

**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 № 6
«17» 06 2025 г.

УТВЕРЖДЕНО
приказом ректора
«20» 06 2025г.
№ 341

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**
*«Инновационные методы медикаментозной и биологической тера-
пии воспалительных заболеваний кишечника»*

По специальности:

Основная специальность – Гастроэнтерология

Трудоемкость: - 36 часов

Форма освоения: очная.

Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации

Ростов-на-Дону, 2025

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации *«Инновационные методы медикаментозной и биологической терапии воспалительных заболеваний кишечника»* обсуждена и одобрена на заседании кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии факультета *повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов* ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

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

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации *"Инновационные методы медикаментозной и биологической терапии воспалительных заболеваний кишечника"* (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.	<i>Яковлев Алексей Александрович</i>	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой гастроэнтерологии и эндоскопии, факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2.	<i>Бутова Елена Николаевна</i>	к.м.н.,	Доцент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии, факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России	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.

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статья 76.
- 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).
- ФГОС ВО по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 13 марта 2025г. № 298.
- 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

1.3. Цель реализации программы

Расширение области знаний, умений и профессиональных навыков, востребованных при диагностике и лечения воспалительных заболеваний кишечника.

Вид профессиональной деятельности: профилактика, диагностика и лечение заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы; медицинская реабилитация пациентов.

Уровень квалификации: 8

Связь Программы с профессиональным стандартом представить 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 (оказание медицинской помощи населению по профилю "гастроэнтерология")	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
А:	А/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности

1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

Планируемые результаты обучения

ПК	Описание компетенции	Код ТФ профстандарта
ПК-1	готовность к: разработке плана лечения пациента с воспалительными заболеваниями кишечника; назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с воспалительными заболеваниями кишечника; оценка эффективности и безопасности применения неме-	А/02.8

	дикаментозной терапии, лечебного питания у пациента воспалительными заболеваниями кишечника; направление пациента с воспалительными заболеваниями кишечника 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 должен знать: правила назначения лекарственных препаратов, медицинские показания к применению медицинских изделий при воспалительных заболеваниях кишечника; 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 воспалительными заболеваниями кишечника; методы немедикаментозной терапии, лечебное питание пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; должен уметь: составлять и обосновывать план лечения пациента с воспалительными заболеваниями кишечника в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями; назначать лекарственные препараты, пациенту с воспалительными заболеваниями кишечника в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; назначать немедикаментозное лечение и лечебное питание пациенту с воспалительными заболеваниями кишечника в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с воспалительными заболеваниями кишечника;	
--	---	--

	оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов у пациента с воспалительными заболеваниями кишечника; оценивать эффективность и безопасность применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациента с воспалительными заболеваниями кишечника; направлять пациента с воспалительными заболеваниями кишечника для оказания медицинской помощи в стационар или в дневной стационар.	
	должен владеть: составлять и обосновывать план лечения пациента с воспалительными заболеваниями кишечника в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями; назначать лекарственные препараты, пациенту с воспалительными заболеваниями кишечника в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; назначать немедикаментозное лечение и лечебное питание пациенту с воспалительными заболеваниями кишечника в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с воспалительными заболеваниями кишечника; оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов у пациента с воспалительными заболеваниями кишечника; оценивать эффективность и безопасность применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациента с воспалительными заболеваниями кишечника; направлять пациента с воспалительными заболеваниями кишечника для оказания медицинской помощи в стационар или в дневной стационар.	

1.5 Форма обучения

График обучения Форма обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Очная	6	6	1 неделя, 6 дней

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план.

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации

" Инновационные методы медикаментозной и биологической терапии воспалительных заболеваний кишечника ",

36 часов

№ №	Наименование модулей	Все- го ча- сов	Ча- сы без ДОТ и ЭО	В том числе				Ча- сы с ДОТ и ЭО	В том числе				Стажиров- ка (если входит в модуль)	Обучающий симуляцион- ный курс (если входит в мо- дуль)	Совершен- ствуемые (формируе- мые) ПК	Форма кон- троля
				Л З	С З	ПЗ	СР (если про- грамма очно- заоч- ная или заоч- ная)		ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР (если про- грам- ма очно- заоч- ная или заоч- ная)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Модуль1 Инновационные методы медикаментозной и биологической терапии воспалительных заболеваний кишечника															
1.1	Язвенный колит	20	10	2	4	4		10	4	6					ПК-1	ТК
1.2	Болезнь Крона	14	10	4	2	4		4	2	2					ПК-1	ТК
	Всего часов (специальные дисциплины)	34	20	6	6	8		14	6	8						
	Итоговая атте- стация	2														зачет
	Всего по программе	36	20	6	6	8		14	6	8						

2.2. Календарный учебный график.

