федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по развитию
регионального
здравоохранения и
медицинской деятельности
_____ О.Н. Барканова
«26» 08 2026 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕЙ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНАМ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ-

программы ординатуры

по специальности 31.08.46 Ревматология

Для обучающихся 2025, 2026 годов поступления (актуализированная редакция)

Волгоград, 2026

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ» ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ 2025, 2026 ГОДОВ ПОСТУПЛЕНИЯ ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.46 РЕВМАТОЛГИЯ

ПЕРЕЧЕНЬ УНИВЕРСАЛЬНЫХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ВЫПУСКНИКОВ И ИНДИКАТОРЫ ИХ ДОСТИЖЕНИЯ

Коды компетенций	Название компетенции	Содержание и структура универсальных компетенций и индикаторы их достижения		
		ИД УК-1 знания	**ИД УК-2 умения**	**ИД УК-3 навыки**
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 - основные понятия, используемые в ревматологии; научные идеи и тенденции ревматологии 2 – структурно-функциональные особенности соединительной ткани, опорно-двигательнного аппарата человека; основные принципы функционирования опорно-двигательнного аппарата, соединительной ткани, ее взаимосвязь с другими органами и системами;	1 -критически оценивать поступающую информацию вне зависимости от ее источника; управлять информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников; 2 - избегать автоматического применения стандартных приемов при решении профессиональных задач; использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимой терапии.	1- навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной информации; навыками управления информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников; 2 - навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач; владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях.
Коды компетенций	**Название компетенции**	**Содержание и структура профессиональных компетенций и индикаторы их достижения**		
		ИД ПК-1 знания	**ИД ПК-2 умения**	**ИД ПК-3 навыки**
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1 - причины возникновения соматических заболеваний; группы риска по развитию различных ревматологических заболеваний у взрослого населения 2 - патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных ревматологических заболеваний человека; 3 - методы ранней диагностики и скрининга патологии , методы профилактики соматических заболеваний;	1 -проводить консультации с больными по вопросам заболевания; по вопросам формирования здорового образа жизни, первичной и вторичной профилактики ревматологических заболеваний; 2 - осуществлять мероприятия по ранней диагностике, выявлению причин и условий возникновения болезней .	1 - методами ранней диагностики ревматологических заболеваний; методами профилактики ревматологических заболеваний; 2 - навыками работы в группах риска по развитию ревматологических заболеваний.
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	1 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных ревматологических заболеваний человека; 2 - основы фармакотерапии при различных формах ревматологической патологии	1 - проводить консультации с больными по вопросам первичной и вторичной профилактики ревматологических заболеваний; 2 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия с учетом сопутствующей патологии	1 - навыками профилактики ревматологических заболеваний; 2 - навыками диспансеризаци и пациентов, с различной ревматологической патологией.

ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1 - возрастные особенности опорно-двигательного аппарата, соединительной ткани, общие закономерности патогенеза наиболее распространенных заболеваний человека; современные классификации различных ревматологических заболеваний 2 клиническую симптоматику и патогенез основных ревматологических заболеваний; основные методы лабораторной и инструментальной диагностики ревматологических заболеваний; 3 - основные дифференциально-диагностические критерии различных ревматологических заболеваний; основы фармакотерапии при различных формах ревматологической патологии .	1 - определять клинические симптомы и синдромы, характерные для различных ревматологических заболеваний; 2 - назначать методы обследования, необходимые для диагностики разных ревматологических заболеваний у населения; планировать лабораторное и функциональное обследование лиц различного возраста; 3 - правильно интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования при наиболее часто встречающихся у населения ревматологических заболеваниях.	1- навыками определения симптомов, характерных для различной ревматологической патологии; методикой сбора ревматологического анамнеза, в том числе у детей раннего возраста; навыками проведения клинического обследования при различной ревматологической патологии; 2 - дифференциальной диагностикой основных ревматологических заболеваний человека; навыками интерпретации результатов обследования у пациентов ревматологического профиля; 3- навыками формулировки диагноза в соответствии с современными классификациям и рекомендациями
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у ревматологических пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	принципы и методы санаторно-курортного лечения, показания и противопоказания к применению данных методов лечения и реабилитации	1 - определять необходимость и вид санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях ревматологических состояний	1 – методологией проведения медицинской реабилитации пациентов ревматологического профиля; алгоритмами применения санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях ревматологических состояний

Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины[1]

№ п/п	а) Основная литература:	Кол-во экземпляров
1.	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html	Режим доступа : по подписке.
2.	Циммерман, Я. С. Гастроэнтерология : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-3273-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html	Режим доступа: по подписке.
3.	Пиманов С. И. Гастроэнтерология / С. И. Пиманов. - Витебск : ВГМУ, 2018. - 286 с. - ISBN 9789854669298. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : https://www.books-up.ru/ru/book/gastroenterologiya-12102458/	
4.	Дементьев, А. С. Гастроэнтерология. Стандарты медицинской помощи / сост.: А. С. Дементьев, И. Р. Манеров, С. Ю. Кочетков, Е. Ю. Чепанова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 384 с. - (Стандарты медицинской помощи). - ISBN 978-5-9704-3670-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436707.html	
№ п/п	**б) Дополнительная литература:**	**Кол-во экземпляров**
1.	Грищенко Е. Г. Хронические заболевания кишечника / Е. Г. Грищенко, Н. Н. Николаева, О. А. Байкова. - Красноярск : КрасГМУ, 2019. - 284 с. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : https://www.books-up.ru/ru/book/hronicheskie-zabolevaniya-kishechnika-9534425/	
2.	Ивашкин, В. Т. Пропедевтика внутренних болезней. Гастроэнтерология : учебное пособие / Ивашкин В. Т., Драпкина О. М. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-2279-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970422793.html	Режим доступа : по подписке.
3.	Избранные разделы гастроэнтерологии: клиника и диагностика : учебное пособие / сост.: И. Г. Малахова [и др.]. — Ижевск : ИГМА, 2016. — 80 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/134643	

[1] Изменения в учебно-методическом и информационном обеспечении дисциплины утверждены на кафедральном заседании (протокол №4 от 12.05.2025 г.)

4.	Детская гастроэнтерология / под ред. Мельниковой И. Ю. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 480 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-5175-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970451755.html	Режим доступа : по подписке.
5.	Детская гастроэнтерология : практическое руководство / под ред. И. Ю. Мельниковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-7381-8, DOI: 10.33029/9704-7381-8-PGP-2023-1-528. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970473818.html	Режим доступа: по подписке.
6.	Детская гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. С. В. Бельмера, А. Ю. Разумовского, А. И. Хавкина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6990-3, DOI: 10.33029/9704-6990-3-GAS-2022-1-864. – Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970469903.html	Режим доступа: по подписке
7.	Острый панкреатит: комплексная диагностика, прогнозирование осложнений и лечение / М. А. Топчиев, Э. А. Кчибеков, Д. С. Паршин и др. - Астрахань : Астраханский ГМУ, 2017. - 121 с. - ISBN 9785442402643. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : https://www.books-up.ru/ru/book/ostryj-pankreatit-kompleksnaya-diagnostika-prognozirovanie-oslozhnenij-i-lechenie-11259685/	
8.	Николаева Н. Н. Болезни органов пищеварения. В 3 ч. Ч. 1 / Н. Н. Николаева, Е. Г. Грищенко, Л. В. Николаева. - Красноярск : КрасГМУ, 2019. - 29 с. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : https://www.books-up.ru/ru/book/bolezni-organov-picshevareniya-v-3-ch-chast-1-9534590/	
9.	Болезнь Гиршпрунга у детей : руководство для врачей / под ред. А. Ю. Разумовского, А. Ф. Дронова, А. Н. Смирнова, В. В. Холостовой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 368 с. - ISBN 978-5-9704-4887-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448878.html	Режим доступа : по подписке.
10.	Клиническая лабораторная диагностика заболеваний печени и желчевыводящих путей : руководство для врачей / Карпищенко А. И. [и др.] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-5256-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452561.html	Режим доступа : по подписке.
11.	Павлов, Ч. С. Неалкогольная жировая болезнь печени / Ч. С. Павлов, Е. А. Кузнецова, Ю. О. Шульпекова, М. Ч. Семенистая. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 64 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-5333-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453339.html	Режим доступа : по подписке.

12.	Младенческая гастроэнтерология : руководство для врачей / М. Ю. Денисов, А. С. Якушин, Е. В. Гильд, Н. А. Аксенов. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-6963-7. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970469637.html	Режим доступа : по подписке.
13.	Гериатрическая гастроэнтерология : руководство для врачей / под ред. Л. П. Хорошининой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 736 с. – (Библиотека врача-гериатра). - ISBN 978-5-9704-6486-1. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970464861.html	Режим доступа : по подписке.
14.	Клинические рекомендации по гастроэнтерологии : методические рекомендации / составители Е. Г. Грищенко [и др.]. — 7-е. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 351 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/131431	Режим доступа: для авториз. пользователей.
15.	Бакулин, И. Г. Тромбоцитопения в практике терапевта и гастроэнтеролога : учебное пособие / И. Г. Бакулин, Л. Н. Белоусова. — Санкт-Петербург : СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2019. — 48 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/242288	Режим доступа: для авториз. пользователей.
16.	Козакова, С. А. Хронический панкреатит в практике терапевта и гастроэнтеролога : учебное пособие / С. А. Козакова. — Ставрополь : СтГМУ, 2021. — 164 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/328607	Режим доступа: для авториз. пользователей.
17.	Маев, И. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь : учебное пособие / Маев И. В., Юренев Г. Л., Вьючнова Е. С.,Андреев Д. Н., Дичева Д. Т., Парцваниа-Виноградова Е. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 80 с. - ISBN 978-5-9704-4674-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446744.html	Режим доступа : по подписке.
18.	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / под ред.Ших Е. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-5012-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970450123.html	Режим доступа : по подписке.
19.	Маев, И. В. Болезни пищевода / Маев И. В., Бусарова Г. А., Андреев Д. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-4874-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448748.html	Режим доступа : по подписке.
20.	Болезни билиарного тракта у детей : руководство по диагностике и лечению / Под ред. Л. А. Харитоновой, К. И. Григорьева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-7587-4, DOI: 10.33029/9704-7587-4-BIL-2023-1-352. - Текст : электронный // ЭБС	Режим доступа: по подписке.

	"Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475874.html	
21.	Ривкин, В. Л. Болезни прямой кишки / Ривкин В. Л. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 128 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4318-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970443187.html	Режим доступа : по подписке.
23.	Органы пищеварения и COVID-19. : руководство для врачей / Л. Б. Лазебник, В. Б. Гриневич, Ю. А. Кравчук, А. К. Ратникова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 224 с. - (COVID-19: от диагноза до реабилитации. Опыт профессионалов). - ISBN 978-5-9704-7079-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470794.html	Режим доступа : по подписке.
24.	Лемешко, З. А. Ультразвуковая диагностика заболеваний желудка / Лемешко З. А., Османова З. М. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 88 с. - ISBN 978-5-9704-5944-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459447.html	Режим доступа : по подписке.
25.	Эндоскопия желудочно-кишечного тракта / С. А. Палевская, А. Г. Короткевич. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. : [сайт]. - URL : https://medbase.ru/book/ISBN9785970477519.html	Режим доступа: по подписке
26.	Анемия хронических заболеваний [Электронный ресурс] / под общ. ред. Крюкова Е.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. : [сайт]. - URL : https://medbase.ru/book/ISBN9785970459232.html	Режим доступа: по подписке
27.	Функциональные расстройства органов пищеварения у детей. Принципы диагностики и лечения (международные и отечественные рекомендации) [Электронный ресурс] / С. В. Бельмер, А. И. Хавкин, Д. В. Печкуров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. Серия "Библиотека врача-специалиста" : [сайт]. - URL : https://medbase.ru/book/ISBN9785970456439.html	Режим доступа: по подписке
28.	Хирургические болезни недоношенных детей : национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. Ю. А. Козлова, В. А. Новожилова, А. Ю. Разумовского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. : [сайт]. - URL : https://medbase.ru/book/ISBN9785970450727.html	Режим доступа: по подписке.
29.	Заболевания желудочно-кишечного тракта у беременных [Электронный ресурс] / В. А. Ахмедов, М. А. Ливзан - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. : [сайт]. - URL : https://medbase.ru/book/ISBN9785970438398.html	Режим доступа: по подписке.
30.	Ишемические болезни в практике семейного врача [Электронный ресурс] / Р.Е. Калинин [и др.] ; под ред. Р.Е. Калинина, В.Н. Абросимова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. :	Режим доступа: по подписке.

	[сайт]. - URL : https://medbase.ru/book/ISBN9785970436608.html	
31.	Нутрициология [Электронный ресурс] / Л.З. Тель [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. : [сайт]. - URL : https://medbase.ru/book/ISBN9785423502553.html	Режим доступа: по подписке.
32.	Клиническая диетология [Электронный ресурс] / В. П. Шевченко ; под ред. В. Т. Ивашкина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014 Серия "Библиотека врача-специалиста" : [сайт]. - URL : https://medbase.ru/book/ISBN9785970430088.html	Режим доступа: по подписке.

