон 40 мг/сут 28 дней. Препараты адеметионина. Стандартная схема применения адеметионина предусматривает двухэтапный курс лечения. На первом этапе препарат вводят внутривенно капельно или струйно медленно в дозе 800 мг/сут однократно в течение 2–3 нед; возможно его внутримышечное введение. Затем больного переводят на прием препарата внутрь по 400 мг 3 раза в день в течение 4 нед и более. Пентоксифиллин 400 мг 3 раза в сутки 14 дней. для оценки «удовлетворительно» 3. Диета с энергетической ценностью рациона 30-40 ккал/ кг при количестве белка 1.5-2.0 г/кг массы тела. 4. Полный отказ от алкоголя
P0	неудовлетворительно	Полный отказ от алкоголя
B	5	Проведите оценку эффективности терапии. При динамическом наблюдении: уровень общего билирубина 51 мкмоль/л, протромбиновое время 19 секунд.
Э		1. Оценку эффективности терапии проводят на 7-й день от ее начала 2. Оценка проводится с помощью индекса Лилль (Lille model). 3. R = 3,19–0,101(возраст в годах) + 0,147(альбумин в день поступления в г/л) +0,0165(сывороточный билирубин в мкмоль) + 0,206(наличие почечной недостаточности – 0

		или 1*) + 0,0065(сывороточный билирубин в день поступления в мкмоль) + 0,0096(протромбиновое время в секундах). Индекс Лилль составляет 0,19 4. Если индекс Лилль <0,45, то лечение преднизолоном в указанной дозе продолжают в течение 28 дней с последующей полной отменой препарата в течение 2 нед. При индексе Лилль ≥0,45 лечение преднизолоном прекращают ввиду его неэффективности. https://library.mededtech.ru/rest/documents/ABP_rec/#paragraph_cpm6j
P2	отлично	
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 1. Оценку эффективности терапии проводят на 7-й день от ее начала 2. Оценка проводится с помощью индекса Лилль (Lille model). 5. R = 3,19–0,101(возраст в годах) + 0,147(альбумин в день поступления в г/л) +0,0165(сывороточный билирубин в мкмоль) + 0,206(наличие почечной недостаточности – 0 или 1*) + 0,0065(сывороточный билирубин в день поступления в мкмоль) + 0,0096(протромбиновое время в секундах). Индекс Лилль составляет 0,19 для оценки «удовлетворительно» 1. Оценку эффективности терапии проводят на 7-й день от ее начала 2. Оценка проводится с помощью индекса Лилль (Lille model).
P0	неудовлетворительно	Оценку эффективности терапии проводят на 7-й день от ее начала
O	Итоговая оценка	
A	Ф.И.О. автора-составителя	Мокшина М.В.

Ситуационная задача по №3

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
C	31.08.28	Гастроэнтерология
K	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/01.7	Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы
Ф	А/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности
Ф	А/05.8.	Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
У		Больная Ж., 43 года, обратилась к врачу с жалобами на схваткообразные боли в правом подреберье, возникают после употребления жирной пищи через 30-40 минут и при езде в автомобиле, иррадиируют в правое плечо, лопатку, сопровождаются тошнотой, рвотой с примесью желчи; периодически горький вкус во рту, отрыжку горьким, слабость, недомогание, чувство неправильного сердцебиения во время болей в правом подреберье, проходит при уменьшении боли. Считает себя больной около недели, когда впервые во время длительной поездки за город появились боли в правом подреберье. Самостоятельно принимала но-шпу с незначительным положительным эффектом. Вчера после употребления копченой колбасы вновь появились боли и тошнота. Из анамнеза: Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: работает учителем. Питается не регулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко. Последние 4 года принимает препараты эстрогенов. Наследственность: у матери - ЖКБ, у отца – хронический панкреатит. Аллергологический анамнез не отягощен. Беременностей 4, родов 3. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Температура тела 36,5°С. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита чрезмерно, ИМТ 31.2 кг/м2 . Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 98 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 98 в мин. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания.

		При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Отделы толстого и тонкого кишечника пальпаторно не определяются, из-за выраженного подкожно-жирового слоя, область пальпации безболезненна. При глубокой пальпации определяется болезненность в точке желчного пузыря. Симптомы Кэра, Мэрфи, Ортнера, Мюсси-Георгиевского положительные. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 х 8 х 7см. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 х 4 см. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: эритроциты – 4,3 *10^{12}/л, Hb – 135 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 20 мм/ч, тромбоциты – 320 109 /л, лейкоциты – 10,3* 10^{9} /л2. 2. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, внутрипеченочные желчные протоки не расширены, общий желчный проток 6мм. Желчный пузырь нормальной формы и размеров, стенка 5 мм, в просвете конкремент 6 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной эхогенности, однородной структуры, проток 1мм, конкременты не визуализируются. Селезенка нормальных размеров, нормальной эхогенности и эхоструктуры.
В	1	Установите наиболее вероятный диагноз
В	2	Обоснуйте выставленный диагноз.
В	3	Назовите возможные осложнения данного заболевания
В	4	Какова тактика ведения больного для врача терапевта?
В	5	Перечислите основные медикаментозные и немедикаментозные лечебные мероприятия, показанные для данного пациента.

