Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 02.04.2025 10:30:57
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 10.06.2024 г., Протокол № 15
Директор института
_____/Невзорова В.А./

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Б1.В.04 Специальные профессиональные навыки и умения
(наименование дисциплины)

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

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

Владивосток 2024

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

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

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

1.1. Карта компетенций по дисциплине

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

1.2. Перечень оценочных средств

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

2. УРОВНЕВАЯ ШКАЛА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

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

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

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

3. Карта компетенций

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

Карта компетенций			
	I. Наименование компетенции	**Индекс**	**Формулировка**

К	Универсальные	УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
		ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
		ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
		ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании пульмонологической медицинской помощи
		ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
		ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации
		ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
Ф	**II. Наименование функции**	**Код**	**Трудовые действия в рамках трудовой функции, знания и умения, обеспечивающие выполнение трудовой функции**
Ф	Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы	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 анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	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 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-2		
Знает: основные принципы управления коллективом	Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Тестирование Реверсивные технологии
Умеет: применять основные принципы управления коллективом	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков
Владеет: методологией управления коллективом	Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
Компонентный состав компетенции ПК-2		
Знает: систему организации медицинской помощи населению, а также проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.	Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Тестирование Реверсивные технологии
Умеет: провести профилактический осмотр; оформить медицинскую документацию	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков
Владеет: навыками организации профилактических осмотров; методами общего клинического обследования населения с учетом возраста, и особенностей патологии	Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
Компонентный состав компетенции ПК-5		
Знает: МКБ-10, современную классификацию заболеваний; причины и условия в возникновения клинических синдромов (типовых патологических процессов), болезней; основные клинические синдромы (типовые патологические процессы), причины и механизмы их развития, исходов	Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Тестирование Реверсивные технологии
Умеет: выделять патофизиологическую основу патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний; выявлять причинно-следственные взаимосвязи их развития	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков
Владеет: навыками определения симптомов и синдромов (типовых патологических процессов), с целью диагностики патологических состояний	Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
Компонентный состав компетенции ПК-6		
Знает: принципы лечения и тактику ведения больных с наиболее распространенными заболеваниями независимо от пола и возраста, в т.ч. при неотложных состояниях, нуждающихся в	Имитационные технологии Технологии «открытого доступа»	Тестирование Реверсивные технологии

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

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

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

3.1 Тестовые задания

	код	текст компетенции/название трудовой функции/название трудового действия/текст тестового задания
К	2	ПК – 2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
И		Дайте ответы на вопросы тестовых заданий 1 уровня (один правильный ответ)
Т		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	5	ПК – 5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
И		Дайте ответы на вопросы тестовых заданий 1 уровня (один правильный ответ)
Т		ПРИ КОПРОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДИАГНОЗ «МАЛЬБСОРБЦИЯ» ПОДТВЕРЖДАЕТ ОБНАРУЖЕНИЕ: внутриклеточного крахмала йодофильной флоры нейтрального жира *мыла и жирных кислот ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛЕЗНИ УИППЛА НЕ ХАРАКТЕРНА: лихорадка диарея полифекалия *нефропатия ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНТЕРИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ КАЛ: обесцвеченный, скудный с примесью чистой крови жирный, зелёного цвета *обильный, жидкий АКТИВНОСТЬ ФАКТОРОВ ПРОТРОМБИНОВОГО КОМПЛЕКСА УМЕНЬШАЕТСЯ ПРИ: *циррозах печени хроническом панкреатите желчнокаменной болезни хроническом холецистите ДЛЯ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА С ПЕРЕХОДОМ В ЦИРРОЗ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМОКОМПЛЕКС, ВКЛЮЧАЮЩИЙ: гепатомегалию, спленомегалию, диспепсический синдром, гиперхолестеринемию, нормальный уровень трансаминаз, повышенный уровень ферритина, желтуху, боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз, снижение уровня щелочной фосфатазы