Учебные занятия проводятся в течение 1 недели: шесть дней в неделю по 6 академических часа в день.

2.3. Рабочие программы учебных модулей.

Количество модулей определяется разработчиками и зависит от длительности программы и ее насыщения.

МОДУЛЬ 1

Название модуля: Инновационные методы медикаментозной и биологической терапии воспалительных заболеваний кишечника

Код	Наименование тем, элементов и т. Д.
1.1	Язвенный колит
1.1.1	Консервативное лечение
1.1.1.1	Принципы терапии
1.1.1.2	Проктит. Легкая и среднетяжелая атака
1.1.1.3	Проктит. Тяжелое течение
1.1.1.4	Левосторонний и тотальный язвенный колит. Легкая атака
1.1.1.5	Левосторонний и тотальный язвенный колит. Среднетяжелая атака
1.1.1.6	Левосторонний и тотальный язвенный колит. Тяжелая атака
1.1.1.7	Сверхтяжелый язвенный колит любой протяженности
1.1.2	Хирургическое лечение
1.1.2.1	Показания к хирургическому лечению ЯК: неэффективность или невозможность продолжения консервативной терапии.
1.1.2.2	Показания к хирургическому лечению ЯК: кишечные осложнения ЯК
1.1.2.3	Показания к хирургическому лечению ЯК: колоректальный рак
1.1.2.4	Виды хирургических вмешательств.
1.1.2.5	Выбор вида хирургического лечения

1.1.2.6	Особенности хирургического вмешательства при формировании тонкокишечного резервуара (ИАРА)
1.1.2.7	Медикаментозная терапия в период хирургического лечения.
1.1.2.8	Резервуарит и другие осложнения хирургического лечения при формировании тонкокишечного резервуара
1.1.2.9	Дисфункция илеостомы после хирургического лечения ЯК.
1.1.3	Реабилитация
1.1.4	Профилактика
1.1.5	Особенности лечения ВЗК у беременных.
1.2.	Болезнь Крона
1.2.1	Консервативное лечение
1.2.1.1	БК в форме терминального илеита, легкая степень тяжести
1.2.1.2	БК илеоцекальной локализации средней тяжести
1.2.1.3	БК толстой кишки любой локализации
1.2.1.4	БК тонкой кишки (кроме терминального илеита)
1.2.1.5	Тяжелое течение активной БК любой локализации
1.2.1.6	БК с перианальными поражениями
1.2.1.7	Мониторинг эффективности и побочных эффектов лекарственной терапии
1.2.2	Хирургическое лечение БК
1.2.2.1	Показания к хирургическому лечению БК
1.2.2.2	Хирургическое лечение БК в форме терминального илеита или илеоколита
1.2.2.3	Хирургическое лечение БК толстой кишки
1.2.2.4	Хирургическое лечение БК с поражением верхних отделов ЖКТ

1.2.2.5	Лечение БК с перианальными поражениями (перианальная БК)
1.2.2.6	Противорецидивная терапия после хирургического лечения БК
1.2.2.7	Дисфункция илеостомы после хирургического лечения БК
1.2.3	Реабилитация
1.2.4	Профилактика

2.4. Оценка качества освоения программы.

2.4.1. Форма итоговой аттестации.

2.4.1.1. Контроль результатов обучения проводится:

- в виде итоговой аттестации (ИА).

Обучающийся допускается к ИА после освоения рабочих программ учебных модулей в объёме, предусмотренном учебным планом (УП). Форма итоговой аттестации – зачет, который проводится посредством: тестового контроля в АС ДПО и решения одной ситуационной задачи (в АС ДПО).