Оценочный лист
к ситуационной задаче № 3

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.28	Гастроэнтерология
К	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
Ф	А/01.7	Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной

		системы
Ф	А/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности
	А/05.8.	Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Текст задачи
		Больная Ж., 35 лет, обратилась к врачу с жалобами на схваткообразные боли в правом подреберье, возникают после употребления жирной пищи через 30-40 минут и при езде в автомобиле, иррадиируют в правое плечо, лопатку, сопровождаются тошнотой, рвотой с примесью желчи; периодически горький вкус во рту, отрыжку горьким, слабость, недомогание, чувство неправильного сердцебиения во время болей в правом подреберье, проходит при уменьшении боли. Считает себя больной около недели, когда впервые во время длительной поездки за город появились боли в правом подреберье. Самостоятельно принимала но-шпу с незначительным положительным эффектом. Вчера после употребления копченой колбасы вновь появились боли и тошнота. Из анамнеза:жизни Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: работает учителем. Питается не регулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко. Наследственность: у матери - ЖКБ, у отца – хронический панкреатит. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Температура тела 36,5°С. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита чрезмерно, ИМТ 31.2 кг/м2 . Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 98 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 98 в мин. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Отделы толстого и тонкого кишечника пальпаторно не определяются, из-за выраженного подкожно-жирового слоя, область пальпации безболезненна.

		При глубокой пальпации определяется болезненность в точке желчного пузыря. Симптомы Кэра, Мэрфи, Ортнера, Мюсси-Георгиевского положительные. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 х 8 х 7см. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 х 4 см. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: эритроциты – 4,3 *10^{12}/л, Hb – 135 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 20 мм/ч, тромбоциты – 320 109 /л, лейкоциты – 10,3* 10^{9} /л2. 2. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, внутрипеченочные желчные протоки не расширены, общий желчный проток 6мм. Желчный пузырь нормальной формы и размеров, стенка 5 мм, в просвете конкремент 6 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной эхогенности, однородной структуры, проток 1мм, конкременты не визуализируются. Селезенка нормальных размеров, нормальной эхогенности и эхоструктуры.
В	1	Установите наиболее вероятный диагноз
Э		1. Желчнокаменная болезнь 2. Конкремент желчного пузыря 6 мм 3. Хронический калькулезный холецистит, обострение 4. Ожирение 1 степени (ИМТ 31.2 кг/м2) https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_ZKB_201710/
Р2	отлично	1. Желчнокаменная болезнь 2. Конкремент желчного пузыря 6 мм 3. Хронический калькулезный холецистит, обострение 4. Ожирение 1 степени (ИМТ 31.2 кг/м2)
Р1	Хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 1. Желчнокаменная болезнь 2. Конкремент желчного пузыря 6 мм 3. Хронический калькулезный холецистит, обострение для оценки «удовлетворительно» 1. Желчнокаменная болезнь 2. Конкремент желчного пузыря 6 мм
Р0	неудовлетворительно	Желчнокаменная болезнь
В	2	Обоснуйте выставленный диагноз.
Э	-	Желчнокаменная болезнь. Конкремент желчного пузыря 6 мм. Хронический калькулезный холецистит, обострение. Ожирение 1 степени (ИМТ 31.2 кг/м2). Данный диагноз выставлен на основании: 1. Типичного болевого синдрома:схваткообразные боли в правом подреберье, возникают после употребления

		жирной пищи через 30-40 минут и при езде в автомобиле, иррадиируют в правое плечо, лопатку, сопровождаются тошнотой, рвотой. 2. Выявленных факторов риска развития ЖКБ в анамнезе: женский пол, ожирение, принимает препараты эстрогенов, 4 беременности и 3 родов в анамнезе, отягощённая наследственность. 3. Данных осмотра: Подкожно жировая клетчатка развита чрезмерно, ИМТ 31.2 кг/м2 . При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Отделы толстого и тонкого кишечника пальпаторно не определяются, из-за выраженного подкожно-жирового слоя, область пальпации безболезненна. При глубокой пальпации определяется болезненность в точке желчного пузыря. Симптомы Кэра, Мэрфи, Ортнера, Мюсси-Георгиевского положительные. 4. Данных ультразвукового исследования органов брюшной полости: Желчный пузырь нормальной формы и размеров, стенка 5 мм, в просвете конкремент 6 мм. https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_ZKB_201710/
P2	отлично	Данный диагноз выставлен на основании: 1. Типичного болевого синдрома:схваткообразные боли в правом подреберье, возникают после употребления жирной пищи через 30-40 минут и при езде в автомобиле, иррадиируют в правое плечо, лопатку, сопровождаются тошнотой, рвотой. 2. Выявленных факторов риска развития ЖКБ в анамнезе: женский пол, ожирение, принимает препараты эстрогенов, 4 беременности и 3 родов в анамнезе, отягощённая наследственность. 3. Данных осмотра: Подкожно жировая клетчатка развита чрезмерно, ИМТ 31.2 кг/м2 . При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Отделы толстого и тонкого кишечника пальпаторно не определяются, из-за выраженного подкожно-жирового слоя, область пальпации безболезненна. При глубокой пальпации определяется болезненность в точке желчного пузыря. Симптомы Кэра, Мэрфи, Ортнера, Мюсси-Георгиевского положительные. 4. Данных ультразвукового исследования органов брюшной полости: Желчный пузырь нормальной формы и размеров, стенка 5 мм, в просвете конкремент 6 мм.
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки хорошо: Данный диагноз выставлен на основании: 1. Типичного болевого синдрома:схваткообразные боли в