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

		ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛИ ЭФФЕКТИВНЫ: нитрофураны *спазмолитики антибиотики сульфаниламиды ЛЕКАРСТВОМ, БЛОКИРУЮЩИМ ГИСТАМИНОВЫЕ Н2-РЕЦЕПТОРЫ, ЯВЛЯЕТСЯ: цетиризин лансопразол сукральфат *фамотидин ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПОЛИПАМИ ЖЕЛУДКА МЕНЕЕ 25 ММ ЯВЛЯЕТСЯ: *консервативное лечение с последующим динамическим наблюдением диетотерапия, витаминотерапия и лечебная физкультура рентгенотерапия, иммуносупрессивное лечение и биологическая терапия резекция желудка по бильрот-1 или эндоскопическое удаление ПРИ НОЧНОМ КИСЛОТНОМ ПРОРЫВЕ НАЗНАЧАЮТ: мотилиум смекту *рабепразол гевискон В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТАХ ЧАЩЕ ИСПОЛЬЗУЮТ: препараты налидиксовой кислоты и аминогликозиды *антибактериальные препараты широкого спектра действия препараты фурадонинового ряда и пенициллин аминогликозиды или макролиы ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ, СВЯЗАННЫХ С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ АММИАКА В ОРГАНИЗМЕ, ИСПОЛЬЗУЕТСЯ: дротаверин *орнитин силибинин фамотидин ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ИММУНОСУПРЕССИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫМ АУТОИММУННЫМ ГЕПАТИТОМ НА ДОЦИРРОТИЧЕСКОЙ СТАДИИ ПОЛНАЯ РЕМИССИЯ ДОСТИГАЕТСЯ У: *большинства пациентов вне зависимости от типа АИГ небольшого количества пациентов с АИГ 2 типа всех пациентов вне зависимости от типа АИГ небольшого количества пациентов с АИГ 1 типа ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ КЛАССИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ: гепатоцеллюлярная карцинома *хронический аутоиммунный гепатит хронический вирусный гепатит с неалкогольный стеатогепатит СРЕДСТВОМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ: глюкокортикостероиды спазмолитики *5-аминосалицилаты иммуносупрессоры
К	7	ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
И		Дайте ответы на вопросы тестовых заданий 1 уровня (один правильный ответ)
Т		

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

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

		наказания за нарушения законов сформированности правовых законов потребности соблюдения законов НАКАЗАНИЕ – ЭТО *способ воздействия на воспитанника с целью прекратить его отрицательные 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 70% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

Ситуационная задача

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

Ф	А/05.8.	Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
У		Больной К. 27 лет, военнослужащий, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея - стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°С ежедневно, особенно к вечеру. Анамнез заболевания: заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°С. Доставлен в приемное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отечной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменен. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°С, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 6 кг массы тела. Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты - 3,2×1012/л, лейкоциты - 12,6×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 3,7%, альфа2 - 10,0%, бета - 11,0%, гамма -20,3%. Общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л., холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142

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

Оценочный лист
к ситуационной задаче

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

У		Текст задачи
		Больной К. 27 лет, военнослужащий, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея - стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°С ежедневно, особенно к вечеру. Анамнез заболевания: заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°С. Доставлен в приемное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отечной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменен. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°С, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 6 кг массы тела. Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты - 3,2×1012/л, лейкоциты - 12,6×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 3,7%, альфа2 - 10,0%, бета - 11,0%, гамма -20,3%. Общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л., холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, ЩФ - 310 U/L (норма до 306).

		В перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений. Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Картина «Булыжной мостовой». Имеется неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках
В	1	Установите наиболее вероятный диагноз
Э		1. Болезнь Крона, 2. Илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, 3. Хроническое рецидивирующее течение, средне-тяжелая форма, 4. Осложненная перианальным поражением (свищ). https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_151/
Р2	отлично	1. Болезнь Крона, 2. Илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, 3. Хроническое рецидивирующее течение, средне-тяжелая форма, 4. Осложненная перианальным поражением (свищ).
Р1	Хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 1. Болезнь Крона, 2. Илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, 3. Хроническое рецидивирующее течение, средне-тяжелая форма, для оценки «удовлетворительно» 1. Болезнь Крона, 2. Илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки,
Р0	неудовлетворительно	1. Болезнь Крона,
В	2	Обоснуйте выставленный диагноз
Э	-	Диагноз выставлен на основании: 1. Данных анамнеза: на операции аппендэктомии выявлена утолщенная подвздошная кишка с рыхлой отечной стенкой, увеличение брыжеечных лимфоузлов, неизмененным червеобразным отростком на операции 2. Данных рентгенологического исследования: Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Картина «Булыжной мостовой». Имеется

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

		свища. для оценки «удовлетворительно» Диагноз выставлен на основании: 1. Данных анамнеза: на операции аппендэктомии выявлена утолщенная подвздошная кишка с рыхлой отечной стенкой, увеличение брыжеечных лимфоузлов, неизмененным червеобразным отростком на операции 2. Данных рентгенологического исследования: Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Картина «Булыжной мостовой». Имеется неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках
Р0	неудовлетворительно	На основании данных анамнеза: на операции аппендэктомии выявлена утолщенная подвздошная кишка с рыхлой отечной стенкой, увеличение брыжеечных лимфоузлов, неизмененным червеобразным отростком на операции
В	3	Составьте план обследования
Э		1. Общий анализ крови Биохимические методы исследования: трансаминазы, билирубин крови, холестерин, сахар крови, электролиты крови(К, Na), общий белок и белковые фракции, липаза крови, амилаза панкреатическая, щелочная фосфатаза, гамма-глютамилтрансфераза, анализ крови на антитела ASCA и ANCA для дифференциальной диагностики с ЯК 2. . Копрограмма, исследование кала на токсины А,В Cl. Difficile,анализ кала на фекальный кальпротектин, кал на микобактерии туберкулеза для дифференциальной диагностики с туберкулезным поражением кишечника. 3. Инструментальные методы исследования(Тотальная колоноскопия с илеоскопией и с прицельной биопсией, ЭГДС, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, пассаж бария по кишечнику. 4. Консультация фтизиатра для исключения туберкулёза и в случае решения о проведении биологической терапии https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_151/
Р2	отлично	1. Общий анализ крови, Биохимические методы исследования: трансаминазы, билирубин крови, холестерин, сахар крови, электролиты крови(К, Na), общий белок и белковые фракции, липаза крови, амилаза панкреатическая, щелочная фосфатаза, гамма-глютамилтрансфераза, анализ крови на

