

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ

ПРИНЯТО
на заседании ученого совета
ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России
Протокол № 2

« 11 » 02 2025г.

УТВЕРЖДЕНО
приказом ректора
« 13 » 02 2025г.
№ 66

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

«Избранные вопросы гастроэнтерологии»

по основной специальности: гастроэнтерология
по смежным специальностям: терапия, педиатрия, общая врачебная практика
(семейная медицина)

Трудоемкость: 144 часа

Форма освоения: очная

Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации

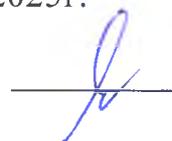
Ростов-на-Дону

2025

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Избранные вопросы гастроэнтерологии» обсуждена и одобрена на заседании кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

Протокол заседания кафедры № 1/25 от 17.01.2025г.

Заведующий кафедрой д.м.н., профессор



Яковлев А.А.

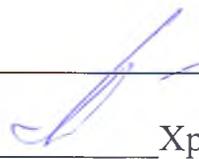
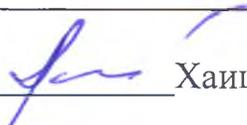
Программа рекомендована к утверждению рецензентами:

1. Ткачев Александр Васильевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2. Корочанская Наталья Всеволодовна, д.м.н., профессор, профессор кафедры хирургии №3 ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России. Руководитель гастроэнтерологического центра ГБУЗ Краевая клиническая больница №2 МЗ Краснодарского края Главный гастроэнтеролог МЗ Краснодарского края

2. ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации
«Избранные вопросы гастроэнтерологии»

срок освоения 144 академических часа

СОГЛАСОВАНО	
И.о. проректора по последипломному образованию	<u>17.01.2025</u>  Хрипун И.А.
Декан факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	<u>17.01.2025</u>  Хаишева Л.А.
Начальник управления непрерывного образования	<u>17.01.2025</u>  Морозова О.В.
Заведующий кафедрой	<u>17.01.2025</u>  Яковлев А.А.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Избранные вопросы гастроэнтерологии» (далее - Программа) разработана рабочей группой сотрудников кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии, факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, заведующий кафедрой Яковлев А.А.

Состав рабочей группы:

№№	Фамилия, имя, отчество	Учёная степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	2	3	4	5
1.	Яковлев Алексей Александрович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2.	Бутова Елена Николаевна	к.м.н.,	Доцент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Глоссарий

ДПО - дополнительное профессиональное образование;

ФГОС - Федеральный государственный образовательный стандарт

ПС - профессиональный стандарт

ОТФ - обобщенная трудовая функция

ТФ - трудовая функция

ПК - профессиональная компетенция

ЛЗ - лекционные занятия

СЗ - семинарские занятия;

ПЗ - практические занятия;

СР - самостоятельная работа;

ДОТ - дистанционные образовательные технологии;

ЭО - электронное обучение;

ПА - промежуточная аттестация;

ИА - итоговая аттестация;

УП - учебный план;

АС ДПО - автоматизированная система дополнительного профессионального образования.

КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ.

1. Общая характеристика Программы.

- 1.1. Нормативно-правовая основа разработки программы.
- 1.2. Категории обучающихся.
- 1.3. Цель реализации программы.
- 1.4. Планируемые результаты обучения.

2. Содержание Программы.

- 2.1. Учебный план.
- 2.2. Календарный учебный график.
- 2.3. Рабочие программы модулей.
- 2.4. Оценка качества освоения программы.
 - 2.4.1. Формы промежуточной (при наличии) и итоговой аттестации.
 - 2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.
- 2.5. Оценочные материалы.

3. Организационно-педагогические условия Программы.

- 3.1. Материально-технические условия.
- 3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.
- 3.3. Кадровые условия.

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ.

1.1. Нормативно-правовая основа разработки Программы.

- статья 76, Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
- Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
- Профессиональный стандарт «Врач - гастроэнтеролог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 11 марта 2019г. N 139н, регистрационный номер 1248).
- Профессиональный стандарт «Врач -терапевт участковый» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 21 марта 2017г. N 293н., регистрационный номер 1006).
- Профессиональный стандарт «Врач - педиатр участковый» (утвержден приказом Минтруда и социальной защиты Российской Федерации от 27.03.2017 N 306н регистрационный номер 833).
- Приказ Министерства Здравоохранения и социального развития РФ от а п 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел" квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" (Зарегистрировано в Министерстве юстиции РФ 25.08.2010 г., регистрационный N 18247)
- Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России от 22 июня 2017 г. № 2604.

1.2. Категории обучающихся.

Основная специальность – гастроэнтерология

Смежные специальности – терапия, педиатрия, общая врачебная практика (семейная медицина)

1.3. Цель реализации программы

Совершенствование имеющихся профессиональных компетенций и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по специальностям «Гастроэнтерология», «Терапия», «Педиатрия», «Общая врачебная практика», а именно качественное расширение области знаний,

умений и профессиональных навыков, востребованных в диагностики и лечения заболеваний и состояний пищеварительной системы.

Вид профессиональной деятельности: Врачебная практика в области гастроэнтерологии;

Вид профессиональной деятельности: Врачебная практика в области лечебного дела;

Вид профессиональной деятельности: Врачебная практика в области Общей врачебной практики (семейная медицина).

Вид профессиональной деятельности: Врачебная практика в области педиатрии

Уровень квалификации: 7,8

Связь Программы с профессиональным стандартом представлена в таблице 1.

Таблица 1

Связь Программы с профессиональным стандартом

Профессиональный стандарт 1: Профессиональный стандарт «Врач - гастроэнтеролог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 11 марта 2019г. N 139н, регистрационный номер 1248).		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
А: оказание медицинской помощи населению по профилю «Гастроэнтерология»	А/01.8	Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы
	А/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности
Профессиональный стандарт 3: Профессиональный стандарт «Врач - терапевт участковый» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 21 марта 2017г. N 293н, регистрационный номер 1006).		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
А: Оказание первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
Квалификационные характеристики: Общая врачебная практика (семейная медицина) На основании Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. N 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения". Зарегистрировано в Минюсте РФ 25 августа 2010 г. Регистрационный N 18247. С изменениями и дополнениями от 9 апреля 2018 г		

ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
	КХ	Проведение обследования пациентов с целью установления диагноза
	КХ	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
Профессиональный стандарт 1: Профессиональный стандарт «Врач - педиатр участковый» (утвержден приказом Минтруда и социальной защиты Российской Федерации от 27.03.2017 N 306н регистрационный номер 833)		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
А: Оказание медицинской помощи детям в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника	А/01.7	Обследование детей с целью установления диагноза
	А/02.7	Назначение лечения детям и контроль его эффективности и безопасности

1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

Планируемые результаты обучения

ПК	Описание компетенции	Код ТФ профстандарта
ПК-1 Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы	готовность к: интерпретации и анализу результатов осмотра пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы; оценке тяжести заболевания и (или) состояния пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы; определению диагностических признаков и симптомов заболеваний и	А/01.8 А/02.7 КХ А/01.7

	<p>(или) состояний пищеварительной системы; формулированию предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы; направлению 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;</p> <p>направлению 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; проведению дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы; установке диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее — МКБ); направлению пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара.</p>	
	<p>должен знать: общие вопросы организации</p>	

	<p>медицинской помощи по профилю "гастроэнтерология"; порядок оказания медицинской помощи по профилю "гастроэнтерология" Стандарты медицинской помощи; клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи; медицинские показания к проведению лабораторных и инструментальных исследований;</p> <p>методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы; клиническую картину заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы у взрослого населения, в том числе беременных женщин; особенности клинической картины, течения и осложнения заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы в детском и подростковом возрасте; особенности клинической картины, течения и осложнения заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы в пожилом и старческом возрасте; медицинские показания для направления пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы к врачам-специалистам;</p>	
	<p>должен уметь:</p> <p>анализировать и интерпретировать результаты физикального обследования пациента (пальпация, перкуссия, аускультация) с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы; формулировать предварительный диагноз и составлять план проведения лабораторных и инструментальных исследований;</p> <p>определять очередность, объем, содержание и последовательность диагностических мероприятий для</p>	

	<p>пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы; обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных исследований пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;</p> <p>интерпретировать результаты инструментального обследования пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы (рентгеноскопии и рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости, ультразвукового исследования органов брюшной полости, эзофагодуоденоскопии, ректороманоскопии, колоноскопии, рН-метрии, манометрии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии); обосновывать необходимость направления пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы к врачам-специалистам; интерпретировать и анализировать заключения, полученные от врачей-специалистов;</p> <p>оценивать тяжесть заболевания и (или) состояния пищеварительной системы пациентов;</p> <p>устанавливать диагноз с учетом МКБ пациенту с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы; производить дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений), с учетом МКБ.</p>	
	<p>должен владеть:</p> <p>анализом и интерпретацией результатов физикального обследования пациента (пальпация, перкуссия, аускультация) с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;</p> <p>формулировкой предварительного</p>	

	<p>диагноза и составлять план проведения лабораторных и инструментальных исследований;</p> <p>определять очередность, объем, содержание и последовательность диагностических мероприятий для пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;</p> <p>обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных исследований пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;</p> <p>интерпретировать результаты инструментального обследования пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы (рентгеноскопии и рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости, ультразвукового исследования органов брюшной полости, эзофагодуоденоскопии, ректороманоскопии, колоноскопии, рН-метрии, манометрии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии);</p> <p>обосновывать необходимость направления пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы к врачам-специалистам;</p> <p>интерпретировать и анализировать заключения, полученные от врачей-специалистов;</p> <p>оценивать тяжесть заболевания и (или) состояния пищеварительной системы пациентов;</p> <p>устанавливать диагноз с учетом МКБ пациенту с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;</p> <p>производить дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений), с учетом МКБ</p>	
ПК-2	ГОТОВНОСТЬ К:	А/02.8

<p>Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности</p>	<p>разработке плана лечения пациента с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния пищеварительной системы и факторов риска его развития;</p> <p>назначению 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;</p> <p>назначению 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;</p> <p>оценке эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;</p> <p>оценке эффективности и безопасности применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;</p> <p>направлению 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</p>	<p>A/03.7 КХ A/02.7</p>
---	--	---------------------------------

	<p>рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.</p>	
	<p>должен знать: правила назначения лекарственных препаратов, медицинские показания к применению медицинских изделий при заболеваниях и состояниях пищеварительной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии; медицинские показания и медицинские противопоказания к их назначению; побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, вызванные их применением; методы организации персонализированного лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы; методы 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 оказания паллиативной медицинской помощи; Неотложные состояния, вызванные</p>	

	<p>заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы.</p> <p>должен уметь: составлять и обосновывать план лечения пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; назначать лекарственные препараты, медицинские изделия 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; 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; оказывать паллиативную медицинскую помощь при взаимодействии с врачами-специалистами; оказывать медицинскую помощь пациенту при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями и (или)</p>	
--	---	--

	<p>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;</p> <p>анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;</p> <p>оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;</p> <p>оценивать эффективность и безопасность применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;</p> <p>направлять пациента с заболеванием и (или) состоянием 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.</p>	
	<p>должен владеть:</p> <p>составлением и обоснованием плана лечения пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания</p>	

	<p>медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>назначением лекарственных препаратов, медицинских изделий 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;</p> <p>назначением немедикаментозного лечение и лечебного 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;</p> <p>анализом фармакологического действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;</p> <p>оценкой эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;</p> <p>оценкой эффективность и безопасность применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы</p>	
--	---	--

1.5 Форма обучения

График обучения Форма обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Очная	6	6	4 недели, 24 дня

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план.

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Избранные вопросы гастроэнтерологии» в объёме 144 часа

№ №	Наименование модулей	Всего часов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе				Часы с ДОТ и ЭО	В том числе				Стажировка	Обучающий симуляционный курс	Формируемые ПК	Форма контроля
				ЛЗ	ПЗ	СЗ	СР		ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Специальные дисциплины															
1.1	Заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.	40	30		18	12		10	10						ПК-1 ПК-2	ПА
1.2	Заболевания поджелудочной железы, печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей.	46	34		18	16		12	12						ПК-1 ПК-2	ПА
1.3	Болезни кишечника	40	28		12	16		12	12						ПК-1 ПК-2	ПА
	Всего часов (специальные дисциплины)	126	92		48	44		34	34							
2	Смежные дисциплины															
2.1	Мобилизационная подготовка и гражданская оборона в сфере здравоохранения	12	4			4		8	8							
	Итоговая аттестация	6														экзамен
	Всего часов по программе	144	96		48	48		42	42							

2.2. Календарный учебный график.

Учебные занятия проводятся в течение 4 недель: шесть дней в неделю по 6 академических часа в день.

2.3. Рабочие программы учебных модулей.