		правом подреберье, возникают после употребления жирной пищи через 30-40 минут и при езде в автомобиле, иррадиируют в правое плечо, лопатку, сопровождаются тошнотой, рвотой. 3. Данных осмотра: Подкожно жировая клетчатка развита чрезмерно, ИМТ 31.2 кг/м2 . При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Отделы толстого и тонкого кишечника пальпаторно не определяются, из-за выраженного подкожно-жирового слоя, область пальпации безболезненна. При глубокой пальпации определяется болезненность в точке желчного пузыря. Симптомы Кэра, Мэрфи, Ортнера, Мюсси-Георгиевского положительные. 4. Данных ультразвукового исследования органов брюшной полости: Желчный пузырь нормальной формы и размеров, стенка 5 мм, в просвете конкремент 6 мм. Для оценки удовлетворительно: Данный диагноз выставлен на основании: Типичного болевого синдрома:схваткообразные боли в правом подреберье, возникают после употребления жирной пищи через 30-40 минут и при езде в автомобиле, иррадиируют в правое плечо, лопатку, сопровождаются тошнотой, рвотой. 3. Данных осмотра: Подкожно жировая клетчатка развита чрезмерно, ИМТ 31.2 кг/м2 . При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Отделы толстого и тонкого кишечника пальпаторно не определяются, из-за выраженного подкожно-жирового слоя, область пальпации безболезненна. При глубокой пальпации определяется болезненность в точке желчного пузыря. Симптомы Кэра, Мэрфи, Ортнера, Мюсси-Георгиевского положительные.
Р0	неудовлетворительно	Данный диагноз выставлен на основании: Данных ультразвукового исследования органов брюшной полости: Желчный пузырь нормальной формы и размеров, стенка 5 мм, в просвете конкремент 6 мм.
В	3	Перечислите возможные осложнения данного заболевания
Э		1. Острый холецистит, холангит, панкреатит, вторичный билиарный цирроз 2. Эмпиема, гангрена, перфорация, пенетрация, свищ, жёлчный перитонит 3. Осложнения, обусловленные нарушением проходимости: механическая желтуха, желчнокаменная кишечная непроходимость 4. Рак желчного пузыря https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_ZKB_201710/
Р2	отлично	1. Острый холецистит, холангит, панкреатит, вторичный

		билиарный цирроз 2. Эмпиема, гангрена, перфорация, пенетрация, свищ, жёлчный перитонит 3. Осложнения, обусловленные нарушением проходимости: механическая желтуха, желчнокаменная кишечная непроходимость 4. Рак желчного пузыря
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 1. Острый холецистит, холангит, панкреатит, вторичный билиарный цирроз 2. Эмпиема, гангрена, перфорация, пенетрация, свищ, жёлчный перитонит 3. Осложнения, обусловленные нарушением проходимости: механическая желтуха, желчнокаменная кишечная непроходимость для оценки «удовлетворительно» 1. Острый холецистит, холангит, панкреатит, вторичный билиарный цирроз 2. Эмпиема, гангрена, перфорация, пенетрация, свищ, жёлчный перитонит
Р0	неудовлетворительно	Острый холецистит, холангит, панкреатит, вторичный билиарный цирроз
В	4	Перечислите основные методы диагностики ЖКБ.
Э		1. Данные анамнеза (выявление факторов риска развития ЖКБ) 2. Данные опроса и осмотра 3. Инструментальные методы диагностики (УЗИ ОБП, Рентгенография органов брюшной полости, ЭГДС, КТ, МРТ и др) 4. Лабораторные методы исследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, общий и прямой билирубин, ЩФ, ГГТ), общий анализ мочи, копрограмма https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_ZKB_201710/
Р2	отлично	1. Данные анамнеза (выявление факторов риска развития ЖКБ) 2. Данные опроса и осмотра 3. Инструментальные методы диагностики (УЗИ ОБП, Рентгенография органов брюшной полости,ЭГДС, КТ, МРТ и др) 4. Лабораторные методы исследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, общий и прямой билирубин, ЩФ, ГГТ), общий анализ мочи, копрограмма
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»;

		1. Данные анамнеза (выявление факторов риска развития ЖКБ) 2. Данные опроса и осмотра 3. Инструментальные методы диагностики (УЗИ ОБП, Рентгенография органов брюшной полости, ЭГДС,КТ, МРТ и др) Для оценки «удовлетворительно» 1. Данные анамнеза (выявление факторов риска развития ЖКБ) 2. Данные опроса и осмотра
Р0	неудовлетворительно	Данные анамнеза (выявление факторов риска развития ЖКБ)
В	5	Перечислите основные медикаментозные и немедикаментозные лечебные мероприятия, показанные для данного пациента.
Э		1. Снижение массы тела и её поддержание 2. Диета: Рекомендуется дробное 4-6 разовое питание с исключением продуктов, усиливающих желчеотделение, секрецию желудка и поджелудочной железы. Исключают копчёности, тугоплавкие жиры, раздражающие приправы. Диета должна включать большое количество растительной клетчатки. 3. Пероральная литолитическая терапия:Урсодезоксихолевая кислота в дозе 10 мг/кг в сутки однократно всю дозу вечером перед сном, запивая большим количеством воды. Лечение УДХК проводят под контролем УЗИ каждые 3–6 мес. Отсутствие признаков уменьшения количества и размеров камней через 6 мес лечения свидетельствует о неэффективности терапии. 4. Симптоматическая терапия: Для купирования билиарной колики можно применять спазмолитики различных классов, которые для получения быстрого эффекта целесообразно вводить парентерально. Гиосцина бутилбромид: прием «по требованию» 10–20 мг внутрь или в суппозиториях либо курсовое лечение по 10–20 мг 3 раза в день в течение 10–30 дней. Мебеверин: «по требованию» 200 мг внутрь, либо курсовое лечение по 200 мг 2 раза в день за 20 мин до еды в течение 10–30 дней. Для купирования диспепсических явлений, часто сопутствующих ЖКБ («плохая переносимость жирной и обильной пищи»), применяют спазмолитики, пеногасители, а также гимекромон, оказывающий холецистокининоподобное действие https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_ZKB_201710/
Р2	отлично	1. Снижение массы тела и её поддержание 2. Диета: Рекомендуется дробное 4-6 разовое питание с исключением продуктов, усиливающих желчеотделение,