Клинические рекомендации

1. Клинические рекомендации «Язвенная болезнь». Год утверждения: 2024. Разработчик клинической рекомендации: Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Ассоциация "Эндоскопическое общество "РЭндО", Российское общество колоректальных хирургов, Межрегиональная Общественная Организация "Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека". https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/277_2
2. Клинические рекомендации «Синдром раздраженного кишечника». Год утверждения: 2024. Разработчик клинической рекомендации: Союз педиатров России, Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Межрегиональная Общественная Организация "Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека", Российское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/892_1
3. Клинические рекомендации «Энтероколит, вызванный Clostridioides difficile (C. difficile)». Год утверждения: 2024. Разработчик клинической рекомендации: Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Российское общество колоректальных хирургов, Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского (НАСИБ), Межрегиональная Общественная Организация "Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека", Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний, Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекционных и неинфекционных болезней (НАСКИ). https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/878_1
4. Клинические рекомендации «Желчнокаменная болезнь». Год утверждения: 2024. Разработчик клинической рекомендации: Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Ассоциация "Эндоскопическое

общество "РЭндО". https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/877_1
5. Клинические рекомендации «Хронический вирусный гепатит D (ХВГD) у взрослых». Год утверждения: 2024. Разработчик клинической рекомендации: Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Российское общество по изучению печени, Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского (НАСИБ). https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/673_2
6. Клинические рекомендации «Хронический панкреатит». Год утверждения: 2024. Разработчик клинической рекомендации: Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Международная общественная организация "Ассоциация хирургов-гепатологов", Ассоциация "Эндоскопическое общество "РЭндО", Межрегиональная Общественная Организация "Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека". https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/273_5
7. Клинические рекомендации «Холецистит». Год утверждения: 2024. Разработчик клинической рекомендации: Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/819_1
8. Клинические рекомендации «Алкогольная болезнь печени». Год утверждения: 2024. Разработчик клинической рекомендации: Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Общероссийская общественная организация "Российское научное медицинское общество терапевтов", Ассоциация психиатров и психологов за научно-обоснованную практику, Российское общество по изучению печени, Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/711_2
9. Клинические рекомендации «Неалкогольная жировая болезнь печени». Год утверждения: 2024. Разработчик клинической рекомендации: Российская ассоциация эндокринологов, Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Общероссийская общественная организация "Российское научное медицинское общество терапевтов", Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров», Российское общество по изучению печени, Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний, Национальное общество профилактической кардиологии. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/748_2
10. Клинические рекомендации «Дивертикулярная болезнь». Год утверждения: 2024. Разработчик клинической рекомендации: Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/179_3
11. Клинические рекомендации «Запор». Год утверждения: 2024. Разработчик клинической рекомендации: Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Российская Гастроэнтерологическая

Ассоциация, Межрегиональная Общественная Организация "Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека". https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/274_3

12. Клинические рекомендации «Болезнь Крона». Год утверждения: 2024. Разработчик клинической рекомендации: Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/176_2
13. Клинические рекомендации «Гастрит и дуоденит». Год утверждения: 2024. Разработчик клинической рекомендации: Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Ассоциация "Эндоскопическое общество "РЭндО", Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии, Межрегиональная Общественная Организация "Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека". https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/708_2
14. Клинические рекомендации «Язвенный колит». Год утверждения: 2024. Разработчик клинической рекомендации: Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/193_2
15. Клинические рекомендации «Другие нарушения накопления липидов (Дефицит лизосомой кислой липазы)». Год утверждения: 2024. Разработчик клинической рекомендации: Союз педиатров России, Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Ассоциация медицинских генетиков, Российское трансплантологическое общество. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/354_2
16. Клинические рекомендации «Лекарственные поражения печени (ЛПП) у взрослых». Год утверждения: 2024. Разработчик клинической рекомендации: Общероссийская общественная организация "Российское научное медицинское общество терапевтов", Научное общество гастроэнтерологов России. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/747_1
17. Клинические рекомендации «Хронический вирусный гепатит С». Год утверждения: 2024. Разработчик клинической рекомендации: Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Некоммерческое партнерство «Национальное научное общество инфекционистов», Российское общество по изучению печени. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/516_2
18. Клинические рекомендации «Цирроз и фиброз печени». Год утверждения: 2024. Разработчик клинической рекомендации: Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Российское общество по изучению печени. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/715_1

Периодические издания (специальные, ведомственные журналы):

1. Клиническая лабораторная диагностика

2. Клиническая медицина
3. Российский медицинский журнал
4. Терапевтический архив

в) Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

Электронные ресурсы: базы данных, информационно-справочные и поисковые системы - Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины, в том числе:

- Стандарты медицинской помощи: http://www.rspor.ru/index.php?mod1=standarts3&mod2=db1
- Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации https://cr.minzdrav.gov.ru/[2]
- Российская энциклопедия лекарств (РЛС): http://www.rlsnet.ru
- Межрегиональное общество специалистов доказательной медицины.
- http://www.osdm.org/index.php
- Московский центр доказательной медицины. http://evbmed.fbm.msu.ru/

Электронные версии журналов:

- «Consilium medicum» - http://www.consilium-medicum.com/media/consilium
- «Вестник доказательной медицины» http://www.evidence-update.ru/
- «Врач» - http://www.rusvrach.ru/jornals/vrach
- «Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии» - http://www.m-vesti.ru/rggk/rggk.html
- «Русский медицинский журнал» - http://www.rmj.ru
- «Справочник поликлинического врача» - - http://www.consilium-medicum.com/media/refer
- «Трудный пациент» - http://www.t-pacient.ru
- «Фарматека» - http://www.pharmateca.ru

Фонд оценочных средств (компетентностный подход)
для дисциплины «Гастроэнтерология»

[2] Изменения в Интернет-ресурсах дисциплины утверждены на кафедральном заседании (протокол №4 от 20.05.2024 г.)

Фонд оценочных средств (компетентностный подход)
для дисциплины «Гастроэнтерология»
базовой части основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: 31.08.46
Ревматология

УК-1. Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

УК-1 ИД УК-1: Знать 1 - основные понятия, используемые в ревматологии; научные идеи и тенденции ревматологии
2 – структурно-функциональные особенности соединительной ткани, опорно-двигательнного аппарата человека; основные принципы функционирования опорно-двигательнного аппарата, соединительной ткани, ее взаимосвязь с другими органами и системами;

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	При псевдокоронарном (эзофагеальном) синдроме при ГЭРБ боль купирует: а. нитроглицерин б. изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное) в. транквилизаторы г. холинолитики д. спазмолитики	б. изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное)	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	Коньюгированный билирубин образуется в клетках печени с помощью фермента: а. глюкоронилтрансферазы б. лейцинаминопептидазы в. кислой фосфатазы г. нуклеотидазы д. глутаматдегидрогеназы	а. глюкоронилтрансферазы	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	Значительное увеличение в слюне и поте натрия, хлора и калия указывают на: а. паротит б. сахарный диабет в. хронический панкреатит г. кистозный фиброз поджелудочной железы д. рак поджелудочной железы	г. кистозный фиброз поджелудочной железы	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

4.	Желчные камни чаще всего состоят из: а. солей желчных кислот б. холестерина в. оксалатов г. мочевой кислоты д. цистина	б. холестерина	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
5.	Чаще всего дивертикулы толстой кишки обнаруживаются в: а. прямой кишке б. сигмовидной кишке в. нисходящей кишке г. поперечно-ободочной кишке д. слепой кишке	б. сигмовидной кишке	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Пациент 40 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в животе, метеоризм, кашицеобразный, иногда водянистый, пенистый стул, который иногда чередуется с запорами, также отмечает общую слабость. Свое состояние связывает с приемом молока, хотя в детстве подобного не замечал. Симптомы появились после холецистэктомии по поводу гангренозного холецистита, с развитием в послеоперационном периоде динамической кишечной непроходимости, по поводу чего была выполнена резекция тонкой кишки. АД – 110/60 мм рт. ст., PS – 89 ударов в минуту, ЧДД – 18 в минуту, температура тела – 36,7 °С. Вопросы: 1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз. 2. Перечислите методы лабораторной диагностики данного заболевания. 3. Каковы основные принципы лечения данного заболевания? 4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 5. Перечислите основные причины данного состояния. 6. Определите тактику ведения больного. 7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.	1. Вторичная лактазная недостаточность. 2. Определение содержания углеводов в кале (должны отсутствовать). Определение уровня pH при копрологическом исследовании (не ниже 5,5). Определение содержания водорода, метана или меченного 14C CO2 во выдыхаемом воздухе и нагрузочные методы с лактозой. Морфологическое исследование слизистой оболочки тонкой кишки. 3. Лечение основного заболевания. Диетотерапия - ограничение или исключение употребления молока. Рекомендуется употребление низколактозных продуктов (кисломолочные продукты, масла, твѐрдых сыров). Не следует полностью исключать молочные продукты, являющиеся источником кальция. Через	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

		1-3 месяца диету следует постепенно расширять по переносимости под контролем клинических симптомов (диарея, метеоризм). 4. Функциональная диарея, СРК, аллергия на молочный белок. 5. Физиологическая лактазная недостаточность, врождѐнная (генетическая), приобретѐнная (обусловленная заболеванием кишечника, исчезающая после его устранения).	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1.	Дифференциальный диагноз при дисфагии. Программа обследования больных с дисфагией. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	Дифференциальный диагноз при гепатомегалии, гепатоспленомегалии.	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	Дифференциальная диагностика синдрома мальабсорбции.	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

УК-1 ИД УК-2: Уметь 1 -критически оценивать поступающую информацию вне зависимости от ее источника; управлять информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников; 2 - избегать автоматического применения стандартных приемов при решении профессиональных задач; использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимой терапии **Задания закрытого типа**

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Отрыжка и срыгивание, возникающие при наклоне туловища, наблюдаются при а. аэрофагии б. вегетативной лабильности в. недостаточности антропилорической области г. недостаточности кардии д. стриктурах пищевода	д. стриктурах пищевода	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	Ахлоргидрия отмечается при: а. пернициоэной анемии б. болезни Менетрие в. лимфоцитарном гастрите г. эозинофильном гастрите д. гранулематозном гастрите	а. пернициоэной анемии	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	Из факторов свертывания крови меньше всего страдает при заболеваниях печени: а. фибриноген б. тромбин в. фактор V г. антигемофильный глобулин д. фактор VII	г. антигемофильный глобулин	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
4.	В норме pH кала находится в пределах: а. 2,2 - 3,5 б. 3,8 - 4,5 в. 5,0 - 6,2 г. 6,8 - 7,3 д. 7,5 - 8,2	г. 6,8 - 7,3	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.r

			u/book/ISBN9785970444061.html
5.	Наиболее частая локализация рака поджелудочной железы: а. диффузная б. хвост в. тело г. головка д. выводной проток	г. головка	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больная М. 34 лет жалуется на боли жгучего характера в подложечной области, возникающие натощак и по ночам, изжогу, тошноту, иногда, на высоте болей, рвоту, приносящую облегчение. Данные симптомы беспокоят 10 лет, возникают, в основном, весной и осенью. Самостоятельно принимает соду, Алмагель, вызывающие положительный эффект. Настоящее обострение связывает с приѐмом Вольтарена по поводу болей в поясничной области. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски, влажная. Пульс – 60 ударов в минуту, АД – 100/70 мм рт. ст. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации резко болезненный в эпигастральной области. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2 дня). Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – 5,2×109 /л; лейкоформула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты - 27%, моноциты - 5%. Биохимический анализ крови: АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 32 ед/л. Диастаза мочи – 64 ед. 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 0,7 см в диаметре. Края дефекта имеют чѐткие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Бульбарные отделы без патологии.	1. Язвенная болезнь с локализацией язвы (0,7 см) средних размеров на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, фаза обострения. Рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. 2. 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 Helicobacterpylori. Эндогенные факторы: наследственная предрасположенность; первая группа крови; конституциональный статус; пол и возраст; заболевания внутренних органов; дисбактериоз гастродуоденальной зоны. 3. Показания к госпитализации: больные с осложнённым и часто рецидивирующим течением заболевания; больные язвой желудка, если нет возможности провести квалифицированное исследование	1. Клинические рекомендации «Язвенная болезнь». Год утверждения: 2024. Разработчик клинической рекомендации: Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Ассоциация "Эндоскопическое общество "РЭндО", Россий-ское общество колоректальных хирургов, Межрегиональная Общественная Организация "Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека". https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/277_2

	Хелик-тест: базальный уровень – 4 мм; нагрузочный уровень – 10 мм; показатель прироста – 6 мм; Нр (+). Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Перечислите экзогенные и эндогенные предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания. 3. Показания к госпитализации. 4. Осложнения данного заболевания. 5. Назначьте лечение. 6. Определите дальнейшую тактику ведения данного пациента 7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.	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. 4. Осложнения: кровотечение: а) лёгкое, б) средней степени, в) тяжёлое, г) крайне тяжёлое; перфорация; пенетрация; стеноз: а) компенсированный; б) субкомпенсированный; в) декомпенсированный; малигнизация. 5. Лечение: трёхкомпонентная схема: Омез 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 дней). При неэффективности - четырёхкомпонентная схема: Омез 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 дней).	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1.	Основные клинические синдромы, выявляемые при поражении поджелудочной железы.	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru

		/book/ISBN9785970444061.html
2.	Дифференциальный диагноз при диарее. Энтеральный и колитический синдром. Алгоритм диагностики при диарее.	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	Дифференциальный диагноз при кишечной диспепсии в поликлинических условиях. Причины, механизм развития, виды желудочной диспепсии. Алгоритм обследования больных. Принципы терапии и профилактики. Показания для госпитализации. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

УК-1 ИД УК-3: Владеть 1- навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной
информации; навыками управления информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников;
2 - навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач; владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников,
работать с информацией в глобальных компьютерных сетях.