МОДУЛЬ 1.1

Название модуля: Заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
1.1.1	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
1.1.1.2	Общие вопросы и классификация
1.1.1.3	Этиология и патогенез
1.1.1.4	Клиника, клинические «маски» заболевания
1.1.1.5	Осложнения
1.1.1.6	Диагноз, дифференциальный диагноз
1.1.1.7	Пищевод Баррета
1.1.1.8	Лечение
1.1.2	Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
1.1.2.1	Классификация
1.1.2.2	Механизмы развития ГПОД: аксиальных, параэзофагеальных, короткого пищевода
1.1.2.3	Клиника, осложнения
1.1.2.4	Диагностика
1.1.2.5	Лечение, показания к оперативному лечению
1.1.3	Эзофагиты
1.1.3.1	Общие вопросы и классификация

1.1.3.2	Этиология, патогенез
1.1.3.3	Клинико-морфологические формы: катаральный, эрозивный, геморрагический, фибринозный, мембранозный, некротический, септический и другие эзофагиты
1.1.3.4	Осложнения
1.1.3.5	Диагноз, дифференциальный диагноз
1.1.3.6	Лечение: диетотерапия, лекарственная терапия. Показания к хирургическому лечению
1.1.4	Ахалазия кардии и кардиоспазм
1.1.4.1	Терминология и классификация
1.1.4.2	Этиология и патогенез
1.1.4.3	Патологическая анатомия
1.1.4.4	Клиника, варианты течения
1.1.4.5	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.1.4.6	Консервативная терапия
1.1.4.7	Хирургическое лечение
1.1.5	Функциональные расстройства желудка
1.1.5.1	Классификация, Римские критерии
1.1.5.2	Этиология и патогенез
1.1.5.3	Клиника
1.1.5.4	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.1.5.5	Лечение
1.1.6	Хронические гастриты
1.1.6.1	Общие вопросы и классификация. Сиднейская система, Хьюстонская классификация
1.1.6.2	Этиология и патогенез, роль Нр
1.1.6.3	Клиника

1.1.6.4	Особые формы гастрита (гранулематозный, лимфоцитарный, инфекционный эозинофильный, геморрагический, гигантский гипертрофический)
1.1.6.5	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.1.6.6	Лечение
1.1.7	Язвенная болезнь с локализацией процесса в желудке и двенадцатиперстной кишке
1.1.7.1	Общие вопросы и классификация
1.1.7.2	Этиология, патогенез, роль Нр
1.1.7.3	Клиника, особенности клинического течения при различной локализации язвы. Осложнения
1.1.7.4	Диагностика и дифференциальный диагноз
1.1.7.5	Лечение, показания к хирургическому лечению
1.1.8	Симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки
1.1.8.1	Язвы при сердечно-сосудистой патологии
1.1.8.2	Язвы при хронических поражениях легких
1.1.8.3	Язвы при гепатитах и циррозах
1.1.8.4	Эндокринные язвы: при гиперпаратиреозе, при тиреотоксикозе, ульцерогенной аденоме поджелудочной железы - синдроме Золлингера-Эллисона
1.1.8.5	Язвы при заболеваниях крови
1.1.8.6	Язвы при коллагенозах
1.1.8.7	Язвы при заболеваниях почек
1.1.9	Болезни оперированного желудка (постгастрорезекционные расстройства)
1.1.9.1	Общие вопросы
1.1.9.2	Патогенез
1.1.9.3	Клиника

1.1.9.4	Диагностика и дифференциальный диагноз
1.1.9.5	Лечение
1.1.10	Хронические дуодениты
1.1.10.1	Классификация
1.1.10.2	Этиология
1.1.10.3	Патогенез
1.1.10.4	Морфологическая картина
1.1.10.5	Клиника
1.1.10.6	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.1.10.7	Лечение

МОДУЛЬ 1.2

Название модуля: Заболевания поджелудочной железы, печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
1.2.1	Неалкогольная жировая болезнь печени
1.2.1.1	Общие вопросы и классификация
1.2.1.2	Распространенность
1.2.1.3	Этиология, патогенез
1.2.1.4	Диагноз, дифференциальный диагноз
1.2.1.5	Лечение: диетотерапия, лекарственная терапия
1.2.2	Хронические вирусные гепатиты
1.2.2.1	Маркеры вирусных гепатитов, дифференциальный диагноз
1.2.2.2	Клинические проявления
1.2.2.3	Принципы лечения

1.2.3	Циррозы печени
1.2.3.1	Определение и распространение
1.2.3.2	Этиология и патогенез
1.2.3.3	Морфогенез
1.2.3.4	Классификация, активность и компенсация
1.2.3.5	Основные клинические синдромы
1.2.3.6	Печеночная недостаточность
1.2.3.7	Портальная гипертензия
1.2.3.8	Спленомегалия и синдром гиперспленизма
1.2.3.9	Асцит
1.2.3.10	Геморрагический синдром
1.2.3.11	Системные поражения
1.2.3.12	Осложнения
1.2.3.13	Кровотечение из варикозно расширенных вен желудка и пищевода
1.2.3.14	Гепаторенальный синдром
1.2.3.15	Печеночная энцефалопатия и кома
1.2.3.16	Спонтанный бактериальный перитонит
1.2.3.17	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.2.3.18	Общие принципы лечения
1.2.3.19	Диета и режим
1.2.3.20	Консервативная терапия
1.2.3.21	Показания к трансплантации печени
1.2.3.22	Медико-социальная экспертиза и реабилитация
1.2.3.23	Диспансеризация
1.2.4	Алкогольные поражения печени

1.2.4.1	Частота и распространение
1.2.4.2	Факторы риска
1.2.4.3	Метаболизм этанола в печени
1.2.4.4	Особенности морфологических проявлений и клиники отдельных форм
1.2.4.5	Алкогольная гепатомегалия
1.2.4.6	Острый алкогольный гепатит
1.2.4.7	Хронический алкогольный гепатит
1.2.4.8	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.2.4.9	Прогноз
1.2.4.10	Лечение
1.2.5	Лекарственные поражения печени
1.2.5.1	Определение и классификация
1.2.5.2	Этиология и патогенез
1.2.5.3	Морфологические особенности
1.2.5.4	Особенности клинических проявлений при первичном и вторичном билиарном циррозе
1.2.5.5	Дифференциальный диагноз
1.2.5.6	Исходы
1.2.5.7	Общие принципы лечения
1.2.6	Хронический аутоиммунный гепатит
1.2.6.1	Иммунные механизмы и аутоантитела
1.2.6.2	Морфологические особенности
1.2.6.3	Клинические проявления
1.2.6.4	Внепеченочные проявления
1.2.6.5	Хронический лекарственный гепатит

1.2.6.6	Криптогенный гепатит
1.2.6.7	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.2.6.8	Общие принципы лечения
1.2.6.9	Прогноз и исходы
1.2.7	Болезни накопления и энзимопатии
1.2.7.1	Определение и классификация
1.2.7.2	Частота и распространение
1.2.7.3	Этиология и патогенез
1.2.7.4	Морфологические особенности
1.2.7.5	Клинические проявления
1.2.7.6	Осложнения
1.2.7.7	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.2.7.8	Исходы
1.2.7.9	Общие принципы лечения отдельных нозологических форм
1.2.8	Панкреатиты (хронические)
1.2.8.1	Общие вопросы и классификация
1.2.8.2	Определение и распространенность
1.2.8.3	Этиология
1.2.8.4	Патогенез
1.2.8.5	Клиника
1.2.8.6	Осложнения
1.2.8.7	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.2.8.8	Лечение хронического панкреатита в фазе обострения
1.2.8.9	Показания к хирургическому лечению
1.2.9	Аутоиммунный панкреатит

1.2.9.1	Общие вопросы
1.2.9.2	Этиология
1.2.9.3	Патогенез
1.2.9.4	Патоморфология
1.2.9.5	Варианты клинического течения
1.2.9.6	Осложнения
1.2.9.7	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.2.9.8	Лечение
1.2.10	Желчнокаменная болезнь
1.2.10.1	Определения
1.2.10.2	Этиология и патогенез
1.2.10.3	Механизмы образования желчных камней
1.2.10.4	Клиника
1.2.10.5	Осложнения
1.2.10.6	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.2.10.7	Консервативное лечение
1.2.10.8	Хирургическое лечение и показания к нему
1.2.11	Постхолецистэктомический синдром
1.2.11.1	Определение
1.2.11.2	Этиология и патогенез
1.2.11.3	Клиника
1.2.11.4	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.2.11.5	Лечение
1.2.12	Дискинезии желчного пузыря и дисфункции сфинктера Одди
1.2.12.1	Определение

1.2.12.2	Распространение
1.2.12.3	Этиология и патогенез
1.2.12.4	Классификация. Римские критерии
1.2.12.5	Особенности клинических проявлений
1.2.12.6	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.2.12.7	Лечение

МОДУЛЬ 1.3

Название модуля: Болезни кишечника

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
1.3.1	Функциональные болезни кишечника
1.3.1.1	Общие вопросы, классификация. Римские критерии
1.3.1.2	Этиология и патогенез
1.3.1.3	Синдром раздраженного кишечника
1.3.1.4	Определение, критерии, диагностика
1.3.1.5	Клинические варианты
1.3.1.6	Диагностика. Дифференциальный диагноз
1.3.1.7	Лечение
1.3.2	Язвенный колит
1.3.2.1	Этиология
1.3.2.2	Патогенез
1.3.2.3	Патоморфология
1.3.2.4	Распространенность заболевания
1.3.2.5	Клинические проявления
1.3.2.6	Особенности течения заболевания в пожилом возрасте
1.3.2.7	Классификация

1.3.2.8	Осложнения, внекишечные проявления
1.3.2.9	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.3.2.10	Течение и прогноз
1.3.2.11	Лечение
1.3.3	Болезнь Крона
1.3.3.1	Частота и распространение
1.3.3.2	Этиология
1.3.3.3	Патогенез
1.3.3.4	Классификация
1.3.3.5	Особенности клинического течения болезни в зависимости от локализации процесса в различных отделах желудочно-кишечного тракта
1.3.3.6	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.3.3.7	Осложнения
1.3.3.8	Лечение
1.3.4	Дисбактериоз кишечника
1.3.4.1	Общие вопросы, классификация
1.3.4.2	Нормальный состав микрофлоры тонкой и толстой кишки
1.3.4.3	Причины развития дисбактериоза кишечника
1.3.4.4	Особенности клинического течения дисбактериоза кишечника
1.3.4.5	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.3.4.6	Принципы лечения дисбактериоза кишечника
1.3.4.7	Профилактика дисбактериоза кишечника
1.3.5	Целиакия (глютеновая энтеропатия)
1.3.5.1	Этиология и патогенез
1.3.5.2	Патоморфология

1.3.5.3	Распространенность
1.3.5.4	Классификация
1.3.5.5	Клиническая картина
1.3.5.6	Осложнения
1.3.5.7	Диагностика
1.3.5.8	Морфологические критерии
1.3.5.9	Иммунологические методы (определение уровня антиглиадиновых, антиэндомизимальных антител)
1.3.5.10	Дифференциальный диагноз
1.3.5.11	Лечение. Аглютенная диета
1.3.6	Дивертикулез кишечника
1.3.6.1	Этиология и патогенез
1.3.6.2	Классификация
1.3.6.3	Клиническая картина
1.3.6.4	Осложнения
1.3.6.5	Диагностика
1.3.6.6	Лечение
1.3.7	Опухоли кишечника
1.3.7.1	Злокачественные опухоли толстой кишки
1.3.7.2	Анатомические формы рака толстой кишки и влияние формы роста на распространение опухоли по кишечной стенке, метастазирование и локализацию
1.3.7.3	Отечественная классификация рака толстой кишки
1.3.7.4	Международная классификация
1.3.7.5	Основные клинические синдромы при раке толстой кишки (болевой, диспепсический, анемический, нарушения общего состояния и др.)
1.3.7.6	Диагноз и дифференциальный диагноз

1.3.8	Полипы толстой кишки.
1.3.8.1	Классификация.
1.3.8.2	Дифференциальный диагноз.
1.3.8.3	Методы лечения.
1.3.8.4	Показания к оперативному лечению.

МОДУЛЬ 2.1

рабочая программа смежные дисциплины

Название модуля: Мобилизационная подготовка и гражданская оборона в сфере здравоохранения

Код	Наименование тем, элементов и т.п.
4.1	Оборонеспособность и национальная безопасность Российской Федерации
4.1.1	Основы национальной безопасности Российской Федерации
4.1.2	Основы единой государственной политики в области ГО
4.1.3	Задачи и основы организации ЕГСП и ЛЧС
4.1.4	Организация и проведение эвакуации населения, материальных и культурных ценностей в безопасные районы
4.2	Основы мобилизационной подготовки экономики Российской Федерации
4.2.1	Законодательное нормативное правовое обеспечение мобилизационной подготовки и мобилизации в Российской Федерации
4.3	Мобилизационная подготовка здравоохранения Российской Федерации
4.3.1	Специальное формирование здравоохранения (СФЗ), их место и роль в системе государственного обеспечения безопасности населения
4.3.2	Мобилизационное задание в интересах населения
4.3.3	Дополнительные специализированные койки (ДСК)
4.4	Государственный материальный резерв
4.4.1	Нормативное правовое регулирование вопросов формирования, хранения накопления и освежения запасов мобилизационного резерва
4.5	Избранные вопросы медицины катастроф
4.5.1	Организация и основы деятельности службы медицины катастроф
4.5.2	Организация лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС
4.6	Организация медицинского обеспечения боевых действий войск
4.4.1	Современные средства вооруженной борьбы
4.4.2	Подвижные медицинские формирования. Задачи, организация,
4.7	Хирургическая патология в военное время

4.7.1	Комбинированные поражения
4.7.2	Термические поражения
4.7.3	Кровотечение и кровопотеря
4.8	Терапевтическая патология в военное время
4.8.1	Радиационные поражения

2.4. Оценка качества освоения программы.