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

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

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
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	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования,	способность анализировать ситуацию, де-	способность выбрать метод решения проблемы	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается

	предъявляемые к заданию, выполнены	лать выводы	уверенные навыки решения ситуации	одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
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	Отсутствует

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

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.	Помещения (эндоскопическое отделение клиники ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ (Литер Б-А , 5 этаж)), эндоскопическое отделение: кабинет №513: помещения укомплектованы специализированной мебелью, источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, эндоскопический отсасывающий насос, видеоэндоскопический комплекс - видеоколоноскопCF-Q160L, видеоколоноскопCF-H-180AL, видеоколоноскопEC-250WL5, видеоколоноскопCF-Q150L,аргоно - плазменный коагулятор, баллонный дилататор, эндоскопический отсасыватель, набор для эндоскопической резекции слизистой

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 рук-во: краткое издание / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 480 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».

2.	Гастроэнтерология: рук-во / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».
	Дополнительная литература
1.	Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение: рук-во для врачей / под ред. А.В. Калинина, А.Ф. Логинова, А.И. Хазанова. – изд. 2-е, перераб. и доп. – Москва: МЕДпресс-информ, 2011. - 864 с.
2.	Гериатрическая гастроэнтерология: избранные лекции. Т.П. Денисова, Л.А. Тюльтева. - Москва: МИА, 2011. – 336с.
3.	Гастроэнтерология: справочник / под ред. А.Ю. Барановского. Санкт-Петербург: Питер, 2011. – 506 с.
4.	Практическая гастроэнтерология / Ф.И. Комаров, М.А. Осадчук, А.М. Осадчук. – Москва: МИА, 2010. – 480 с.
5.	Язвенный колит: руководство для врачей / В.Г. Румянцев. – Москва: МИА, 2009. – 424с.
6.	Заболевания желудочно-кишечного тракта у беременных / В. А. Ахмедов, М. А. Ливзан - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 128 с. Доступ из ЭБС «Консультант врача»
7.	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.

3.2.2. Информационно-коммуникационные ресурсы.

	Наименование ресурса	Электронный адрес
1.	Электронная библиотека РостГМУ.	
2.	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека: ЭБС. – Москва: ООО ГК «ГЭОТАР».	http://www.rosmedlib.ru
3.	Научная электронная библиотека eLIBRARY	
4.	Национальная электронная библиотека.	http://нэб.рф/
5.	БД издательства Springer Nature.	
6.	Электронная библиотека Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ).	
7.	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России.	
8.	Архив научных журналов / НЭИКОН	<u>(поисковая система Яндекс)</u>
9.	КиберЛенинка : науч. электрон. биб-ка.	h t t p
10.	МЕДВЕСТНИК. Портал российского врача: библиотека, база знаний.	
11.	Медицинский Вестник Юга России	или с сайта РостГМУ <u>(поисковая система Яндекс)</u>

12.	Южно-Российский журнал терапевтической практики.	
13.	National Library of Medicine (PubMed).	http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/
14.	Directory of Open Access Journals	
15.	<u>Free Medical Journals.</u>	http://freemedicaljournals.com
16.	<u>Free Medical Books.</u>	http://www.freebooks4doctors.com
17.	<u>International Scientific Publications.</u>	http://www.scientific-publications.net/ru/
18.	: международ. мед. Портал	
19.	ECO-Vector Journals Portal / <u>Open Journal Systems.</u>	http://journals.eco-vector.com/
20.	Evrika.ru информационно-образовательный портал для врачей	
21.	Med-Edu.ru: медицинский видеопортал.	
22.	DoctorSPB.ru: информ.-справ. портал о медицине.	
23.	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России.	http://cr.rosminzdrav.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 образователь-

ным 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 специальности «Гастроэнтерология», «Эндоскопия» 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)
-----------------------	------------------------------------	--	------------------	--

	Яковлев Алексей Александрович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой гастроэнтерологи и и эндоскопии, факультета повышения квалификации и профессионально й переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
	Бутова Елена Николаевна	к.м.н.	Доцент кафедры гастроэнтерологи и и эндоскопии, факультета повышения квалификации и профессионально й переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
	Волков Александр Сергеевич	к.м.н.	Доцент кафедры гастроэнтерологи и и эндоскопии, факультета повышения квалификации и профессионально й переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Оформление тестов фонда тестовых заданий.