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

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

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

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

		неделю. Суммарная продолжительность терапии ГКС не должна превышать 12 недель. После отмены ГКС поддерживающая терапия проводится тиопуринами (АЗА/6МП) не менее 4 лет
Р0	неудовлетворительно	Для индукции ремиссии рекомендуется применять ГКС (преднизолон 60 мг или метилпреднизолон 48 мг перорально) или топические (будесонид 9 мг/сут)
В	5	Каков прогноз при данном заболевании? Определите периодичность диспансерных осмотров.
Э		1. Прогноз заболевания значительно варьирует и определяется индивидуально. Течение болезни Крона может быть бессимптомным (при локализации очага только в области ануса у пожилых людей) или протекать в крайне тяжелой форме. Прогноз заболевания неблагоприятный при тяжёлых и фульминантных формах, развитии осложнений. При адекватном своевременно начатом лечении качество жизни пациентов может оставаться удовлетворительрным. В связи с прогрессирующим характером заболевания пациенты, страдающие БК, рекомендовано получать постоянную (пожизненную терапию) и проходить регулярный (пожизненный) мониторинг активности заболевания. Периодичность и объем диспансерного наблюдения определяется индивидуально, но у большинству пациентов рекомендовано: 2. Каждые 3 месяца выполнять исследование уровня С-реактивного белка высокочувствительным методом, а также исследование уровня фекального кальпротектина., а также выполнять общий анализ крови. а у пациентов, получающих иммуносупрессоры – ежемесячно. 3. Ежегодно выполнять рентгенологическое или МР-исследование кишечника для исключения стриктурирующих и иных осложнений. 4. Ежегодно выполнять местный осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки для исключения перианальных осложнений, а также УЗИ ректальным датчиком. https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_151/
Р2	отлично	1. Прогноз заболевания значительно варьирует и определяется индивидуально. Течение болезни Крона может быть бессимптомным (при локализации очага только в области ануса у пожилых людей) или протекать в крайне тяжелой форме. Прогноз заболевания неблагоприятный при тяжёлых и фульминантных формах, развитии осложнений. При адекватном своевременно начатом лечении качество жизни пациентов может оставаться удовлетворительрным. В связи с прогрессирующим

		характером заболевания пациенты, страдающие БК, рекомендовано получать постоянную (пожизненную терапию) и проходить регулярный (пожизненный) мониторинг активности заболевания. Периодичность и объем диспансерного наблюдения определяется индивидуально, но у большинству пациентов рекомендовано: 2. Каждые 3 месяца выполнять исследование уровня С-реактивного белка высокочувствительным методом, а также исследование уровня фекального кальпротектина., а также выполнять общий анализ крови. а у пациентов, получающих иммуносупрессоры – ежемесячно. 3. Ежегодно выполнять рентгенологическое или МР-исследование кишечника для исключения стриктурирующих и иных осложнений. Ежегодно выполнять местный осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки для исключения перианальных осложнений, а также УЗИ ректальным датчиком. 4. Ежегодно выполнять местный осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки для исключения перианальных осложнений, а также УЗИ ректальным датчиком
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»; 1. Прогноз заболевания значительно варьирует и определяется индивидуально. Течение болезни Крона может быть бессимптомным (при локализации очага только в области ануса у пожилых людей) или протекать в крайне тяжелой форме. Прогноз заболевания неблагоприятный при тяжёлых и фульминантных формах, развитии осложнений. При адекватном своевременно начатом лечении качество жизни пациентов может оставаться удовлетворительным. В связи с прогрессирующим характером заболевания пациенты, страдающие БК, рекомендовано получать постоянную (пожизненную терапию) и проходить регулярный (пожизненный) мониторинг активности заболевания. Периодичность и объем диспансерного наблюдения определяется индивидуально, но у большинству пациентов рекомендовано: 2. Каждые 3 месяца выполнять исследование уровня С-реактивного белка высокочувствительным методом, а также исследование уровня фекального кальпротектина., а также выполнять общий анализ крови. а у пациентов, получающих иммуносупрессоры – ежемесячно. 3. Ежегодно выполнять рентгенологическое или МР-исследование кишечника для исключения стриктурирующих и иных осложнений.

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