2.4.1. Форма промежуточной и итоговой аттестации.

2.4.1.1. Контроль результатов обучения проводится:

- в виде ПА - по каждому учебному модулю Программы. Форма ПА – *зачёта*. Зачет проводится посредством тестового контроля в автоматизированной системе дополнительного профессионального образования (далее АС ДПО) по темам учебного модуля;
- в виде итоговой аттестации (ИА).

Обучающийся допускается к ИА после освоения рабочих программ учебных модулей в объёме, предусмотренном учебным планом (УП), при успешном прохождении всех ПА соответствии с УП. Форма итоговой аттестации – экзамен, который проводится посредством: тестового контроля в АС ДПО, решения одной ситуационной задачи и собеседования с обучающимся.

2.4.1.2. Лицам, успешно освоившим Программу и прошедшим ИА, выдаётся удостоверение о повышении квалификации установленного образца локальным актом университета.

2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Отметка	Дескрипторы	
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Отметка	Дескрипторы		
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы.	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы.	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы.	Удовлетворительные навыки решения ситуации
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию.	Недостаточные навыки решения ситуации

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

Процент правильных ответов	Отметка
91-100	отлично
81-90	хорошо
71-80	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно

2.5. Оценочные материалы.

Оценочные материалы представлены в виде вопросов, тестов и ситуационных задач на электронном носителе, являющимся неотъемлемой частью Программы.

3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

3.1. Материально-технические условия.

3.1.1. Перечень помещений Университета и/или медицинской организации, предоставленных структурному подразделению для образовательной деятельности:

№№	Наименование ВУЗА, учреждения здравоохранения, клинической базы или др.), адрес	Этаж, кабинет
1	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России (кафедра гастроэнтерологии и эндоскопии), Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29 Литер Б-А	5 этаж эндоскопическое отделение, каб. № 511, каб. № 513, каб. № 514, каб. № 515
2	ФГКУ «1602 военный клинический госпиталь» Минобороны России, г. Ростов-на-Дону, ул. Дачная, д. 10.	эндоскопическое отделение каб. № 7, каб. № 8, каб. № 9

3.1.2. Перечень используемого для реализации Программы медицинского оборудования и техники:

№№	Наименование медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения и т.д.
1.	Помещение укомплектовано специализированной учебной мебелью: типовые

	наборы профессиональных моделей с результатами лабораторных и инструментальных методов исследования, мультимедийный презентационный комплекс, компьютерная техника, подключенная к сети «Интернет» с обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду университета.
2.	Мультимедийный презентационный комплекс
3	Типовые наборы профессиональных моделей с результатами лабораторных и инструментальных методов исследования

3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.

3.2.1. Литература

№.№	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы, кол стр..
	Основная литература
1.	Гастроэнтерология. Национальное руководство: краткое издание / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015 - 480 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». – текст: электронный (ЭР)
2.	Гастроэнтерология: руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015 - 813 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». – текст: электронный (1, ЭР)
	Дополнительная литература
2	Воспалительные заболевания кишечника. Клиническое руководство Inflammatory Bowel Disease: руководство [для врачей, ординаторов и студентов мед. вузов] / Д. Д. Штайн, Р. Шейкер ; пер. с англ. под ред. И. Л. Халифа. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 250 с.
3	Практическая гастроэнтерология. Ф.И. Комаров, М.А. Осадчук, А.М. Осадчук. Москва. МИА. 2010. – 480 с.

3.2.2. Информационно-коммуникационные ресурсы.

№.№	Наименование ресурса	Электронный адрес
1	Электронная библиотека РостГМУ.	http://109.195.230.156:9080/opacg/
2	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека: ЭБС. – Москва: ООО ГК «ГЭОТАР».	http://www.rosmedlib.ru
3	Консультант Плюс: справочная правовая система.	http://www.consultant.ru
4	Научная электронная библиотека eLIBRARY.	http://elibrary.ru
5	Национальная электронная библиотека.	http://нэб.рф/

6	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России.	http://www.femb.ru/feml/ , http://feml.scsml.rssi.ru
7	КиберЛенинка : науч. электрон. биб-ка.	http://cyberleninka.ru/
8	Архив научных журналов / НЭИКОН.	https://archive.neicon.ru/xmlui/
9	ECO-Vector Journals Portal / <u>Open Journal Systems</u> .	https://journals.eco-vector.com/
10	Журналы открытого доступа на русском языке / платформа EIPub НЭИКОН.	https://elpub.ru/
11	Медицинский Вестник Юга России.	https://www.medicalherald.ru/jour или с сайта РостГМУ
12	Всемирная организация здравоохранения.	http://who.int/ru/
13	Evrika.ru информационно-образовательный портал для врачей.	https://www.evrika.ru/
14	Med-Edu.ru: медицинский видеопортал.	http://www.med-edu.ru/
15	<u>Univadis.ru</u> : международ. мед. портал.	http://www.univadis.ru/
16	DoctorSPB.ru: информ.-справ. портал о медицине.	http://doctorspb.ru/
17	Современные проблемы науки и образования: электрон. журнал.	http://www.science-education.ru/ru/issue/index
18	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России.	http://cr.rosminzdrav.ru/
19	Федеральный центр медицины катастроф ФГБУ "НМХЦ им. Н. И. Пирогова" Минздрава России [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://fcmk.minzdrav.gov.ru/obshhaya-informacziya/	Открытый доступ
20	Вероссийский Центр медицины катастроф «ЗАЩИТА» (ВЦМК «ЗАЩИТА») [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://mchs.gov.ru/ministerstvo/o-ministerstve/terminy-mchs-rossii/term/1339	Открытый доступ
	Другие открытые ресурсы вы можете найти по адресу: http://rostgmu.ru →Библиотека→Электронный каталог→Открытые ресурсы интернет→далее по ключевому слову...	http://rostgmu.ru

3.2.3. Автоматизированная система (АС ДПО).

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе дополнительного профессионального образования (АС ДПО) sdo.rostgmu.ru.

Основными дистанционными образовательными технологиями Программы являются интернет-технологии с методикой синхронного и/или асинхронного дистанционного обучения. Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает on-line общение, которое реализуется в виде вебинара, онлайн-чата, виртуальный класс. Асинхронное обучение представляет собой offline просмотр записей аудиолекций, мультимедийного и печатного материала. Каждый слушатель получает доступ к учебным материалам портала и к электронной информационно-образовательной среде.

АС ДПО обеспечивает:

- возможность входа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- одновременный доступ не менее 25 процентов обучающихся по Программе;
- доступ к учебному содержанию Программы и электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения;
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной и итоговой аттестаций.

3.3. Кадровые условия.

Реализация Программы обеспечивается научно-педагогическими работниками кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов.

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, модуля, имеющих сертификат специалиста по специальностям «Гастроэнтерология», в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100%

Доля научно-педагогических работников, имеющих ученую степень и/или ученое звание, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100%

Доля работников из числа руководителей и работников организации, деятельность которых связана с направленностью реализуемой Программы (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), в общем числе работников, реализующих Программу, составляет 100%.

Профессорско-преподавательский состав программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество,	Ученая степень, ученое звание	Должность	Место работы (основное/совмещение)
1	Яковлев Алексей Александрович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2	Бутова Елена Николаевна	к.м.н.	Доцент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
3	Волков Александр Сергеевич	к.м.н.	Доцент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

к дополнительной профессиональной программе
повышения квалификации врачей
«Избранные вопросы гастроэнтерологии» со сроком освоения 144
академических часов по специальности «Гастроэнтерология»

1	Кафедра	гастроэнтерологии и эндоскопии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
4	Зав. кафедрой	Яковлев А.А.
5	Ответственный составитель	Бутова Е.Н.
6	E-mail	abutova@yandex.ru
7	Моб. телефон	+79185572934
8	Кабинет №	511
9	Учебная дисциплина	Гастроэнтерология
10	Учебный предмет	Гастроэнтерология
11	Учебный год составления	2025
12	Специальность	Гастроэнтерология
13	Форма обучения	очная
14	Модуль	Заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.
15	Тема	1.1.1-1.1.10
16	Подтема	-
17	Количество вопросов	30
18	Тип вопроса	<i>single</i>
19	Источник	

Список тестовых заданий

1	1	1			
1			К ведущим клиническим признакам язвенной болезни относят		
			похудание		
	*		болевого синдром		
			диарея		
			синдром мальбсорбции		
1	1	2			
2			Ранним симптомом рака пищевода является		
			боль за грудиной		
	*		дисфагия		
			похудание		
			кашель при приеме пищи		
1	1	3			
3			Наиболее частой локализацией карциномы желудка является		
			дно желудка		
			тело желудка		
			кардиальный отдел		
	*		пилорический отдел		
1	1	4			
4			Аденокарцинома пищевода чаще развивается при		
	*		пищеводе Барретта		
			рубцовой стриктуре пищевода		
			ахалазии кардии		
			аденокарциноме желудка		
1	1	5			
5			Наиболее часто причиной формирования стриктуры пищевода является		
			дивертикул пищевода		
			кандидоз пищевода		
	*		пептическая язва пищевода		
			катаральный рефлюкс-эзофагит		

1	1	6			
6			Парietальные клетки слизистой оболочки желудка секретируют		
			гастрин		
			пепсиноген		
			гидрокарбонат кальция		
	*		соляную кислоту		
1	1	7			
7			Язвами Керлинга называются язвы при		
	*		ожоговой болезни		
			сепсисе		
			инфаркте миокарда		
			тяжелых травмах		
1	1	8			
8			Лекарственные язвы наиболее часто осложняются		
	*		кровотечением		
			стенозом		
			перфорацией		
			пенетрацией		
1	1	9			
9			Рвотные массы при органическом стенозе привратника характеризуются		
	*		наличием остатком пищи и неприятным запахом		
			скудностью и наличием примесей слизи		
			наличием хлористоводородно кислоты		
			обильностью и наличием примеси желчи		
1	1	10			
10			Наиболее частой локализацией язвенных дефектов при язвенной болезни у детей является ____		

			желудка		
			кардиальный отдел		
	*		пилорический отдел		
			малая кривизна		
			антральный отдел		
1	1	11			
11			pH секрета желудка натощак у ребенка 12-14 лет составляет		
			6,0-6,5		
			1,5-2,0		
	*		3,0-3,5		
			5,0-5,5		
1	1	12			
12			К достоверным клиническим признакам стеноза привратника относят		
	*		рвоту съеденной накануне пищей		
			вздутие живота и отрыжку кислым		
			рвоту желчью и некупируемый болевой синдром		
			урчание в животе с последующим отхождением газов		
1	1	13			
13			Сколько физиологических сужений имеет пищевод		
			4		
			2		
			1		
	*		3		
1	1	14			
14			Для проведения эрадикации Хеликобактер Пилори не может быть использован		
			Де-Нол		
			тетрациклин		
			амоксициллин		
	*		маалокс		

1	1	15			
15			Желудочную секрецию стимулирует		
	*		гастрин		
			холецистокинин		
			секретин		
			соматостатин		
1	1	16			
16			К предраковым заболеваниям и изменениям слизистой оболочки желудка не относят		
	*		гранулематозный гастрит		
			полип желудка на широком основании		
			кишечную метаплазию		
			тяжелую дисплазию		
1	1	17			
17			В диагностике параэзофагеальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы имеет наибольшую достоверность __метод		
			эндоскопический		
			лабораторный		
			радиоиммунный		
	*		рентгенологический		
1	1	18			
18					
			Ахлоргидрия отмечается при		
	*		пернициозной анемии взрослых		
			лимфоцитарном гастрите		
			эозинофильном гастрите		
			болезни Менетрие		
1	1	19			
19			Пищевод выстлан эпителием		
			мерцательным		
	*		многослойным плоским неороговевающим		
			многослойным плоским ороговевающим		

			цилиндрическим		
1	1	20			
20			При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью наблюдается		
			отрыжка кислым		
	*		отрыжка тухлым		
			изжога		
			запоры		
1	1	21			
21			Ранние боли в эпигастральной области возникают после еды в течение (минут)		
			60-90		
			50-60		
	*		20-30		
			120-180		
1	1	22			
22			Поздние, "голодные", ночные боли характерны для		
			ГЭРБ		
	*		язвенной болезни двенадцатиперстной кишки		
			хронического гастрита		
			язвенной болезни желудка		
1	1	23			
23			К признакам хронического атрофического гастрита относят:		
			изжогу, рвоту кислым содержимым		
			появление прожилок крови в кал		
			выраженный болевой синдром в эпигастральной области, возникающий в ночное время		
	*		наличие гиперхромной анемии в общем анализе крови		
1	1	24			
24			Острый катальный эзофагит может		

			осложняться		
			острым кровотечением		
			стенозами		
	*		микрочеротечением (диапедезным)		
			перфорацией		
1	1	25			
25			Ранним симптомом рака желудка является		
	*		немотивированная потеря аппетита		
			анемия		
			нарушение функции кишечника		
			метеоризм		
1	1	26			
26			О степени активности гастрита судят по клеточной инфильтрации слизистой оболочки желудка		
			эозинофилами		
	*		лейкоцитами		
			макрофагами		
			лимфоцитами		
1	1	27			
27			Пищевод Барретта является осложнением		
			рака пищевода		
	*		гастроэзофагеальной рефлюксной болезни		
			дивертикулеза пищевода		
			стриктур пищевода		
1	1	28			
28			Симптом изжоги выражен при		
			хроническом панкреатите		
			хроническом пиелонефрите		
	*		гастроэзофагеальной рефлюксной болезни		
			хроническом холецистите		
1	1	29			

29			Гиганскими считаются язвы размером более (см)		
	*		3		
			4		
			5		
			6		
1	1	30			
30			Наличие триады симптомов - стойкое повышение желудочной секреции, изъязвления ЖКТ, диарея- указывает на		
			язвенную болезнь с локализацией в желудке		
			хронический панкреатит		
			язвенный колит		
	*		синдром Золлингера-Эллисона		

2. Оформление фонда ситуационных задач

(для проведения экзамена в АС ДПО).