		секрецию желудка и поджелудочной железы. Исключают копчёности, тугоплавкие жиры, раздражающие приправы. Диета должна включать большое количество растительной клетчатки. 3. Пероральная литолитическая терапия:Урсодезоксихолевая кислота в дозе 10 мг/кг в сутки однократно всю дозу вечером перед сном, запивая большим количеством воды. Лечение УДХК проводят под контролем УЗИ каждые 3–6 мес. Отсутствие признаков уменьшения количества и размеров камней через 6 мес лечения свидетельствует о неэффективности терапии. 4. Симптоматическая терапия: Для купирования билиарной колики можно применять спазмолитики различных классов, которые для получения быстрого эффекта целесообразно вводить парентерально. Гиосцина бутилбромид: прием «по требованию» 10–20 мг внутрь или в суппозиториях либо курсовое лечение по 10–20 мг 3 раза в день в течение 10–30 дней. Мебеверин: «по требованию» 200 мг внутрь, либо курсовое лечение по 200 мг 2 раза в день за 20 мин до еды в течение 10–30 дней. Для купирования диспепсических явлений, часто сопутствующих ЖКБ («плохая переносимость жирной и обильной пищи»), применяют спазмолитики, пеногасители, а также гимекромон, оказывающий холецистокининоподобное действие
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 1. Снижение массы тела и её поддержание 2. Диета: Рекомендуется дробное 4-6 разовое питание с исключением продуктов, усиливающих желчеотделение, секрецию желудка и поджелудочной железы. Исключают копчёности, тугоплавкие жиры, раздражающие приправы. Диета должна включать большое количество растительной клетчатки. 3. Пероральная литолитическая терапия:Урсодезоксихолевая кислота в дозе 10 мг/кг в сутки однократно всю дозу вечером перед сном, запивая большим количеством воды. Лечение УДХК проводят под контролем УЗИ каждые 3–6 мес. Отсутствие признаков уменьшения количества и размеров камней через 6 мес лечения свидетельствует о неэффективности терапии. для оценки «удовлетворительно» 1. Диета: Рекомендуется дробное 4-6 разовое питание с исключением продуктов, усиливающих желчеотделение, секрецию желудка и поджелудочной железы. Исключают

		копчёности, тугоплавкие жиры, раздражающие приправы. Диета должна включать большое количество растительной клетчатки. 2. Пероральная литолитическая терапия:Урсодезоксихолевая кислота в дозе 10 мг/кг в сутки однократно всю дозу вечером перед сном, запивая большим количеством воды. Лечение УДХК проводят под контролем УЗИ каждые 3–6 мес. Отсутствие признаков уменьшения количества и размеров камней через 6 мес лечения свидетельствует о неэффективности терапии.
Р0	неудовлетворительно	1. Диета: Рекомендуется дробное 4-6 разовое питание с исключением продуктов, усиливающих желчеотделение, секрецию желудка и поджелудочной железы. Исключают копчёности, тугоплавкие жиры, раздражающие приправы. Диета должна включать большое количество растительной клетчатки.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Мокшина М.В.

Ситуационная задача по №4

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.28	Гастроэнтерология
	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-8	Способностью к определению тактики ведения пациента с различными нозологическими формами.
Ф	А/01.8	Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы
Ф	А/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Пациент А., 28 лет, обратился к врачу с жалобами на умеренные боли в эпигастральной области, возникающие через 20-30 минут после приема пищи, а также на боли проходящие после приема пищи, без иррадиации, отрыжку кислым, изжогу, неприятный вкус во рту, запоры. Из анамнеза заболевания: считает себя больным около года, ранее за медицинской помощью не обращался. Самостоятельно

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

Оценочный лист
к ситуационной задаче № 4

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.28	Гастроэнтерология
	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-8	Способностью к определению тактики ведения пациента с различными нозологическими формами.
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
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Пациент А., 28 лет, обратился к врачу с жалобами на умеренные боли в эпигастральной области, возникающие через 20-30 минут после приема пищи, а также на боли проходящие после приема пищи, без иррадиации, отрыжку кислым, изжогу, неприятный вкус во рту, запоры. Из анамнеза заболевания: считает себя больным около года, ранее за медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимает альмагель с положительным эффектом. Три дня назад, после погрешностей в диете, усилились боли, отрыжка, изжога, в связи с чем, обратился к врачу. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез: работает шофером, часто не регулярный прием пищи и еда всухомятку. Вредные привычки: курит 8 лет по 1 пачке сигарет в день, алкоголь употребляет редко. Наследственность: мать здорова, у отца – язвенная болезнь желудка. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,5ºС. Астеничного телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые, влажные. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1,5 см кнутри от СКЛ. Тоны сердца ясные, ритмичные, 68 уд/мин. АД 120/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Перитонеальные симптомы Менделя и Щеткина-Блюмберга отрицательные. При глубокой пальпации все отделы толстого кишечника безболезненные, эластичные. Определяется болезненность при пальпации тела