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Патологический процесс при гранулематозном колите чаще развивается в: а. слизистой оболочке б. подслизистом слое в. мышечном слое г. субсерозном слое д. серозном слое	б. подслизистом слое	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	При симптомокомплексе "острого живота" исчезновение "печеночной тупости" свидетельствует: а. об остром панкреатите б. о функциональной кишечной непроходимости	в. о перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018.

	в. о перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки г. о механической кишечной непроходимости д. о правостороннем пневмосклерозе		- 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	Поражение печени при саркоидозе трудно дифференцировать а. с жировым гепатозом б. с первичным билиарным циррозом печени в. с кардиальным циррозом печени г. с гепатокарциномой д. со всем перечисленным	б. с первичным билиарным циррозом печени	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
4.	Высокий уровень трансаминаз в сыворотке крови указывает на: а. микронодулярный цирроз печени б. холестаз в. острый вирусный гепатит г. первичный билиарный цирроз д. аминазиновую желтуху	в. острый вирусный гепатит	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
5.	Сочетание цитолитического и мсзенхимально-воспалительного синдромов характерно для: а. острого вирусного гепатита С б. острого вирусного гепатита В в. аутоиммунного гепатита г. хронического неактивного гепатита д. гемохроматоза	в. аутоиммунного гепатита	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больной Д. 55 лет, начальник автоколонны, обратился с жалобами на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в положении лежа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна. Анамнез заболевания: указанные симптомы испытывает в течение трех лет, вначале появилась изжога после погрешности в	1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Неэрозивная форма ГЭРБ. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Ожирение 2 степени.	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / под ред. Ших Е. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-5012-3. - Текст : электронный // ЭБС

	питании, особенно при наклонах туловища; затем появились боли в собственно эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю независимо от качества пищи, появилась отрыжка кислым и горьким. В последний месяц состояние больного значительно ухудшилось: усилились боли, особенно ночью, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Для снятия изжоги и болей использовал соду, Алмагель, Маалокс. В последний месяц эти препараты перестали действовать. Пытался снять боль за грудиной нитроглицерином, однако существенного эффекта не было. Наблюдается с гипертонической болезнью с 53 лет, постоянно принимает Кордипин-ретард 20 мг в день. Курит. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, масса тела - 106 кг. (ИМТ - 38). Кожные покровы телесного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Область сердца без особенностей, перкуторно левая граница сердца по среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, частотой 66 в минуту. АД - 130/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Зоны Шоффара, Губергрица - Скульского безболезненные. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемглобин - 143 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты - 4,2×1012/л, лейкоциты - 8,6×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, альбумины - 38 г/л, фракции глобулинов в пределах нормы, глюкоза - 5,2 ммоль/л, билирубин общий - 16,3 мкмоль/л; прямой – 3,6 ммоль/л; АЛТ - 21 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ - 17 U/L (5-37 U/L); амилаза крови - 16 г/л (12-32 г/л в час). ФЭГДС: слизистая нижней трети пищевода несколько отечна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка и ДПК без особенностей. Rg – графия пищевода и желудка: пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всем протяжении. Желудок в форме крючка, газовый пузырь	2. Наличие у больного в течение нескольких лет изжоги, а в дальнейшем кислой отрыжки, боли в собственно эпигастрии и за грудиной некоронарогенного характера с частотой более одного раза в неделю за последний год (или 2 раза в неделю и более за последние 6 месяцев) позволяет установить диагноз ГЭРБ.Неэрозивная форма установлена в связи с отсутствием эрозий, отёк и гиперемия слизистой в данном случае классифицируются как НЭРБ.Превышение массы тела на 38% характерно для 2 степени ожирения.Скользящая грыжа пищеводного отверстия подтверждается данными эндоскопического и рентгенологического исследования. 3. Пациенту рекомендовано: исследование на Н.р. (выявлять Н.р. необходимо обязательно, так как лечение ГЭРБ предполагает длительный, иногда пожизненный приём ИПП, что при наличии Н.р. будет способствовать развитию атрофии слизистой, а в последующем и метаплазии и возможности развитии дисплазии и неоплазии), ЭКГ (страдает ГБ, необходимо оценивать состояние сердца), pH-метрия (определить количество и интенсивность кислотных выбросов), импедансометрия (проводится в случае, если сохраняется клиническая картина ГЭРБ при отсутствии кислотных выбросов по данным pH-метрии). 4. Для патогенетической терапии следует выбрать ИПП, причём препарат должен обладать наибольшей эффективностью действия, так как от этого зависит	"Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970450123.html

	небольшой. В положение Тренделенбурга дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременно, луковица ДПК без особенностей. Вопросы: 1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препарат какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор 5. Через 2 месяца рекомендуемой терапии, а также соблюдения диеты, режима труда и отдыха исчезли клинические проявления болезни, и в последние 2 недели никаких проявлений заболевания не было. При ФЭГДС исчезли гиперемия и отек слизистой. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор. 6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.	эффект противокислотной терапии. При ГЭРБ необходимо повысить pH в желудке до 4 и более и держать на таком уровне не менее 22 часов в сутки. Такими возможностями обладают оригинальные препараты, и в первую очередь Нексиум, затем Париет и Лосек мапс. Нексиум назначается 40 мг 1 раз в сутки (доза специально для лечения ГЭРБ). Продолжительность лечения 4-8 недель, препарат принимается утром за 30 минут до еды. Париет и лосек принимаются в стандартной суточной дозе. Учитывая неэрозивную форму ГЭРБ можно назначить прокинетики, однако вряд ли эта группа препаратов окажет хороший эффект, учитывая наличие ГПОД. Пробное назначение Мотилиума по 10 мг 3 раза 1 неделю. Рекомендуется назначать альгинаты – Гевискон двойного действия после приёма пищи и на ночь. Этот препарат способен образовывать в желудке плотную пену «плот», которыйперегораживает желудок на 2 полости, причём над плотом pH значительно выше чем под ним, и если идёт заброс в пищевод содержимого верхних отделов, то оно не обладает столь выраженными агрессивными свойствами. Двойное действие – это увеличении дозы солей кальция в 2 раза, что обеспечивает двойной эффект и способствует нейтрализации «кислотного кармана» Коррекция лекарственной терапии гипертонической болезни: антагонисты кальция отменить, перевести больного на В-блокаторы или ингибиторы АПФ, или ингибиторы ангиотензиновых	

		рецепторов. Осмотр хирурга с Rg-снимками для решения вопроса о необходимости оперативного лечения грыжи ПОД. Биопсия с гистологическим исследованием при очередной эзофагогастрофиброскопии с целью выявления метаплазии эпителия пищевода. 5. Пациента следует перевести на поддерживающую терапию ИПП 20 мг лучше на ночь. Пациенту рекомендовано продолжить вести дневник самочувствия с записью появления признаков рефлюкса, при отсутствии клинических проявлений в течение 4 недель перейти на терапию по требованию (ИПП и альгинаты принимать в течение 2-3 дней при появлении признаков рефлюкса). Если симптомы рефлюкса исчезают – приём препарата прекратить, если нет, то обратиться к участковому врачу. Рекомендации по изменению образа жизни: пожизненно (спать с приподнятым головным концом кровати – 15-20 см, снижение массы тела, не лежать после еды в течение 1.5 часов, не принимать пищу перед сном ограничить прием жиров, прекратить курение, избегать тесной одежды и тугих поясов, не принимать лекарственных препаратов оказывающих отрицательное действие на моторику и слизистую пищевода).	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1.	Дифференциальный диагноз при пищеводной и желудочной диспепсии в поликлинических условиях. Причины, механизм развития, виды желудочной диспепсии. Алгоритм обследования больных. Принципы терапии и профилактики. Показания для госпитализации. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст :

		электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	Принципы диагностики и лечения осложнений язвенной болезни (кровотечения, пенетрация, перфорация). Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	Дифференциальный диагноз при билиарной диспепсии в поликлинических условиях. Алгоритм обследования больных. Принципы терапии и профилактики. Показания для госпитализации. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

ПК-1. готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

ПК-1 ИД ПК-1: Знать 1 - причины возникновения соматических заболеваний; группы риска по развитию различных ревматологических заболеваний у взрослого населения

2 - патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных ревматологических заболеваний человека;

3 - методы ранней диагностики и скрининга патологии , методы профилактики соматических заболеваний;

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Внепищеводными синдромами ГЭРБ могут являться: а. жгучие загрудинные ангинозоподобные боли б. эрозии зубной эмали в. ларингит г. бронхиальная астма д. все выше перечисленное	д. все выше перечисленное	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС

			"Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	Лекарственные язвы чаще осложняются: а. кровотечением б. перфорацией в. стенозом г. малигнизацией д. пенетрацией	а. кровотечением	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	Характерной клинической чертой хронического панкреатита является: а. развитие сахарного диабета б. недостаточность функции внешней секреции (гипоферментемия) в. желтуха г. повышение аминотрансфераз д. гепатомегалия	б. недостаточность функции внешней секреции (гипоферментемия)	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
4.	Самым часто встречающимся симптомом аденоматозного полипа толстой или прямой кишки является: а. боль б. кровь при дефекации в. мелена г. диарея д. запор	б. кровь при дефекации	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
5.	Возбудитель описторхоза локализуется в: а. желчном пузыре б. поджелудочной железе в. желудочно-кишечном тракте г. желчновыделительной системе и поджелудочной железе д. желудке	г. желчновыделительной системе и поджелудочной железе	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Женщина 45 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема жирной, жареной пищи, физической нагрузки; боль иррадиирует 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 четырех 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 лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 72 в 1 минуту; АД – 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налѐтом 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. Селезенка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – 4,6×1012/л; лейкоциты – 11,2×109 /л; нейтрофилы сегментоядерные – 75%; нейтрофилы палочкоядерные – 2%; лимфоциты – 19%; моноциты – 3%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; Hb –	1. Хронический бескаменный холецистит бактериальной этиологии, фаза обострения. 2. 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 хронического холецистита 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 11,2×109/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, наличие «застойной» желчи, что характерно для хронического холецистита. Подтверждают диагноз хронического холецистита данные дуоденального зондирования (при микроскопии желчи определяются скопления слизи, лейкоцитов и клеточного эпителия).	Клинические рекомендации «Холецистит». Год утверждения: 2024. Разработ-чик клинической рекомендации: Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов", Российская Гастроэнтерологическая Ассо-циация. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/819_1

	141г/л; тромбоциты – 215×109/л; СОЭ – 19 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямой билирубин – 16,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 28 ед/л; АСТ – 23 ед/л; ГГТП – 25 ед/л; ЩФ – 102 ед/л; глюкоза – 5,2 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевина – 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. В просвете желчного пузыря визуализируется взвесь («застойная желчь»). Ductus choledochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность 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. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента. 5. При повторном обращении к врачу-терапевту участковому 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, Кери, 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	- 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); 3. В план обследования необходимо включить ультразвуковую холецистографию для уточнения функциональной способности желчного пузыря. Бактериологическое исследование желчи для определения возбудителя хронического холецистита. 4. Рекомендовано соблюдение диеты (стол №5 по Певзнеру). 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 спазмалитика мебеверина гидрохлорида (дюспаталин) в дозе 200 мг	

	дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. 6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.	2 раза в сутки в течение 2-4 недель; С целью устранения диспепсических явлений рекомендовано назначение домперидона (мотилиум) в дозе 10 мг за 30 мин до еды 3 раза в сутки в течение 14 дней. Показано назначение холекинетиков, которые усиливают мышечное сокращение желчного пузыря и поступление желчи в 12-перстную кишку (сорбит, ксилит, сульфат магния, карловарская соль, холецистокинин, холосас); - холосас по 1 чайной ложке (5 мл) за 15 мин до еды 3 раза в сутки в течение 1 месяца. 5. 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. 6. Диспансерное наблюдение у терапевта, гастроэнтеролога.	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1.	Болезни оперированного желудка. Постгастрорезекционные расстройства. Демпинг-синдром. Синдром приводящей петли. Гипогликемический синдром. Постгастрорезекционная дистрофия. Пептическая язва анастомоза. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	Портальная гипертензия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Принципы диагностики, лечения. Осложнения портальной гипертензии. Критерии диагностики. Алгоритмы лечения. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	Опухоли тонкой кишки. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru

		/book/ISBN9785970444061.html

ПК-1 ИД ПК-2: Уметь 1 -проводить консультации с больными по вопросам заболевания; по вопросам формирования здорового образа жизни, первичной и вторичной профилактики ревматологических заболеваний;
2 - осуществлять мероприятия по ранней диагностике, выявлению причин и условий возникновения болезней .**Задания закрытого типа**
Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	К этиологическим факторам язвенной болезни относят: а. алкоголь б. никотин в. нарушения питания г. стресс д. хеликобактер пилори	д. хеликобактер пилори	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	Зуд при желтухе связан с: а. билирубином б. солями желчных кислот в. лецитином г. фосфолипидами д. щелочной фосфатазой	б. солями желчных кислот	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	К более постоянному клиническому проявлению гемохроматоза относится: а. пигментация кожи б. экстрапирамидные синдромы в. кольца Кайзера-Флейшнера г. лейкоцитоз д. анемия	а. пигментация кожи	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
4.	Клетки поджелудочной железы, вырабатывающие ферменты - это: а. клетки калликреиновой системы б. клетки эпителиально-железистой ткани в. В - клетки г. Д - клетки д. А – клетки	б. клетки эпителиально-железистой ткани	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС

			"Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
5.	При снижении холатохолестеринового коэффициента возникает склонность к заболеванию: а. бактериальным холециститом б. калькулезным холециститом в. хроническим гепатитом г. циррозом печени д. хроническим холангитом	б. калькулезным холециститом	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приѐма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту. Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию). При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 32,0 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, 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, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в	1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с Helicobacter pylori, одиночная малая (0,5 см) язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки впервые выявленная, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Гастроэзофагеальнаярефлюксная болезнь (ГЭРБ), I стадия. Хронический фарингит стадия ремиссии. Ожирение 1 ст. У пациента имеются голодные боли, ночные боли, изжога, которые характерны для язвенной болезни 12-перстной кишки. Диагноз подтверждают данные ЭФГДС: луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Ассоциация язвенной болезни с Helicobacterpylori определена по положительному уреазному	Клинические рекомендации «Язвенная болезнь». Год утверждения: 2024. Разработчик клинической рекомендации: Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Ассоциация "Эндоскопическое общество "РЭндО", Россий-ское общество колоректальных хирургов, Межрегиональная Общественная Организация "Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека". https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/277_2

	диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие H. pylori – положительный. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. 5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни?	тесту. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), I стадия выставлена на основании жалоб на изжогу, отрыжку кислым; наличия факторов риска: хронического фарингита у пациента (данные анамнеза), при обследовании выявлено ожирение I степени; данных ЭФГДС– пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода (изменения соответствуют I стадии ГЭРБ). Ожирение 1 ст. выставлено на основании показателя индекса массы тела - 32,0 кг/м 2 , который соответствует 1 ст. ожирения. 2. Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови. Проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии – цитологическое и гистологическое исследование биоптата краѐв язвы и слизистой в месте поражения пищевода, суточная внутрипищеводная pH-метрия для уточнения характера рефлюктата. Консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезни), врача-онколога – при подозрении на злокачественный характер изъязвления. Консультация врача-оториноларинголога для уточнения стадии хронического фарингита.	

		3. При Язве двенадцатиперстной кишки с кровотечением 20-40 дн.; Язва двенадцатиперстной кишки с прободением 40-60 дн.; Язва двенадцатиперстной кишки острая без кровотечения или прободения 16-25 дн.; Язва двенадцатиперстной кишки хроническая без кровотечения или прободения (обосттрение) 20-28 дн 4. Трѐхкомпонентная схема эрадикации Helicobacter pylori: ИПП в стандартной дозе (Омепразол – 20 мг, Лансопразол – 30 мг, Рабепразол – 20 мг или Эзомепрозол – 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 ГЭРБ необходимо назначить прокинетики, которые стимулируют опорожнение желудка: Итоприда гидрохлорид. Итоприда гидрохлорид усиливает пропульсивную моторику ЖКТ за счѐт антагонизма с допаминовыми D2-рецепторами и дозозависимого ингибирования активности ацетилхолинэстеразы. Активирует высвобождение ацетилхолина и подавляет его разрушение. Оказывает специфическое действие на верхний отдел ЖКТ, ускоряет транзит по желудку и улучшает его опорожнение. Назначается по 50 мг 3 раза до еды. Через 14 дней продолжить прием ИПП в стандартной дозе ещѐ 2-5 недель для эффективного заживления язвы под контролем ФГДС. 5. Все пациенты с язвенной болезнью и ГЭРБ должны состоять на диспансерном учѐте. Рекомендуется	

		немедикаментозная терапия с учѐтом сочетания язвенной болезни с ГЭРБ: 1) избегать обильного приѐма пищи; 2) после приѐма пищи избегать наклонов вперѐд и горизонтального положения; последний приѐм пищи не позднее, чем за 3 часа до сна; 3) ограничить приѐм продуктов, снижающих давление нижнего пищеводного сфинктера и оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку пищевода: богатых жирами (цельного молока, сливок, тортов, пирожных), жирной рыбы и мяса, алкоголя, кофе, крепкого чая, шоколада, цитрусовых, томатов, лука, чеснока, жаренных блюд; отказаться от газированных напитков; 4) спать с приподнятым головным концом кровати; 5) исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление – не носить тесную одежду и тугие пояса, корсеты, не поднимать тяжести более 8-10 кг на обе руки, избегать физических нагрузок, связанных с перенапряжением брюшного пресса;	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1.	Современные основы лечебного питания. Физиологические диетические рационы. Особенности лечебного питания при основных заболеваниях органов пищеварения. Критерии выбора диеты при сочетанной патологии органов пищеварения	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	Хронические вирусные гепатиты (B, C, D). Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические синдромы. Принципы диагностики, лечения и профилактики. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва :

		ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	Дифференциальный диагноз при запоре. Классификация запоров. Патогенетические факторы развития. Профилактика. Особенности применения различных групп препаратов. Диетолечение. Очистительные клизмы.	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

ПК-1 ИД ПК-3: Владеть 1 - методами ранней диагностики ревматологических заболеваний; методами профилактики ревматологических заболеваний;
2 - навыками работы в группах риска по развитию ревматологических заболеваний

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Механизм замыкания кардии обусловлен: а. пищеводно-кардиальным жомом (сфинктер) б. автоматизмом кардии в. верхней зоной повышенного давления в пищеводе г. внутрибрюшным давлением д. правильные ответы а. и б	д. правильные ответы а. и б	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	В желудочно-кишечном тракте желчные кислоты подвергаются реабсорбции. Это происходит в: а. 12-перстной кишке б. подвздошной кишке в. толстой кишке г. желудке д. тощей кишке	б. подвздошной кишке	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	Поражение прямой кишки при неспецифическом язвенном колите может быть в: а. 10 - 20% случаев	д. 100% случаев	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л.

	б. 25 - 50% случаев в. 50 - 70% случаев г. 70 - 85% случаев д. 100% случаев		Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
4.	Признаками перфорации язвы являются: а. отсутствие печеночной тупости б. сильнейшая боль в эпигастрии в. ригидность передней брюшной стенки г. гиперперистальтика д. а, б, в.	д. а, б, в.	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
5.	Характерными симптомами болезни Аддисона являются а. гипотония б. адинамия в. тошнота г. расстройство стула д. все перечисленное	д. все перечисленное	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Пациентка С. 22 лет направлена в стационар для обследования с жалобами на выраженную слабость, диарею до 3-4 раз в сутки, стул кашицеобразный, без патологических примесей, снижение массы тела на 5 кг за 6 месяцев, боли в околопупочной области, сухость во рту, постоянную жажду. Пациентка считает себя больной в течение 6 лет, когда впервые появилась диарея до 5-6 раз в сутки, начал снижаться вес, появились отеки на ногах. Периодически проходила нормализация стула на фоне приема противодиарейных препаратов. Пациентка отмечает, что нарушения стула появлялись после употребления в пищу молочных продуктов, хлебобулочных изделий, макарон, каш. Обследовалась у инфекционистов – инфекционная патология исключена.	1. Целиакия. Кандидозный эзофагит. Анемия средней степени тяжести. Сахарный диабет 1 типа? 2. Диагноз «целиакия» выставлен на основании: 1) синдрома мальабсорбции: диарея, боли в животе, похудание, анемия (гемоглобин - 89 г/л, эритроциты - 3,72х1012/л), 2) результатов лабораторных исследований: Anti-gliadinIgG - 135 Ед/мл. Диагноз «кандидозный эзофагит» выставлен на основании: 1) данных ФГДС: пищевод - слизистая оболочка	Грищенко Е. Г. Хронические заболевания кишечника / Е. Г. Грищенко, Н. Н. Николаева, О. А. Байкова. - Красноярск : КрасГМУ, 2019. - 284 с. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : https://www.books-up.ru/ru/book/hronicheskie-zabolevaniya-kishechnika-9534425/

	Общий осмотр. Состояние средней степени тяжести за счет выраженной слабости, сознание ясное. Рост – 163 см, вес – 45 кг. Кожные покровы бледные, чистые, слизистые бледно-розовые. Лимфоузлы безболезненные, не увеличены. Язык влажный, чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД – 100/70 мм рт. ст., ЧСС – 75 ударов в минуту, пульс ритмичный. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания, болезненный в эпигастральной, околопупочной областях. Печень, селезенка не увеличены. Определяются небольшие отѐки голеней до 2/3. Лабораторные исследования: гемоглобин – 89 г/л, эритроциты – 3,72×1012/л, лейкоциты – 6,1×109/л, тромбоциты – 266×109/л, СОЭ – 34 мм/ч. Анализ мочи – без особенностей. Реакция кала на скрытую кровь – отрицательная. Глюкоза крови: 8:00 –4,5 ммоль/л, 13:00 – 7,0 ммоль/л, 22:00 – 11,9 ммоль/л. Гликолизированный гемоглобин - 9,3%. Биохимические показатели: биллирубин общий – 23,8 мкмоль/л, биллирубин прямой – 2,8 мкмоль/л, АЛТ – 69 Е/л, АСТ – 45 Е/л, γ-ГТП – 25 Е/л, щелочная фосфотаза – 118 Е/л, натрий – 137 мкмоль/л, калий – 4,3 мкмоль/л, креатинин – 44 мкмоль/л, мочевина – 4,3 мкмоль/л, общий белок – 51 г/л, антитела к глиадину (IgG) - 135 Ед/мл. ФГДС. Пищевод: слизистая оболочка гиперемирована, в средней и нижней трети множественные поверхностные эрозии, покрытые желтым фибрином в виде «творожных масс», кардиальный жом смыкается полностью. Желудок: содержимое – слизь с примесью светлой желчи в большом количестве. Слизистая умеренно гиперемирована, складки не утолщены. Привратник проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки – слизистая гладкая, отсутствуют кишечные ворсинки, гиперемирована, отечная, в просвете желчь. Консультация проктолога: жалобы на периодическую диарею, временами с примесью слизи. Проведена ректороманоскопия. Патологических изменений не выявлено. Вопросы: 1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Проведите дифференциальный диагноз. 5. Составьте план лечения.	гиперемирована, в средней и нижней трети множественные поверхностные эрозии, покрытые жёлтым фибрином в виде «творожных масс», кардиальный жом смыкается полностью. Желудок: содержимое - слизь с примесью светлой желчи в большом количестве. Слизистая умеренно гиперемирована, складки не утолщены. Привратник проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки - слизистая гладкая, отсутствуют кишечные ворсинки, гиперемирована, отёчная, в просвете желчь. Диагноз «анемия средней степени тяжести» выставлен на основании: гемоглобин - 89 г/л. «Сахарный диабет 1 типа?» - на основании повышения глюкозы сыворотки. 3. 1) Антитела к тканевой трансглутаминазе - подтвердить целиакию. 2) Биопсия слизистой двенадцатиперстной кишки - подтвердить целиакию и определить прогноз. 3)Колоноскопия - исключение НЯК. 4) МРТ - холангиография. 5) Кал на скрытую кровь - исключить кровотечение. 6) Определить ферритин сыворотки - для уточнения генеза анемии. 4. 1) Воспалительные заболевания кишечника - можно исключить с помощью колоноскопии (воспаление в прямой кишке исключено результатами ректороманоскопии) и результатами ФГДС. Причину диареи, болей в животе и похудания объясняет анамнез - клиника появляется при употреблении в пищу	

		глютеновых продуктов и подтверждает повышение уровня АТ к глиадину и данные ФГДС: атрофия слизистой 12-перстной кишки. 2) Лимфома кишечника - по результатам биопсии 12 пк. 5. Питание при целиакии не должно содержать глютен. Диета при целиакии требует полного исключения хлеба и мучных изделий. Придерживаться диеты следует всю жизнь. Через три - шесть месяцев диетических ограничений у 85% пациентов полностью восстанавливается нормальный пищеварительный процесс, исчезают симптомы болезни. Лечение кандидозного эзофагита противогрибковыми препаратами (Флуконазол, Клотримазол). Лечение анемии препаратами железа и фолиевой кислоты, по показаниям - переливания эритроцитарной массы	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1.	Особенности поражений органов пищеварения при эндокринной патологии (сахарном диабете, заболеваниях щитовидной, паращитовидных желез, надпочечников). Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	Псевдомембранозный колит. Этиология. Патогенез. Клинические признаки. Принципы диагностики, терапии и профилактики. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru

		/book/ISBN9785970444061.html
3.	Синдром избыточного бактериального роста и дисбактериоз. Этиопатогенез. Классификации. Клинические синдромы. Принципы диагностики, лечения и профилактики. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

ПК-2. Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения

ПК-2 ИД ПК-1: Знать 1 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных ревматологических заболеваний человека;

2 - основы фармакотерапии при различных формах ревматологической патологии.

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного цитолитического синдрома является: а. повышение активности аланиновой аминотрансферазы б. повышение альдолазы в. повышение активности аспарагановой аминотрансферазы г. гипоальбуминемия д. гиперферремия	а. повышение активности аланиновой аминотрансферазы	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	Уровень связанного (коньюгированного) билирубина в крови не возрастает при: а. синдроме Ротора б. синдроме Дабина-Джонсона в. гемолитической желтухе г. хроническом активном гепатите д. первичном билиарном циррозе печени	в. гемолитической желтухе	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	Важнейшим лабораторно-диагностическим тестом муковисцидоза является: а. лотовый б. амилаза крови в. содержание аминокислот в кале г. содержание жира в кале	а. лотовый	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018.

	д. мочевой синдром		- 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
4.	Секретин: а. повышает продукцию гастрина б. вызывает значительное снижение гастрина в сыворотке в. продуцируется поджелудочной железой г. продуцируется слизистой оболочкой 12 п. к. д. повышает кислотность желудочного содержимого	г. продуцируется слизистой оболочкой 12 п. к.	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
5.	В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря используют: а. Н2-блокаторы гистамина б. препараты группы сукральфата в. спазмолитики, одестон г. беззондовые тюбажи д. хирургическое лечение	в. спазмолитики, одестон	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больная В. 47 лет предъявляет жалобы на зуд кожи, нарушения менструального цикла, желтушность кожных покровов, похудание, дискомфорт в правом верхнем квадранте живота. Больна в течение 5 лет. Лечилась у врача-дерматолога по поводу нейродермита и у врача-гинеколога по поводу климактерической дисфункции яичников. При обследовании – выявлены субиктеричность склер, пигментные пятна и множественные следы расчесов на коже туловища. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 78 ударов в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 7 см, край плотный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 87,5 мкмоль/л, ЩФ – 413 Ед/л,	1. Первичный билиарный цирроз. 2. Биохимический анализ крови: билирубин общий и прямой, холестерин, мочевина крови, общий белок, белковые фракции, АСТ, АЛТ, щелочной фосфотазы, гамма-глютоматтрансферазы, фибриноген. Общий анализ крови + ретикулоциты, тромбоциты. Общий анализ мочи. УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки и сосудов портальной системы. Эзофагогастродуоденоскопия. Коагулограмма. Ig M. Антимитохондриальные антитела.	Клинические рекомендации по гастроэнтерологии : методические рекомендации / составители Е. Г. Грищенко [и др.]. — 7-е. — Красно-ярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 351 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/131431

	ГГТП – 62 Ед/л. В общем анализе крови: СОЭ – 25 мм/час. Вопросы: 1. Поставьте наиболее вероятный диагноз. 2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза? 3. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? 5. Какое лечение следует назначить данному больному?	3. В основном болеют женщины в период менопаузы. Ведущие жалобы: упорный кожный зуд и желтуха. На поздних стадиях- общая слабость, похудание, боль в костях. У 1/3 больных заболевание сочетается с калькулезным холециститом. Кожные покровы желтушные с зеленоватым оттенком. Расчесы. Позже кожа становится смуглой. В развитой стадии болезни - ксантелазмы кожи век. Развивается сухой синдром, тиреоидиты. Печень заметно увеличена, плотная, фестончатость нижнего края (позднее). Спленомегалия. Гибербилирубинемия за счет связанного билирубина, увеличение щелочной фосфотазы, гамма-глютоматтрансферазы, холестерина. Возможно повышение индикаторов цитолиза. Позднее проявляется мезенхимально-воспалительный синдром и синдром портальной гипертензии. 4. Подпеченочная желтуха, вторичный билиарный цирроз печени, рак печени, редкие формы цирроза печени: веноокклюзивные циррозы, циррозы при синдроме Бадда-Киари, болезнь Вильсона-Коновалова. 5. Пеницилламин, Азатиоприн, Колхицин. Кортикостероиды осторожно из-за вероятности развития остеопороза. Холестирамин для уменьшения зуда. Гемосорбенты (активированный уголь). Плазмаферез. Медикаментозная коррекция витаминной недостаточности, дефицита кальция. При неэффективности – пересадка печени.	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1.	Ахалазия кардии. Этиология. Морфология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагноз, осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	Функциональная желудочная диспепсия. Определение понятия. Клинические варианты неязвенной диспепсии. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	Печеночная недостаточность. Печеночная кома. Прогноз. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные принципы и методы неотложной терапии осложнений. Консервативное лечение. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

ПК-2 ИД ПК-2: Уметь 1 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных ревматологических заболеваний человека;

2 - основы фармакотерапии при различных формах ревматологической патологии

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больная 53 лет повышенного питания жалуется на сильные изжоги и боли за грудиной, усиливающиеся при наклоне вперед. Какой предварительный диагноз можно поставить? а. ценкеровский дивертикул пищевода; б. хронический гастрит; в. хронический панкреатит; г. рефлюкс-эзофагит; д. рак пищевода	г. рефлюкс-эзофагит	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". -

			URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, относят: а. анализ желудочного сока б. рентгеноскопию в. гастроскопию г. гистологическое исследование прицельных биоптатов слизистой оболочки желудка д. pH-метрию	г. гистологическое исследование прицельных биоптатов слизистой оболочки желудка	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	Высокий уровень γ-глутамилтранспептидазы является характерным для: а. острого алкогольного гепатита б. хронического гепатита В и С в. гемохроматоза г. сахарного диабета д. хронического панкреатита	а. острого алкогольного гепатита	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
4.	Больному хроническим панкреатитом латентного течения показаны: а. общий полноценный рацион б. диета с преобладанием жиров в. диета с преобладанием углеводов г. диета с преобладанием белков д. диета с повышенным содержанием железа	г. диета с преобладанием белков	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
5.	Для синдрома раздраженной толстой кишки характерно: а. гипохромная анемия б. дефицит витамина С в. общее состояние больного не страдает г. пеллагрические изменения кожи д. дефицит витаминов группы В	в. общее состояние больного не страдает	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Врач-терапевт участковый поликлиники вызвал машину скорой медицинской помощи с целью возможной госпитализации для женщины 45 лет, у которой предположил диагноз «ишемическая болезнь сердца. Острый коронарный синдром. Бронхиальная астма, обострение». Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет, после значительного уменьшения физической активности, отмечает постоянное увеличение массы тела, на фоне чего стала отмечать приступообразный, преимущественно сухой мучительный кашель, сопровождающийся ощущением нехватки воздуха. Через некоторое время стала также отмечать боли за грудиной при физической нагрузке, наиболее выраженные во время работы в огороде (прополка грядок). Была обследована амбулаторно. Выставлен диагноз «бронхиальная астма тяжелого, непрерывно рецидивирующего течения. ИБС: стенокардия напряжения III ф. к. Ожирение II ст.». Назначенное лечение - Преднизолон, ингаляционные глюкокортикоиды, бронхолитики, - имело незначительный эффект. Прием нитратов, со слов больной, был эффективен, приводя к купированию загрудинной боли в течение получаса. В течение последних 2-3 недель отмечает появление загрудинной боли в ночное время в первой половине ночи, особенно после плотного позднего ужина, что стало поводом для обращения за медицинской помощью. Бригадой скорой помощи по данным клинической картины, а также по данным ЭКГ и высокочувствительного тропонин-теста, диагноз "ОКС" отвергнут. При аускультации дыхание жесткое, хрипов нет. Рентгенография органов грудной клетки – без патологии. Вопросы: 1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз заболевания, которое объединяет жалобы больной. 2. Какие осложнения возможны при данном заболевании? 3. Какие специальные методы исследования применяются при данном заболевании? 4. Какие рекомендации по изменению образа жизни и питания необходимо дать пациентке? 5. Какие препараты применяются для лечения данного заболевания (указать группу и название препарата)?	1. ГЭРБ. Хронический рефлюкс-эзофагит, обострение. 2. Стриктура пищевода, кровотечение из язв пищевода, пищевод Баррета, аденокарцинома пищевода. 3. ФЭГДС, гистологическое исследование, pH-метрическое исследование, манометрия пищевода, рентгенологическое исследование, импедансометрия. Проба с Гевисконом на купирование болевого синдрома. 4. Снижение массы тела, прекращение курения, спать с приподнятым изголовьем кровати, избегать приѐм препаратов, снижающих тонус нижнепищеводного сфинктера (теофилины, нитраты, ингибиторы кальциевых каналов, антидепрессанты), вызывающих воспаление слизистой пищевода и желудка (НПВС, Доксициклин). Не есть на ночь, не принимать горизонтальное положение в течение 40-60 минут после еды, избегать употребления кислых фруктовых соков, жиров, шоколада, кофе, чеснока, лука, перца, алкоголя, горячей, холодной и острой пищи, газированных напитков. 5. Ингибиторы протонной помпы (Омепразол, Рабепразол), прокинетики (Мотилиум, Ганатон), антациды (Альмагель, Маалокс), альгинаты (Гевискон, Гевискон форте).	Маев, И. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь : учебное посо-бие / Маев И. В., Юренев Г. Л., Вьючнова Е. С.,Андреев Д. Н., Дичева Д. Т., Парцваниа-Виноградова Е. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 80 с. - ISBN 978-5-9704-4674-4. - Текст : электронный // ЭБС "Кон-сультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446744.html

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник

1.	Аутоиммунный гепатит. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	Синдром Золлингера-Эллисона. Этиология, патогенез. Особенности клиники, диагностики. Дифференциальный диагноз. Медикаментозное лечение. Оперативное лечение. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	Доброкачественные гипербилирубинемии. Классификация. Критерии диагностики. Подходы к терапии. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

ПК-2 ИД ПК-3: Владеть 1 - навыками профилактики ревматологических заболеваний; 2 - навыками диспансеризаци и пациентов, с различной ревматологической патологией.

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	При длительной терапии ИПП больным ГЭРБ с наличием инфекции Helicobacter pylori (Hp) необходимо проведение эрадикации, так как: а. эрадикация (Hp) способствует уменьшению симптомов ГЭРБ б. эрадикация уменьшает частоту рецидивов ГЭРБ в. эрадикация повышает эффективность лечения ГЭРБ г. эрадикация способствует предотвращению транслокации Hp из антрального отдела на тело желудка и тем	г. эрадикация способствует предотвращению транслокации Hp из антрального отдела на тело желудка и тем самым уменьшает риск развития атрофического гастрита и рака желудка	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

	самым уменьшает риск развития атрофического гастрита и рака желудка д. эрадикация Нр в данном случае не показана		
2.	К рекомендациям по изменению образа жизни для больных ГЭРБ относятся: а. избегать обильного приема пищи и не есть на ночь; б. отказаться от курения; в. не носить тесную одежду и тугой пояс; г. спать с приподнятым головным концом кровати; д. все выше перечисленное	д. все выше перечисленное	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	При хроническом гепатите В с синдромом гиперпленизма прогностически опасным является: а. снижение содержания эритроцитов б. снижение содержания тромбоцитов до 50 - 30 на 10 в 9/л в. лейкопения г. отсутствие эффекта при суточной дозе 15 - 20 мг преднизалона д. ускоренное СОЭ	б. снижение содержания тромбоцитов до 50 - 30 на 10 в 9/л	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
4.	Суточная норма клетчатки в питании составляет: а. 10 г б. 20 - 30 г в. 40-45 г г. 60 - 80 г д. 100- 150 г	б. 20 - 30 г	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
5.	Жировой гепатоз наиболее характерен для: а. склеродермии б. хронической недостаточности кровообращения в. сахарного диабета г. красной волчанки д. саркоидоза	в. сахарного диабета	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больная С. 47 лет на приеме врача-терапевта участкового по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание. В 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м2. Голени пастозны. При сравнительной перкуссии легких определяется легочный звук. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС - 80 ударов в минуту, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15×13×11 см. Печень выступает из-под реберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Поражение какого органа можно предположить, и с чем это связано? 3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту? 4. Определите тактику ведения больного.	1. Вторичный хронический панкреатит, билиарозависимый, болевая форма, средней тяжести, часто рецидивирующего течения в стадии обострения. Хронический реактивный персистирующий гепатит. Состояние после холецистоэктомии (7 лет назад). Вторичный (панкреатогенный) сахарный диабет. 2. Поражение поджелудочной железы связано с операцией на желчном пузыре и желчевыводящих путях. 3. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, трансаминазы, амилаза, липаза, трипсин, антитрипсин, билирубин общий, прямой; -Анализ мочи на диастазу (увел. в 4-6 раз по отношению к норме); -Исследование дуоденального содержимого; -Анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея; -Обзорная рентгенография брюшной полости (можем выявить только выраженную кальцификацию в проекции ПЖ или внутрипротоковые конкременты); -УЗИ поджелудочной железы и гепатобилиарной системы (изменение размеров железы, неровность контуров, неоднородность структуры т.е. наличие гиперехогенных участков (фиброзные изменения железы)). -РХПГ (деформация и диффузное расширение протоков, камни в протоках, стриктуры протоков) -Гликемический и глюкозурический профиль -Мультиспиральная КТ(к признакам, свидетельствующим о ХП,	Козакова, С. А. Хронический панкреатит в практике терапевта и гастроэнтеролога : учебное пособие / С. А. Козакова. — Ставрополь : СтГМУ, 2021. — 164 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/328607

	5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании	относятся неоднородность структуры, нечеткость контуров и увеличение размеров ПЖ атрофия железы, наличие конкрементов в протоках, дилатация ГПП, интра- или перипанкреатические кисты, утолщение перипанкреатической фасции и тромбоз селезеночной вены) 4. Тактика лечения: -Госпитализация в гастроэнтерологическое отделение; -Голодная диета, диета № 16 панкреатическая, жидкая и полужидкая пища, 6-разовое питание на протяжении 3-6 дней; -Н2-блокаторы (Ранитидин, Фамотидин) или ингибиторы протонной помпы (Омепразол); холинолитики (Платифиллин); спазмолитики (Дротаверин); обезболивающие; полиферментные препараты; -Лечение сахарного диабета (препараты Сульфанилмочевины). 5. Основные заболевания, с которыми проводят дифференциальную диагностику хронического панкреатита: язвенная болезнь желудка и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; хронический холецистит; хронический энтерит и колит; хронический абдоминальный ишемический синдром; рак поджелудочной железы. 6. Диспансеризация: при течении средней тяжести осмотры проводятся 3 раза в год. Диспансерное наблюдение за больными ХП осуществляется в поликлинике у терапевта и гастроэнтеролога с четким соблюдением преемственности между указанными специалистами, а в необходимых случаях, и хирургом. Назначают 2 раза в год и при обострении:	

		-ОАК -ОАМ -определение глюкозы, амилазы, липазы, биллирубина, аминазы в сыворотке крови -копрограмма УЗИ желчевыводящей системы, поджелудочной железы – 1 раз в год. Проводится терапия «по требованию»: больной сам при появлении жалоб принимает ферментные, антисекреторные препараты, спазмолитики на фоне соблюдения диеты.	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1.	Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	Особые формы гастритов. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	Алкогольная болезнь печени. Клинико-морфологические варианты алкогольной болезни печени. Принципы диагностики, лечения, профилактики. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

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

ПК-5 ИД ПК-1: Знать 1 - возрастные особенности опорно-двигательного аппарата, соединительной ткани, общие закономерности патогенеза наиболее распространенных заболеваний человека; современные классификации различных ревматологических заболеваний

2 клиническую симптоматику и патогенез основных ревматологических заболеваний; основные методы лабораторной и инструментальной диагностики ревматологических заболеваний;

3 - основные дифференциально-диагностические критерии различных ревматологических заболеваний; основы фармакотерапии при различных формах ревматологической патологии

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Пациент болен около 3-х лет, жалобы на затруднение прохождения пищи, регургитацию 1-2 раза в сутки, периодические боли за грудиной. Больной несколько пониженного питания, анализ крови в пределах нормы. Диагноз: а. ахалазия кардии б. рак пищевода в. рубцовая стриктура пищевода г. эзофагит д. дивертикул	а. ахалазия кардии	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	Какие из нижеперечисленных исследований являются наиболее информативными в диагностике желчнокаменной болезни? а. радионуклидное исследование б. МРТ в. УЗИ г. лапароскопия д. гепатосцинтиграфия	в. УЗИ	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	α - фетопротеин обнаруживается в крови больных: а. первичным гепатоцеллюлярным раком печени б. полипозным гастритом в. лейомиомой желудка г. полипом прямой кишки д. туморозной формой хронического панкреатита	а. первичным гепатоцеллюлярным раком печени	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.r

			u/book/ISBN9785970444061.html
4.	При повышении уровня неконъюгированного билирубина крови при гемолизе эритроцитов характерно: а. уробилинурия б. кожный зуд в. гипертрансаминаземия г. увеличение уровня щелочной фосфатазы	а. уробилинурия	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
5.	К наиболее часто встречающимся симптоматическим язвам относятся а. стрессорные (при инфаркте миокарда, инсульте, ожоговой болезни и др.) б. лекарственные (применение НПВС, глюкокортикостероидов) в. ишемические г. гормональные (при синдроме Золлингера-Эллисона, гиперпаратиреозе, карциноидном синдроме и др.)	б. лекарственные (применение НПВС, глюкокортикостероидов)	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
6.	При болезни Крона поражаются подслизистый и мышечный слои слизистый и подслизистый слои мышечный слой и серозная оболочка все слои кишечника	г. все слои кишечника	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
7.	К характерному проявлению глютеновой энтеропатии относят а. неустойчивый стул при употреблении молочных продуктов б. запор в. рвоту с примесью желчи г. вздутие живота и диарею при употреблении злаков	г. вздутие живота и диарею при употреблении злаков	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
8.	Для синдрома мальабсорбции характерным симптомом является а. диарея б. запор в. тошнота	а. диарея	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва :

	г. желтуха		ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
9.	Повышение уровня кальпротектина в кале подтверждает диагноз а. «глютеновая энтеропатия» б. «болезнь Крона» в. «аскаридоз» г. «синдром раздраженного кишечника»	б. «болезнь Крона»	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
10.	Повышение уровня антител к гладину и тканевой трансглютаминазе наблюдается при а. болезни Крона б. язвенном колите в. синдроме раздраженного кишечника г. глютеновой энтеропатии	г. глютеновой энтеропатии	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
11.	Хроническая диарея продолжается более (неделя) а. 2-4 б. 6-8 в. 8-10 г. 4-6	а. 2-4	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
12.	При язвенном колите в анализах крови определяется а. анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ б. анемия, лейкопения, тромбоцитопения в. эритроцитоз, лейкоцитоз, тромбоцитопения г. лейкопения, лимфоцитоз, ускорение СОЭ	а. анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.r

			u/book/ISBN9785970444061.html
13.	Для рака среднеампулярного отдела прямой кишки характерны а. боли в правой подвздошной области и над лоном б. опухоль в правой подвздошной области, анемия в. частые тенезмы с отхождением крови и слизи г. запоры и поносы	в. частые тенезмы с отхождением крови и слизи	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
14.	Предпочтительным инструментальным методом диагностики язвенного колита является а. виртуальная колоноскопия б. ирригоскопия в. ректороманоскопия г. колоноскопия с исследованием гистологического материала	г. колоноскопия с исследованием гистологического материала	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
15.	Осложнением дивертикулярной болезни кишечника является а. запор б. язвенный колит в. рак толстой кишки г. дивертикулит	г. дивертикулит	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
16.	При подозрении на псевдомембранозный колит наиболее информативно исследование а. обзорной рентгенограммы органов брюшной полости б. копрограммы на амилорею и стеаторею в. клинического анализа крови г. кала на токсины A и B Cl. difficile	г. кала на токсины A и B Cl. difficile	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
17.	К основному клиническому симптому язвенного колита относят а. боли в эпигастрии б. рвоту, приносящую облегчение в. запоры	г. частый жидкий стул с примесью крови	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва :

	г. частый жидкий стул с примесью крови		ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
18.	К морфологическому признаку активности язвенного колита относят а. наличие нейтрофильных лейкоцитов в собственной пластинке слизистой оболочки кишечной стенки б. рубцовые изменения слизистой оболочки в. эозинофильную инфильтрацию слизистой оболочки кишки г. наличие пролиферативной активности фибробластов	а. наличие нейтрофильных лейкоцитов в собственной пластинке слизистой оболочки кишечной стенки	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
19.	Частой причиной развития псевдомембранозного колита является а. длительное применение антибиотиков б. Helicobacter pylori в. пищевая токсикоинфекция г. злоупотребление алкоголем	а. длительное применение антибиотиков	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
20.	Этиологическим фактором псевдомембранозного колита является а. неустановленный микроорганизм б. Clostridium difficile в. Escherichia coli г. неспецифическая кокковая флора	б. Clostridium difficile	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы,	1. Цирроз печени алкогольной этиологии, класс С по Чайлду-Пью. Портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, ВРВ пищевода I ст.).	Клинические рекомендации «Цирроз и фиброз печени». Год утверждения: 2024. Разработчик клинической рекомендации:

	увеличение живота в объѐме, отѐки на нижних конечностях в области стоп и голеней. В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 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. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отѐки стоп и нижней трети голеней. В лѐгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. 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 объѐме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лежа 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 селезенки - 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча темно-желтая. Общий анализ крови: эритроциты – 4,1×1012/л; Hb - 122 г/л; цветовой показатель –0,9%; тромбоциты – 98×109/л, лейкоциты – 3,2×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч. Биохимические анализы: общий билирубин – 130 мкмоль/л, прямой билирубин – 100 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л. Фиброгастродуоденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст. Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чѐткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузноповышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезенка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней	Гиперспленизм (тромбоцитопения). Печёночная энцефалопатия I ст. 2. У больного выявлены желтуха, цитолиз, «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. 3. Анализы крови: коагулограмма, общий белок, креатинин, мочевина, калий, натрий, ГГТ, ЩФ, амилаза, маркеры вирусных гепатитов HEsAg, антитела к HCV, ВИЧ-инфекции. Общий анализ мочи, копрограмма. ЭКГ. Рентген лёгких. 4. 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 эндтоксинемии. Лактулоза - 15-45 мл 2-3 раза в сутки (стул до 2-3 раз в сутки).	Российская Гастроэнтеролого-гическая Ассоциация, Российское общество по изучению печени. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/715_1

	эхогенности. Площадь селезенки – 36,1 см2. Свободная жидкость в брюшной полости. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор. 5. Какие возможны осложнения данного заболевания?	Возможен приём невсасывающихся антибиотиков (Рифаксимин 1200 мг/сут. 7-10 дней). Высокие очистительные клизмы. Уменьшение токсического действия аммиака. Орнитин-аспартат - 5 г по 1 -2 пакетика гранул, растворённых в воде х 3 раза в день после еды. Мочегонная терапия. Спиронолактон - 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 вене. Анаприлин - 40 мг 1 раза в сутки. 5. Печёночная энцефалопатия. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Гепаторенальный синдром. Инфекционные осложнения (спонтанный бактериальный перитонит, пневмония, инфекции мочевыводящих путей и др.).	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1.	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Классификация. Течение и осложнения. Лечение. Показания к хирургическому лечению. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	Хронический гастрит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, диагностика и лечение. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018.

		- 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	Неалкогольная жировая болезнь печени. Этиология. Патогенез. Классификация. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии и профилактики. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

ПК-5 ИД ПК-2: Уметь 1 - определять клинические симптомы и синдромы, характерные для различных ревматологических заболеваний;
2 - назначать методы обследования, необходимые для диагностики разных ревматологических заболеваний у населения; планировать лабораторное и функциональное обследование лиц различного возраста;
3 - правильно интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования при наиболее часто встречающихся у населения ревматологических заболеваниях.

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Алая кровь на поверхности кала (вслед за началом дефекации) является признаком: а. кровотечение из дистальных отделов толстого кишечника б. кровотечение из дистальных отделов тонкого кишечника в. кровотечение из проксимальных отделов толстого кишечника г. кровотечение из проксимальных отделов тонкого кишечника	а. кровотечение из дистальных отделов толстого кишечника	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	Лабораторные проявления холестатического синдрома включают повышение уровня а. гамма-ГТ и щелочной фосфатазы б. АЛТ и АСТ в. АЛТ г. АСТ	а. гамма-ГТ и щелочной фосфатазы	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.r

			u/book/ISBN9785970444061.html
3.	При поверхностной пальпации живота у лиц с дискинезией желчевыводящих путей чаще всего определяется а. мышечная защита правого подреберья б. незначительная болезненность в правом подреберье в. френикус-симптом г. положительный симптом Ортнера	б. незначительная болезненность в правом подреберье	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
4.	О наличии синдрома холестаза свидетельствует а. повышение уровня гамма-глобулинов б. повышение уровней аминотрансфераз в. повышение уровня щелочной фосфатазы г. снижение уровня липопротеидов	в. повышение уровня щелочной фосфатазы	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
5.	При подозрении на хронический калькулезный холецистит с целью уточнения диагноза необходимо провести а. дуоденальное зондирование б. ЭГДС в. обзорную рентгенографию органов брюшной полости г. УЗИ органов брюшной полости	г. УЗИ органов брюшной полости	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
6.	Причиной образования камней в желчном пузыре не является а. сдавление и перегибы желчных протоков б. инфекция Helicobacter pylori в. анатомические особенности строения желчного пузыря и протоков г. дискинезии	б. инфекция Helicobacter pylori	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
7.	Для распознавания подпеченочной (механической) желтухи наибольшее значение имеет а. внутривенная холеграфия б. ретроградная панкреатохолангиография	б. ретроградная панкреатохолангиография	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва :

	в. пероральная холецистография г. сцинтиграфия печени		ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
8.	Холецистография противопоказана больным а. с идиосинкразией к йоду б. с желчнокаменной болезнью в. с непереносимостью жиров г. после вирусного гепатита	а. с идиосинкразией к йоду	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
9.	Желчные камни чаще всего состоят из а. солей желчных кислот б. мочевой кислоты в. холестерина г. оксалатов	в. холестерина	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
10.	К характерным клиническим симптомам холангита относят а. боль в правом подреберье после приема пищи, тошноту, рвоту б. кратковременную боль в эпигастрии, рвоту, диарею в. фебрильную температуру с ознобом, увеличение печени, желтуху, лейкоцитоз, боль в правом подреберье г. приступы боли в правом подреберье с развитием желтухи, появлением обесцвеченного кала, темной мочи	в. фебрильную температуру с ознобом, увеличение печени, желтуху, лейкоцитоз, боль в правом подреберье	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
11.	Симптом Кера проявляется а. болезненностью при поколачивании по реберной дуге справа б. болезненностью при пальпации в проекции желчного пузыря в. прерыванием вдоха больным при прикосновении в проекции желчного пузыря г. болезненностью при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа	б. болезненностью при пальпации в проекции желчного пузыря	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.r

			u/book/ISBN9785970444061.html
12.	Симптом Грекова – Ортнера проявляется а. болезненностью при пальпации в проекции желчного пузыря б. болезненностью при поколачивании по реберной дуге справа в. прерыванием вдоха больным при прикосновении в проекции желчного пузыря г. болезненностью при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа	б. болезненностью при поколачивании по реберной дуге справа	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
13.	Симптом Мерфи проявляется а. прерыванием вдоха больным при прикосновении в проекции желчного пузыря б. болезненностью при поколачивании по реберной дуге справа в. болезненностью при пальпации в проекции желчного пузыря г. болезненностью при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа	а. прерыванием вдоха больным при прикосновении в проекции желчного пузыря	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
14.	Симптом Мюсси – Георгиевского проявляется а. прерыванием вдоха больным при прикосновении в проекции желчного пузыря б. болезненностью при поколачивании по реберной дуге справа в. болезненностью при пальпации в проекции желчного пузыря г. болезненностью при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа	г. болезненностью при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
15.	При снижении холатохолестеринового коэффициента возникает склонность к заболеванию а. хроническим холангитом б. бактериальным холециститом в. калькулезным холециститом г. хроническим гепатитом	в. калькулезным холециститом	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
16.	Боль будет иррадиировать в лопатку при а. остром аднексите б. почечной колике в. внематочной беременности г. печёночной колике	г. печёночной колике	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва :

			ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
17.	Дифференциальный диагноз желчекаменной болезни не проводится с а. гастродуоденальной язвой б. хроническим гепатитом с холестатическим компонентом в. хроническим бескаменным холециститом г. язвенным колитом	г. язвенным колитом	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
18.	Положительный симптом Мерфи патогномоничен для а. язвенной болезни двенадцатиперстной кишки б. гастродуоденита в. холецистита г. панкреатита	в. холецистита	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
19.	Запоры возможны при а. синдроме мальабсорбции б. болезни оперированного желудка в. язвенной болезни 12-перстной кишки г. хроническом энтерите	в. язвенной болезни 12-перстной кишки	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
20.	Для диагностики желчнокаменной болезни наиболее информативно а. определение активности щелочной фосфатазы б. дуоденальное зондирование в. термографическое исследование г. ультразвуковое исследование	г. ультразвуковое исследование	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.r

			u/book/ISBN9785970444061.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Мужчина 48 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд. Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 13 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; эффекта от принимаемых препаратов не отметил. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Операций, гемотрансфузий не было. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост – 178 см, вес – 79 кг, ИМТ – 24,9 кг/м2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 минуту; АД – 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9 (+2)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезенка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – 4,4×1012/л; лейкоциты – 6,3×109/л; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Hb – 148 г/л; тромбоциты – 217×109/л; СОЭ – 18 мм/ч.	1. Хронический гепатит алкогольной этиологии, умеренной степени активности, стадия F2 (умеренный фиброз). 2. Диагноз хронического алкогольного гепатита установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, тупую ноющую боль в правом подреберье, тошноту, снижение аппетита, периодический кожный зуд; данных анамнеза (пациент злоупотребляет алкоголем в течение 13 лет); данных объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, «пальмарной» эритемы, гепатомегалии). Подтверждают диагноз хронического алкогольного гепатита данные лабораторных исследований: (повышение АЛТ, АСТ, ГГТП, общего билирубина, щелочной фосфатазы, а также повышение уровня триглицеридов). - исключена другая (вирусная) этиология хронического гепатита: исследование крови на маркеры гепатита В, С: HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV– отрицательный. Степень активности хронического алкогольного гепатита определена на основании повышения уровня АЛТ и АСТ (в 5 раз по сравнению с нормой). Стадия хронического алкогольного гепатита F2 установлена на основании данных эластометрии печени (по шкале	Клинические рекомендации «Алкогольная болезнь печени». Год утвержде-ния: 2024. Разработчик клинической рекомендации: Российская Гастроэнте-рологическая Ассоциация, Общероссийская общественная организация "Рос-сийское научное медицинское общество терапевтов", Ассоциация психиатров и психологов за научно-обоснованную практику, Российское общество по изучению печени, Российское общество профилактики неинфекционных забо-леваний. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/711_2

	Биохимия крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л; непрямой билирубин – 22,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; АЛТ – 203 ед/л; АСТ – 214 ед/л; ГГТП – 89 ед/л; ЩФ – 298 ед/л; ТГ – 3,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,8 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,5 ммоль/л; глюкоза – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62 мкмоль/л; мочевина – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 7,1 г/л; γ-глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопротеин – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; калий– 3,7ммоль/л; Na– 137,5 ммоль/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ - 84%. Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркѐры гепатитов B, C): HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); антиHCV – отриц. Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале METAVIR), умеренный фиброз. Кал на скрытую кровь – отриц. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента. 5. При обращении к врачу-терапевту участковому через месяц после лечения пациент отметил улучшение самочувствия: исчезли слабость, повышенная утомляемость, тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом. При объективном осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Селезенка не увеличена. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямой билирубин – 16 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 38 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; ЩФ – 125 ед/л; ТГ – 2,6 ммоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. 6.Диспансерное наблюдение при данном заболевании.	METAVIR), умеренный фиброз. 3. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (для исключения очаговых образований печени, признаков портальной гипертензии, сопутствующей патологии); ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка. дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления признаков портальной гипертензии. 4. Рекомендуется соблюдение диеты. Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао. Целесообразно назначение диеты, богатой белками (не менее 1 г на 1 кг массы тела), с высокой энергетической ценностью (не менее 2000 ккал/сут), с достаточным содержанием витаминов (особенно группы В, фолиевой и липоевой кислот) и микроэлементов – цинка и селена, дефицит которых наиболее часто наблюдается при злоупотреблении алкоголем. - пациенту показано назначение 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. 5. В результате проведенного лечения отмечена положительная динамика: наблюдается отсутствие болевого, диспепсического,	

		астенического синдромов. Исчезли желтушность кожных покровов, иктеричность склер, телеангиэктазии, «пальмарная» эритема. Отмечена также положительная динамика биохимических показателей: снижение общего билирубина, АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, ТГ. Так как при УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени, рекомендуется продолжить прием адеметионина (гептрал) в дозе 1600 мг в сутки внутрь в течение 1 месяца. 6. Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога.	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1.	Болезнь и синдром Бадда-Киари. Синдром Крювелье-Баумгартена. Этиология. Патогенез. Критерии диагностики. Принципы терапии. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	Хронический панкреатит. Этиология и патогенез. Клиника. Варианты течения. Диагностика. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	Холангит. Нисходящий, первичный, рецидивирующий, склерозирующий, вторичный, стенозирующий, гнойный. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018.

		- 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

ПК-5 ИД ПК-3: Владеть 1- навыками определения симптомов, характерных для различной ревматологической патологии; методикой сбора ревматологического анамнеза, в том числе у детей раннего возраста; навыками проведения клинического обследования при различной ревматологической патологии;
2 - дифференциальной диагностикой основных ревматологических заболеваний человека; навыками интерпретации результатов обследования у пациентов ревматологического профиля;
3- навыками формулировки диагноза в
соответствии с современными классификациям и рекомендациями.

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Наиболее специфичным тестом внутрипеченочного холестаза является а. ЩФ б. динамическая сцинтиграфия в. трансаминазы г. коньюгированный билирубин д. неконьюгированный билирубин	а. ЩФ	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	Наиболее оптимальным неинвазивным методом инструментальной диагностики фиброза печени является: а. УЗ эластография печени б. УЗИ печени в. биопсия печени г. сцинтиграфия печени	а. УЗ эластография печени	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	Больной 62 лет с коротким язвенным анамнезом и длительно нерубцующейся язвой желудка обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастральной области, похудание. В данном случае можно думать о: а. стенозе выходного отдела желудка б. пенетрации язвы	д. злокачественной язве	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". -

	в. микрокровотечениях из язвы г. перфорации язвы д. злокачественной язве		URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
4.	Значительное увеличение в слюне и поте натрия, хлора и калия указывают на: а. паротит б. сахарный диабет в. хронический панкреатит г. рак поджелудочной железы д. кистозный фиброз поджелудочной железы	д. кистозный фиброз поджелудочной железы	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
5.	При синдроме раздраженной кишки отмечаются а. органические изменения б. функциональные расстройства в. наследственные нарушения г. аномалии развития кишечника	б. функциональные расстройства	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
6.	Диагноз «Синдром раздраженного кишечника» исключается при а. стуле реже 3 раз в неделю б. чувстве неполного опорожнения кишечника в. наличии крови в кале г. стуле чаще 3 раз в неделю	в. наличии крови в кале	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
7.	Псевдомембранозный колит является осложнением терапии а. ионизирующим излучением б. нестероидными противовоспалительными препаратами в. антибиотиками г. глюкокортикостероидами	в. антибиотиками	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
8.	Ухудшение течения глютеновой энтеропатии вызывает	г. ячмень	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред.

	а. кукуруза б. рис в. гречиха г. ячмень		В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
9.	Терминальный отдел подвздошной кишки не поражается при а. псевдомембранозном колите б. инфекции, вызванной Yersinia Enterocolitica в. туберкулезе г. болезни Крона	а. псевдомембранозном колите	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
10.	Для язвенного колита характерно а. появление трансмуральных язв б. сегментарное поражение кишки в. появление частых кровотечений г. безрецидивное течение	в. появление частых кровотечений	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
11.	Окончательный диагноз «Синдром раздраженной кишки» может быть установлен на основании полного клинико-инструментального обследования и а. иммуногистохимического подтверждения б. гистологического подтверждения в. ирригоскопического подтверждения г. исключения других заболеваний	г. исключения других заболеваний	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
12.	При ишемическом колите язвенное поражение локализуется в кишке а. сигмовидной б. прямой в. подвздошной г. слепой	а. сигмовидной	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". -

			URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
13.	Воспалительный процесс при язвенном колите почти всегда затрагивает слизистую оболочку кишки а. прямой б. поперечной ободочной в. восходящей ободочной г. подвздошной	а. прямой	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
14.	Диагноз «Глютеновая энтеропатия (целиакия)» подтверждается обнаружением а. альфа-амилазы (птиалина) в виде L-изомера в слюне б. антител к тканевой трансглутаминазе в крови в. непереваренного глиадина и ретикулина в кале г. свободных дезаминированных пептидов глютена в моче	б. антител к тканевой трансглутаминазе в крови	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
15.	Обследование на глютеновую энтеропатию (целиакию) показано больным а. сахарным диабетом 1 типа б. первичным наследственным гемохроматозом в. алиментарным ожирением г. наследственной гиперхолестеринемией	а. сахарным диабетом 1 типа	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
16.	Основным методом диагностики рака ободочной кишки является а. исследование кала на скрытую кровь б. ирригоскопия в. фиброколоноскопия г. магнитно-резонансная томография	в. фиброколоноскопия	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
17.	Скринингом для диагностики рака ободочной кишки является	б. кал на скрытую кровь	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред.

	а. ультразвуковое исследование толстой кишки б. кал на скрытую кровь в. фиброколоноскопия г. ирригоскопия		В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
18.	Обследование больного, обратившегося с жалобами на нарушение функции кишечника, следует начинать с а. ректального пальцевого исследования б. фиброколоноскопии в. ректороманоскопии г. ирригографии	а. ректального пальцевого исследования	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
19.	В диагностике эрозивной формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни к «золотому стандарту» относятся а. анализ кала на скрытую кровь б. определение Helicobacter pylori в. рентгеноскопию пищевода и желудка г. суточный мониторинг pH пищевода в желудке + эзофагогастроскопию	г. суточный мониторинг pH пищевода в желудке + эзофагогастроскопию	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
20.	Для диагностики рака желудка применяют а. фиброгастроскопию с биопсией б. позитронно-эмиссионную томографию в. ультразвуковое исследование г. компьютерную томографию	а. фиброгастроскопию с биопсией	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Пациентка А. 38 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на горечь во рту, возникающую преимущественно в утренние часы, ощущение дискомфорта в области	1. Хронический реактивный гастрит (рефлюкс-гастрит, тип С); дуодено-гастральный рефлюкс;	Клинические рекомендации «Гастрит и дуоденит». Год утверждения: 2024. Разработчик

	эпигастрия, чувство быстрого насыщения; после погрешностей в диете беспокоит тошнота, метеоризм. Из анамнеза известно, что 2 года назад перенесла холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Подобные жалобы беспокоят в течение года. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык влажный, обложен желтоватым налѐтом у корня. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области. В клиническом анализе крови: эритроциты - 4,2×1012/л, гемоглобин - 135 г/л, цветовой показатель - 0,96, тромбоциты - 347×109/л, лейкоциты - 8,7×109/л, СОЭ - 12 мм/ч. В биохимическом анализе крови: АЛТ - 28 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, амилаза - 77 Ед/л, щелочная фосфатаза - 80 Ед/л. Выполнено ФГДС: слизистая желудка умеренно отечна, гиперемирована в антральном отделе. Перистальтика активная. Желудок хорошо расправляется воздухом. Привратник зияет. В просвете желудка определяется небольшое количество желчи. Вопросы: 1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз. 2. Каков патогенез описанных проявлений? 3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза? 5. Сформулируйте план лечения.	ЖКБ, состояние после холецистэктомии. 2. В патогенезе формирования дуодено-гастрального рефлюкса имеет значение холецистэктомия, которая может приводить к нарушению сократительной функции желчного, гастродуоденальной моторики, развитию дуоденостаза. Это, в свою очередь, приводит к повышению давления в просвете двенадцатиперстной кишки и забросу её содержимого в желудок. Изменение химического состава желчи и хаотическое её поступление в ДПК нарушают переваривание и всасывание жира и других веществ липидной природы, уменьшают бактерицидность дуоденального содержимого, что приводит к микробному обсеменению ДПК. При синдроме избыточного бактериального роста в кишке накапливаются продукты жизнедеятельности бактерий, гниения и брожения, т. е. развиваются метеоризм и дистензионные боли, усугубляется дуодено-гастральный рефлюкс. 3. Холедохолитиаз, хронический панкреатит, хронический гастрит другой этиологии. 4. УЗИ органов брюшной полости для исключения наличия камнеобразования в желчных протоках, оценки структуры поджелудочной железы; суточная рН-метрия; уреазный дыхательный тест на хеликобактер. 5. - Соблюдение щадящей диеты; - употребление варёной, полужидкой пищи; - отказ от белого и ржаного хлеба;	клинической рекомендации: Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Ассоциация "Эндоскопическое общество "РЭндО", Межрегио-нальная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химио-терапии, Межрегиональная Общественная Организация "Научное сообще-ство по содействию клиническому изучению микробиома человека". https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/708_2

		- жареной, копчёной, жирной, острой и солёной пищи; - маринадов и консервации; - сахара, мёда и варенья; - сдобных изделий и шоколада; - алкогольных напитков; - ингибиторы протонной помпы (Омепразол 20 мг 2 р\сут.); - прокинетики (Домперидон, Мотилиум - 10 мг 3-4 р\сут.); - препараты УДХК (Урсофальк, Урсосан 250 мг - 1 раз в сутки перед сном 3-5 дней с увеличением дозы до 15 мг/кг); Висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза/сут. или 240 мг 2 раза/сут. в течение 28 дней).	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1.	Глютеновая энтеропатия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	Синдром раздраженного кишечника. Клиническая симптоматика. Течение. Дифференциаьный диагноз. Осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	Эндоскопическая диагностика в гастроэнтерологии. Теоретические основы метода. Показания, абсолютные и относительные противопоказания к проведению исследования. Диагностические возможности метода	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС

		"Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

ПК-8. Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у ревматологических пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

ПК-8 ИД ПК-1: Знать принципы и методы санаторно-курортного лечения, показания и противопоказания к применению данных методов лечения и реабилитации

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Пищевод Баррета – это: а. замещение многослойного плоского неороговевающего эпителия цилиндрическим с явлениями кишечной метаплазии б. замещение цилиндрического эпителия многослойным плоским эпителием в. эрозивно-язвенное поражение пищевода г. аденокарцинома пищевода д. атрофия слизистой оболочки пищевода	а. замещение многослойного плоского неороговевающего эпителия цилиндрическим с явлениями кишечной метаплазии	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	Бронхопищеводный синдром при ГЭРБ обусловлен: а. регургитацией желудочного содержимого в дыхательные пути б. избыточной массой тела в. дисфагией г. спазмом пищевода д. длительностью заболевания	а. регургитацией желудочного содержимого в дыхательные пути	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	У взрослых самой частой причиной стеноза привратника является: а. рефлюкс-гастрит б. язвенная болезнь в. гипертрофия мышц привратника г. пролапс слизистой желудка в 12-перстную кишку д. доброкачественный полип желудка	б. язвенная болезнь	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
4.	Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются: а. локализация язвы б. величина язвы	в. отсутствие рецидивирующего течения	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва :

	в. отсутствие рецидивирующего течения г. кровотечение д. часто пенетрируют		ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
5.	Для гемолитической желтухи не является характерным: а. увеличение в крови неконьюгированного билирубина б. нормальный уровень сывороточной щелочной фосфотазы в. нормальный уровень сывороточных трансаминаз и г-глутамил-транспептидазы г. билирубинурия д. гиперретикулоцитоз	г. билирубинурия	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Мужчина 32 лет при обращении в поликлинику к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на неоформленный стул с примесью крови до 10 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца. Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3 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 менеджером, профессиональных вредностей нет. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°С. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В лѐгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. (D=S). 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 селезѐнки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.	1. Язвенный колит, левостороннее поражение, острое течение с постепенным началом, средней степени тяжести. Анемия средней степени тяжести. 1. Диагноз «язвенный колит» (ЯК) установлен на основании характерных клинических проявлений – диареи с примесью слизи, крови в течении трёх месяцев, эндоскопических признаков поражения прямой кишки, непрерывного поражения, контактной кровоточивости, наличия поверхностных язв слизистой толстой кишки. Диагноз «анемия» установлен на основании снижения цифр гемоглобина и эритроцитов в общем анализе крови. 2. Пациенту рекомендовано: общий анализ мочи, биохимические исследования крови (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, глюкоза, общий холестерин,	Клинические рекомендации «Язвенный колит». Год утверждения: 2024. Разработчик клинической рекомендации: Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/193_2

	Общий анализ крови: эритроциты – 2,7×1012/л, Hb - 108 г/л, цветовой показатель –0,6, тромбоциты – 270×1012/л, лейкоциты – 7,0×109 /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч. 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. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор.	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. 3. 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). 4. При достижении ремиссии постоянный приём Месалазина 1,5-2 г/сутки внутрь (допустимо назначение Сульфасалазина 3 г/сутки) в комбинации с Месалазином 2 г 2 раза в неделю ректально.	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1.	Первичный склерозирующий холангит. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современное лечение. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

2.	Гепатолентикулярная дегенерация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	Дифференциальный диагноз при панкреатогенной диспепсии в поликлинических условиях. Алгоритм обследования больных. Принципы терапии и профилактики. Показания для госпитализации. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

ПК-8 ИД ПК-2: Уметь 1 - определять необходимость и вид санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях ревматологических состояний

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Стриктура дистального отдела пищевода обычно обусловлена: а. эрозивно-язвенным рефлюкс-эзофагитом б. хронической пневмонией в. язвенной болезнью желудка г. хроническим активным пангастритом д. склеродермией	а. эрозивно-язвенным рефлюкс-эзофагитом	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	Инфицирование гастродуоденальной слизистой оболочки пилорическим хеликобактером сопровождается: а. снижением секреции гастрина б. ахлоргидрией в. диффузной атрофией главных желез желудка г. развитием антрального гастрита д. недостаточностью кардии	г. развитием антрального гастрита	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

3.	Больной 62 лет с коротким язвенным анамнезом и длительно нерубцующейся язвой желудка обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастральной области, похудание. В данном случае можно думать о: а. стенозе выходного отдела желудка б. злокачественной язве в. пенетрации язвы г. микрокровотечениях из язвы д. перфорации язвы	б. злокачественной язве	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
4.	При желчнокаменной болезни имеет место: а. снижение соотношения желчных кислот к холестерину б. снижение уровня билирубина в моче в. повышение уровня желчных кислот г. повышение уровня лецитина д. снижение уровня белков желчи	а. снижение соотношения желчных кислот к холестерину	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
5.	У лиц с врожденной недостаточностью лактазы отмечается вздутие живота, скопление газов и диарея при переваривании: а. молока б. яиц в. черного хлеба г. капусты д. сладостей	а. молока	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Студентка 22 года жалобы на периодическую диарею, боль и вздутие живота в течение последних 7 месяцев, необъяснимую потерю веса (около 6 кг). Заметила, что диарея становится не такой выраженной, если она перестаёт с едой употреблять хлеб. Также обеспокоена зудящей сыпью на разгибательных поверхностях обоих локтей, спонтанно образующимися небольшими кровоизлияниями в кожу. Отмечает, что начала чувствовать общую слабость и недомогание последний месяц. При осмотре температура тела - 36,8°С, ЧСС – 80 ударов в минуту, АД - 115/75 мм рт. ст., ЧДД - 16 в минуту, сатурация О2 - 99%.	Выявление антител к глиадину (IgG, IgA), эндомизию (Ig A), тканевой трансглутаминазе (tTG) в крови и микроскопическое исследование биоптата двенадцатиперстной кишки.	Грищенко Е. Г. Хронические заболевания кишечника / Е. Г. Грищенко, Н. Н. Николаева, О. А. Байкова. - Красноярск : КрасГМУ, 2019. - 284 с. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : https://www.books-up.ru/ru/book/hronicheskie-zabolevaniya-kishechnika-9534425/

	Из анамнеза: болеет сахарным диабетом I типа. По данным общего анализа крови, сывороточного железа, ферритина, свободного трансферина, установлена железодефицитная анемия. Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза заболевания?		

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1.	Первичный гемохроматоз. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современное лечение. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	Функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии. Профилактика. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	Энтеральное и парентеральное питание. Показания к применению препаратов энтерального парентерального питания. Методы энтерального питания. Критерии эффективности проводимого энтерального и парентерального питания.	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

ПК-8 ИД ПК-3: Владеть 1 – методологией проведения медицинской реабилитации пациентов ревматологического профиля; алгоритмами применения санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях ревматологических состояний**Задания закрытого типа**

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник

1.	В терапию синдрома раздраженной толстой кишки с преобладанием запоров в терапию целесообразно включить: а. гранаты б. пшеничные отруби в. сок капусты г. сок алоэ д. картофель	б. пшеничные отруби	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2.	При неспецифическом язвенном колите легкой и средней степени тяжести медикаментозным средством выбора является: а. кортикостероиды б. фталазол в. левомицетин г. сульфасалазин, месалазин д. ампициллин	г. сульфасалазин, месалазин	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	В отношении рака тонкой кишки верны следующие положения а. это часто встречающееся заболевание б. чаще болеют мужчины в. чаще болеют люди в возрасте старше 50 лет г. правильные ответы а. и б. д. правильные ответы б. и в.	д. правильные ответы б. и в.	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
4.	Туберкулезное поражение желудка проявляется в виде: а. язв б. гранулематозного гастрита в. инфильтративно-склеротической формы г. диффузной инфильтрации д. а и б	д. а и б	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
5.	При диффузном токсическом зобе отмечают а. поражение печени б. поносы в. поражение пищевода г. все перечисленное	г. все перечисленное	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-

			9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Пациент Ж. 27 лет жалобами на частые слабые ноющие боли в эпигастральной области, уменьшающиеся после приѐма пищи, чувство быстрого насыщения, отрыжку кислым. Также отмечает общую слабость, неустойчивость стула. Указанные жалобы периодически беспокоят в течение последних 6 лет, текущее ухудшение самочувствия - 2 недели назад. Самостоятельно принимал антациды с кратковременным положительным эффектом. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык влажный, обложен белым налѐтом. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. В клиническом анализе крови: эритроциты - 4,8×10/л, гемоглобин – 140 г/л, цветовой показатель - 0,87, тромбоциты - 380×10/л, лейкоциты - 7,2×10/л, СОЭ - 16 мм/ч. В биохимическом анализе крови: АЛТ - 21 Ед/л, АСТ - 18 Ед/л, амилаза - 53 Ед/л, щелочная фосфатаза - 78 Ед/л. Выполнено ФГДС: в просвете желудка большое количество слизи. Явления умеренной атрофии в пилорическом отделе желудка, отѐк и гиперемия в фундальном отделе желудка. Перистальтика активная. Желудок хорошо расправляется воздухом. Хелпил-тест +++. Предположите наиболее вероятный диагноз.	Хронический атрофический гастрит, HP-ассоциированный, фаза обострения. Функциональная диспепсия.	Избранные разделы гастроэнтерологии: клиника и диагностика : учебное пособие / сост.: И. Г. Малахова [и др.]. — Ижевск : ИГМА, 2016. — 80 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/134643

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1.	Фиброз и цирроз печени. Классификация. Морфологическая характеристика. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Принципы терапии. Диспансерное наблюдение	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

2.	Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях бронхолегочной системы. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
3.	Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях крови. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией	Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% **Удовлетворительно** (3) - 76 – 90% **Хорошо (4)** -91-100 **Отлично (5)**	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям **Удовлетворительно** (3) - четырем критериям	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения

Хорошо (4) -пяти критериям **Отлично (5)**	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям **Удовлетворительно** (3) - четырем критериям **Хорошо (4)** **-пяти** или шести критериям **Отлично (5)**	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)