Задача №1

Пациент 44 года, по профессии экономист, обратился к гастроэнтерологу с жалобами на боли в подложечной области, преимущественно натощак, тяжесть в эпигастральной области, чувство переполнения в животе после приёма пищи. Из анамнеза известно, что пациент курит (1 пачка сигарет в день), питается нерегулярно. Болен около нескольких недель. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал антациды с незначительным клиническим эффектом). При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 24,0 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. ЭФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая розовая. Кардия смыкается. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки не деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,4 см в диаметре. Края дефекта имеют

чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ответ: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *Helicobacter pylori*, одиночная малая (0,4 см) язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки впервые выявленная стадия обострения. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс синдром

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ: У пациента имеются голодные боли которые характерны для язвенной болезни 12-перстной кишки. Диагноз подтверждают данные ЭФГДС: в луковице 12-перстной кишки на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,4 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Ассоциация язвенной болезни с *Helicobacter pylori* определена по положительному уреазному тесту. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром поставлен на основании жалоб пациента на тяжесть, чувство переполнения в животе после еды.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Ответ. Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: полный гематологический анализ крови, биохимический общетерапевтический. Анализ кала на скрытую кровь. Проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; для уточнения степени воспаления, выявления метаплазии – цитологическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы.

Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Ответ. Трёхкомпонентная схема эрадикации *Helicobacter pylori*: ИПП в стандартной дозе (Омепразол – 20 мг, Лансопразол – 30 мг, Рабепразол – 20 мг или Эзомепразол – 20 мг); Кларитромицин - 500 мг; Амоксициллин - 1000 мг или Метронидазол (МТР) - 500 мг. Все препараты назначить 2 раза в день, длительностью не менее 10-14 дней. При неэффективности данной терапии назначается квадротерапия. Учитывая наличие функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс синдрома необходимо назначить прокинетики, которые стимулируют опорожнение желудка Через 14 дней продолжить

прием ИПП в стандартной дозе ещё 3-5 недель для эффективного заживления язвы под контролем ФГДС.

Задача №2

Больная Р. 48 лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через 40-50 минут после еды, тошноту. В течение 25 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала антациды (фосфалюгель, маалокс) при возникновении неприятных ощущений. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне. Симптомы холецистита отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей. На фиброгастроскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не изменены. Взят биоптат из антрального отделе желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ответ. Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, обострение. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ. Диагноз «хронический гастрит» поставлен на основании данных анамнеза (страдает хроническим гастритом в течение 25 лет), данных осмотра (болезненность в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне при пальпации), данных фиброгастроскопии (гиперемия слизистой желудка),

гистологического исследования (полиморфноклеточная инфильтрация слизистой). Атрофический гастрит ставится на основании данных эндоскопии, подтверждённых гистологическим исследованием биоптата слизистой. Связь с хеликобактерной инфекцией доказана положительным быстрым уреазным тестом. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром поставлен на основании жалоб пациента на тяжесть, чувство переполнения в животе после еды, тошноту.

Составьте план дополнительного обследования пациента.

Ответ. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, анализ кала, рН-метрия желудка, УЗИ органов брюшной полости.

Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте свой выбор.

Ответ. Прежде всего, необходимо назначение эрадикационной терапии. Рекомендовано применение терапии первой линии: ингибитор протонной помпы 2 раза в день (Омепразол – 20 мг, Лансопразол – 30 мг, Рабепразол – 20 мг или Эзомепразол – 20 мг) вместе с Амоксициллином 1 г 2 раза в день и Кларитромицином 500 мг 2 раза в день продолжительностью 10-14 дней. Возможно добавление к этой схеме Висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в день для повышения эффективности эрадикации. Для купирования симптомов постпрандиального дистресс-синдрома назначают прокинетики.

Задача №3

Женщина 41 лет обратилась к врачу с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приёма пищи и при наклоне вперед. Данные симптомы появились около трех месяцев назад, по поводу чего ранее не обследовалась, лекарственных препаратов не принимала. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь употребляет в минимальных количествах. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ=24 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В клиническом и биохимическом анализах крови отклонений не выявлено. ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС=70 уд. в мин, горизонтальное положение электрической оси сердца, вариант нормы.

Проведена ЭГДС, при которой выявлены множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные нессливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ответ. Эрозивная рефлюксная болезнь

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ. Диагноз «гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь» установлен на основании жалоб больной на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приёма пищи и при наклоне вперёд.

Диагноз «эрозивно-язвенный рефлюкс эзофагит» установлен на основании данных ЭГДС (наличие множественных участков гиперемии слизистой оболочки и отдельных нессливающихся эрозий дистального отдела пищевода).

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Ответ. Суточная внутрипищеводная рН-метрия (для определения количества и длительности рефлюксов за сутки, значения рН); рентгенологическое исследование пищевода, желудка (для выявления патологических изменений пищевода, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы); тесты на определение наличия *helicobacter pylori*; манометрическое исследование пищеводных сфинктеров (для определения их тонуса).

Назовите группы лекарственных препаратов и 1–2 их представителей в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Ответ. Антациды (Алюминия фосфат) для подавления кислотного рефлюкса. Ингибиторы протонной помпы (Омепразол, Пантопразол, Рабепразол, Эзомепразол, Лансопразол) для подавления синтеза соляной кислоты. Прокинетики для стимуляции моторики желудочно-кишечного тракта, восстановления нормального физиологического состояния пищевода

Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациентке?

Ответ. Соблюдение диеты (исключить большие объёмы пищи, её приём быстрыми темпами, приём пищи с пониженным содержанием жиров и повышенным содержанием белков, избегать приём продуктов, вызывающих раздражающее действие на слизистую оболочку желудка).

Отказ от курения.

Снижение массы тела.

Не принимать горизонтальное положение в течение 1,5 часа после еды.

Не принимать пищу менее, чем за 3 часа до сна. Исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление (избегать тесной одежды, ношения тяжестей, напряжения брюшного пресса).

Задача №4

Больная Л. 32 лет жалобы на боли жгучего характера в подложечной области, возникающие натощак и по ночам, изжогу, тошноту, иногда, на высоте болей, рвоту, приносящую облегчение.

Данные симптомы беспокоят 8 лет, возникают, в основном, весной и осенью. Самостоятельно принимает соду, антациды (Маалокс) вызывающие положительный эффект. Настоящее обострение связывает с приёмом Вольтарена по поводу болей в поясничной области.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски, влажная. Пульс – 62 уд/мин, АД – 100/70 мм рт. ст. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации болезненный в эпигастральной области. Стул оформленный 1 раз в день, без примесей крови и слизи.

Общий анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, СОЭ – 8 мм/ч, лейкоциты – $5,8 \times 10^9$ /л; лейкоформула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты - 27, моноциты - 5.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 34 ед/л, АСТ – 28 ед/л. Диастаза мочи – 52ед.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, кардия смыкается. В желудке натощак содержится большое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые, диффузно гиперемированы. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,8 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии.

Хелик-тест: базальный уровень – 4 мм; нагрузочный уровень – 10 мм; показатель прироста – 6 мм; Hp (+).

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ответ. Язвенная болезнь с локализацией язвы (0,8 см) средних размеров на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, фаза обострения. Рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. НЭРБ

Перечислите экзогенные и эндогенные предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.

Ответ. Экзогенные факторы: нервно-психические воздействия, психоэмоциональный стресс; травмы, заболевания головного мозга; алиментарный фактор; приём лекарственных препаратов (НПВП, ГК и др.); бытовые и производственные вредности; метеорологические условия; инфицирование *Helicobacter pylori*. Эндогенные факторы: наследственная предрасположенность; первая группа крови; конституциональный статус; пол и возраст; заболевания внутренних органов; дисбактериоз гастродуоденальной зоны.

Перечислите показания к госпитализации.

Ответ. Показания к госпитализации: больные с осложнённым и часто рецидивирующим течением заболевания; больные язвой желудка, если нет возможности провести квалифицированное исследование гастробиоптата; больные язвой, протекающей с выраженным болевым синдромом или болевым синдромом, который не купируется в течение недели амбулаторного лечения; больные с гастродуоденальными язвами, развившимися у ослабленных больных или на фоне тяжёлых сопутствующих заболеваний; при невозможности организовать лечение больного и контроль за заживлением язвы в поликлинических условиях.

Перечислите осложнения данного заболевания.

Ответ. Осложнения:

- 1) кровотечение: а) лёгкое, б) средней степени, в) тяжёлое, г) крайне тяжёлое;
- 2) перфорация;
- 3) пенетрация;
- 4) стеноз: а) компенсированный; б) субкомпенсированный; в) декомпенсированный;
- 5) малигнизация.

Назначьте лечение.

Ответ. Лечение: трёхкомпонентная схема: ингибитор протонной помпы (ИПП - Омепразол – 20 мг, Лансопризол – 30 мг, Рабепразол – 20 мг или Эзомепразол – 20 мг) 2 раза в день + Кларитромицин 500 мг 2 раза в день + Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день (или Метронидазол 500 мг 3 раза в день) (10-14 дней). При неэффективности - четырёхкомпонентная схема: ИПП (Омепразол – 20 мг, Лансопризол – 30 мг, Рабепразол – 20 мг или Эзомепразол – 20 мг) 2 раза в день + Тетрациклин 500 мг 4 раза в день + Метронидазол 500 мг 3 раза в день + Де-нол 240 мг 2 раза в день (10-14 дней).

Задача №5

Женщина 51 год обратилась с жалобами на изжогу, боли за грудиной, появляющиеся после еды и физической нагрузки. Отмечает также усиление болей при наклонах и в горизонтальном положении. Из анамнеза известно, что изжога беспокоит около 22 лет. Не обследовалась. Последние 2 месяца появились данные боли за грудиной. При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) - 38 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, чистые. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Данные фиброгастродуоденоскопии: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ответ. Эрозивная рефлюксная болезнь

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ. Диагноз «гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ)» установлен на основании жалоб больной на изжогу, боли за грудиной, данных анамнеза (изжога более 22 лет), степень эзофагита установлена на основании эндоскопической картины.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Ответ. Пациенту рекомендовано: проведение рентгеноскопии пищевода и желудка для исключения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; проведение суточной внутрипищеводной рН-метрии для определения критериев патологического рефлюкса; ЭКГ; проведение проб с физической нагрузкой (исключить ИБС).

Дайте не медикаментозные рекомендации больному

Ответ. Частое дробное питание 5-6 раз в день, ужин за 3 часа до сна, соблюдение диеты с исключением жирной пищи, шоколада, кофе, цитрусовых, лука, чеснока, приподнять головной конец кровати на 10-15 см, не носить тугих поясов, корсетов, нормализовать вес.

Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.

Ответ. Ингибиторы протонной помпы – базисная группа препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (Омепразол, Лансопразол, Эзомепразол, Пантопразол, Рабепразол). Снижение кислотной продукции считается основным фактором, способствующим заживлению эрозивно-язвенных поражений. На сегодняшний день ИПП считаются наиболее эффективными и безопасными препаратами для лечения ГЭРБ. Антациды (Маалокс, Алмагель, Фосфалюгель и т. п.) – симптоматическая терапия, прокинетики влияет на тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшают антродуоденальную координацию.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

к дополнительной профессиональной программе
повышения квалификации врачей
«Избранные вопросы гастроэнтерологии» со сроком освоения 144
академических часов по специальности «Гастроэнтерология»

1	Кафедра	гастроэнтерологии и эндоскопии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
4	Зав.кафедрой	Яковлев А.А.
5	Ответственный составитель	Бутова Е.Н.
6	E-mail	abutova@yandex.ru
7	Моб. телефон	+79185572934
8	Кабинет №	511
9	Учебная дисциплина	Гастроэнтерология
10	Учебный предмет	Гастроэнтерология
11	Учебный год составления	2025
12	Специальность	Гастроэнтерология
13	Форма обучения	очная
14	Модуль	Заболевания поджелудочной железы, печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей.
15	Тема	1.2.1-1.2.12
16	Подтема	-
17	Количество вопросов	30
18	Тип вопроса	<i>single</i>
19	Источник	

Список тестовых заданий

1	1	1			
1			Характерным проявлением обострения хронического бескаменного холецистита является		
			локальное напряжение брюшной стенки в правом подреберье		
			лейкопения		
			выявление симптомов раздражения брюшины		
	*		боль в правом подреберье		
1	1	2			
2			Одним из основных факторов патогенеза хронического холецистита является		
	*		дисфункция желчного пузыря		
			нарушение моторики пищевода		
			замедление опорожнения желудка		
			преобладание в рационе питания белковой пищи		
1	1	3			
3			Для хронического бескаменного холецистита характерно		
			преобладание заболевания среди мужчин		
			образование конкрементов в просвете желчного пузыря		
	*		хроническое воспаление желчного пузыря		
1	1	4			
4			Ширина холедоха в норме составляет (в см)		
			до 0,4		
			1,4-2,0		
	*		0,5-0,7		
			0,8-1,3		
1	1	5			

5			Холецистография противопоказана больным		
			с идиосинক্রазией к пищевому белку		
	*		с идиосинক্রазией к йоду		
			после вирусного гепатита		
			с непереносимостью жиров		
1	1	6			
6			Отсутствие видимости желчного пузыря после введения йодированных соединений означает		
			снижение всасывания в кишечнике		
			снижение функций печени		
			снижение функции поджелудочной железы		
	*		патологию желчного пузыря		
1	1	7			
7			При дифференциальном диагнозе внепеченочной холестатической желтухи на почве холедохолитиаза и рака головки поджелудочной железы в пользу рака говорит		
	*		симптом Курвуазье		
			повышение температуры		
			спленомегалия		
			отсутствие зуда		
1	1	8			
8			Положительная реакция мочи на желчные пигменты выявляется при		
	*		обтурационной желтухе		
			ядерной желтухе новорожденных		
			аутоиммунной гемолитической желтухе		
			синдроме Жильбера		
1	1	9			
9			Препаратом, вызывающим образование билиарного сладжа, является		

	*		цефтриаксон		
			амоксциллин		
			платифиллин		
			бускопан		
1	1	10			
10			Появление болей на высоте вдоха при поколачивании по передней брюшной стенке в области проекции желчного пузыря называют симптомом		
	*		Василенко		
			Ортнера		
			Мерфи		
			Захарьина		
1	1	11			
11			Для оценки класса цирроза печени по шкале Чайлд-Пью используют определение уровня		
			креатинина		
			тромбоцитов		
	*		альбумина		
			холестерина		
1	1	12			
12			Применение препаратов интерферона альфа для лечения хронического гепатита С часто вызывает		
			эозинофилию		
			тромбоцитоз		
	*		лейкопению		
			нейтрофилез		
1	1	13			
13			Для снижения давления в воротной вене у пациентов с циррозом печени рекомендовано длительное применение		
			антагонистов кальциевых каналов		

	*		неселективных бета-блокаторов		
			альфа1-адреноблокаторов		
			ингибиторов рецепторов к ангиотензину		
1	1	14			
14			Чаще переходит в хроническую форму вирусные гепатит		
			А		
			Е		
			В		
	*		С		
1	1	15			
15			У больного с неалкогольным стеатогепатитом следует выполнять контроль эффективности программы профилактики фиброза и цирроза печени с помощью		
			МРТ исследования степени фиброза		
			КТ исследования степени фиброза		
	*		фибротеста		
1	1	16			
16			Высокий уровень трансаминаз в сыворотке крови указывает на		
			микронодулярный цирроз печени		
			аминазиновую желтуху		
			первичный билиарный цирроз		
	*		острый вирусный гепатит		
1	1	17			
17			К решающим факторам в постановке диагноза хронического гепатита относят		
			ипербилирубинемию		
			данные анамнеза о перенесенном вирусном гепатите		
	*		данные гистологического исследования печени		
			выявление в сыворотке крови австралийского антигена		

1	1	18			
18					
			Цирроз печени от хронического вирусного гепатита отличается наличием		
			паренхиматозной желтухи		
			холестатического синдрома		
			цитолитического синдрома		
	*		портокавальных и кава-кавальных анастомозов		
1	1	19			
19			К характерным клиническим чертам хронического панкреатита относят		
	*		недостаточность функции внешней секреции (гипоферментемию)		
			желтуху		
			повышение аминотрансфераз		
			гепатомегалию		
			характерным клиническим чертам хронического панкреатита относят		
1	1	20			
20			Основным клиническим симптомом рака головки поджелудочной железы является		
	*		желтуха		
			похудание		
			рвота		
			боль		
1	1	21			
21			"Мишенью" для эластазы являются		
			эфиры холестерина		
	*		нейтральные аминокислоты		
			триглицериды		
			ароматические аминокислоты		
1	1	22			
22			Показателем наиболее значимым для оценки нарушения		

			внешнесекреторной функции поджелудочной железы, является		
	*		стеаторея		
			амилаза мочи		
			липаза крови		
			амилаза крови		
1	1	23			
23			Уровень фекальной эластазы, свидетельствующий о тяжелой внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, составляет (в мкг/г)		
			150		
			250		
			350		
	*		50		
1	1	24			
24			Общий желчный проток и проток поджелудочной железы открываются в		
	*		нисходящей части двенадцатиперстной кишки		
			просвет поперечно-ободочной кишки		
			горизонтальных отделах двенадцатиперстной кишки		
			антральном отделе желудка		
1	1	25			
25			Печеночная недостаточность у больных хроническим гепатитом диагностируется на основании снижения		
	*		альбумина		
			гамма-глобулина		
			бета-глобулина		
1	1	26			
26			Для синдрома цитолиза при		

			хроническом гепатите любой этиологии характерно повышение уровня		
			прямого билирубина		
	*		трансаминаз		
			холестерина		
			щелочной фосфатазы		
1	1	27			
27			Наиболее ранним и чувствительным показателем синдрома цитолиза при заболеваниях печени является		
	*		повышение активности аланиновой аминотрансферазы		
			повышение уровня холестерина		
			снижение уровня альбумина		
			повышение уровня щелочной фосфатазы		
1	1	28			
28			Портальная гипертензия при заболеваниях печени приводит к варикозному расширению вен		
			корня языка		
			верхней трети пищевода		
	*		нижней трети пищевода		
			ротоглотки		
1	1	29			
29			Развитию желчных камней способствует		
	*		наследственная предрасположенность		
			емолитическая желтуха		
			наличие аллергических факторов		
1	1	30			
30			Желтушные кожные покровы, зуд кожи, темный цвет мочи, светлый цвет кала в сочетании с повышенным уровнем ЩФ, ГГТП позволяют диагностировать		

		синдром		
		гемолиза		
		цитоллиза		
		рабдомиолиза		
	*	холестаза		

1. Оформление фонда ситуационных задач (для проведения экзамена в АС ДПО).

Задача №1

Мужчина 29 лет госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение областной больницы с диагнозом обострение хронического панкреатита. При поступлении предъявлял жалобы на интенсивную боль в эпигастрии с иррадиацией в левое подреберье, тошноту, непереносимость жирной пищи. Ранее, в 2003, 2005, 2007 и 2008 гг., госпитализировался со сходными симптомами. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) обнаруживали изменения поджелудочной железы, билиарный сладж. В межприступный период сохранялось удовлетворительное самочувствие. Не курит, алкоголь употребляет эпизодически (2~3 раза в месяц). Работает программистом. Отец с 30-летнего возраста страдал хроническим панкреатитом, умер в 47 лет от рака поджелудочной железы.

Какой вариант хронического панкреатита по этиологическому фактору наиболее вероятен?

Ответ: Наследственный. Отец с 30-летнего возраста страдал хроническим панкреатитом, умер в 47 лет от рака поджелудочной железы.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ: Жалобы на интенсивную боль в эпигастрии с иррадиацией в левое подреберье, тошноту, непереносимость жирной пищи. Ранее, госпитализировался со сходными симптомами. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) обнаруживали изменения поджелудочной железы, билиарный сладж. В межприступный период сохранялось удовлетворительное самочувствие. Не курит, алкоголь употребляет эпизодически (2~3 раза в месяц). Отец с 30-летнего возраста страдал хроническим панкреатитом, умер в 47 лет от рака поджелудочной железы.

Какие признаки характерны для наследственного панкреатита?

Ответ. А) аутосомно-доминантное наследование

Б) нарастание частоты и выраженности рецидивов

В) высокий риск развития рака поджелудочной железы

Каков патогенетический механизм развития панкреатита при мутации гена катионического трипсиногена?

Ответ. Устойчивость трипсиногена к гидролизу, неконтролируемая каскадная самоактивация трипсина с последующей активацией трипсином других панкреатических проферментов и аутолизом ткани поджелудочной железы.

Какова относительная частота наследственного панкреатита с аутосомно-доминантным наследованием в этиологической структуре хронических панкреатитов?

Ответ. Частота наследственного панкреатита с аутосомно-доминантным наследованием в этиологической структуре хронических панкреатитов -5%

Задача №2

Больной М. 39 лет госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объёме, отёки на нижних конечностях в области стоп и голеней. Анамнез: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних нескольких месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет крепкие спиртные напитки (водку по 300 г ежедневно) в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было. Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. Склеры глаз иктеричны. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке в околопупочной области определяются расширенные, извитые вены. В положении лёжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по

Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезёнки - 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тёмно-жёлтая. Общий анализ крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$; Нв – 124 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – $96 \times 10^9/л$, лейкоциты – $3,4 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч. Биохимические анализы: общий билирубин – 133 мкмоль/л, прямой билирубин – 102 мкмоль/л, АЛТ – 121 Ед/л, АСТ – 162 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л. Фиброгастроудоденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст. Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 17 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Холедох не расширен. Селезёнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезёнки – 36,1 см². Свободная жидкость в брюшной полости.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ответ. Цирроз печени алкогольной этиологии, класс С по Чайлду-Пью. Портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, ВРВ пищевода I ст.). Гиперспленизм (тромбоцитопения). Печёночная энцефалопатия I ст.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ. У больного выявлены желтуха, цитоллиз, «печёночные знаки»: малиновые ладони, «сосудистые звёздочки», синдром портальной гипертензии (гепатоспленомегалия, асцит, варикозное расширение вен пищевода, передней брюшной стенки, расширение портальной вены), признаки печёночной недостаточности (гипоальбуминемия, гипокоагуляция). По данным УЗИ – паренхима печени, неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Алкогольный анамнез свидетельствует о наиболее вероятной этиологии цирроза печени. Класс С выставлен согласно классификации Чайльд-Пью – 11 баллов. Снижение скорости теста связывания чисел свидетельствует о I степени печёночной энцефалопатии. Тромбоцитопения в данной ситуации связана с гиперспленизмом.

Составьте план дополнительного обследования пациента.

Ответ. Анализы крови: коагулограмма, общий белок, креатинин, мочевины, калий, натрий, ГГТ, ЩФ, амилаза, маркеры вирусных гепатитов HBsAg, антитела к HCV, ВИЧ-инфекции. Общий анализ мочи, копрограмма. ЭКГ.

Рентген лёгких.

Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении. Обоснуйте свой выбор

Ответ. Отказ от алкоголя. Диета с содержанием белка 1,0 г/кг/сут. Калорийность пищи - 1800–2500 ккал/сут. Ограничение содержания соли до 5,2 г/сут. Санация кишечника с целью уменьшения эндотоксинемии. Лактулоза - 15-45 мл 2-3 раза в сутки (стул до 2-3 раз в сутки). Возможен приём невсасывающихся антибиотиков (Рифаксимин 1200 мг/сут. 7-10 дней). Высокие очистительные клизмы. Уменьшение токсического действия аммиака. L- Орнитин-L-аспартат (Гепа-Мерц) - 5 г по 1-2 пакетика гранул, растворённых в воде × 3 раза в день после еды.

Мочегонная терапия. Спиринолактон - 50–200 мг/сут. Фуросемид - 40 мг/сут (повышение дозы на 40 мг каждые 7 дней до 160 мг/сут, критерий эффективности - уменьшение массы тела на 2 кг/нед.). Снижение давления в портальной вены. Анаприлин - 40 мг 1 раза в сутки.

Адеметионина (Гептрал) в дозе 1600 мг в сутки в течение 4-8 недель. Применение экзогенного адеметионина позволяет снизить накопление и отрицательное воздействие токсических метаболитов на гепатоциты, стабилизировать вязкость клеточных мембран, активизировать работу связанных с ними ферментов.

Какие возможны осложнения данного заболевания?

Ответ. Печёночная энцефалопатия. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Гепаторенальный синдром. Инфекционные осложнения (спонтанный бактериальный перитонит, пневмония, инфекции мочевыводящих путей и др.).

Задача №3

Женщина 45 лет 15 лет страдает жёлчнокаменной болезнью (ЖКБ). Заболевание манифестировало приступом жёлчной колики, развившимся через 1,5 мес после родов. Приступ купирован консервативными методами лечения. В последующие годы за медицинской помощью не обращалась. Регулярно проводила недельные курсы голодания, в течение которых худеет на 6-7 кг. С 18 лет курит по 20 сигарет в день. Поводом обращения к врачу послужили появившиеся тупые боли в правом подреберье почти постоянного характера.

Действие каких факторов могло способствовать развитию ЖКБ у данной пациентки?:

Ответ. Женский пол, беременность, быстрое похудание

При УЗИ органов брюшной полости выявлено резкое утолщение стенок желчного пузыря. Определялись множественные конкременты, количество и размеры которых четко оценить не удалось. Для уточнения диагноза выполнена магнитно-резонансная томография. Описание: на фоне сниженной почти до нуля интенсивности сигнала от жёлчи визуализируются 7 камней диаметром до 1 см. Стенки жёлчного пузыря резко утолщены и уплотнены. Что такое «фарфоровый» жёлчный пузырь, как часто он наблюдается при ЖКБ и какими осложнениями опасен?

Ответ. Под термином «фарфоровый» жёлчный пузырь понимается кальцификация стенок жёлчного пузыря, обычно сопутствующая ЖКБ. При холецистэктомии данный патологический феномен встречается в 0,4–0,9% случаев. «Фарфоровый» жёлчный пузырь представляет собой предраковое состояние. Ассоциация с раком жёлчного пузыря составляет 12–60%.

Какова оптимальная лечебная тактика в данной ситуации?

Ответ. Холецистэктомия

Сформулируйте диагноз.

Ответ. ЖКБ, хронический рецидивирующий калькулезный холецистит(множественные конкременты желчного пузыря) с приступами желчных колик

Задача №4

Мужчина 45 лет жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья. За медицинской помощью не обращался. Периодически принимал эссенциале форте по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после значительной физической нагрузки усилились боли в области правого

подреберья, увеличилась общая слабость. Принимал баралгин, положительного эффекта не наблюдалось. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост-177 см, вес -79 кг, ИМТ 25,2кг/м². Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 72 в 1 мин; АД-130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$; нейтрофилы – $4,5 \times 10^9/л$; лимфоциты – $1,3 \times 10^9/л$; Hb – 144г/л; тромбоциты – $230 \times 10^9/л$; СОЭ – 20 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 36 мкмоль/л; непрямого билирубин – 29,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 6,5 мкмоль/л; АЛТ – 225 ед/л; АСТ – 150 ед/л; ГГТП – 83 ед/л; ЩФ – 143 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 72 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; альбумин – 39 г/л; общий белок – 71 г/л; альфа-1-глобулины – 3,0 г/л; альфа-2-глобулины – 5,5 г/л; бета-глобулины – 6,0 г/л; γ -глобулины – 17,5 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротейн – 3,2 ед/л; ферритин – 53 мкг/л; трансферрин – 2,5 г/л; калий – 3,9 ммоль/л; Na–138 ммоль/л; амилаза – 43 ед/л; железо – 21,3 мкмоль/л; ХС – 5,0 ммоль/л; церулоплазмин – 185 мг/л. ПТИ – 55%. Иммуноферментный анализ (определение маркеров гепатитов В, С, D в сыворотке крови): HBsAg (+); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти-HBe (+); анти-HBcIgM (-); анти-HDV (-); анти-HCV (-); анти-ВИЧ – отрицательный. Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса G в сыворотке крови-7,0 г/л; - молекулярно-биологические исследования: ПЦР: ДНК ВГВ – положительный; количественный анализ ДНК ВГВ – 61000 МЕ/мл. Кал на скрытую кровь – отриц. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR) При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений; ЭКГ – без патологических изменений; тест связи чисел – в пределах нормы.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ответ. Цирроз печени, ассоциированный с HBV-инфекцией, класс А по Child-Pugh (компенсированный).

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ. Диагноз «цирроз печени, ассоциированного с HBV-инфекцией, класс А по Child-Pugh» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, тупую боль в правом подреберье; данных анамнеза, объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, гепатомегалии). Подтверждают вирусную этиологию цирроза печени данные исследований: (выявление HBsAg; анти-HBcIgG; анти-HBe; ПЦР ДНК ВГВ - положительный, уровень ДНК ВГВ (61000 МЕ/мл); исключена другая этиология цирроза печени: (исследование крови на маркеры гепатита С, D: анти-HCV – отрицательный; анти-HDV - отрицательный), а также исключено злоупотребление алкоголем, приём гепатотоксичных лекарственных средств. Класс А ЦП установлен на основании классификации Child-Pugh. Согласно классификационным критериям (печёночная энцефалопатия, асцит не определены, общий билирубин – 35 мкмоль/л, альбумин – 39 г/л, ПТИ – 55%) определено 5 баллов, что соответствует классу А по Child-Pugh. Диагноз цирроза печени подтверждается данными эластометрии печени: F4 (по шкале METAVIR), что соответствует циррозу печени. Зарегистрировано изменение биохимических показателей крови: повышение АЛТ, АСТ, общего билирубина, ГГТП, гамма-глобулинов, снижение ПТИ. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Ответ. ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка;

- спиральная компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) для получения более точной информации о форме, структуре и размерах печени. При использовании контрастного усиления возможно дифференцировать наиболее часто встречающуюся очаговую патологию печени (кисты, гемангиомы, метастазы);

- дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления портальной гипертензии.

Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

Ответ. Рекомендовано соблюдение диеты: исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, солёное, кофе, газированные напитки, какао.

Рекомендована противовирусная терапия (ПВТ), так как у больных циррозом печени В назначать ПВТ требуется при любом определяемом уровне виремии независимо от активности АЛТ. Среди аналогов нуклеозидов/нуклеотидов предпочтение следует отдавать Энтекавиру и Тенофовиру, поскольку они обладают высокой противовирусной активностью, и к ним редко развивается резистентность. Энтекавир (нуклеозидный аналог Гуанозина) внутрь в дозе 0,5 мг/сут в течение 48 недель. Активность АЛТ необходимо оценивать каждые 3 месяца в процессе лечения и после его окончания. При лечении аналогами нуклеозидов/нуклеотидов мониторинг уровня ДНК HBV должно проводиться 1 раз в 3 месяца как минимум в течение первого года лечения.

Через 6 месяцев постоянного лечения концентрация ДНК ВГВ – 10 МЕ/мл.- Серологическое исследование (ИФА): HBsAg (-); анти-HBs (+); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти-HBe (+); анти-HBcIgM (-).-Биохимия крови: АЛТ – 78 ед/л, АСТ – 52 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; общий билирубин – 34 мкмоль/л; ПТИ – 60%; креатинин – 72 мкмоль/л. Общий анализ крови – в пределах нормы. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор

Ответ. У пациента получен вирусологический ответ, так как концентрация ДНК ВГВ составила 10 МЕ/мл. Отмечена положительная динамика биохимических показателей (снижение АЛТ, АСТ, ГГТП, общего билирубина) и серологический ответ по HBsAg (клиренс HBsAg с формированием анти-HBsAg). Продолжить противовирусную терапию Энтекавиром внутрь в дозе 0,5 мг/сут до 48 недель. После окончания лечения провести биохимический анализ крови, количественный анализ ДНК HBV, затем 1 раз в 6 месяцев. Несмотря на вирусологическую ремиссию на фоне приема аналогов нуклеозидов/нуклеотидов, пациенты с ЦП должны мониториться на предмет развития гепатоцеллюлярной карциномы. Соблюдение диеты, диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога.

Задача №5

Женщина 41 год жалобы на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приёма жирной, жареной пищи, физической нагрузки; боль иррадирует в правое плечо, правую лопатку, правую половину шеи; отмечает горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул, снижение аппетита.

Из анамнеза. Считает себя больной в течение трех лет, когда впервые появились общая слабость, боль ноющего характера в области правого подреберья, усиливающаяся после погрешностей в диете, физической нагрузки, горечь во рту, отрыжка воздухом, неустойчивый стул (с тенденцией к запорам). За медицинской помощью не обращалась. При появлении болевого синдрома принимала аллохол, панкреатин, анальгин; отмечала временное улучшение самочувствия. Настоящее обострение в течение месяца, когда после употребления большого количества жирной пищи появились боли в области правого подреберья, горечь во рту, отрыжка воздухом. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдала желчнокаменной болезнью.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост 170 см, вес – 72 кг; ИМТ 24,9 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 70 в 1 мин; АД – 125/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см; пальпация печени затруднена из-за болезненности, преимущественно в точке желчного пузыря. Определяется болезненность в точке Маккензи, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа. Селезёнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований:

Общий анализ крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $11,3 \times 10^9/л$; нейтрофилы сегментоядерные – 75%; нейтрофилы палочкоядерные – 2%; лимфоциты – 19%; моноциты – 3%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; Hb – 141 г/л; тромбоциты – $215 \times 10^9/л$; СОЭ – 19 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямой билирубин – 17,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 26 ед/л; АСТ – 22 ед/л; ГГТП – 22 ед/л; ЩФ – 104 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; амилаза – 42 ед/л; ХС – 5,2 ммоль/л.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность не повышена, структура не изменена. Желчный пузырь увеличен (до 3,5 см в поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке; выявлено диффузное утолщение его стенок до 5 мм, их уплотнение. Ductuscholedochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и

формы, экзогенность не повышена. Панкреатический проток не расширен. Дуоденальное зондирование (микроскопическое исследование желчи): в порции «В» выявлено скопление слизи, лейкоцитов, клеточного эпителия, кристаллы холестерина, билирубинат кальция.

Общий анализ мочи: в пределах нормы. ЭКГ - без патологических изменений; эзофагогастродуоденоскопия – без патологических изменений; иммуноферментный анализ на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, токсакароз – отрицательный. Кал на яйца глист (трижды) – отрицательный.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ответ. Хронический бескаменный холецистит бактериальной этиологии, фаза обострения.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ. Диагноз «хронический бескаменный холецистит бактериальной этиологии, фаза обострения» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема жирной, жареной пищи, иррадиирующую в правое плечо, правую лопатку; горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул; (типичны для хронического холецистита).

Подтверждают диагноз «хронический холецистит» данные анамнеза, объективного осмотра (умеренная болезненность при пальпации в области правого подреберья, болезненность в точке Макензи, положительные симптомы Ортнера, Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского справа).

В общем анализе крови выявлены воспалительные изменения: лейкоцитоз (до $11,3 \times 10^9/\text{л}$); повышение СОЭ - до 19 мм/ч.

При УЗИ органов брюшной полости визуализируется увеличенный до 3,5 см, деформированный желчный пузырь с перегибом в шейке, что свидетельствует о хроническом процессе. Выявлено утолщение (до 5 мм) и уплотнение стенок желчного пузыря, что характерно для хронического холецистита.

Подтверждают диагноз «хронический холецистит» данные дуоденального зондирования (при микроскопии желчи определяются скопления слизи, лейкоцитов и клеточного эпителия).

Исключена паразитарная этиология хронического холецистита: (иммуноферментный анализ на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз,

аскаридоз, токсакароз – отрицательный); а также отрицательный результат анализа кала на яйца глист (трижды).

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Ответ. В план обследования необходимо включить ультразвуковую холецистографию для уточнения функциональной способности желчного пузыря; бактериологическое исследование желчи для определения возбудителя хронического холецистита.

Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

Ответ. Рекомендовано соблюдение диеты «щадящая». Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао, орехи. Показан частый дробный прием пищи (до 5-6 раз в день). Важным является снижение в пищевом рационе доли животных жиров и увеличение растительных. Для предупреждения застоя желчи и улучшения пассажа химуса по кишечнику блюда обогащаются пищевыми волокнами в виде пшеничных отрубей.

Пациентке показано назначение антибактериальных препаратов:

фторхинолоны: Ципрофлоксацин по 500 мг два раза в сутки после еды в течение 7 дней.

Коррекция антибактериальной терапии проводится после получения посева желчи на микрофлору и определения ее чувствительности к антибиотику.

Для купирования болевого синдрома показано назначение селективного миотропного спазмолитика Мебеверина гидрохлорида (Дюспаталин) в дозе 200 мг 2 раза в сутки в течение 2-4 недель или тримебутина малеат (тримедат) по 200 мг 3 раза в день за 20-30 минут до еды-2-4 недели

При повторном обращении к врачу через 1 месяц после лечения пациентка отмечает улучшение самочувствия, исчезновение общей слабости, болей в правом подреберье, горечи во рту, тошноты, отрыжки воздухом, нормализацию стула. Объективно: язык влажный, не обложен; живот мягкий, безболезненный. Симптомы Ортнера, Керри, Мерфи, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа – отрицательные. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови - в пределах нормы. При УЗИ органов брюшной полости – патологических изменений не выявлено. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ответ. У пациентки в результате лечения отмечена положительная

динамика. Исчезли проявления астенического, болевого, диспепсического синдромов. При объективном обследовании – «пузырные» симптомы отрицательные. Воспалительные изменения в крови нивелировались. По данным УЗИ органов брюшной полости также отмечена положительная динамика. Пациентке рекомендовано соблюдение диеты. Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао, орехи, изделия из теста (особенно сдобного), кремы, мясные бульоны. Исключить продукты, содержащие большое количество холестерина (печень, мозги, яичные желтки, бараний и говяжий жиры и др.). Показан частый дробный прием пищи (до 5-6 раз в день). Для предупреждения застоя желчи и улучшения пассажа химуса по кишечнику блюда обогащаются пищевыми волокнами в виде пшеничных отрубей. Энергетическая ценность рациона должна составлять 2500-2900 ккал с оптимальным содержанием белков, жиров, углеводов и витаминов. Избегать физического и эмоционального перенапряжения. В фазе ремиссии показана лечебная гимнастика, а также санаторно-курортное лечение, которое проводят в Ессентуках, Железноводске, Пятигорске, Трускавце, Белокурихе, Моршине, Джермуке и др. Диспансерное наблюдение у терапевта, гастроэнтеролога.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

к дополнительной профессиональной программе
повышения квалификации врачей
«Избранные вопросы гастроэнтерологии» со сроком освоения 144
академических часов по специальности «Гастроэнтерология»

1	Кафедра	гастроэнтерологии и эндоскопии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
4	Зав. кафедрой	Яковлев А.А.
5	Ответственный составитель	Бутова Е.Н.
6	Е-mail	abutova@yandex.ru
7	Моб. телефон	+79185572934
8	Кабинет №	511
9	Учебная дисциплина	Гастроэнтерология
10	Учебный предмет	Гастроэнтерология
11	Учебный год составления	2025
12	Специальность	Гастроэнтерология
13	Форма обучения	очная
14	Модуль	Болезни кишечника
15	Тема	1.3.1-1.3.8
16	Подтема	-
17	Количество вопросов	30
18	Тип вопроса	<i>single</i>
19	Источник	

Список тестовых заданий

1	1	1			
1			Ведущим симптомом при синдроме раздраженного кишечника является ректальное кровотечение		
	*		боль в животе		
			вздутие живота		
			понос в ночное время		

1	1	2			
2			Ирригоскопия является исследованием		
	*		рентгенологическим контрастным		
			ультразвуковым		
			лапароскопическим		
			рентгенологическим бесконтрастным		
1	1	3			
3			Ирригоскопия является исследованием		
			пищевода		
			тонкой кишки		
			желудка		
	*		толстой кишки		
1	1	4			
4			К наиболее частой причине колоректального рака относят		
			язву кишечника		
			дивертикулярную болезнь кишечника		
			геморрой		
	*		полипы кишечника		
1	1	5			
5			Наиболее характерным осложнением при болезни Крона является		
			повышенный риск малигнизации		
	*		кишечная непроходимость		
			кровотечение		
			развитие токсического мегаколона		
1	1	6			
6			Осложнением со стороны органов ЖКТ при болезни Крона не является		
			внутрикишечная обструкция		
	*		полипоз		
			перфорация		
			холелитиаз		

1	1	7			
7			Значительное повышение уровня кальпротектина в кале свидетельствует о		
	*		воспалительном заболевании кишечника		
			гастрите		
			глистной инвазии		
			синдроме раздраженного кишечника		
1	1	8			
8			Каловые массы при синдроме раздраженного кишечника содержат хорошо заметную примесь		
			жира		
	*		слизи		
			гноя		
			крови		
1	1	9			
9			Симптомом поноса тонкокишечного типа является		
			частая дефекация с болезненными позывами		
			наличие слизи в кале		
			скудным объемом каловых масс		
	*		полифекалия		
1	1	10			
10			Всасывание продуктов расщепления белка в тонком кишечнике происходит в виде		
	*		аминокислот		
			гликопротеидов		
			полипептидов		
			липопротеидов		
1	1	11			
11			Обильная потеря белка через стенку		

			тонкого кишечника наблюдается при		
			целиакии		
			дисахаридной недостаточности		
			муковисцедозе		
	*		экссудативной энтеропатии		
1	1	12			
12			При язвенном колите в патологический процесс вовлекается		
			мышечный слой оболочки		
			вся стенка кишки		
			серозная оболочка		
	*		слизистая оболочка		
1	1	13			
13			Тяжесть атаки язвенного колита согласно критериям truelove-witts не определяется		
	*		общей оценкой состояния врачом		
			температурой		
			уровнем гемоглобина		
			частотой дефекации с кровью		
1	1	14			
14			Тяжесть атаки язвенного колита согласно индексу активности (индексу Мейо) не определяется		
			общей оценкой состояния врачом		
	*		частотой пульса		
			состоянием слизистой оболочки		
			примесью крови в кале		
1	1	15			
15			В понятие ремиссии язвенного колита не входит ___ ремиссия		
			истологическая		
			клиническая		
	*		лабораторная		
1	1	16			

16			Не является основным морфологическим проявлением язвенного колита		
			обязательное вовлечение прямой кишки		
	*		вовлечение в процесс мышечной оболочки		
			воспалительный процесс, ограничивающийся слизистой оболочкой		
			непрерывное воспаление слизистой оболочки		
1	1	17			
17			К внекишечным (системным) проявлениям язвенного колита, клинические проявления которых зависят от активности основного заболевания, относят		
	*		узловатую эритему		
			сакроилеит		
			гангренозную пиодермию		
			иридоциклит		
1	1	18			
18					
			Наиболее редким осложнением язвенного колита является		
			кишечное кровотечение		
			острая токсическая дилатация		
			перфорация толстой кишки		
	*		холангиокарцинома		
1	1	19			
19			При подготовке кишечника для колоноскопии не используют		
	*		касторовое масло		
			пикопрел		
			фортранс		
			дюфалак		
1	1	20			

20			Синдром раздраженного кишечника характеризуется		
			изнуряющей диареей, температурой		
	*		отсутствием симптомов ночью		
			появлением крови в каловых массах		
			повышением температуры тела более 37,5 градусов		
1	1	21			
21			При язвенном колите диагностическое значение имеют рентгенологические признаки		
			мешковидных выпячиваний по контурю кишки		
	*		изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки		
			множественных гаустраций		
			наличие вида «булыжной мостовой		
1	1	22			
22			Предпочтительным инструментальным методом диагностики язвенного колита является		
			ирригоскопия		
			виртуальная колоноскопия		
	*		колоноскопия с исследованием гистологического материала		
			ректороманоскопия		
1	1	23			
23			Осложнением дивертикулярной болезни кишечника является		
			рак толстой кишки		
			запор		
			язвенный колит		
	*		дивертикулит		
1	1	24			
24			При подозрении на		

			псевдомембранозный колит наиболее информативно исследование		
			обзорной рентгенограммы органов брюшной полости		
			копрограммы на амилорею и стеаторею		
	*		кала на токсины А и В <i>Cl. difficile</i>		
			клинического анализа крови		
1	1	25			
25			К основному клиническому симптому язвенного колита относят		
			запоры		
			боли в эпигастрии		
			рвоту, приносящую облегчение		
	*		частый жидкий стул с примесью крови		
1	1	26			
26			К морфологическому признаку активности язвенного колита относят		
			рубцовые изменения слизистой оболочки		
	*		наличие нейтрофильных лейкоцитов в собственной пластинке слизистой оболочки кишечной стенки		
			эозинофильную инфильтрацию слизистой оболочки кишки		
			наличие пролиферативной активности фибробластов		
1	1	27			
27			Частой причиной развития псевдомембранозного колита является		
	*		длительное применение антибиотиков		
			злоупотребление алкоголем		
			пищевая токсикоинфекция		
			<i>Helicobacter pylori</i>		

1	1	28			
28			Этиологическим фактором псевдомембранозного колита является		
			неспецифическая кокковая флора		
			Escherichia coli		
	*		Clostridium difficile		
			неустановленный микроорганизм		
1	1	29			
29			При язвенном колите чаще всего поражается кишка		
	*		прямая		
			ободочная		
			тощая		
			слепая		
1	1	30			
30			При синдроме раздраженного кишечника отмечаются		
			наследственные нарушения		
			аномалии развития кишечника		
			органические изменения		
	*		функциональные расстройства		

2. Оформление фонда ситуационных задач (для проведения экзамена в АС ДПО).

Задача №1

Мужчина 30 лет. Обратился к гастроэнтерологу с жалобами на жидкий стул с примесью крови до 12 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 8 кг за 3 месяца. Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3- 4 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает бухгалтером, профессиональных вредностей нет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,6°C. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 170 см, вес – 57 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 – 96 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 селезенки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Общий анализ крови: эритроциты – $2,7 \times 10^{12}$, Hb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – 270×10^{12} , лейкоциты – $7,0 \times 10^9$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч. Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения. Фиброколоноскопия: 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.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ответ: Язвенный колит, средней степени тяжести с поражением прямой и сигмовидного отдела толстой кишки, эрозивно-геморрагическая форма, острое течение с постепенным началом, фаза обострения. Анемия средней степени тяжести.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ: Диагноз «язвенный колит» (ЯК) установлен на основании характерных клинических проявлений – диареи с примесью слизи, крови в течении трёх месяцев, эндоскопических признаков поражения прямой кишки, контактной кровоточивости, наличия поверхностных эрозий слизистой толстой кишки. Диагноз «анемия» установлен на основании снижения цифр гемоглобина и эритроцитов в общем анализе крови.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Ответ. Пациенту рекомендовано: общий анализ мочи, биохимические исследования крови (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, глюкоза, общий холестерин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТ, калий, натрий, креатинин, амилаза, СРБ, железо, ОЖСС, ферритин), гистологическое исследование биоптатов толстой кишки, бактериологическое исследование кала, выявление в кале токсинов А и В к *Clostridium difficile*,

УЗИ брюшной полости, ФГС.

Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор.

Ответ. Медикаментозное лечение: Месалазин 4-5 г перорально в комбинации с Месалазином ректально (свечи, пена, микроклизмы) 2-4 г в сутки 6-8 недель. Месалазин – производное 5-аминосалициловой кислоты, является препаратом выбора при лечении ЯК в данной ситуации: первая атака средней тяжести, пациент ранее не получал лечения. При левостороннем поражении эффективно назначение ректальных форм Месалазина. При подтверждении дефицита железа - заместительная терапия (Сорбифер – 1 к × 2 раза в день, при непереносимости - парентеральные формы).

Задача №2

Больной К. 24 года предъявляет жалобы на частый (до 10-12/сут) жидкий стул с примесью крови и слизи, боли в левой подвздошной области, повышение температуры тела до 38,3°C, резкую общую слабость, похудание. Нарушение стула отмечает в течение 1,5 месяцев, но 7 дней назад в кале появилась кровь, повысилась температура, появились слабость, недомогание, головокружение.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа бледная. Язык слегка обложен белым налетом. Живот овальной формы, несколько вздут. При пальпации определяется умеренная болезненность в области нисходящего отдела толстой кишки. Перкуторно размеры печени по Курлову - 10×9×8 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 92 г/л, СОЭ – 33 мм/ч, лейкоциты - $14,0 \times 10^9$ /л; лейкоформула: базофилы - 1%, эозинофилы - 5%, палочкоядерные нейтрофилы - 20%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 24%, моноциты - 10%.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумин – 40 %, АЛТ – 42,68 ед/л, АСТ – 32 ед/л, серомукоид – 2,0 ммоль/л, СРБ – (+++), фибриноген – 5 г/л.

Копрограмма: цвет кала – коричневый, характер – неоформленный, в поле зрения – большое количество лейкоцитов, эритроцитов. Реакция Трибуле – резко положительная.

Ирригоскопия: отмечается быстрое заполнение толстой кишки бариевой взвесью, равномерное сужение просвета кишки (симптом «водопроводной

трубы»), расширение ректоректального пространства, сглаженность гаустр, ячеистый рельеф слизистой в области поперечно-ободочной кишки, в области прямой и сигмовидной кишок – множественные дефекты наполнения.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ответ. Язвенный колит, левосторонняя форма, хроническое рецидивирующее течение, тяжёлой степени. Осложнения: гипопроотеинемия, хроническая постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.

Перечислите предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.

Ответ. Генетическая предрасположенность («повышенная кишечная проницаемость» - ген NOD2/CARD15); вирусные инфекции – вирус кори; бактериальные инфекции – Chlamydiae, Listeriamonocytogenes, Pseudomonassp., Mycobacteriumparatuberculosis; факторы внешней среды – раннее отлучение от груди, высокий социально-экономический статус, стероидные противозачаточные средства, НПВП, рафинированный сахар, недостаточно свежие овощи и фрукты, оксид титана (зубная паста), курение табака; психологические факторы.

Какие внекишечные проявления возможны при данной патологии?

Ответ. Внекишечные проявления - аутоиммунные, связанные с активностью заболевания: артропатии (артралгии, артриты), поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия), поражение СО (афтозный стоматит), поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит); аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания: ревматоидный артрит (серонегативный), анкилозирующий спондилоартрит, сакроилеит, первичный склерозирующий холангитостеопороз, остеомалация; псориаз; обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями: холелитиаз, стеатогепатоз, стеатогепатит; тромбоз периферических вен, ТЭЛААмилиодоз

Какие антицитоксины необходимы, и в каких ситуациях они назначаются при данном заболевании?

Ответ. Инфликсимаб, ремикейд. Лечение больных, страдающих язвенным колитом, у которых традиционная терапия (Сульфасалазин, Салофальк, Преднизолон, Азатиоприн) была недостаточно эффективна.

Какие антибактериальные препараты показаны при данном заболевании?

Ответ. 1-я линия – Метронидазол 1,5 мг/сут + Фторхинолоны

(Ципрофлоксацин, Офлоксацин) в/в 10-14 дней; 2-я линия – Цефалоспорины в/в 7-10 дней.

Задача №3

Больной 33 лет обратился с жалобами на жидкий стул с примесью крови 5-7 раз в сутки, повышение температуры тела до 37,5°C, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах.

Заболел около 2 месяцев назад, когда повысилась температура тела, появились боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне чего появился жидкий стул.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые. При пальпации живот мягкий, болезненный в подвздошных областях. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Размеры печени по Курлову - 9×8×7 см. Селезёнка не пальпируется.

В общем анализе крови: эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты - $11 \times 10^9/л$, тромбоциты - $350 \times 10^9/л$, СОЭ - 30 мм/ч.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ответ. Неспецифический язвенный колит, средней степени тяжести.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ. Диагноз установлен на основании жалоб больного на жидкий стул с примесью крови 5-7 раз в сутки, повышение температуры тела до 37,5°C, слабость, головокружение, наличие суставного синдрома, осмотра, лабораторных данных (анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ). *Составьте план дифференциального диагноза.*

Ответ. Болезнь Крона, псевдомембранозный колит, опухоль толстой кишки.

Составьте план дополнительного обследования.

Ответ. Фиброколоноскопия с биопсией (исключить рак кишки, псевдомембранозный колит), ирригорафия.

Сформулируйте и обоснуйте план лечения.

Ответ. Для назначения в данном случае лечения необходимо получить результаты фиброколоноскопии. В случае выявления признаков язвенного колита необходимо назначение системных глюкокортикоидов и препаратов 5-аминосалициловой кислоты.

Задача №4

Больной 22 года жалобы на выделение большого количества алой крови из прямой кишки при дефекации, учащенный стул до 5-7 раз в сутки, повышение температуры тела до 38°C, общую слабость.

Появление крови в стуле отмечает в течение последних 1,5 месяцев, постепенно стал учащаться стул, изменилась консистенция до кашицеобразной, появилась общая слабость, субфебрильная температура, ухудшение в течение 3-х дней.

При осмотре кожные покровы бледные.

АД - 110/70 мм рт. ст. Пульс - 96 в минуту, ритмичный.

Язык обложен белым налётом.

Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области.

Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Пациент направлен в стационар для подбора терапии и дальнейшего обследования с целью уточнения диагноза.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ответ. Язвенный колит, проктосигмоидит, среднетяжёлая атака.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ. Диагноз установлен на основании жалоб больного на жидкий стул с примесью крови 5-7 раз в сутки, повышение температуры тела до 37,5°C, слабость, головокружение, наличие суставного синдрома, осмотра, лабораторных данных (анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ). *Составьте план дифференциального диагноза.*

Ответ. Болезнь Крона, псевдомембранозный колит, опухоль толстой кишки.

Составьте план дополнительного обследования.

Ответ. Фиброколоноскопия с биопсией (исключить рак кишки, псевдомембранозный колит), ирригорафия.

Сформулируйте и обоснуйте план лечения.

Ответ. Для назначения в данном случае лечения необходимо получить результаты фиброколоноскопии. В случае выявления признаков язвенного колита необходимо назначение системных глюкокортикоидов и препаратов 5

Задача №5

Больной Р. 26 лет, жалобы 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 9 мес. назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°С. Доставлен в приёмное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отёчной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменён. 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, затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, пациент потерял 6 кг массы тела.

Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лёгкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. 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 рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 114 г/л, СОЭ - 32 мм/час, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $12,8 \times 10^9$ /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).

RRS: 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.

Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией.

Ответ. Болезнь Крона, илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, хроническое рецидивирующее течение, средне-тяжёлая форма, осложнённая перианальным поражением (свищ).

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ. Диагноз заподозрен на основании анамнеза: на операции выявлена утолщённая подвздошная кишка с рыхлой отёчной стенкой, увеличение брыжеечных лимфоузлов, неизменённым червеобразным отростком на операции и при гистологическом исследовании; хронического течения болезни, сопровождающегося болями в животе постоянного характера, диареей, лихорадкой у молодого пациента, а также имеющегося осложнения – перианального свища. Синдромы мальабсорбции и мальдигестии средне-тяжёлой степени.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Ответ. Пациенту рекомендовано биохимическое исследование крови с определением электролитов и микроэлементов (магний, железо, кальций) для оценки степени мальдигестии; анализ кала на фекальный кальпротектин; анализ крови на антитела ASCA и ANCA для дифференциальной диагностики с НЯК; УЗИ органов брюшной полости для выявления гепатомегалии, спленомегалии, лимфаденопатии брюшной полости; ФЭГДС: исключение

проксимального поражения при болезни Крона, эрозивно-язвенных изменений; фиброколоноскопия с биопсией для обнаружения гранулём, а также массивной лимфоидной инфильтрации всех слоёв стенки кишки – вид булыжной мостовой при фиброколоноскопии; кал на микобактерии туберкулёза для дифференциальной диагностики с туберкулёзным поражением кишечника; пассаж бария по кишечнику (имеется сужение дистального отдела подвздошной кишки и, возможно, изменение стенки слепой и восходящей кишки, что характерно для болезни Крона, при которой развивается фиброз стенки с нарушением проходимости).

Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Ответ. В качестве противовоспалительной терапии - ГКС: Преднизолон 150 и более мг в/в капельно, затем внутрь – 1 мг/кг массы тела больного: например, 60 мг/сут с постепенным снижением дозы до минимальной эффективной + производные 5 – АСК: Месалазин (Пентаса) 2-6 г в сутки длительно. При отсутствии противопоказаний и наличии возможности – как можно раньше рекомендована антицитокиновая терапия: например, Инфликсимаб, Адалимомаб, Голимомаб в/в капельно курсами.

Кроме противовоспалительной терапии в патогенетическую терапию входит деконтаминация кишечника: Альфа-нормикс - 400 мг 3 раза в сутки 7-14 дней, Метронидазол парантерально.

Коррекция электролитных нарушений, лечение мальабсорбции, мальдигестии.

Каков прогноз при данном заболевании?

Ответ. 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. У 13-20% больных отмечается хроническое течение заболевания. При правильно проводимом лечении длительность периодов ремиссии достигает нескольких десятков лет. Как самостоятельное заболевание, болезнь Крона очень редко является причиной смерти больных, и процент летальности остается крайне низким. Обычно пациенты, получающие поддерживающую терапию, доживают до глубокой старости.

3. Вопросы для собеседования.

1. Современные методы исследования пищевода. Диагностическая значимость 24-часовой Рн-импедансометрии.
2. Функциональные расстройства пищевода. Этиология и патогенез. Классификация. Диагностика и дифференциальная диагностика. Стандарты лечения.
3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология и патогенез. Классификация. Стандарты лечения.
4. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы Классификация Механизмы развития ГПОД: аксиальных, параэзофагеальных, короткого пищевода Клиника, осложнения Диагностика Лечение, показания к оперативному лечению
5. Пищевод Барретта. Этиология и патогенез. Эпидемиология. Классификация. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение, диспансеризация, показания к оперативному лечению.
6. Дивертикулы пищевода. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
7. Ахалазия пищевода (кардии). Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к оперативному лечению.
8. Дисфагия. Диагностический алгоритм.
9. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Этиология и патогенез. Диагностика и дифференциальная диагностика. Стандарт лечения.
10. Функциональные расстройства желудка. Формы функциональных расстройств
11. Хронический хеликобактерный гастрит (тип В). Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
12. Атрофический гастрит Этиология и патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, диспансеризация
13. Осложненные формы язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Современная тактика консервативной терапии.
14. Доброкачественные опухоли желудка. Классификация. Клиника. Диа-

- гностика. Показания к оперативному лечению
15. Методы рентгенологического, инструментального и функционального исследования желудка и двенадцатиперстной кишки.
 16. Язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением. Методы ранней диагностики. Алгоритм терапии больных с язвенным кровотечением, показания к оперативному лечению.
 17. Редкие формы хронических гастритов. Классификация. Этиология. Клиника Диагностика. Лечение.
 18. Симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Язвы при сердечно-сосудистой патологии, при хронических поражениях легких, при гепатитах и циррозах, эндокринные язвы, при заболеваниях крови, при коллагенозах, при заболеваниях почек
 19. Болезни оперированного желудка (постгастрорезекционные расстройства) Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальный диагноз. Лечение
 20. Гемохроматоз. Этиология Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Современные возможности диагностики.
 21. Циррозы печени. Этиопатогенез. Классификация. Основные клинические синдромы.
 22. Циррозы печени. Классификация. Диагностика. Стандарты лечения.
 23. Циррозы печени Спонтанный бактериальный перитонит
 24. Циррозы печени Гепаторенальный синдром Гепатопульмональный синдром Гипонатриемия разведения
 25. Резистентный асцит при циррозе печени. Диагноз и дифференциальный диагноз. Стандарт лечения. Диспансеризация.
 26. Печеночная энцефалопатия. Этиология Патогенез. Клиническая картина. Диагноз и дифференциальный диагноз. Стандарты лечения.
 27. Алкогольная болезнь печени. Эпидемиология. Метаболизм этанола в печени. Особенности морфологических проявлений. Клиника. Диагностика. Лечение.
 28. Лекарственные поражения печени. Эпидемиология. Метаболизм лекарственных препаратов в печени. Особенности морфологических проявлений. Клиника. Диагностика. Лечение.

29. Пункционная биопсия печени. Показания. Противопоказания. Тактика ведения после манипуляции.
30. Неалкогольный стеатогепатит. Эпидемиология. Особенности морфологических проявлений. Клиника. Диагностика. Лечение.
31. Аутоиммунный гепатит. Этиология. Патогенез. Классификация. Стандарт лечения.
32. Первичный билиарный цирроз. Эпидемиология Клиника. Диагностика. Лечение
33. Болезнь Вильсона-Коновалова. Клиническая симптоматика. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика.
34. Синдром печеночно-клеточной функциональной недостаточности. Клиническое значение. Диагностические критерии.
35. Трансплантация печени. Принципы отбора больных. Показания, противопоказания. Тактика ведение больных после операции.
36. Синдром портальной гипертензии. Клинико-инструментальные критерии. Дифференциальная диагностика.
37. Синдром холестаза. Клиническое значение и дифференциальная диагностика.
38. Гепаторенальный синдром Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Стандарты лечения.
39. Доброкачественные гипербилирубинемии. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Консервативная терапия.
40. Синдромная диагностика заболеваний печени. Холестатический синдром. Синдром цитолиза. Мезенхимально-воспалительный синдром. Желтухи. Геморрагический синдром.
41. Методы исследования желчного пузыря и желчевыводящих путей.
42. Хронический холецистит. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Показания к хирургическому лечению.
43. Желчно-каменная болезнь. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Показания к хирургическому лечению.

44. Дискинезии желчного пузыря. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение
45. Дискинезия сфинктера Одди Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение
46. Постхолецистэктомический синдром. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Показания к хирургическому лечению.
47. Современные методы исследования поджелудочной железы.
48. Хронические панкреатиты. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Варианты клинического течения.
49. Хронические панкреатиты. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
50. Аутоиммунный панкреатит Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника. Варианты клинического течения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
51. Современные методы исследования тонкой и толстой кишки.
52. Функциональные расстройства кишечника. Классификация. Клиническая картина. Стандарты медикаментозной терапии.
53. Синдром раздраженного кишечника. Классификация. Клиническая симптоматика. Дифференциальный диагноз. Стандарт лечения.
54. Острые сосудистые заболевания тонкой кишки. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.
55. Хроническая диарея. Классификация. Дифференциальный диагноз. Тактика медикаментозной терапии.
56. Неспецифический язвенный колит. Этиология и патогенез. Морфология. Классификация. Клиника.
57. Неспецифический язвенный колит. Современные подходы к терапии резистентных форм заболевания.
58. Неспецифический язвенный колит. Местные осложнения. Осложнения общего характера. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, диспансеризация. Показания к оперативному лечению. Неспецифический язвенный колит. Этиология и патогенез. Морфология. Классификация. Клиника.

59. Болезнь Крона. Этиология и патогенез. Классификация.. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, диспансеризация. Показания к оперативному лечению.
60. Злокачественные новообразования толстого кишечника. Классификация. Особенности постановки диагноза.
61. Целиакия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Стандарты лечения.
62. Синдром запора. Патогенетические факторы развития. Профилактика. Современная терапия.
63. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика и дифференциальная диагностика. Осложнения. Современная терапия.
64. Полипы толстой кишки. Классификация. Дифференциальный диагноз. Методы лечения. Показания к оперативному лечению.
65. Синдром избыточного бактериального роста толстого кишечника. Этиология и патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.