		и большой кривизны желудка. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются, область пальпации безболезненна, симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: Hb – 126 г/л, эр. - 4,1×1012/л, ЦП - 0,95, лейк. – 7,1×109 /л, э - 4%, п/я - 3%, с/я - 54%, л - 31%, м - 8%, СОЭ - 9 мм/час. 2. ОАМ: уд. вес – 1019, белок – отр., эритроциты – отр., лейкоциты – 2-3 в поле зрения. 3. ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая розовая, чистая. Желудок обычной формы и размеров, в антральной части желудка слизистая оболочка блестящая с налетом фибрина, отечная, гиперемированная. Взята биопсия. 4. Данные биопсии: выявлен Helicobacter pylori. (уреазный тест 3+)
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э		Правильный ответ Хронический антральный гастрит, Helicobacter pylory ассоциированный, обострение. https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_FD20169/
Р2	отлично	Указываются дескрипторы полного ответа на вопрос Хронический антральный гастрит, Helicobacter pylory ассоциированный, обострение.
Р1	Хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; Хронический антральный гастрит, Helicobacter pylory ассоциированный. для оценки «удовлетворительно» Хронический антральный гастрит
Р0	неудовлетворительно	Диагноз не установлен
В	2	Обоснуйте выставленный диагноз
Э	-	Диагноз выставлен на основании: 1. характерной клинической картины (голодные и ранние боли в эпигастрии); 2. наличия факторов риска (курение, нарушение диеты и отягощенная наследственность); 3. данных ФГДС: отсутствие язвенного дефекта и наличие признаков антрального гастрита; 4. обнаружения H. pylori. https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_FD20169/
Р2	отлично	Диагноз выставлен на основании: 1. характерной клинической картины (голодные и ранние боли в эпигастрии); 2. наличия факторов риска (курение, нарушение диеты и отягощенная наследственность); 3. данных ФГДС: отсутствие язвенного дефекта и

		наличие признаков антрального гастрита; 4. обнаружения H. pylori.
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 1. характерной клинической картины (голодные и ранние боли в эпигастрии); 2. наличия факторов риска (курение, нарушение диеты и отягощенная наследственность); 3. данных ФГДС: отсутствие язвенного дефекта и наличие признаков антрального гастрита; для оценки «удовлетворительно» 5. характерной клинической картины (голодные и ранние боли в эпигастрии); 6. наличия факторов риска (курение, нарушение диеты и отягощенная наследственность);
P0	неудовлетворительно	1. характерной клинической картины (голодные и ранние боли в эпигастрии);
B	3	Назначьте дополнительное обследование
Э		1. Референсный метод диагностики инфекции H. pylori: 13C-уреазный дыхательный тест или определение антигена H. pylori в кале 2. Биохимический анализ крови 3. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости 4. Копрограмма https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_FD20169/
P2	отлично	
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 1. Референсный метод диагностики инфекции H. pylori: 13C-уреазный дыхательный тест или определение антигена H. pylori в кале 2. Биохимический анализ крови 3. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости Для оценки «удовлетворительно» 1. Референсный метод диагностики инфекции H. pylori: 13C-уреазный дыхательный тест или определение антигена H. pylori в кале 2. Биохимический анализ крови
P0	неудовлетворительно	1. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости
B	4	Перечислите НЕинвазивные методы обнаружения Helicobacter pylory
Э		1. 13C уреазный дыхательный тест 2. Определение антигена H.Pylori в кале 3. Определение антител к H.Pylori 4. Выявление ДНК H.Pylori в кале

		https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_FD20169/
Р2	отлично	1. 13С уреазный дыхательный тест 2. Определение антигена H.Pylori в кале 3. Определение антител к H.Pylori 4. Выявление ДНК H.Pylori в кале
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 1. 13С уреазный дыхательный тест 2. Определение антигена H.Pylori в кале 3. Определение антител к H.Pylori для оценки «удовлетворительно» 1. 13С уреазный дыхательный тест 2. Определение антигена H.Pylori в кале
Р0	неудовлетворительно	1. Выявление ДНК H.Pylori в кале
В	5	Назначьте эрадикационную терапию данному пациенту.
Э		1. Амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней 2. Кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней 3. Эзомепразол или Рабепразол 20 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней 4. Висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_HPylori1/
Р2	отлично	1. Амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней 2. Кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней 3. Эзомепразол или Рабепразол 20 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней 4. Висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 1. Амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней 2. Кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней 3. Эзомепразол или Рабепразол 20 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней для оценки «удовлетворительно» 1. Амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки в течение 14

		дней 2. Кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней
Р0	неудовлетворительно	1. Эзомепразол или Рабепразол 20 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Мокшина М.В.

Ситуационная задача №5

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.28	Гастроэнтерология
К	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
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/01.7	Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы
Ф	А/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности
Ф	А/05.8.	Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
У		Женщина 32 года обратилась в поликлинику к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на неоформленный стул с примесью слизи и крови до 4 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца. Из анамнеза: В мае 2015 года проходила стационарное лечение в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом: Язвенный колит, стадия обострения. Проведен курс лечения: месалазин, преднизолон и азатиоприн. Явления кишечного