к дополнительной профессиональной образовательной программе
повышения квалификации врачей *«Инновационные методы медикаментоз-
ной и биологической терапии воспалительных заболеваний кишечника»* со
сроком освоения 36 академических часов по специальностям *«Гастроэнте-
рология»*

1	Кафедра	гастроэнтерологии и эндоскопии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной пере- подготовки 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 дисци- плина	Гастроэнтерология
10	Учебный предмет	Гастроэнтерология
11	Учебный год со- ставления	2025
12	Специальность	Гастроэнтерология
13	Форма обучения	очная
14	Модуль	<i>Инновационные методы медикаментозной и биологической терапии воспалительных забо- леваний кишечника</i>
15	Тема	1.1 - 1.2
16	Подтема	все
17	Количество во- просов	30
18	Тип вопроса	<i>single</i>
19	Источник	-

Список тестовых заданий

1	1	1			
1			Фактором риска развития рака толстой кишки у пациентов с язвенным колитом является		
			Развитие склерозирующего холангита		
			Приём глюкокортикоидов		
	*		Тяжёлая дисплазия слизистой оболочки толстой кишки		
			Развитие псевдополипоза		
1	1	2			
2			Неоперированный больной язвенным колитом должен получать противорецидивную терапию		
	*		Пожизненно		
			В течение 2 лет после достижения стойкой ремиссии		
			В течение 5 лет после достижения стойкой ремиссии		
			В течение 1 года после достижения стойкой ремиссии		
1	1	3			
3			Поражение прямой кишки при язвенном колите может быть в:		
			25 - 50% случаев		
			70 - 85% случаев		
			50 - 70% случаев		
	*		100% случаев		
			10 - 20% случаев		
1	1	4			
4			При язвенном колите в патологический процесс вовлекается		
			слизистая и подслизистая оболочки		
			серозная оболочка		
			мышечный слой кишки		
	*		слизистая оболочка		

			вся стенка кишки		
1	1	5			
5			Токсическая дилатация толстой кишки является типичным осложнением при:		
			дивертикулезе толстой кишки		
			полипозе толстой кишки		
			болезни Крона		
			врожденной долихосигме		
	*		язвенном колите		
1	1	6			
6			При язвенном колите диагностическое значение имеют следующие рентгенологические признаки:		
			множественные гаустрации		
			увеличение диаметра кишки		
			мешковидные выпячивания по контуру кишки		
			вид "булыжной мостовой"		
	*		изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки		
1	1	7			
7			Наиболее часто и наиболее быстро формирует кишечную облитерацию		
			Язвенный колит		
	*		Болезнь Крона		
			Псевдомембранозный колит		
			Ишемический колит		
1	1	8			
8			При болезни Крона чаще поражается		
			прямая кишка		
			аппендикс		
	*		подвздошная кишка		
			желудок		
			пищевод		

1	1	9			
9			Риск колоректального рака у больных язвенным колитом возрастает через ____ лет от дебюта заболевания		
			20		
			10-15		
	*		6-8		
			5-10		
1	1	10			
10			К гистологическим данным, позволяющим дифференцировать болезнь Крона и язвенный колит, относят		
	*		Эпителиодно-клеточные гранулёмы в подслизистом слое		
			Крипт-абсцессы		
			Атрофию слизистой		
1	1	11			
11			Наиболее характерными патоморфологическими аспектами регионарного илеита (болезни Крона) являются:		
			поверхностные эрозии		
	*		вовлечение в процесс всех слоев кишки		
			вовлечение в процесс только слизистой оболочки		
			глубокие язвенные дефекты		
1	1	12			
12			Сходную с болезнью Крона морфологическую картину имеет		
	*		Туберкулёз толстой кишки		
			Псевдомембранозный колит		
			Язвенный колит		
1	1	13			
13			При выявлении скрытой крови в кале		

			у больного с клиническими проявлениями синдрома раздражённого кишечника необходимо исключить		
	*		Язвенный колит		
			Спаечную болезнь		
			Долихосигму		
1	1	14			
14			Показанием к оперативному лечению язвенного колита являются:		
	*		неэффективность консервативного лечения		
			тотальное поражение толстой кишки		
			первичный склерозирующий холангит		
1	1	15			
15			Повышает риск развития колоректального рака у больных язвенным колитом		
	*		Наличие тотальной формы язвенного колита		
			Наличие вирусного гепатита С		
			Наличие внекишечных кожных проявлений		
1	1	16			
16			Под левосторонним язвенным колитом понимают поражение		
	*		Прямой, сигмовидной и нисходящей кишок		
			Поперечной ободочной и прямой		
			Поперечной ободочной и слепой		
1	1	17			
17			Поддерживающую терапию азатиоприном у больных язвенным колитом продолжают не менее		
			6 месяцев		
			3 месяцев		
	*		2 лет		

			5 лет		
1	1	18			
18			Среди воспалительных заболеваний кишечника при первичном склерозирующем холангите чаще всего встречается		
			Лимфоцитарный колит		
			Болезнь Крона		
			Коллагеновый колит		
	*		Язвенный колит		
1	1	19			
19			Язвенный колит чаще диагностируют у		
			Лиц среднего возраста		
	*		Молодых людей		
			Пожилых людей		
			Долгожителей		
1	1	20			
20			Поддерживающая доза месалазина в лечении больных язвенным колитом составляет ____ г в сутки		
			0,5		
			0,25		
	*		2		
			5,0		
1	1	21			
21			Для клеточного состава инфильтрата кишечной стенки при болезни Крона характерно преобладание всех следующих элементов, кроме		
	*		эритроцитов		
			эпителиальных клеток		
			лимфоцитов		
			плазматических клеток		

			эозинофилов		
1	1	22			
22			К основному клиническому симптому язвенного колита относят		
			рвоту, приносящую облегчение		
			запоры		
			боль в эпигастрии		
	*		частый жидкий стул с примесью крови		
1	1	23			
23			При выявлении тяжёлой дисплазии слизистой оболочки толстой кишки больным язвенным колитом назначают		
			Увеличение суточной дозы месалазина		
			Инфликсимаб		
			Азатиоприн		
	*		Оперативное лечение		
1	1	24			
24			При проведении канцерпревенции больным язвенным колитом назначают		
			Омепразол		
			Аскорбиновую кислоту		
	*		Месалазин		
			Панкреатин		
1	1	25			
25			Подготовку к проведению колоноскопии у больных язвенным колитом следует проводить		
	*		Полиэтиленгликолем		
			Препаратами фосфо-сода		
			Касторовым маслом		
			Листьями сенны		
1	1	26			

26			При подозрении развития у больного язвенным колитом первичного склерозирующего холангита необходима консультацию		
	*		Гепатолога		
			Ревматолога		
			Фтизиатра		
			Хирурга		
1	1	27			
27			При болезни Крона поражаются		
			Слизистый и подслизистый слои		
	*		Все слои кишечника		
			Подслизистый и мышечный слои		
			Мышечный слой и серозная оболочка		
1	1	28			
28			Повышение уровня кальпротектина в кале выше 300 мкг/г подтверждается диагноз		
			«Глютеновая энтеропатия»		
			«Аскаридоз»		
	*		«Болезнь Крона»		
			«Синдром раздражённого кишечника»		
1	1	29			
29			Наиболее частым показание к хирургическому лечению болезни Крона является		
			Наличие внешних свищей		
			Инфильтрат в животе		
	*		Кишечная непроходимость		
			Наличие внутренних свищей		
1	1	30			
30			Базисная терапия болезни Крона, резистентная к глюкокортикостероидам, включает		
			Антибиотики		

			Антидепрессанты		
	*		Иммуносупрессоры		
			Препараты 5-АСК		

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 – 270×10^9 , 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 ко-

лоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

ВОПРОСЫ

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
 - a. Язвенный колит, средней степени тяжести с поражением прямой и сигмовидного отдела толстой кишки, эрозивно-геморрагическая форма, острое течение с постепенным началом, фаза обострения. *
 - b. Язвенный колит, тяжёлой степени с поражением прямой и сигмовидного отдела толстой кишки, эрозивно-геморрагическая форма, фаза ремиссии.
 - c. Анемия средней степени тяжести. *
 - d. Анемия тяжёлой степени.
2. На основании каких данных были поставлены данные диагнозы:
 - a. Характерных клинических проявлений – диареи с примесью слизи, крови в течении трёх месяцев. *
 - b. Эндоскопических признаков поражения прямой кишки, контактной кровоточивости, наличия поверхностных эрозий слизистой толстой кишки. *
 - c. снижения цифр гемоглобина и эритроцитов в общем анализе крови. *
3. Составьте план дополнительного обследования:
 - a. общий анализ мочи *
 - b. 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) *
 - c. гистологическое исследование биоптатов толстой кишки *
 - d. бактериологическое исследование кала, выявление в кале токсинов А и В к *Clostridium difficile* *
4. Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации?
 - a. Месалазин 4-5 г перорально *
 - b. Месалазином ректально (свечи, пена, микроклизмы) 2-4 г в сутки *
 - c. 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.

ВОПРОСЫ.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
 - a. Язвенный колит, левосторонняя форма, хроническое рецидивирующее течение, тяжёлой степени.*
 - b. Язвенный колит, тотальная форма, хроническое рецидивирующее течение, тяжёлой степени.
 - c. Язвенный колит, левосторонняя форма, хроническое рецидивирующее течение, лёгкой степени.

2. Перечислите предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания:
 - a. Генетическая предрасположенность («повышенная кишечная проницаемость» - ген NOD2/CARD15) *
 - b. Вирусные инфекции – вирус кори; бактериальные инфекции – Chlamydiae, Listeria monocytogenes, Pseudomonas sp., Mycobacterium paratuberculosis *
 - c. 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 *
 - d. Психологические факторы *
3. Какие внекишечные проявления возможны при данной патологии?
 - a. аутоиммунные, связанные с активностью заболевания: артропатии (артралгии, артриты) *
 - b. поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия) *
 - c. поражение СО (афтозный стоматит) *
 - d. поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит) *
 - e. аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания *
4. Какие антибактериальные препараты показаны при данном заболевании?
 - a. Метронидазол *
 - b. Фторхинолоны (Ципрофлоксацин, Офлоксацин) *
 - c. Цефалоспорины *

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.

ВОПРОСЫ.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
 - a. Язвенный колит, средней степени тяжести *
 - b. Язвенный колит, лёгкой степени тяжести
 - c. Язвенный колит, тяжёлое течение
2. Назовите основные критерии, на основании которых был выставлен диагноз:
 - a. Жидкий стул с примесью крови 5-7 раз в сутки *
 - b. Повышение температуры тела до $37,5^{\circ}C$ *
 - c. Слабость, головокружение *
 - d. Наличие суставного синдрома *
 - e. Данные осмотра *
 - f. Лабораторные данные (анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ) *
3. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику:
 - a. Болезнь Крона *
 - b. Псевдомембранозный колит *
 - c. Опухоль толстой кишки *

Задача № 4

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 $37,6^{\circ}C$ 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 $38,0^{\circ}C$. 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 $38,5^{\circ}C$, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфеб-

рильных 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. Имеются неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках.

ВОПРОСЫ.

1. Назовите наиболее вероятный диагноз:

- a. Болезнь Крона, илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, хроническое рецидивирующее течение, средне-тяжёлая форма, осложнённая периаанальным поражением (свищ). *
 - b. Язвенный колит, тотальная форма, хроническое рецидивирующее течение, тяжёлой степени.
 - c. Болезнь Крона, илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, хроническое рецидивирующее течение, лёгкая форма, без осложнения.
2. Назовите критерии, на основании которых был выставлен диагноз:
- a. На операции выявлена утолщённая подвздошная кишка с рыхлой отёчной стенкой, увеличение брыжеечных лимфоузлов, неизменённым червеобразным отростком на операции *
 - b. Хронического течения болезни, сопровождающегося болями в животе постоянного характера, диареей, лихорадкой у молодого пациента *
 - c. Синдромы мальабсорбции и мальдигестии средне-тяжёлой степени. *
3. Составьте план дополнительного исследования:
- a. Биохимическое исследование крови с определением электролитов и микроэлементов (магний, железо, кальций) для оценки степени мальдигестии *
 - b. Анализ кала на фекальный кальпротектин *
 - c. Анализ крови на антитела ASCA и ANCA для дифференциальной диагностики с ЯК *
 - d. УЗИ органов брюшной полости *
 - e. ФЭГДС *