		кровотечения купированы и больная выписана на амбулаторное лечение с рекомендациями приема месалазина 3 гр. В сутки и азатиоприна до 150мг в сутки. Лечение получала в течение 1 месяца, далее в связи с улучшением состояния принимать препараты перестала, на приём к гастроэнтерологу не ходила. Настоящее ухудшение 3 месяца назад, когда пациентка вновь стала отмечать боли в животе, кашицеобразный стул с примесью крови и слизи до 4-5 раз в сутки. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжала. Курила 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратила. Злоупотребление алкоголем отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°С. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст.). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезёнки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Общий анализ крови: эритроциты – 2,7×1012/л, Hb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – 270×1012/л, лейкоциты – 7,0×109 /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч. Железо крови – 9,8 мкмоль/л (норма 12- 26 мкмоль/л) ОЖСС – 90 мкмоль/л. (норма до 85 мкмоль/л) Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения Фиброколоноскопия от 2015 года: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.
В	1	Установите наиболее вероятный диагноз
В	2	Назовите возможные осложнения данного заболевания
В	3	Составьте план обследования.
В	4	Сформулируйте окончательный диагноз используя, результаты обследований: Видеоколоноскопия: Выявлено левостороннее поражение толстого кишечника: слизистая сигмовидной кишки гиперемирована, отечна, ранима при контакте, множественные крипт – абсцессы,

		ингибирована гнойным отделяемым. Гистологически выявлен язвенный колит с умеренной активностью.
В	5	Назначьте лечение

Оценочный лист
к ситуационной задаче № 5

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.28	Специальность
	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
К	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
Ф	А/01.7	Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы
Ф	А/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности
	А/05.8.	Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Текст задачи
		Женщина 32 года обратилась в поликлинику к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на неоформленный стул с примесью слизи и крови до 4 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца. Из анамнеза: В мае 2015 года проходила стационарное лечение в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом: Язвенный колит, стадия обострения. Проведен курс лечения: месалазин, преднизолон и азатиоприн. Явления кишечного кровотечения купированы и больная выписана на амбулаторное лечение с рекомендациями приема месалазина 3

		гр. В сутки и азатиоприна до 150мг в сутки. Лечение получала в течение 1 месяца, далее в связи с улучшением состояния принимать препараты перестала, на приём к гастроэнтерологу не ходила. Настоящее ухудшение 3 месяца назад, когда пациентка вновь стала отмечать боли в животе, кашицеобразный стул с примесью крови и слизи до 4-5 раз в сутки. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжала. Курила 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратила. Злоупотребление алкоголем отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°С. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст.). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезёнки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Общий анализ крови: эритроциты – 2,7×1012/л, Hb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – 270×1012/л, лейкоциты – 7,0×109 /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 28 мм/ч. Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения Фиброколоноскопия от 2015 года: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.
В	1	Установите наиболее вероятный диагноз
Э		1. Язвенный колит 2. Хроническое редко рецидивирующее течение 3. Среднетяжёлая атака 4. Железодефицитная анемия лёгкой степени тяжести https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_YaK_2015_121/
Р2	отлично	1. Язвенный колит 2. Хроническое редко рецидивирующее течение 3. Среднетяжёлая атака 4. Железодефицитная анемия лёгкой степени тяжести
Р1	Хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»;

		1. Язвенный колит 2. Хроническое редко рецидивирующее течение 3. Среднетяжёлая атака для оценки «удовлетворительно» 1. Язвенный колит 2. Хроническое редко рецидивирующее течение
Р0	неудовлетворительно	Язвенный колит
В	2	Перечислите возможные осложнения данного заболевания
Э	-	1. Перфорация толстого кишечника 2. Токсическая дилятация толстого кишечника 3. Массивные кишечные кровотечения 4. Колоректальный рак https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_YaK_2015_121/
Р2	отлично	1. Перфорация толстого кишечника 2. Токсическая дилятация толстого кишечника 3. Массивные кишечные кровотечения 4. Колоректальный рак
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 1. Перфорация толстого кишечника 2. Токсическая дилятация толстого кишечника 3. Массивные кишечные кровотечения для оценки «удовлетворительно» 1. Перфорация толстого кишечника 2. Токсическая дилятация толстого кишечника
Р0	неудовлетворительно	1. Перфорация толстого кишечника
В	3	Составьте план обследования
Э		1. Клинические лабораторные исследования (общий анализ крови, копрограмма, исследование кала на токсины A,B Cl. Difficile 2. Биохимические методы исследования: трансаминазы, билирубин крови, холестерин, сахар крови, электролиты крови(K, Na), общий белок и белковые фракции, липаза крови, амилаза панкреатическая, щелочная фосфатаза, гамма-глютамилтрансфераза, 3. Инструментальные методы исследования(Тотальная фиброколоноскопия с прицельной биопсией, ЭГДС, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ректороманоскопия – как контроль лечения). 4. Консультация фтизиатра в случае решения о проведении биологической терапии. (скрининг на туберкулез (рентгенография органов грудной клетки, квантифероновый тест, при невозможности его проведения — проба Манту, Диаскин-тест)

		https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_YaK_2015_121/
P2	отлично	1. Клинические лабораторные исследования (общий анализ крови, копрограмма, исследование кала на токсины A,B Cl. Difficile 2. Биохимические методы исследования: трансаминазы, билирубин крови, холестерин, сахар крови, электролиты крови(K, Na), общий белок и белковые фракции, липаза крови, амилаза панкреатическая, щелочная фосфатаза, гамма-глютамилтрансфераза, 3. Инструментальные методы исследования(Тотальная фиброколоноскопия с прицельной биопсией, ЭГДС, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ректороманоскопия – как контроль лечения). 4. Консультация фтизиатра в случае решения о проведении биологической терапии (скрининг на туберкулез (рентгенография органов грудной клетки, квантифероновый тест, при невозможности его проведения — проба Манту, Диаскин-тест)
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 1. Клинические лабораторные исследования (общий анализ крови, копрограмма, исследование кала на токсины A,B Cl. Difficile 2. Биохимические методы исследования: трансаминазы, билирубин крови, холестерин, сахар крови, электролиты крови(K, Na), общий белок и белковые фракции, липаза крови, амилаза панкреатическая, щелочная фосфатаза, гамма-глютамилтрансфераза, 3. Инструментальные методы исследования(Тотальная фиброколоноскопия с прицельной биопсией, ЭГДС, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ректороманоскопия – как контроль лечения). Для оценки «удовлетворительно» 1. Клинические лабораторные исследования (общий анализ крови, копрограмма, исследование кала на токсины A,B Cl. Difficile 2. Биохимические методы исследования: трансаминазы, билирубин крови, холестерин, сахар крови, электролиты крови(K, Na), общий белок и белковые фракции, липаза крови, амилаза панкреатическая, щелочная фосфатаза, гамма-глютамилтрансфераза,
P0	неудовлетворительно	Клинические лабораторные исследования (общий анализ крови, копрограмма, исследование кала на токсины A,B Cl. Difficile
B	4	Сформулируйте окончательный диагноз используя, результаы обследований: Видеоколоноскопия: Выявлено левостороннее поражение толстого кишечника: слизистая сигмовидной кишки гиперемирована, отечна,

		ранима при контакте, множественные крипт – абсцессы, ингибирована гнойным отделяемым. Гистологически выявлен язвенный колит с умеренной активностью.
Э		1. Язвенный колит, 2. Левостороннее поражение, 3. Хроническое редко рецидивирующее течение с умеренной эндоскопической активностью. 4. Железодефицитная анемия легкой степени тяжести. https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_YaK_2015_121/
Р2	отлично	1. Язвенный колит, 2. Левостороннее поражение, 3. Хроническое редко рецидивирующее течение с умеренной эндоскопической активностью. 4. Железодефицитная анемия легкой степени тяжести.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 1. Язвенный колит, 2. Левостороннее поражение, 3. Хроническое редко рецидивирующее течение с умеренной эндоскопической активностью. Для оценки «удовлетворительно» 1. Язвенный колит, 2. Левостороннее поражение,
Р0	неудовлетворительно	1. Язвенный колит,
В	5	Назначьте лечение.
Э		Среднетяжёлая атака. При первой атаке или рецидиве необходимо назначить: 1. Месалазин в таблетках 4–5 г/сутки в комбинации с месалазином в клизмах 2–4 г/сутки. Для коррекции ЖДА: препараты железа (III)-гидроксид полимальтозного комплекса в суммарной суточной дозе 100 мг(пероральный прием) в течение 1,5 месяцев с контролем общего анализа крови 1 раз в месяц, при необходимости продление курса лечения до 3 месяцев 2. Терапевтический ответ оценивается в течение 2 недель. В случае ответа терапия пролонгируется до 6–8 недель. При достижении ремиссии проводится поддерживающая терапия месалазином 1,5–2 г/сут внутрь + месалазин в клизмах по 2 г 2 раза в неделю 3. При отсутствии эффекта от 5-АСК рекомендовано пероральное назначение топических (только при среднетяжёлой форме) или системных ГКС. Системные ГКС назначают в дозе, эквивалентной 60 мг преднизолона, топические (будесонид MMX) в дозе 9 мг/сут в течение 8 недель. Показана комбинация с АЗА 2-2,5 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг. Снижение дозы

		системных ГКС рекомендовано производить до полной отмены. После 8-недельного приема будесонида MMX, снижение дозы проводится через день в течение 1-2 недель до полной отмены. При достижении ремиссии дальнейшая поддерживающая терапия проводится АЗА 2 мг/кг/сут или 6-МП 1,5 мг/кг не менее 2 лет 4. При отсутствии эффекта от ГКС в течение 2 недель показано проведение биологической терапии (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб или ведолизумаб), начиная с индукционного курса, в дозах, соответствующих инструкции по применению. Для повышения эффективности лечения инфликсимаб рекомендуется комбинировать с иммуносупрессорами (АЗА 2 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_YaK_2015_121/
Р2	отлично	Среднетяжёлая атака. При первой атаке или рецидиве необходимо назначить: 1. Месалазин в таблетках 4–5 г/сутки в комбинации с месалазином в клизмах 2–4 г/сутки. Для коррекции ЖДА: препараты железа (III)-гидроксид полимальтозного комплекса в суммарной суточной дозе 100 мг(пероральный прием) в течение 1,5 месяцев с контролем общего анализа крови 1 раз в месяц, при необходимости продление курса лечения до 3 месяцев 2. Терапевтический ответ оценивается в течение 2 недель. В случае ответа терапия пролонгируется до 6–8 недель. При достижении ремиссии проводится поддерживающая терапия месалазином 1,5–2 г/сут внутрь + месалазин в клизмах по 2 г 2 раза в неделю 3. При отсутствии эффекта от 5-АСК рекомендовано пероральное назначение топических (только при среднетяжёлой форме) или системных ГКС. Системные ГКС назначают в дозе, эквивалентной 60 мг преднизолона, топические (будесонид MMX) в дозе 9 мг/сут в течение 8 недель. Показана комбинация с АЗА 2-2,5 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг. Снижение дозы системных ГКС рекомендовано производить до полной отмены. После 8-недельного приема будесонида MMX, снижение дозы проводится через день в течение 1-2 недель до полной отмены. При достижении ремиссии дальнейшая поддерживающая терапия проводится АЗА 2 мг/кг/сут или 6-МП 1,5 мг/кг не менее 2 лет 4. При отсутствии эффекта от ГКС в течение 2 недель показано проведение биологической терапии (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб или ведолизумаб), начиная с индукционного курса, в дозах, соответствующих инструкции по применению. Для повышения эффективности лечения инфликсимаб рекомендуется комбинировать с иммуносупрессорами (АЗА 2 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг
Р1	хорошо/удовлетворительно	

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

		внутрь + месалазин в клизмах по 2 г 2 раза в неделю 3. При отсутствии эффекта от 5-АСК рекомендовано пероральное назначение топических (только при среднетяжёлой форме) или системных ГКС. Системные ГКС назначают в дозе, эквивалентной 60 мг преднизолона, топические (будесонид ММХ) в дозе 9 мг/сут в течение 8 недель. Показана комбинация с АЗА 2-2,5 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг. Снижение дозы системных ГКС рекомендовано производить до полной отмены. После 8-недельного приема будесонида ММХ, снижение дозы проводится через день в течение 1-2 недель до полной отмены. При достижении ремиссии дальнейшая поддерживающая терапия проводится АЗА 2 мг/кг/сут или 6-МП 1,5 мг/кг не менее 2 лет 4. При отсутствии эффекта от ГКС в течение 2 недель показано проведение биологической терапии (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб или ведолизумаб), начиная с индукционного курса, в дозах, соответствующих инструкции по применению. Для повышения эффективности лечения инфликсимаб рекомендуется комбинировать с иммуносупрессорами (АЗА 2 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг
Р0	неудовлетворительно	Месалазин в таблетках 4–5 г/сутки в комбинации с месалазином в клизмах 2–4 г/сутки
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Мокшина М.В.

Вопросы для собеседования

1. ГЭРБ. Причины и механизмы развития. Вопросы классификации. Пищеводные и внепищеводные проявления. Дифференциальная диагностики болевого синдрома за грудиной. Принципы лечения.
2. Ахалазия кардии. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий.
3. Пищевод Барретта. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий.
4. Функциональная диспепсия. Определение понятия. Клинические варианты. Диагностический алгоритм. Тактика ведения.
5. Хронические гастриты. Определение понятия, классификация, вопросы этиологии. Алгоритм диагностики и лечения.
6. Язвенная болезнь. Клинико-диагностические критерии. Дифференциальный диагноз с симптоматическими язвами. Показания к госпитализации, тактика ведения.
7. Методы диагностики Helicobacter Pylory. Современные схемы эрадикационной терапии.
8. НПВП-гастропатия. Факторы риска. Подходы к профилактике и лечению.
9. Хронический панкреатит. Клинико-диагностические критерии. Вопросы дифференциальной диагностики. Профилактические и лечебные мероприятия.
10. Функциональные заболевания желчного пузыря и сфинктера Одди. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий.

11. ЖКБ. Этиология. Классификация. Алгоритм диагностики и лечения. Показания к госпитализации. Меры профилактики.
12. Гепатозы. Причины заболевания и механизмы развития. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика. Подходы к лечению.
13. Неалкогольная жировая болезнь печени. Причины и механизмы развития. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий.
14. Алкогольная болезнь печени. Причины и механизмы развития. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий.
15. Лекарственные поражения печени. Клинико-лабораторные критерии. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
16. Аутоиммунный гепатит. Клинико-лабораторные критерии. Стадии и степень активности. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
17. Холестатические заболевания печени. Клинико-лабораторные критерии. Стадии и степень активности. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
18. Пигментные заболевания печени. Клинико-лабораторные критерии. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
19. Болезнь Вильсона. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий.
20. Гемахроматоз. Классификация. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий.
21. Холангиты. Этиология. Патогенез. Вопросы верификации диагноза.
22. Хронические гепатиты. Клинико-лабораторные критерии. Стадии и степень активности. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
23. Цирроз печени. Этиология. Патогенез. Вопросы верификации диагноза.
24. Синдром портальной гипертензии. Причины и механизмы развития. Лечебная тактика. Показания к хирургическому лечению.
25. Печеночная энцефалопатия. Клинико-диагностические критерии. Меры по профилактике и лечение.
26. Синдром раздраженной кишки. Классификация. Клинические проявления. Дифференциально-диагностический поиск. Лечебная тактика.
27. Антибиотик-ассоциированный колит. Этиология. Клинико-диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Профилактические и лечебные мероприятия.
28. Язвенный колит. Диагностические критерии. Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика.
29. Болезнь Крона. Диагностические критерии. Дифференциальная диагностика. Тактика лечения.
30. Дивертикулярная болезнь. Критерии постановки диагноза. Тактика лечения.
31. Микроскопические колиты. Классификация. Клинические проявления. Дифференциально-диагностический поиск. Лечебная тактика.
32. Целиакия. Критерии постановки диагноза. Тактика лечения.
33. Диагностический алгоритм профилактики и диагностики рака верхних отделов ЖКТ.
34. Диагностический алгоритм профилактики и диагностики рака кишечника.
35. Диагностический алгоритм профилактики и диагностики рака печени, поджелудочной железы и ЖВП.
36. Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога при заболеваниях верхних отделов ЖКТ.
37. Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога при заболеваниях кишечника.
38. Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога при заболеваниях печени.
39. Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога при заболеваниях поджелудочной железы.
40. Медицинские показания и медицинские противопоказания санаторно-курортного лечения у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы.
41. Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового

образа жизни.

42. Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела.
43. Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы.
44. Особенности течения заболеваний печени у лиц пожилого возраста, Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика.

Особенности течения заболеваний кишечника у лиц пожилого возраста, Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика