

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



## РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Наименование дисциплины: **Гастроэнтерология**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.28 Гастроэнтерология**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-гастроэнтеролог**

Кафедра: **Кафедра внутренних болезней Института ИМФО**

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2023, 2024 года поступления (актуализированная версия)

Лекции: 2 (з.е.) 72 часа

Семинары: 14 (з.е.) 504 часа

Самостоятельная работа: 9 (з.е.) 324 часа

Форма контроля: экзамен 1 (з.е.) 36 часов

Всего: 26 (з.е.)/ 936 часов

Волгоград, 2024

## Разработчики программы

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
1.	Недогода С.В.	заведующий кафедрой	д.м.н., профессор	Кафедра внутренних болезней Института НМФО
2.	Санина Т.Н.	доцент	к.м.н., доцент	Кафедра внутренних болезней Института НМФО
3.	Лутова В.О.	доцент	к.м.н.	Кафедра внутренних болезней Института НМФО
5.	Коренская Е.Г.	доцент	к.м.н.	Кафедра внутренних болезней Института НМФО

**Рабочая программа «Гастроэнтерология» относится к блоку Б1.Б.6**

**Актуализация рабочей программы:** обсуждена на заседании кафедры протокол № 4 от 20.05.2024 г.

Заведующий кафедрой внутренних болезней Института НМФО,  
д.м.н., профессор \_\_\_\_\_ С.В.Недогода

**Рецензент:** профессор кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, д.м.н. Туркина С.В.

**Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол №12 от 27.06.2024 г.**

Председатель УМК \_\_\_\_\_ М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики  
\_\_\_\_\_ М.Л. Наumenko

**Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол №18 от 27.06.2024 г.**

Секретарь Ученого совета \_\_\_\_\_ М.В. Кабытова

## Содержание

	Пояснительная записка
1	Цель и задачи дисциплины
2	Результаты обучения
3	Место раздела дисциплины в структуре основной образовательной программы
4	Общая трудоемкость дисциплины
5	Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся
6	Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций
7	Содержание дисциплины
8	Образовательные технологии
9	Оценка качества освоения программы
10	Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины
11	Материально-техническое обеспечение дисциплины
12	Приложения
12.1	ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
12.2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ
12.3	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
12.4	СПРАВКА О КАДРОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
12.5	СПРАВКА О МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РЕАЛИЗАЦИИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
12.6	АКТУАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ

## **Пояснительная записка**

Основная профессиональная образовательная программа послевузовского профессионального образования (ординатура) по специальности «Гастроэнтерология» разработана в соответствии с ФГОС специальности 31.08.28 «Гастроэнтерология», утвержденным приказом Министерства образования и науки РФ от 25.08.2014г. №1070 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 23.10.2014 N 34090) и порядком организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры (утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 19 ноября 2013 г. N 1258).

### **1. Цель и задачи дисциплины «Гастроэнтерология»**

Целью освоения дисциплины «Гастроэнтерология» является подготовка квалифицированного врача–гастроэнтеролога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, в соответствии с ФГОС ВО, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности: первичной медико-санитарной помощи, неотложной, скорой, а также специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

#### **Задачи программы ординатуры 31.08.28 «Гастроэнтерология»:**

1. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.

2. Подготовить врача-специалиста по гастроэнтерологии к самостоятельной профессиональной деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при ургентных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациента.

3. Сформировать систему общих и специальных знаний, умений, позволяю-

щих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.

4. Сформировать базовые, фундаментальные медицинские знания, формирующие профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи:

– **профилактическая деятельность:**

предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

– **диагностическая деятельность:**

диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;

диагностика неотложных состояний;

диагностика беременности;

проведение медицинской экспертизы;

– **лечебная деятельность:**

оказание специализированной медицинской помощи;

участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

– **реабилитационная деятельность:**

проведение медицинской реабилитации;

– **психолого-педагогическая деятельность:**

формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

– **организационно-управленческая деятельность:**

применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;

организация проведения медицинской экспертизы;

организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;

ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;

создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;

соблюдение основных требований информационной безопасности.

## **2. Результаты обучения**

В результате освоения дисциплины «Гастроэнтерология» обучающийся должен сформировать следующие компетенции:

### **универсальные компетенции (УК)**

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

### **профессиональные компетенции (ПК):**

#### профилактическая деятельность:

- 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);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);

- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медикоста-

статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи (ПК-6);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10).

**Формирование вышеперечисленных универсальных и профессиональных компетенций врача-специалиста гастроэнтеролога предполагает овладение ординатором системой следующих знаний, умений и владений:**

**Знания:**

– основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения, относящиеся к гастроэнтерологии (ПК10);

– основы управления здравоохранения, страховой медицины (ПК10);

- правовые основы деятельности врача гастроэнтеролога (ПК10);
- общие вопросы организации гастроэнтерологической службы в стране, организацию работы гастроэнтерологического кабинета и стационара (ПК10);
- общие вопросы организации работы гастроэнтерологического центра, гастроэнтерологического кабинета в поликлинике и консультативном центре; взаимодействие с другими лечебно-профилактическими учреждениями (УК1, ПК10);
- общие вопросы организации работы гастроэнтерологического стационара (ПК10);
- документацию гастроэнтерологического кабинета и стационара (ПК10);
- эпидемиологию гастроэнтерологических заболеваний в РФ и в данном конкретном регионе, где работает врач (ПК1, ПК4);
- основы медицинской этики и деонтологии в гастроэнтерологии (ПК2);
- основы нормальной и патологической анатомии и физиологии, взаимосвязь функциональных систем организма (ПК1);
- теоретические основы гастроэнтерологии (ПК1);
- современную классификацию гастроэнтерологических заболеваний (ПК1);;
- этиологию, патогенез и клиническую симптоматику основных гастроэнтерологических заболеваний взрослых (ПК1);
- генетические аспекты гастроэнтерологических заболеваний (ПК1);
- общие методы исследования в гастроэнтерологии, функциональные методы исследования в норме и при патологии (ПК5);
- специальные методы исследования в гастроэнтерологии (рентгенологические, ультразвуковые, биохимические и др.) (ПК5);
- дифференциальную диагностику гастроэнтерологических заболеваний (УК1, ПК1, ПК5);
- организацию и оказание неотложной помощи при гастроэнтерологических заболеваниях (ПК6);
- основы фармакотерапии гастроэнтерологических заболеваний (ПК6);
- основы рационального питания здорового организма, принципы диетотерапии у гастроэнтерологических больных (ПК6, ПК8);
- принципы медико-социальной экспертизы и реабилитации больных гастроэнте-



рологических заболеваниями (ПК8);

- вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, организацию ВТЭ (ПК 10)
- методы раннего выявления гастроэнтерологических заболеваний при массовом профилактическом обследовании населения (ПК2, ПК8);
- диспансерное наблюдение за больными, проблемы профилактики (ПК2, ПК8);
- основы немедикаментозной терапии, лечебной физкультуры, санаторно-курортного лечения больных гастроэнтерологическими заболеваниями (ПК8);
- формы и методы санитарно-просветительной работы (ПК9).

### **Умения:**

- получать исчерпывающую информацию о заболевании (ПК1);
- выявлять возможные причины гастроэнтерологического заболевания: применять объективные методы обследования больного, выявлять характерные признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи и интенсивной терапии (ПК1, ПК5);
- оценивать тяжесть состояния больного, определять объем и последовательность необходимых мероприятий для оказания помощи (ПК1, ПК6);
- организовывать неотложную помощь в экстренных случаях (ПК10);
- определять показания к госпитализации и организовывать её (ПК6);
- выработать план ведения больного в амбулаторно-поликлинических учреждениях и в стационаре, определять необходимость применения специальных методов обследования (ПК5, ПК6);
- интерпретировать результаты лабораторно-клинических методов исследования, в том числе и иммунной системы (ПК5);
- интерпретировать результаты специальных методов исследования (ультразвуковые, лабораторные, рентгенологические и др.) (ПК5);
- проводить дифференциальную диагностику, обосновывать клинический диагноз, схему, план, тактику ведения больного (ПК1, ПК5, ПК6);
- назначать необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия (ПК6);
- назначать лечебное питание с учетом общих факторов и характера заболевания (ПК6);

- определять динамику течения болезни и ее прогноз, место и характер долечивания (ПК6);
- определять вопросы трудоспособности больного (временной или стойкой нетрудоспособности), перевода на другую работу (ПК4);
- осуществлять меры по комплексной реабилитации больного (ПК8);
- организовывать и проводить образовательные программы для больных гастроэнтерологическими заболеваниями (ПК9);
- проводить санитарно-просветительную работу среди населения (ПК9);
- оформлять необходимую медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению (ПК2, ПК10);

### **Владения:**

- методикой сбора и анализа жалоб, анамнеза (ПК1);
- методикой объективного обследования больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) (ПК5);
- методикой проведения квалифицированного диагностического поиска для выявления заболеваний на ранних стадиях при типичных, а также малосимптомных и атипичных проявлениях болезни, используя клинические, лабораторные и инструментальные методы в адекватном объеме (ПК5);
- методикой правильной формулировки установленного диагноза с учетом международной классификации болезней, проведения дополнительного обследования и назначения адекватного лечения (ПК5, ПК6);
- способностью выбора в решении вопроса о необходимости амбулаторного или стационарного режима лечения, экспертизы трудоспособности (ПК5);
- способностью и готовностью интерпретировать результаты современных диагностических технологий, понимать стратегию нового поколения лечебных и диагностических препаратов (ПК5, ПК6);
- способностью и готовностью оценивать возможности применения лекарственных средств для лечения и профилактики различных заболеваний и патологических состояний; анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств; возможные токсические эффекты лекарственных средств

- способностью и готовностью выполнять основные диагностические и лечебные мероприятия, а также осуществлять оптимальный выбор лекарственной терапии для оказания первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях (ПК6);
- навыками оформления первичной и текущей документации и оценки эффективности диспансерного наблюдения (ПК2);
- методами оказания экстренной первой (догоспитальной) помощи при острых и неотложных состояниях (инфаркт миокарда, инсульт, черепно-мозговая травма, «острый живот», гипогликемическая и диабетическая кома, клиническая смерть и др.) (ПК6).

## Содержание и структура компетенций

Коды компетенций	Название компетенции	Содержание и структура компетенции		
		знать	уметь	владеть
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<p>1 - основные понятия, используемые в гастроэнтерологии;</p> <p>2 – структурно-функциональные особенности пищеварительной системы человека;</p> <p>3 - основные принципы функционирования пищеварительной системы, ее взаимосвязь с другими органами и системами;</p> <p>4 - научные идеи и тенденции развития гастроэнтерологии</p>	<p>1 -критически оценивать поступающую информацию вне зависимости от ее источника;</p> <p>2 - избегать автоматического применения стандартных приемов при решении профессиональных задач;</p> <p>3 - управлять информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников;</p> <p>4 - использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимой терапии.</p>	<p>1- навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной информации;</p> <p>2 - навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач;</p> <p>3 - навыками управления информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников;</p> <p>4 - владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях.</p>
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	<p>1 - причины возникновения соматических заболеваний;</p> <p>2 - патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний пищеварительной системы человека;</p> <p>3 - методы профилактики соматических ;</p> <p>4 - методы ранней диагностики и скрининга патологии ,</p> <p>5 - группы риска по развитию различных гастроэнтерологических заболеваний у взрослого населения.</p>	<p>1 -проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения;</p> <p>2 - проводить беседы с пациентами по вопросам первично и вторичной профилактики гастроэнтерологических заболеваний;</p> <p>3 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия с учетом сопутствующей патологии.</p>	<p>1 - методами профилактики гастроэнтерологических заболеваний;</p> <p>2 - методами выявления гастроэнтерологических заболеваний;</p> <p>3 - методами ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний;</p> <p>4 - навыками работы в группах риска по развитию гастроэнтерологических заболеваний.</p>
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	<p>1 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных гастроэнтерологических заболеваний человека;</p> <p>2 - основы фармакотерапии при различных формах гастроэнтерологической патологии</p>	<p>1 - проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения;</p> <p>2 - проводить беседы с пациентами по вопросам первично и вторичной профилактики гастроэнтерологических заболеваний;</p> <p>3 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия с учетом сопутствующей патологии</p>	<p>1 - навыками профилактики гастроэнтерологических заболеваний;</p> <p>2 - навыками диспансеризации и пациентов, с различной гастроэнтерологической патологией.</p>

<b>ПК-4</b>	готовность к применению социальногигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков в	1 - типовую учетно-отчетную медицинскую документацию медицинских учреждений; 2 - экспертизу трудоспособности.	1 - анализировать и оценивать качество медицинской помощи населению, вести медицинскую документацию.	1 – владеть методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских учреждениях.
<b>ПК-5</b>	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)	1 - возрастные особенности пищеварительной системы, общие закономерности патогенеза наиболее распространенных заболеваний человека; 2 - клиническую симптоматику и патогенез основных гастроэнтерологических заболеваний; 3 - основные методы лабораторной и инструментальной диагностики гастроэнтерологических заболеваний; 4 - основные дифференциально-диагностические критерии различных гастроэнтерологических заболеваний; 5 - современные классификации различных гастроэнтерологических заболеваний. 6 - основы фармакотерапии при различных формах гастроэнтерологической патологии .	1 - определять клинические симптомы и синдромы, характерные для различных гастроэнтерологических заболеваний; 2 - назначать методы обследования, необходимые для диагностики разных гастроэнтерологических заболеваний; у населения; 3 - планировать лабораторное и функциональное обследование лиц различного возраста; 4 - правильно интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования при наиболее часто встречающихся у населения гастроэнтерологических заболеваниях.	1- навыками определения симптомов, характерных для различной гастроэнтерологической патологии; 2 - методикой сбора гастроэнтерологического анамнеза, в том числе у детей раннего возраста; 3 - навыками проведения клинического обследования при различной гастроэнтерологической патологии; 4 - дифференциальной диагностикой основных гастроэнтерологических заболеваний человека; - навыками интерпретации результатов обследования у пациентов гастроэнтерологического профиля; - навыками формулировки диагноза в соответствии с современными классификациями и рекомендациями
<b>ПК-6</b>	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи	1 - возрастные особенности пищеварительной системы; 2 - общие закономерности патогенеза наиболее распространенных заболеваний человека; 3 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний пищеварительной системы человека; 4 - основы фармакотерапии при различных формах гастроэнтерологической патологии; 5 - знать принципы назначения лечебной диеты у пациентов, страдающих гастроэнтерологической патологией	1 - современные рекомендации и стандарты лечения различных гастроэнтерологических заболеваний; 2 - клиническую фармакологию основных лекарственных препаратов при гастроэнтерологической патологии; 3 - оказать неотложную помощь больным гастроэнтерологическими заболеваниями 4 - основные схемы этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии, используемой при различных гастроэнтерологических заболеваниях.	1 -владеть методами и принципами ведения и лечения пациентов с гастроэнтерологической патологией в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями
<b>ПК-8</b>	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	1- 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 гастроэнтерологических состояний	1 – методологией проведения медицинской реабилитации пациентов гастроэнтерологического профиля; 2 - алгоритмами применения санаторно-курортного лечения при разных вариантах

				течения и нозологиях гастроэнтерологических состояний
<b>ПК-9</b>	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1. патогенез и исходы основных заболеваний пищеварительной системы человека; 2- механизмы влияния неблагоприятных факторов внешней среды (экогенных, профессиональных и др.) на пищеварительную систему 3- принципы ведения здорового образа жизни	1 - проводить беседы с пациентами и членами их семей о ведении здорового образа жизни, об отказе от вредных привычек, о минимизировании влияния неблагоприятных факторов внешней среды на здоровье, о мерах по профилактике гастроэнтерологической патологии	1 - владеть навыками к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
<b>ПК-10</b>	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Основные нормативные документы регламентирующие работу поликлинической и стационарной помощи врача-гастроэнтеролога	Организовать работу специализированного кабинета поликлиники врача гастроэнтеролога и стационарного отделения гастроэнтерологии взрослых и детей	Навыками организации работы специализированного кабинета врача гастроэнтеролога и стационарного отделения гастроэнтерологии взрослых и детей с учетом нормативной документации принятой в здравоохранении РФ по службе гастроэнтерологии

**3. Место раздела дисциплины в структуре основной образовательной программы**

Дисциплина «Гастроэнтерология» относится к блоку Б1 базовой части ОПОП

**4. Общая трудоемкость дисциплины** составляет 26 зачетных единиц, 936 академических часов (900 академических часов аудиторной, самостоятельной работы и 36 часов экзамен), в том числе аудиторные часы – 576 часов.

**5. Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся.**

Виды учебной работы	Всего часов	Курс	
		1	2
Лекции	72	72	0
Семинары	504	504	0
Самостоятельная работа (всего)	324	324	0
Промежуточная аттестация (зачет с оценкой)	36	36	0
<b>Общая трудоемкость:</b>	<b>часы</b>	936	0
	<b>зачетные единицы</b>	26	0

**6. Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций**

**Учебно-тематический план дисциплины «Гастроэнтерология» (в академических часах) и матрица компетенций<sup>1</sup>**

	Наименование разделов дисциплины (модулей) и тем	Аудиторные занятия		Всего часов на аудиторную работу	Самостоятельная работа студента	Экзамен	Итого часов	Формируемые компетенции по ФГОС												Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Текущий и рубежный контроль успеваемости						
		лекции	семинары					УК			ПК										Формы контроля	Рубежный контроль					
								1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9			10	11	12	Экзамен	Зачет	Зачет с оценкой
<i>Б 1.Б.6</i>	<i>Гастроэнтерология</i>	72	504	576	324	36	936	+				+	+			+	+	+				Л, Р, С	Т, ЗС, С	+			
<i>Б 1.Б.6.1</i>	<i>Раздел 1 Заболевания пищевода</i>	10	48	56	32		88	+				+	+			+	+					Л, Р, С	Т, С		+		
<b>Б 1.Б.6.1.1</b>	<b>Методы исследования пищевода.</b>	2	6	8	4		12	+								+						Л, Р, С	КР				
<b>Б 1.Б.6.1.2</b>	<b>Дисфагия.</b>		6	6	4		10	+			+						+	+					Л, Р, С	КР			
<b>Б 1.Б.6.1.3</b>	<b>Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.</b>	2	6	8	4		12	+			+	+				+	+					Л, Р, С	ЗС, КР				
<b>Б 1.Б.6.1.4</b>	<b>Синдром Баррета.</b>	2	6	8	4		12	+			+	+				+	+					Л, Р, С	ЗС, КР				
<b>Б 1.Б.6.1.5</b>	<b>Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.</b>		6	6	4		10	+			+	+				+	+					Р, С	ЗС, КР				

<sup>1</sup> Изменения в учебно-тематическом плане дисциплины утверждены на кафедральном заседании (протокол №4 от 20.05.2024 г.)



Б 1.Б.6.1.6	Стеноз пищевода.	2	6	6	4		10	+			+	+			+	+					Л, Р, С	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.1.7	Инфекционный эзофагит		6	6	4		10	+			+	+			+	+					Р, С	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.1.8	Эозинофильный эзофагит	2	6	8	4		12	+			+	+			+	+					Л, Р, С	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.2	Раздел 2. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.	10	66	76	32		108	+			+	+			+	+					Л, Р, С	Т, С		+	
Б 1.Б.6.2.1	Методы исследования функций желудка		6	6			6	+			+	+			+	+					Р	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.2.2	Неязвенная диспепсия	2	6	8	4		12	+			+	+			+	+					Л, Р, С	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.2.3	Основные симптомы и синдромы при болезнях желудка и двенадцатиперстной кишки		6	6			6	+			+	+			+	+					Р	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.2.4	Эрозии желудка		6	6			6	+			+	+			+	+					Р	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.2.5	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и ее осложнения	2	6	8	4		12	+			+	+			+	+					Л, Р, С	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.2.6	Язвенное кровотечение.		6	6	4		10	+			+	+			+						Р, С	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.2.7	Симптоматические (синдром Золлингера Эллисона и др.) и лекарственные гастродуоденальные язвы.	2	6	8	4		12	+			+	+			+						Л, Р, С	ЗС, КР			





Б 1.Б.6.3.18	Болезни сосудов печени.		6	6	4		10	+			+	+			+	+					Р, С	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.3.19	Доброкачественные опухоли печени.		6	6	4		10	+			+	+			+	+					Р, С	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.4	Раздел 4. Заболевания поджелудочной железы.	6	24	30	16		46	+			+	+			+	+					Л, Р, С	Т, С		+	
Б 1.Б.6.4.1	Методы исследования функционального состояния поджелудочной железы		6	6	4		10	+							+						Р, С	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.4.2	Хронический панкреатит.	2	6	8	4		12	+			+	+			+	+					Л, Р, С	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.4.3	Муковисцидоз.	2	6	8	4		12	+			+	+			+	+					Л, Р, С	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.4.4	Острый панкреатит.	2	6	8	4		12	+			+	+			+	+					Л, С	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.5	Раздел 5. Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей.	6	42	48	28		76	+			+	+			+	+					Л, Р, С	Т, С		+	
Б 1.Б.6.5.1	Методы исследования желчного пузыря и желчных путей		6	6	4		10	+							+						Р, С	КР			
Б 1.Б.6.5.2	Функциональные билиарные расстройства.	2	6	8	4		12	+			+	+			+	+					Л, Р, С	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.5.3	Желчнокаменная болезнь.	2	6	8	4		12	+			+	+			+	+					Л, Р, С	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.5.4	Постхолецистэктомический синдром.	2	6	8	4		12	+			+	+			+	+					Л, Р, С	ЗС, КР			

Б 1.Б.6.5.5	Холангит.		6	6	4		10	+			+	+			+	+					Р, С	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.5.6	Острые и хронические холециститы.		6	6	4		10	+			+	+			+	+					Р, С	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.5.7	Стенозирующий дуоденальный папиллит		6	6	4		10	+			+	+			+	+					Р, С	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.6	Раздел 6. Заболевания тонкого и толстого кишечника	14	96	110	64		174	+			+	+			+	+					Л, Р, С	Т, С		+	
Б 1.Б.6.6.1	Методы исследования функционального и морфологического состояния кишечника		6	6	4		10	+							+						Р, С	КР			
Б 1.Б.6.6.2	Синдром мальабсорбции.	2	6	8	4		12	+			+	+			+	+					Л, Р, С	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.6.3	Дифференциальный диагноз при диарее.		6	6	4		10	+			+				+						Р, С	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.6.4	Антибиотик-ассоциированная диарея		6	6	4		10	+			+	+			+	+					Р, С	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.6.5	Запоры		6	6	4		10	+			+				+						Р, С	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.6.6	Воспалительные заболевания кишечника. Язвенный колит.	2	6	8	4		12	+			+	+			+	+					Л, Р, С	ЗС, КР			
Б 1.Б.6.6.7	Воспалительные заболевания кишечника. Болезнь Крона.		6	6	4		10	+			+	+			+	+					Л, Р, С	ЗС, КР			
Б	Воспалительные заболевания кишечника. Неспеци-		6	6	4		10	+			+	+			+	+					Л, Р, С	ЗС, КР			









**ЗС** – решение ситуационных задач,

**КР** – контрольная работа;

**С** – собеседование по контрольным вопросам.

## 7. Содержание дисциплины «Гастроэнтерология»<sup>2</sup>

### Б 1.Б.6.1 ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА.

№ № П/П	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	<b>Б1.Б.6.1.1 Методы исследования пищевода.</b> Рентгенологические методы. Эзофагоманометрия. Клинические рекомендации по применению манометрии высокого разрешения. Фармакодиагностика. Методы выявления гастроэзофагеального рефлюкса, внутрижелудочная рН-метрия. Эзофагоскопия. Эндосонография. Тонометрия.	2	6	4	Контрольная работа	УК-1, ПК-5
2.	<b>Б 1.Б.6.1.2 Дисфагия.</b> Дифференциальный диагноз. Программа обследования больных с дисфагией. Ахалазия кардии. Этиология. Морфология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагноз, осложнения. Лечение. Консервативное лечение и пневмокардиодилатация. Показания и противопоказания. Подготовка и ведение больных после пневмокардиодилатации. Возможные осложнения. Показания, возможности, методы и результаты хирургического лечения.	2	6	4	Контрольная работа	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9
3.	<b>Б 1.Б.6.1.3 Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.</b> Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Значение эн-	2	6	4	Контрольная работа, решение ситуа-	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5

<sup>2</sup> Изменения в содержании дисциплины утверждены на кафедральном заседании (протокол №4 от 20.05.2024 г.)

	доскопического исследования и внутрижелудочной рН-метрии в диагностике заболевания. Классификация. Течение и осложнения. Лечение. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению.				ционных задач	ПК-6 ПК-8, ПК-9
4.	<b>Б 1.Б.6.1.4 Синдром Баррета.</b> Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностический алгоритм, методы лечения, прогноз.	2	6		Контрольная работа, решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
5.	<b>Б 1.Б.6.1.5 Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.</b> Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Инструментальная диагностика. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению.		6	4	Контрольная работа, решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5 ПК-6 ПК-8, ПК-9
6.	<b>Б 1.Б.6.1.6 Стеноз пищевода.</b> Компрессия пищевода. Констрикция пищевода. Стеноз пищевода. Стриктура пищевода. Дискинезии пищевода. Диффузный эзофагоспазм. Кардиоспазм. Гипомоторные дискинезии. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Синдром Меллори-Вейсса. Этиология. Патогенез. Клиника. Течение. Лечение. Дивертикулы пищевода. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностический алгоритм, методы лечения, прогноз.		6	4	Контрольная работа, решение ситуационных задач, собеседование, тест	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5 ПК-6 ПК-8, ПК-9
7.	<b>Б 1.Б.6.1.7 Инфекционный эзофагит</b> Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Инструментальная диагностика. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение.		6	4	Контрольная работа, решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
8.	<b>Б 1.Б.6.1.8 Эозинофильный эзофагит</b> Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Инструментальная диагностика. Осложнения. Дифференциальная диагностика.	2	6	4	Контрольная работа, решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Лечение.					
----------	--	--	--	--	--

## **Б 1.Б.6.2 ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.**

№ № п\п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	<b>Б 1.Б.6.2.1. Методы исследования функций желудка</b> Лабораторные методы. Исследование хеликобактерной инфекции. Интерпретация результатов. Рентгенологическое исследование желудка. Рн-метрия		<b>6</b>		контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
2.	<b>Б 1.Б.6.2.2. Неязвенная диспепсия.</b> Этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз.	<b>2</b>	<b>6</b>		контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
3.	<b>Б 1.Б.6.2.3. Основные симптомы и синдромы при болезнях желудка и двенадцатиперстной кишки.</b> Значение анализа клинических симптомов и синдромов для диагностики заболеваний ЖКТ		<b>6</b>		контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
4.	<b>Б 1.Б.6.2.4. Эрозии желудка.</b> Этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз		<b>6</b>		контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
5.	<b>Б 1.Б.6.2.5. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и ее осложнения (язвенные кровотечения, перфорация язвы, пенетрация язв)</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

	<b>вы и др.).</b> Эпидемиология, этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз					
6.	<b>Б 1.Б.6.2.6. Язвенное кровотечение.</b> Методы ранней диагностики. Методы интенсивной терапии и ведения больных с язвенным кровотечением. Хирургическое лечение.		<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9
7.	<b>Б 1.Б.6.2.7. Симптоматические (синдром Золлингера Эллисона и др.) и лекарственные гастродуоденальные язвы.</b> Этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9
8.	<b>Б 1.Б.6.2.8. Пилоростеноз.</b> Этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз.		<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9
9.	<b>Б 1.Б.6.2.9. Острый и хронический гастрит (аутоиммунный, ассоциированный с пилорическим хеликобактером, лекарствами и др.).</b> Эпидемиология, этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз.	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
10	<b>Б 1.Б.6.2.10. Хронический дуоденит.</b> Этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз.		<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
11	<b>Б 1.Б.6.2.11. Последствия желудочной хирургии, в том числе постгастрорезекционные и постваготомические расстройства.</b> Эпидемиология, этиология, па-	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа; решение ситуационных задач, собеседование, тест	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

тогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение прогноз.					
--	--	--	--	--	--

### **Б 1.Б.6.3 ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ.**

№№ п\п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	<b>Б 1.Б.6.3.1 Дифференциальный диагноз при основных клинических синдромах поражения печени.</b> Гепатомегалия, гепатолиенальный синдром, желтуха, портальная гипертензия, асцит, геморрагический синдром, синдром печеночной энцефалопатии, гепаторенальный синдром, холестатический синдром.	2	6		контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-5,
2.	<b>Б 1.Б.6.3.2 Дифференциальная диагностика желтух.</b> Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностический алгоритм, лечение, прогноз.		6		контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-5,
3.	<b>Б 1.Б.6.3.3 Дифференциальный диагноз при основных клинико-лабораторных синдромах.</b> Синдром цитолиза, холестаза, иммуновоспалительный синдром, синдром печеночно-клеточной функциональной недостаточности.	2	6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-5
4.	<b>Б 1.Б.6.3.4 Лекарственные поражения печени</b> Лекарства и поражения печени. Физиологическая роль печени в метаболизме лекарств. Нарушение фармакокинетики лекарств при	2	6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

	болезнях печени. Гепатотоксичность лекарств. Токсическая болезнь печени с холестазом. Токсическая болезнь печени с некрозом. Токсическая болезнь печени с острым гепатитом. Другие клинимоρφологические варианты токсической болезни печени.					
5.	<b>Б 1.Б.6.3.5 Хронические вирусные гепатиты.</b> Эпидемиология, этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз.	2	6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
6.	<b>Б 1.Б.6.3.6 Алкогольная болезнь печени.</b> Метаболизм этанола в печени. Системные проявления воздействия алкоголя на печень и другие органы. Клинимоρφологические варианты алкогольной болезни печени. Алкогольное жировое перерождение печени. Алкогольный гепатит. Алкогольный фиброз и склероз печени. Алкогольный цирроз печени. Алкогольная печеночная недостаточность: острая, подострая, хроническая, с или без печеночной комы.	2	6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
7.	<b>Б 1.Б.6.3.7 Циррозы печени.</b> Этиология. Патогенез. Морфологическая характеристика. Классификация. Клиника. Осложнения: Диагностика. Дифференциальная диагностика. Прогноз. Современные принципы лечения (диета, базисная терапия, особенности лечения при рефрактерном асците, лечение осложнений, экстракорпоральные методы лечения). Показания к хирургическому лечению.	2	6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
8.	<b>Б 1.Б.6.3.8. Осложнения цирроза печени: Гепаторенальный синдром.</b> Этиология, патогенез, клиническая		6	4	контрольная работа; решение ситуаци-	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5,

	картина, диагностический алгоритм, лечение, прогноз.				онных задач	ПК-6, ПК-8, ПК-9
9.	<b>Б 1.Б.6.3.9. Осложнения цирроза печени:</b> Асцит. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностический алгоритм, лечение, прогноз		<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
10.	<b>Б 1.Б.6.3.10. Осложнения цирроза печени:</b> Портальная гипертензия. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностический алгоритм, лечение, прогноз.		<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
11.	<b>Б 1.Б.6.3.11. Осложнения цирроза печени:</b> Портосистемная энцефалопатия. Этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз		<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
12.	<b>Б 1.Б.6.3.12. Осложнения цирроза печени:</b> Печеночная кома. Патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз.		<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
13.	<b>Б 1.Б.6.3.13. Аутоиммунные заболевания печени.</b> Эпидемиология, этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз аутоиммунного гепатита.	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
14.	<b>Б 1.Б.6.3.14. Первичный склерозирующий холангит.</b> Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современное лечение.		<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
15.	<b>Б 1.Б.6.3.15. Наследственные пигментные гепатозы.</b> Эпидемиология, этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз.	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
16.	<b>Б1.Б.6.3.16. Дефицит лизосомальной кислой липазы</b>		<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа; решение	УК-1, ПК-1, ПК-2,



	Эпидемиология, этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз.				ситуационных задач	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
17.	<b>Б 1.Б.6.3.17. Неалкогольный стеатогепатит.</b> Эпидемиология, этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз.	2	6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
18.	<b>Б 1.Б.6.3.18. Болезни сосудов печени.</b> Тромбоз воротной вены. Тромбофлебит воротной вены. Болезнь и синдром Бадда-Киари.		6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
19.	<b>Б 1.Б.6.3.19. Доброкачественные опухоли печени.</b> Кисты печени. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.		6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

### **Б 1.Б.6.4 ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.**

№№ п\п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	<b>Б 1.Б.6.4.1 Методы исследования функционального состояния поджелудочной железы.</b> Эластаза кала, копрограмма, интерпретация результатов. Глюкозотолерантный тест.		6	4	контрольная работа	УК-1, ПК-5,
2.	<b>Б 1.Б.6.4.2. Хронический панкреатит.</b> Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Варианты течения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диетотерапия. Алкогольный хрони-	2	6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

	ческий панкреатит. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Панкреатическая стеаторея. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.					
3.	<b>Б 1.Б.6.4.3. Муковисцидоз.</b> Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клинические признаки и симптомы. Осложнения. Диагноз и рекомендуемые клинические исследования. Дифференциальный диагноз. Общие принципы лечения. Оценка эффективности лечения. Прогноз.	2	6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач; собеседование, тест	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
4.	<b>Б 1.Б.6.4.4. Острый панкреатит.</b> Классификация, этиология, патогенез. Особенности клинической картины заболевания. Диагноз и дифференциальный диагноз	2		4	контрольная работа; решение ситуационных задач; собеседование, тест	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

### **Б 1.Б.6.5 ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ.**

№№ п\п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	<b>Б 1.Б.6.5.1. Методы исследования желчного пузыря и желчных путей.</b> УЗИ, МРХПГ, эндо-УЗИ, дуоденоскопия. Выбор метода исследования. Показания к исследованию. Оценка результатов исследования		6	4	контрольная работа;	УК-1, ПК-5
2.	<b>Б 1.Б.6.5.2. Функциональные билиарные расстройства.</b>	2	6	4	контрольная работа; решение	УК-1, ПК-1, ПК-2,

	Этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз				ситуационных задач	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
3.	<b>Б 1.Б.6.5.3. Желчнокаменная болезнь.</b> Эпидемиология, этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз.	2	6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
4.	<b>Б 1.Б.6.5.4. Постхолецистэктомический синдром.</b> Причины развития. Патогенез. Классификация. Клинические варианты течения. Методы диагностики. Меры профилактики. Показания к липотропно-жировой диете. Консервативная терапия. Показания к повторному оперативному вмешательству.	2	6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
5.	<b>Б 1.Б.6.5.5. Холангит.</b> Нисходящий, первичный, рецидивирующий, склерозирующий, вторичный, стенозирующий, гнойный. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.		6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач; собеседование, тест	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
6.	<b>Б 1.Б.6.5.6. Острые и хронические холециститы.</b> Эпидемиология, этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз.		6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
7.	<b>Б 1.Б.6.5.7. Стенозирующий дуоденальный папиллит</b> Эпидемиология, этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз.		6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

## **Б 1.Б.6.6 ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОНКОГО И ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА**

№№ п\п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	<b>Б 1.Б.6.6.1. Методы исследования функционального и морфологического состояния тонкой кишки.</b> Рентгенологическое исследование тонкой кишки с контрастированием, илеоскопия, видеокапсульное исследование, РКТ, МРТ тонкой кишки. Выбор метода исследования. Показания к исследованию. Оценка результатов исследования.		<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа;	УК-1, ПК-5
2.	<b>Б 1.Б.6.6.2. Синдром мальабсорбции.</b> Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечение.	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
3.	<b>Б 1.Б.6.6.3. Дифференциальный диагноз при диарее.</b> Этиология. Патогенез. Осмотическая диарея. Секреторная диарея. Гиперкинетическая диарея. Экссудативная диарея. Острая диарея. Хроническая диарея. Функциональная диарея. Нейрогенный кишечник. Мегаколон. Анальный спазм. Клинические проявления. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечение.		<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-5
4.	<b>Б1.Б.6.6.4. Антибиотик-ассоциированная диарея</b> Этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз.		<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-5
5.	<b>Б 1.Б.6.6.5. Запоры.</b> Этиология, патогенез, клиническая		<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа; решение	УК-1, ПК-1, ПК-5

	картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз.				ситуационных задач	
6.	<b>Б 1.Б.6.6.6. Воспалительные заболевания кишечника. Язвенный колит.</b> Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Базисная, консервативная терапия. Терапия осложнений. Показания к хирургическому лечению.	2	6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
7.	<b>Б 1.Б.6.6.7. Воспалительные заболевания кишечника. Болезнь Крона.</b> Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Базисная, консервативная терапия. Терапия осложнений. Показания к хирургическому лечению.		6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
8.	<b>Б 1.Б.6.6.8. Воспалительные заболевания кишечника. Неспецифические колиты.</b> Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Микроскопический колит. Современные возможности диагностики. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Современная базисная терапия, комбинированная. Показания к хирургическому лечению.		6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
9.	<b>Б 1.Б.6.6.9. Хронические сосудистые заболевания кишечника.</b> Хронический ишемический энтерит. Ишемическая стриктура кишечника. Мезентериальный атеросклероз и сосудистая недостаточность. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.		6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
10.	<b>Б 1.Б.6.6.10 Дивертикулез.</b>	2	6	4	контрольная работа;	УК-1, ПК-1,

	Этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз.				решение ситуационных задач	ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
11.	<b>Б1.Б.6.6.11. С.difficile-ассоциированная болезнь</b> Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.	2	6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
12.	<b>Б 1.Б.6.6.12. Целиакия.</b> Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.	2	6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
13.	<b>Б 1.Б.6.6.13. Карциноидный синдром.</b> Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.		6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
14.	<b>Б 1.Б.6.6.14 Синдром избыточного роста микробной флоры в тонкой кишке (микробная контаминация).</b> Этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз. Клинические рекомендации по применению пробиотиков	2	6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
15.	<b>Б 1.Б.6.6.15. Синдром раздраженного кишечника.</b> Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая симптоматика. Течение. Дифференциальный диагноз. Лечение.	2	6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
16.	<b>Б 1.Б.6.6.16. Клинические рекомендации по применению пробиотиков</b>		6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

## **Б 1.Б.6.7 СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

№№ п\п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	<b>Б 1.Б.6.7.1. Эндоскопическая диагностика в гастроэнтерологии.</b> Теоретические основы метода. Показания, абсолютные и относительные противопоказания к проведению исследования. Диагностические возможности метода. Виды эндоскопических исследований в гастроэнтерологии. Подготовка больных к исследованиям. Эндоскопические симптомы основных заболеваний органов пищеварения. Показания к взятию биопсии и цитологическому исследованию. Сочетанные методы исследования. Осложнения. Неотложная помощь при развитии осложнений. Клинико-эндоскопическая оценка полученных данных исследования.		<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа	УК-1, ПК-5
2.	<b>Б 1.Б.6.7.2. Рентгенологическая диагностика в гастроэнтерологии.</b> Знакомство с физической сутью метода. Диагностические возможности метода, е показания, ограничения и противопоказания к проведению. Подготовка больных к отдельным видам исследования. Специальные методики и приемы проведения исследования при различных заболеваниях. Рентгенологические симптомы и синдромы основных заболеваний органов пищеварения. Вопросы контрастирования и контрастные препараты, применяемые в рентгенодиагностике заболеваний пищеварительной си-	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа	УК-1, ПК-5

	стемы. Обзорные снимки. Томография. Пневмоперитонеум. Сочетанные методы исследования. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. Осложнения. Неотложная терапия осложнений.					
3.	<b>Б 1.Б.6.7.3. Особенности ведения гастробольных после перенесенной коронавирусной инфекции</b> Особенности клинического течения, диагностики и лечения основных заболеваний пищеварительной системы у пациентов, перенесших вирусную инфекцию.		<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа	УК-1, ПК-6
4.	<b>Б 1.Б.6.7.4. Ведение пациентов с абдоминальной болью</b> Особенности клинического течения, диагностики и лечения основных заболеваний пищеварительной системы у пациентов с абдоминальной болью.		<b>6</b>		контрольная работа; решение ситуационных задач; собеседование, тест	УК-1, ПК-6, ПК-8
5.	<b>Б 1.Б.6.7.5. Особенности заболеваний органов пищеварения у беременных.</b> Особенности клинического течения, диагностики и лечения основных заболеваний пищеварительной системы у беременных женщин.		<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа; собеседование, тест	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

### **Б 1.Б.6.8 ОНКОГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ.**

№№ п\п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	<b>Б 1.Б.6.8.1. Опухоли пищевода.</b> Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли. Рак пищевода.		<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа	УК-1, ПК-1, ПК-2,



	Злокачественные неэпителиальные опухоли пищевода. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия предраковых заболеваний и рака. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.				ПК-5, ПК-6
2.	<b>Б 1.Б.6.8.2. Опухоли желудка.</b> Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли желудка. Рак. Карциноид. Саркома. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия предраковых заболеваний и рака. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Злокачественные неэпителиальные опухоли пищевода.	6	4	контрольная работа	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
3.	<b>Б 1.Б.6.8.3. Опухоли поджелудочной железы.</b> Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли поджелудочной железы. Рак поджелудочной железы. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.	6	4	контрольная работа	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
4.	<b>Б 1.Б.6.8.4. Нейроэндокринные опухоли.</b> Инсулинома. Синдром Золлингера – Эллисона. Випома. Диагностика. Показания к хирургическому лечению.	6	4	контрольная работа	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
5.	<b>Б 1.Б.6.8.5. Опухоли кишечника.</b> Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли. Колоректальный рак. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностический алгоритм, лечение, прогноз. Современные возможности диагностики и лечения.	6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач; собеседование, тест	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
6.	<b>Б 1.Б.6.8.6. Опухоли печени.</b> Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли печени. Гепатоцеллюлярная карцинома. Холангио-	6	4	контрольная работа	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

	карцинома. Ангиосаркома. Метастазы в печень. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.				
7.	<b>Б 1.Б.6.8.7. Опухоли желчного пузыря.</b> Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли желчного пузыря. Карцинома желчного пузыря. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз с другими заболеваниями и с другими опухолями. Осложнения. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.	<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

### **Б 1.Б.6.9 УРГЕНТНАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ.**

№№ п\п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	<b>Б 1.Б.6.9.1 Острый живот.</b> Дифференциальная диагностика при остром животе	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6
2.	<b>Б 1.Б.6.9.2 Острые желудочно-кишечные кровотечения.</b> Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.		<b>6</b>	<b>4</b>		
3.	<b>Б 1.Б.6.9.3. Оказание неотложной помощи</b> при желчной колике, печеночной коме, печеночной энцефалопатии, напряженном асците.		<b>6</b>	<b>4</b>	контрольная работа; решение ситуационных задач	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6

## **Б 1.Б.6.10 ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

### **ПРИ ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

№№ п\п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	<b>Б 1.Б.6.10.1. Поражения органов пищеварения при ожирении и метаболическом синдроме.</b> Клинические проявления со стороны пищеварительной системы при ожирении и метаболическом синдроме.	2	6	4	контрольная работа	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
2.	<b>Б 1.Б.6.10.2. Поражения органов пищеварения при эндокринной патологии.</b> Клинические проявления со стороны пищеварительной системы при сахарном диабете. Критерии дифференциального диагноза между первичной гастроэнтерологической патологией и клиническими проявлениями со стороны пищеварительной системы при эндокринной патологии.		6	4	контрольная работа	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
3.	<b>Б 1.Б.6.10.3. Анемии при заболеваниях органов пищеварения.</b> Клинические проявления. Критерии диагностики. Лечение		6	4	контрольная работа; решение ситуационных задач; собеседование, тест	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

## **8. Образовательные технологии**

В ходе изучения дисциплины используются следующие образовательные техно-

логии: лекция, семинарское занятие, самостоятельная работа ординаторов:

- Лекции проводятся с использованием дополнительного оборудования в виде мультимедийной системы для обеспечения наглядности учебного материала. Расписание лекций формируется подразделением/ями, реализующими дисциплину, в начале учебного года в соответствии с учебно-тематическим планом дисциплины и размещается в ЭИОС.
- Семинарские занятия имеют целью закрепить теоретические знания, сформировать у ординатора необходимые профессиональные умения и навыки клинического мышления. С этой целью в учебном процессе используются интерактивные формы занятий: дискуссия, решение ситуационных задач и разбор конкретных ситуаций. Расписание семинарских занятий формируется подразделением/ями, реализующими дисциплину, в начале учебного года в соответствии учебно-тематическим планом дисциплины и размещается в ЭИОС.
- В рамках изучения дисциплины предусмотрена возможность обучения на научно-практических конференциях, съездах и симпозиумах, мастер-классах экспертов и специалистов в области гастроэнтерологии.
- Самостоятельная работа ординаторов направлена на совершенствование навыков и умений, полученных во время аудиторных занятий, а также на развитие навыков самоорганизации и самодисциплины. Поддержка самостоятельной работы заключается в непрерывном развитии у ординатора рациональных приемов познавательной деятельности, переходу от деятельности, выполняемой под руководством преподавателя, к деятельности, организуемой самостоятельно. Контроль самостоятельной работы организуется как единство нескольких форм: самоконтроль, взаимоконтроль, контроль со стороны преподавателя.

## **9. Оценка качества освоения программы**

Оценка качества освоения программ ординатуры обучающимися включает текущий контроль успеваемости, промежуточную аттестацию обучающихся и государственную итоговую аттестацию.

1. Текущий контроль успеваемости - контроль знаний обучающихся в процессе освоения дисциплины.

**Формы текущего и рубежного контроля успеваемости:**

**ЗС** – решение ситуационных задач,

**КР** – контрольная работа,

**С** – собеседование по контрольным вопросам,

**Т** – тестирование,

**Р** – реферат.

2. Промежуточная аттестация - выявляет результаты выполнения ординатором учебного плана и уровень сформированности компетенций. Промежуточная аттестация проводится кафедрами. Процедура промежуточной аттестации включает устное собеседование с ординатором, демонстрацию ординатором практических навыков, учитывает сдачу экзаменов, зачетов по дисциплинам и практикам, предусмотренных учебным планом. Экзамен по дисциплине «Гастроэнтерология» является формой рубежного контроля успеваемости по дисциплине, результат которого учитывается при промежуточной аттестации ординаторов.

**Перечень оценочных средств**

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Форма контроля успеваемости	Перечень оценочных средств (ФОС)	Оцениваемые компетенции
<i>Б 1.Б.6.1</i>	Раздел 1 «Заболевания пищевода»	Зачет	1. Перечень вопросов для устного собеседования; 2. Перечень вопросов для письменных контрольных работ; 3. Банк тестовых заданий; 4. Банк ситуационных клинических задач	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8
<i>Б 1.Б.6.2</i>	Раздел 2 «Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.»	Зачет		УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8
<i>Б 1.Б.6.3</i>	Раздел 3 «Заболевания печени»	Зачет		УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8
<i>Б 1.Б.6.4</i>	Раздел 4. «Заболевания поджелудочной железы»	Зачет		УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8
<i>Б 1.Б.6.5</i>	Раздел 5. «Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей»	Зачет		УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8

<b>Б 1.Б.6.6</b>	Раздел 6. «Заболевания тонкого и толстого кишечника»	Зачет		УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8
<b>Б 1.Б.6.7</b>	Раздел 7. «Современные методы диагностики и лечения»	Зачет		УК-1; ПК-5; ПК-6; ПК-8
<b>Б 1.Б.6.8</b>	Раздел 8. «Онкогастроэнтерология»	Зачет		УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6
<b>Б 1.Б.6.9</b>	Раздел 9. «Ургентная гастроэнтерология»	Зачет		УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6
<b>Б 1.Б.6.10</b>	Раздел 10. «Особенности поражения органов пищеварения при других заболеваниях»	Зачет		УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6
<b>Б 1.Б.6</b>	Дисциплина "Гастроэнтерология"	Экзамен	1. Перечень вопросов для устного собеседования; 2. Банк тестовых заданий; 3. Банк ситуационных клинических задач	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10

Прием зачетов проводится на последнем занятии раздела дисциплины, в котором предусмотрена данная форма контроля успеваемости. Сроки зачетов устанавливаются расписанием. Зачеты принимают преподаватели, руководившие практикой, семинарами или читающие лекции по данной дисциплине. Форма и порядок проведения зачета определяется кафедрой самостоятельно в зависимости от содержания дисциплины, целей и особенностей ее изучения, используемой технологии обучения. Зачеты по дисциплинам и практикам являются недифференцированными и оцениваются отметками «зачтено», «не зачтено». Результаты сдачи зачетов заносятся в зачетную ведомость.

Экзамен по дисциплине «Гастроэнтерология» проводится после освоения всех образовательных модулей, предусмотренных учебным планом, и включает в себя:

1. Тестирование (30 вопросов);
2. Собеседование по экзаменационному билету, включающему 3 вопроса из разных разделов дисциплины и ситуационную клиническую задачу.

Успешное тестирование (более 70% правильных ответов) является обязательным условием для допуска к собеседованию. Результаты устного этапа экзамена оце-

ниваются на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и объявляются в день экзамена.

Критерии оценки сформированности компетенций в результате освоения дисциплины и шкала оценивания:

<b>Перечень компетенций</b>	<b>Критерии их сформированности</b>	<b>Оценка по 5-ти бальной шкале</b>	<b>Аттестация</b>
УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10	Знания, умения и навыки сформированы на продвинутом уровне	Отлично (5)	Зачтено
УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10	Знания, умения и навыки сформированы на повышенном уровне	Хорошо (4)	
УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10	Знания, умения и навыки сформированы на базовом уровне	Удовлетворительно (3)	
УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10	Знания, умения и навыки сформированы на уровне ниже базового	Неудовлетворительно (2)	Не зачтено

3. Государственная итоговая аттестация является завершающей стадией контроля качества подготовки специалистов. Целью ГИА является установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям ФГОС ВО. При успешной сдаче аттестационных испытаний решением государственной экзаменационной комиссии обучающемуся присваивается квалификация «врач - гастроэнтеролог» и выдается диплом об окончании ординатуры. Обучающиеся, не прошедшие государственной итоговой аттестации или получившие на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, вправе пройти государственную итоговую аттестацию в сроки, определяемые порядком проведения государственной итоговой аттестации по соответствующим образовательным программам.

## 10. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины<sup>3</sup>

### а) Основная литература:

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>

### б) Дополнительная литература

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->

---

<sup>3</sup> Изменения в учебно-методическом и информационном обеспечении дисциплины утверждены на кафедральном заседании (протокол №4 от 20.05.2024 г.)



[up.ru/ru/book/hronicheskie-zabolevaniya-kishechnika-9534425/](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>
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>
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>
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-picshevariya-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>
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>
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>
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. Хорошиной. - 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 "Консультант студента" : [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475874.html> . - Режим доступа: по подписке.

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.

22.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.

23.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.

### **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/><sup>4</sup>
- 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/journals/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>

## **11. Материально-техническое обеспечение дисциплины**

Для семинарских занятий используются учебные комнаты кафедры, а также специализированные помещения отделений клинических баз ГБУЗ «ВОКБ № 1», ГБУЗ «ВОКБ № 3», гастроэнтерологическое отделение, ГБУЗ ГКБ СМП № 25, гастроэнтерологическое отделение г. Волгограда.

Перечень материально-технических средств для:

---

<sup>4</sup> Изменения в Интернет-ресурсах дисциплины утверждены на кафедральном заседании (протокол №4 от 20.05.2024 г.)

- чтения лекций: мультимедийные комплексы; проекционная аппаратура, аудиосистема;

- проведения семинарских занятий: мультимедийные комплексы, аудио- и видеоаппаратура и другие технические средства обучения;

Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, аппарат для измерения артериального давления, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, прибор для проведения внутрижелудочной рН-метрии, гастроскоп с набором для биопсии, колоноскоп с набором для биопсии, ректосигмоскоп с набором для биопсии, аппарат для ультразвуковой диагностики, набор для слепой пункционной биопсии печени, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, дефибриллятор с функцией синхронизации)) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

Комплекты основных учебных документов. Ситуационные задачи, тестовые задания по изучаемым темам.

## 12. Приложения

### 12.1 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»

#### Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Заболевания пищевода»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ахалазия кардии. Этиология. Морфология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагноз, осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение</li><li>2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Классификация. Течение и осложнения. Лечение. Показания к хирургическому лечению. Диспансерное наблюдение</li><li>3. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</li><li>4. Гастро-эзофагеальный разрывно-геморрагический синдром. Синдром Меллори-Вейсса. Этиология. Патогенез. Клиника. Течение. Лечение. Диспансерное наблюдение</li><li>5. Дифференциальный диагноз при дисфагии. Программа обследования больных с дисфагией. Диспансерное наблюдение</li><li>6. 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</li></ol>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>7. Функциональная желудочная диспепсия. Определение понятия. Клинические варианты неязвенной диспепсии. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения. Диспансерное наблюдение</li><li>8. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клинические варианты течения. Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</li><li>9. Синдром Золингера-Эллисона. Этиология, патогенез. Особенности клиники, диагностики. Дифференциальный диагноз. Медикаментозное лечение. Оперативное лечение. Диспансерное наблюдение</li><li>10. Хронический гастрит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, диагностика и лечение. Диспансерное наблюдение</li><li>11. Особые формы гастритов. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</li><li>12. Болезни оперированного желудка. Постгастрорезекционные расстройства. Демпинг-синдром. Синдром приводящей петли. Гипогликемический синдром. Постгастрорезекционная дистрофия. Пептическая язва анастомоза. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</li><li>13. Принципы диагностики и лечения осложненной язвенной болезни (кровотечения, пенетрация, перфорация). Диспансерное наблюдение</li></ol>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Заболевания печени»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>14. Дифференциальный диагноз при гепатомегалии, гепатоспленомегалии.</li><li>15. Хронические вирусные гепатиты (В, С, D). Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические синдромы. Принципы диагностики, лечения и профилактики. Диспансерное наблюдение</li><li>16. Лекарственные поражения печени. Этиология. Патогенез. Принципы диагностики, лечения и профилактики. Диспансерное наблюдение</li><li>17. Алкогольная болезнь печени. Клинико-морфологические варианты алкогольной болезни печени. Принципы диагностики, лечения, профилактики. Диспансерное наблюдение</li><li>18. Неалкогольная жировая болезнь печени. Этиология. Патогенез. Классификация. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии и профилактики. Диспансерное наблюдение</li><li>19. Аутоимунный гепатит. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение</li><li>20. Первичный билиарный цирроз. Этиология. Патогенез. Клиника. Сове-</li></ol>

	<p>менные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение</p> <p>21. Первичный склерозирующий холангит. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современное лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>22. Первичный гемохроматоз. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современное лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>23. Гепатолентикулярная дегенерация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>24. Болезнь и синдром Бадда-Киари. Синдром Крювелье-Баумгартена. Этиология. Патогенез. Критерии диагностики. Принципы терапии. Диспансерное наблюдение</p> <p>25. Дифференциальная диагностика желтух.</p> <p>26. Доброкачественные гипербилирубинемии. Классификация. Критерии диагностики. Подходы к терапии. Диспансерное наблюдение</p> <p>27. Фиброз и цирроз печени. Классификация. Морфологическая характеристика. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Принципы терапии. Диспансерное наблюдение</p> <p>28. Портальная гипертензия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Принципы диагностики, лечения. Осложнения портальной гипертензии. Критерии диагностики. Алгоритмы лечения. Диспансерное наблюдение</p> <p>29. Печеночная недостаточность. Печеночная кома. Прогноз. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные принципы и методы неотложной терапии осложнений. Консервативное лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>30. Дифференциальный диагноз при гепатомегалии в поликлинических условиях. Причины, механизм развития. Алгоритм обследования больных. Принципы терапии и профилактики. Показания для госпитализации. Диспансерное наблюдение</p>
<p><b>Б 1.Б.6.4</b> Раздел 4. «Заболевания поджелудочной железы»</p>	<p>31. Основные клинические синдромы, выявляемые при поражении поджелудочной железы.</p> <p>32. Хронический панкреатит. Этиология и патогенез. Клиника. Варианты течения. Диагностика. Диспансерное наблюдение</p> <p>33. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диетотерапия. Диспансерное наблюдение</p> <p>34. Аутоиммунный панкреатит. Этиология. Патогенез. Клиника. Принципы диагностики и лечения. Диспансерное наблюдение</p> <p>35. Дифференциальный диагноз при панкреатогенной диспепсии в поликлинических условиях. Алгоритм обследования больных. Принципы терапии и профилактики. Показания для госпитализации. Диспансерное наблюдение</p>
<p><b>Б 1.Б.6.5</b> Раздел 5. «Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей»</p>	<p>36. Функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии. Профилактика. Диспансерное наблюдение</p> <p>37. Желчнокаменная болезнь. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Осложнения. Диспансерное наблюдение</p> <p>38. Хронический холецистит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Принципы лечения и профилактики. Диспансерное наблюдение</p> <p>39. 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</p> <p>40. Дифференциальный диагноз при билиарной диспепсии в поликлинических условиях. Алгоритм обследования больных. Принципы терапии и профилактики. Показания для госпитализации. Диспансерное наблюдение</p>



<p style="text-align: center;"><b>Б 1.Б.6.6</b> Раздел 6. «Заболевания тонкого и толстого кишечника»</p>	<p>41. Дифференциальная диагностика синдрома мальабсорбции.</p> <p>42. Глютенная энтеропатия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение</p> <p>43. Дифференциальный диагноз при диарее. Энтеральный и колитический синдром. Алгоритм диагностики при диарее.</p> <p>44. Дифференциальный диагноз при запоре. Классификация запоров. Патогенетические факторы развития. Профилактика. Особенности применения различных групп препаратов. Диетолечение. Очистительные клизмы.</p> <p>45. Дифференциальный диагноз при метеоризме. Дифференциальный диагноз и лечение.</p> <p>46. Синдром избыточного бактериального роста и дисбактериоз. Этиопатогенез. Классификации. Клинические синдромы. Принципы диагностики, лечения и профилактики. Диспансерное наблюдение</p> <p>47. Карциноидный синдром. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение</p> <p>48. Болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение</p> <p>49. Неспецифический язвенный колит. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение</p> <p>50. Дивертикулярная болезнь кишечника. Течение. Осложнения. Диагностика. Консервативная терапия. Диспансерное наблюдение</p> <p>51. Псевдомембранозный колит. Этиология. Патогенез. Клинические признаки. Принципы диагностики, терапии и профилактики. Диспансерное наблюдение</p> <p>52. Синдром раздраженного кишечника. Клиническая симптоматика. Течение. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>53. Мезентериальный атеросклероз и сосудистая недостаточность. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. Диспансерное наблюдение</p> <p>54. Долихосигма и болезнь Гиршпрунга. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к хирургическому лечению.</p> <p>55. 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</p>
<p style="text-align: center;"><b>Б 1.Б.6.7</b> Раздел 7. «Современные методы диагностики и лечения»</p>	<p>56. Энтеральное и парентеральное питание. Показания к применению препаратов энтерального парентерального питания. Методы энтерального питания. Критерии эффективности проводимого энтерального и парентерального питания.</p> <p>57. Современные основы лечебного питания. Физиологические диетические рационы. Особенности лечебного питания при основных заболеваниях органов пищеварения. Критерии выбора диеты при сочетанной патологии органов пищеварения.</p> <p>58. Экстракорпоральные методы лечения. Показания. Противопоказания. Побочные эффекты.</p> <p>59. Эндоскопическая диагностика в гастроэнтерологии. Теоретические основы метода. Показания, абсолютные и относительные противопоказания к проведению исследования. Диагностические возможности метода.</p> <p>60. Виды эндоскопических исследований в гастроэнтерологии. Подготовка больных к исследованиям. Эндоскопические симптомы основных заболеваний органов пищеварения. Показания к взятию биопсии и цитологическому исследованию.</p> <p>61. Сочетанные методы исследования. Осложнения. Неотложная помощь при</p>

	<p>развитии осложнений. Клинико-эндоскопическая оценка полученных данных исследования.</p> <p>62. Рентгенологическая диагностика в гастроэнтерологии. Теоретические основы метода. Диагностические возможности метода, показания, ограничения и противопоказания к проведению. Подготовка больных к отдельным видам исследования.</p> <p>63. Специальные рентгенологические методики и приемы проведения исследования при различных заболеваниях. Рентгенологические симптомы и синдромы основных заболеваний органов пищеварения. Контрастирование и контрастные препараты, применяемые в рентгенодиагностике заболеваний пищеварительной системы. Обзорные снимки.</p> <p>64. Томография. Пневмоперитонеум. Сочетанные методы исследования. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. Осложнения. Неотложная терапия осложнений.</p> <p>65. Хирургическое лечение заболеваний органов пищеварения. Современные возможности, методы и результаты хирургического лечения заболеваний органов пищеварения.</p> <p>66. Санаторно-курортного лечения больных с заболеваниями органов пищеварения. Показания. Противопоказания.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Б 1.Б.6.8</b> Раздел 8. «Онкогастроэнтерология»</p>	<p>67. Опухоли пищевода. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия предраковых заболеваний и рака. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>68. Опухоли желудка. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия предраковых заболеваний и рака. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>69. Опухоли поджелудочной железы. Этиология. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.</p> <p>70. Опухоли тонкой кишки. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.</p> <p>71. Опухоли толстой кишки. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли. Рак толстой кишки. Клинические варианты течения. Современные возможности диагностики и лечения. Полипы толстой кишки. Этиология. Патогенез. Классификация. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.</p> <p>72. Анальный и ректальный полип. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к хирургическому лечению. Профилактика развития.</p> <p>73. Опухоли билиарной системы. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.</p> <p>74. Опухоли печени. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли печени. Гепатоцеллюлярная карцинома. Холангиокарцинома. Ангиосаркома. Метастазы в печень. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.</p> <p>75. Опухоли апудсистемы. Клиника. Современные возможности диагностики. Морфология. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.</p> <p>76. Опухоли большого дуоденального сосочка. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз с другими заболеваниями. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Б 1.Б.6.9</b> Раздел 9. «Ургентная гастроэнтерология»</p>	<p>77. Острый панкреатит. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Показания, возможности, методы и результаты оперативного лечения.</p> <p>78. Острый живот. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p> <p>79. Острые желудочно-кишечные кровотечения. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p> <p>80. Печеночная колика. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.</p> <p>81. Печеночная кома. Причины. Клинические признаки. Принципы терапии.</p> <p>82. Острый панкреатит. Этиология. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.</p>

	<p>83. Острый холецистит. Этиология. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p> <p>84. Острый аппендицит. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p> <p>85. Острая кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p> <p>86. Острая диарея. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.10</b> Раздел 10. «Особенности поражения органов пищеварения при других заболеваниях»</p>	<p>88. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях бронхолегочной системы. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>89. Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>90. Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях мочевыделительной системы. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>91. Особенности поражений органов пищеварения при патологии соединительной ткани. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>92. Особенности поражений органов пищеварения при эндокринной патологии (сахарном диабете, заболеваниях щитовидной, паращитовидных желез, надпочечников). Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>93. Особенности поражений органов пищеварения при амилоидозе, муковисцидозе и других болезнях накопления. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>94. Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях крови. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>96. Особенности заболеваний пищевода у подростков.</p> <p>97. Особенности заболеваний желудка у подростков.</p> <p>98. Особенности заболеваний двенадцатиперстной кишки у подростков.</p> <p>99. Особенности заболеваний печени у подростков.</p> <p>100. Особенности заболеваний кишечника у подростков.</p> <p>101. Диагностический алгоритм первичного обследования гастроэнтерологических больных в амбулаторных условиях.</p> <p>102. Клинические критерии отбора больных, варианты течения заболеваний органов пищеварения, при которых возможно осуществление квалифицированной специализированной помощи в поликлинических условиях.</p> <p>103. Экспертиза временной нетрудоспособности. Клинико-социальные аспекты лечения больных с гастроэнтерологической патологией в поликлинике.</p> <p>104. Принципы и методы диспансерного наблюдения гастроэнтерологических больных. Частота наблюдения, алгоритм обследования, принципы профилактического лечения при основных заболеваниях органов пищеварения.</p> <p>105. Показания для госпитализации больных гастроэнтерологического профиля.</p> <p>106. Принципы оказания неотложной помощи при желудочно-кишечных кровотечениях на догоспитальном этапе.</p>

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Заболевания пищевода»</p>	<p>1. Ахалазия кардии. Этиология. Морфология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагноз, осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Классификация. Течение и осложнения. Лечение. Показания к хирургическому лечению. Диспансерное наблюдение</p> <p>3. Пептическая язва пищевода. Эрозия пищевода. Синдром Баррета. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение и осложнения. Дифферен-</p>
---	---

	<p>циальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>5. Эзофагеальная обструкция (сужение пищевода). Компрессия пищевода. Констрикция пищевода. Стеноз пищевода. Стриктура пищевода. Диспансерное наблюдение</li> <li>6. Дискинезии пищевода. Пищевод щелкунчика. Диффузный эзофагоспазм. Кардиоспазм. Гипомоторные дискинезии. Диспансерное наблюдение</li> <li>7. Дивертикул пищевода. Пищеводный карман. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>8. Гастро-эзофагеальный разрывно-геморрагический синдром. Синдром Меллори-Вейсса. Этиология. Патогенез. Клиника. Течение. Лечение.</li> <li>9. Инфекционные и лекарственные эзофагиты. Этиология. Патогенез. Клинические синдромы. Диагностика. Принципы терапии. Диспансерное наблюдение</li> <li>10. Дифференциальный диагноз при дисфагии. Программа обследования больных с дисфагией.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Методы исследования желудка и двенадцатиперстной кишки. Диагностика <i>Helicobacter pylori</i>.</li> <li>12. Функциональная желудочная диспепсия. Определение понятия. Клинические варианты неязвенной диспепсии. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения. Диспансерное наблюдение</li> <li>13. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Эрозия желудка и ДПК. Язва пептическая: пилорического канала, медиогастральная. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клинические варианты течения. Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>14. Гастроэюнальная язва. Язва (пептическая) или эрозия: анастомоза, гастроинтестинальная, гастроэюнальная, еюнальная язва, краевая язва, язва стомы. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>15. Пенетрирующая язва. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>16. Каллезная язва. Морфология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>17. Перфорация язвы. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>18. Язвенное кровотечение. Методы ранней диагностики. Методы интенсивной терапии и ведения больных с язвенным кровотечением. Хирургическое лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>19. Стеноз привратника. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>20. Гастрит и дуоденит острый и хронический. Хронический поверхностный гастрит. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика и лечение. Хронический атрофический гастрит. Желудочная атрофия. Этиология и патогенез. Особенности клиники, диагностики и лечения. Дуоденит, острый и хронический. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>21. Хронический гипертрофический гастрит. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>22. Гранулематозный гастрит. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>23. Болезнь Менетрие. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>24. Острый геморрагический гастрит. Острый гастрит с кровотечением. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>25. Дивертикулы желудка и двенадцатиперстной кишки. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>26. Болезни оперированного желудка. Постгастрорезекционные расстройства.</li> </ol>

	<p>Демпинг-синдром. Синдром приводящей петли. Гипогликемический синдром. Постгастрорезекционная дистрофия. Пептическая язва анастомоза. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</p>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Заболевания печени»</p>	<p>27. Методы диагностики заболеваний печени и гепатобилиарной системы (лабораторные и инструментальные). Основные лабораторные синдромы. Иммунологическая панель печени. Инструментальные методы исследования печени (диагностические возможности метода, показания, противопоказания, подготовка больных, ведение больных после исследования).</p> <p>28. Дифференциальный диагноз при гепатомегалии, гепатоспленомегалии.</p> <p>29. Острый вирусный гепатит (А, В, дельта, С, D, E). Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение.</p> <p>30. Хронические вирусные диспансерное наблюдение ые гепатиты (В, С, D). Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические синдромы. Принципы диагностики, лечения и профилактики. Диспансерное наблюдение</p> <p>31. Лекарственные поражения печени. Лекарства и поражения печени. Физиологическая роль печени в метаболизме лекарств. Нарушение фармакокинетики лекарств при болезнях печени. Гепатотоксичность лекарств. Токсическая болезнь печени с холестазом. Токсическая болезнь печени с некрозом. Токсическая болезнь печени с острым гепатитом. Другие клинико-морфологические варианты токсической болезни печени. Диспансерное наблюдение</p> <p>32. Алкогольная болезнь печени. Метаболизм этанола в печени. Системные проявления воздействия алкоголя на печень и другие органы. Клинико-морфологические варианты алкогольной болезни печени. Алкогольное жировое перерождение печени. Алкогольный гепатит. Алкогольный фиброз и склероз печени. Алкогольный цирроз печени. Алкогольная печеночная недостаточность: острая, подострая, хроническая, с или без печеночной комы. Диспансерное наблюдение</p> <p>33. Неалкогольная жировая болезнь печени. Этиология. Патогенез. Классификация. Понятие метаболического синдрома и его взаимосвязь с поражением печени. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии и профилактики. Диспансерное наблюдение</p> <p>34. Аутоимунный гепатит. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение</p> <p>35. Первичный билиарный цирроз. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение</p> <p>36. Первичный склерозирующий холангит. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современное лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>37. Гемохроматоз. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современное лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>38. Гепатолентикулярная дегенерация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>39. Порфирии. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>40. Амилоидоз печени. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>41. Болезни сосудов печени. Тромбоз воротной вены. Тромбофлебит воротной вены. Болезнь и синдром Бадда-Киари. Синдром Крювелле-Баумгартена. Диспансерное наблюдение</p> <p>42. Дифференциальная диагностика желтух. Доброкачественные гипербилирубинемии. Обмен билирубина. Этиология желтух. Классификация. Критерии диагностики механической, гемолитической, паренхиматозной желтухи. Синдромы Жильбера, Криглера-Найяра, Дабина-Джонсона, Ротора.</p>

	<p>Механизм развития. Критерии диагностики. Подходы к терапии. Диспансерное наблюдение</p> <p>43. Фиброз и цирроз печени. Классификация. Морфологическая характеристика. Этиология. Клиническая картина. Диспансерное наблюдение</p> <p>44. Портальная гипертензия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Принципы диагностики, лечения. Осложнения портальной гипертензии. Критерии диагностики. Алгоритмы лечения. Течение. Осложнения: пищеводно-желудочное кровотечение. Печеночная недостаточность. Печеночная кома. Прогноз. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные принципы и методы неотложной терапии осложнений. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению больных ЦП. Диспансерное наблюдение</p>
<p><b>Б 1.Б.6.4</b> Раздел 4. «Заболевания поджелудочной железы»</p>	<p>45. Строение и функции поджелудочной железы. Методы лабораторной и инструментальной диагностики поражений поджелудочной железы.</p> <p>46. Основные клинические синдромы, выявляемые при поражении поджелудочной железы.</p> <p>47. Хронический панкреатит. Этиология и патогенез. Клиника. Варианты течения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диетотерапия. Диспансерное наблюдение</p> <p>48. Аутоиммунный панкреатит. Этиология. Патогенез. Клиника. Принципы диагностики и лечения. Диспансерное наблюдение</p> <p>49. Киста поджелудочной железы, фиброз поджелудочной железы. Диспансерное наблюдение</p>
<p><b>Б 1.Б.6.5</b> Раздел 5. «Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей»</p>	<p>50. Функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии. Профилактика. Диспансерное наблюдение</p> <p>51. Желчнокаменная болезнь. Калькулез желчного пузыря с острым холециститом. Калькулез желчного пузыря без холецистита. Холецистолитиаз. Холелитиаз. Возвратная желчепузырная колика. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Современные концепции холелитиаза. Механизмы образования литогенной желчи. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Осложнения. Диспансерное наблюдение</p> <p>52. Холецистит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Принципы лечения и профилактики. Диспансерное наблюдение</p> <p>53. 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</p>
<p><b>Б 1.Б.6.6</b> Раздел 6. «Заболевания тонкого и толстого кишечника»</p>	<p>54. Методы исследования тонкой и толстой кишки. Лабораторные методы. Копрологические синдромы. Диагностические тесты. Инструментальные методы диагностики.</p> <p>55. Синдром мальабсорбции и мальдигестии. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Глютеновая энтеропатия. Болезнь Уиппла. Диспансерное наблюдение.</p> <p>56. Дифференциальный диагноз при диарее. Энтеральный и колитический синдром. Алгоритм диагностики при диарее.</p> <p>57. Дифференциальный диагноз при запоре. Классификация запоров. Патогенетические факторы развития. Профилактика. Особенности применения различных групп препаратов. Диетолечение. Очистительные клизмы.</p> <p>58. Дифференциальный диагноз при метеоризме. Дифференциальный диагноз и лечение.</p> <p>59. Синдром избыточного бактериального роста и дисбактериоз. Этиопатогенез. Классификация. Клинические синдромы. Принципы диагностики, лечения и профилактики. Диспансерное наблюдение</p> <p>60. Карциноидный синдром. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное</p>

	<p>наблюдение</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>61. Болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение</li> <li>62. Неспецифический язвенный колит. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение</li> <li>63. Радиационный, токсический, аллергический колит. Этиология. Патогенез. Классификация Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение</li> <li>64. Заболевания прямой кишки и ануса. Проктит. Проктосигмоидит. Геморрой. Трещины анального канала. Клиническая симптоматика. Течение. Осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>65. Дивертикулярная болезнь кишечника. Течение. Осложнения. Диагностика. Консервативная терапия. Диспансерное наблюдение</li> <li>66. Псевдомембранозный колит. Этиология. Патогенез. Клинические признаки. Принципы диагностики, терапии и профилактики. Диспансерное наблюдение</li> <li>67. Синдром раздраженного кишечника. Клиническая симптоматика. Течение. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>68. Острые и хронические сосудистые заболевания кишки. Инфаркт кишечника. Мезентериальный тромбоз. Эмболия. Хронический ишемический энтерит. Ишемическая стриктура кишечника. Мезентериальный атеросклероз и сосудистая недостаточность. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. Диспансерное наблюдение</li> <li>69. Долихосигма. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к хирургическому лечению. Профилактика развития. Диспансерное наблюдение</li> <li>70. Болезнь Гиршпрунга. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к хирургическому лечению. Профилактика развития. Диспансерное наблюдение</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.7</b> Раздел 7. «Современные методы диагностики и лечения»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>71. Энтеральное и парентеральное питание. Методы энтерального питания.</li> <li>72. Показания к применению препаратов энтерального парентерального питания. Критерии эффективности проводимого энтерального и парентерального питания.</li> <li>73. Современные основы лечебного питания.</li> <li>74. Физиологические диетические рационы.</li> <li>75. Особенности лечебного питания при основных заболеваниях органов пищеварения.</li> <li>76. Критерии выбора диеты при сочетанной патологии органов пищеварения.</li> <li>77. Экстракорпоральные методы лечения. Показания. Противопоказания. Побочные эффекты.</li> <li>78. Эндоскопическая диагностика в гастроэнтерологии. Теоретические основы метода.</li> <li>79. Показания, абсолютные и относительные противопоказания к проведению эндоскопии. Диагностические возможности метода.</li> <li>80. Виды эндоскопических исследований в гастроэнтерологии. Подготовка больных к исследованиям.</li> <li>81. Эндоскопические симптомы основных заболеваний органов пищеварения. Показания к взятию биопсии и цитологическому исследованию.</li> <li>82. Сочетанные методы исследования. Осложнения.</li> <li>83. Неотложная помощь при развитии осложнений. Клинико-эндоскопическая оценка полученных данных исследования.</li> <li>84. Рентгенологическая диагностика в гастроэнтерологии. Знакомство с физической сутью метода.</li> <li>85. Диагностические возможности метода, показания, ограничения и противопоказания к проведению.</li> <li>86. Подготовка больных к рентгенологическим видам исследования. Специ-</li> </ol>

	<p>альные методики и приемы проведения исследования при различных заболеваниях.</p> <p>87. Рентгенологические симптомы и синдромы основных заболеваний органов пищеварения. Вопросы контрастирования и контрастные препараты, применяемые в рентгенодиагностике заболеваний пищеварительной системы.</p> <p>88. Обзорные снимки. Томография. Пневмоперитонеум. Сочетанные методы исследования.</p> <p>89. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. Осложнения. Неотложная терапия осложнений.</p> <p>90. Хирургическое лечение заболеваний органов пищеварения. Современные возможности, методы и результаты хирургического лечения заболеваний органов пищеварения.</p> <p>91. Санаторно-курортного лечения больных с заболеваниями органов пищеварения. Показания. Противопоказания.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.8</b> Раздел 8. «Онкогастроэнтерология»</p>	<p>92. Опухоли пищевода. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли. Рак пищевода. Злокачественные неэпителиальные опухоли пищевода. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия предраковых заболеваний и рака. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>93. Опухоли желудка. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли желудка. Рак. Карциноид. Саркома. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация.</p> <p>94. Патологическая анатомия предраковых заболеваний и рака желудка. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>95. Злокачественные неэпителиальные опухоли пищевода.</p> <p>96. Опухоли поджелудочной железы. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли поджелудочной железы. Рак поджелудочной железы. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.</p> <p>97. Опухоли тонкой кишки. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.</p> <p>98. Опухоли толстой кишки. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли. Рак толстой кишки. Клинические варианты течения. Современные возможности диагностики и лечения. Полипы толстой кишки. Этиология. Патогенез. Классификация. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.</p> <p>99. Анальный и ректальный полип. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к хирургическому лечению. Профилактика развития.</p> <p>100. Синдром Золингера-Эллисона. Этиология, патогенез. Особенности клиники, диагностики. Дифференциальный диагноз. Медикаментозное лечение. Оперативное лечение.</p> <p>101. Опухоли билиарной системы. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.</p> <p>102. Опухоли печени. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли печени. Гепатоцеллюлярная карцинома. Холангиокарцинома. Ангиосаркома. Метастазы в печень. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.</p> <p>103. Опухоли апудсистемы. Клиника. Современные возможности диагностики. Морфология. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.</p> <p>104. Опухоли большого дуоденального сосочка. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз с другими заболеваниями. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.9</b> Раздел 9. «Ургентная гастроэнтерология»</p>	<p>105. Острый живот. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p> <p>106. Острые желудочно-кишечные кровотечения. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p> <p>107. Печеночная колика. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.</p> <p>108. Печеночная кома. Причины. Клинические признаки. Принципы терапии.</p>



	<p>109. Острый панкреатит. Острый холецистит. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p> <p>110. Острый аппендицит. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p> <p>111. Острая кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p> <p>112. Острая диарея. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p> <p>113. Принципы диагностики и лечения осложненной язвенной болезни (кровотечения, пенетрация, перфорация)</p> <p>114. Острый панкреатит. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Абсцесс поджелудочной железы. Некроз поджелудочной железы острый, инфекционный. Консервативная терапия. Показания, возможности, методы и результаты оперативного лечения</p>
<p><b>Б 1.Б.6.10</b> Раздел 10. «Особенности поражения органов пищеварения при других заболеваниях»</p>	<p>115. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях бронхолегочной системы. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>116. Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях сердечнососудистой системы. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>117. Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях мочевыделительной системы. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>118. Особенности поражений органов пищеварения при патологии соединительной ткани. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>119. Особенности поражений органов пищеварения при эндокринной патологии (сахарном диабете, заболеваниях щитовидной, паращитовидных желез, надпочечников). Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>120. Особенности поражений органов пищеварения при амилоидозе, муковисцидозе и других болезнях накопления. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>121. Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях крови. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>122. Особенности заболеваний пищевода у подростков.</p> <p>123. Особенности заболеваний желудка у подростков.</p> <p>124. Особенности заболеваний двенадцатиперстной кишки у подростков.</p> <p>125. Особенности заболеваний печени у подростков.</p> <p>126. Особенности заболеваний кишечника у подростков.</p> <p>127. Особенности ведения гастроэнтерологических больных в поликлинике.</p> <p>128. Диагностический алгоритм первичного обследования гастроэнтерологических больных в амбулаторных условиях.</p> <p>129. Особенности подготовки и проведения основных лабораторно-инструментальных методов исследования желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях.</p> <p>130. Клинические критерии отбора больных, варианты течения заболеваний органов пищеварения, при которых возможно осуществление квалифицированной специализированной помощи в поликлинических условиях.</p> <p>131. Экспертиза временной нетрудоспособности. Клинико-социальные аспекты лечения больных с гастроэнтерологической патологией в поликлинике.</p> <p>132. Принципы и методы диспансерного наблюдения гастроэнтерологических больных. Частота наблюдения, алгоритм обследования, принципы профилактического лечения при основных заболеваниях органов пищеварения.</p> <p>133. Дифференциальный диагноз при пищевой и желудочной диспепсии в поликлинических условиях. Причины, механизм развития, виды желу-</p>

	<p>дочной диспепсии. Алгоритм обследования больных. Принципы терапии и профилактики. Показания для госпитализации.</p> <p>134. Дифференциальный диагноз при кишечной диспепсии в поликлинических условиях. Причины, механизмы развития кишечной диспепсии. Алгоритм обследования больных. Принципы терапии и профилактики. Показания для госпитализации.</p> <p>135. Дифференциальный диагноз при билиарной и панкреатогенной диспепсии в поликлинических условиях. Причины, механизмы развития билиарной и панкреатогенной диспепсии. Алгоритм обследования больных. Принципы терапии и профилактики. Показания для госпитализации.</p> <p>136. Дифференциальный диагноз при гепатомегалии в поликлинических условиях. Причины, механизмы развития. Алгоритм обследования больных. Принципы терапии и профилактики. Показания для госпитализации.</p>
--	--

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Заболевания пищевода»</p>	<p>1. При псевдокоронарном (эзофагеальном) синдроме при ГЭРБ боль купирует:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. нитроглицерин</li><li><b>б. изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное)</b></li><li>в. транквилизаторы</li><li>г. холинолитики</li><li>д. спазмолитики</li></ul> <p>2. Для начальной стадии рефлюкс-эзофагита наиболее типичным являются:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. диффузная гиперплазия и отек слизистой пищевода</li><li><b>б. гиперемия и отек слизистой дистального отдела пищевода</b></li><li>в. геморрагические изменения в слизистой</li><li>г. зияние кардии</li><li>д. эрозивно-язвенные дефекты слизистой</li></ul> <p>3. «Золотой стандарт» лечения ГЭРБ:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><b>а. Ингибиторы протонной помпы</b></li><li>б. Н-2- гистаминоблокаторы</li><li>в. М- холинолитики</li><li>г. Антациды</li><li>д. Спазмолитики</li></ul> <p>4. Отрыжка и срыгивание, возникающие при наклоне туловища, наблюдаются при</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. аэрофагии</li><li>б. вегетативной лабильности</li><li>в. недостаточности антропилорической области</li><li>г. недостаточности кардии</li><li><b>д. стриктурах пищевода</b></li></ul> <p>5. Для быстрого купирования изжоги следует использовать:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. ингибиторы протонной помпы</li><li><b>б. антациды и альгинаты</b></li><li>в. спазмолитики</li><li>г. адсорбенты</li><li>д. Н-2-гистаминоблокаторы</li></ul> <p>6. Внепищеводными синдромами ГЭРБ могут являться:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. жгучие загрудинные ангинозоподобные боли</li><li>б. эрозии зубной эмали</li><li>в. ларингит</li><li>г. бронхиальная астма</li><li><b>д. все выше перечисленное</b></li></ul> <p>7. Пищевод Баррета – это:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><b>а. замещение многослойного плоского неороговевающего эпителия цилиндрическим с явлениями кишечной ме-</b></li></ul>
---	--

**таплазии**

- б. замещение цилиндрического эпителия многослойным плоским эпителием
- в. эрозивно-язвенное поражение пищевода
- г. аденокарцинома пищевода
- д. атрофия слизистой оболочки пищевода

8. При лечении пищевода Баррета ИПП (ингибиторы протонной помпы) применяются:

- а. в течение 4 недель
- б. в течение 8 недель
- в. в течении года
- г. **проводится непрерывная поддерживающая терапия ИПП**
- д. назначение ИПП нецелесообразно

9. При длительной терапии ИПП больным ГЭРБ с наличием инфекции *Helicobacter pylori* (Hр) необходимо проведение эрадикации, так как:

- а. эрадикация (Hр) способствует уменьшению симптомов ГЭРБ
- б. эрадикация уменьшает частоту рецидивов ГЭРБ
- в. эрадикация повышает эффективность лечения ГЭРБ
- г. **эрадикация способствует предотвращению транслокации Hр из антрального отдела на тело желудка и тем самым уменьшает риск развития атрофического гастрита и рака желудка**
- д. эрадикация Hр в данном случае не показана

10. 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 тугий пояс;
- г. спать с приподнятым головным концом кровати;
- д. **все выше перечисленное**

11. Показаниями для хирургического лечения ГЭРБ (лапароскопической фундопликации) являются:

- а. сохраняющиеся или постоянно возникающие симптомы, несмотря на оптимальную терапию
- б. ухудшение качества жизни из-за зависимости от приема медикаментов или в связи с их побочными эффектами
- в. наличие пищевода Баррета
- г. наличие рефлюкс-эзофагита III-IV степени
- д. **все выше перечисленные**

12. Бронхопищеводный синдром при ГЭРБ обусловлен:

- а. **регургитацией желудочного содержимого в дыхательные пути**
- б. избыточной массой тела
- в. дисфагией

- г. спазмом пищевода
- д. длительностью заболевания

13. Стриктура дистального отдела пищевода обычно обусловлена:

- а. эрозивно-язвенным рефлюкс-эзофагитом**
- б. хронической пневмонией
- в. язвенной болезнью желудка
- г. хроническим активным пангастритом
- д. склеродермией

14. Признаками пищевода Баррета являются:

- а. язва пищевода
- б. цилиндрическая метаплазия эпителия в нижней части**
- в. врожденный короткий пищевод
- г. отсутствие перистальтики пищевода
- д. щелочной пищевод

15. Какой метод исследования показан для выявления дивертикула пищевода?

- а. рентгенологическое исследование;**
- б. медиастиноскопия;
- в. электрокимография;
- г. эзофагоманометрия;
- д. УЗИ.

16. 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. рак пищевода;
- б. ахалазия пищевода;**
- в. рубцовая стриктура пищевода;
- г. эзофагит;
- д. дивертикул.

17. Ведущая роль в генезе язвы дистального отдела пищевода принадлежит:

- а. рефлюксу желудочного содержимого в пищевод**
- б. эзофагиту
- в. снижению защитных свойств слизистой
- г. нарушению микроциркуляции
- д. нарушению регенерации

18. 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.

	<p>19. Лечение склеродермии пищевода включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а. щадящую диету</li> <li>б. кортикостероиды</li> <li>в. лидазу</li> <li>г. правильные ответы а. и б.</li> <li>д. <b>все перечисленное</b></li> </ol> <p>20. Механизм замыкания кардии обусловлен:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а. пищеводно-кардиальным жомом (сфинктер)</li> <li>б. автоматизмом кардии</li> <li>в. верхней зоной повышенного давления в пищеводе</li> <li>г. внутрибрюшным давлением</li> <li>д. <b>5. правильные ответы а. и б</b></li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.»</p>	<p>21. Инфицирование гастродуоденальной слизистой оболочки пилорическим хеликобактером сопровождается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а. снижением секреции гастрина</li> <li>б. ахлоргидрией</li> <li>в. диффузной атрофией главных желез желудка</li> <li>г. <b>развитием антрального гастрита</b></li> <li>д. недостаточностью кардии</li> </ol> <p>22. Гастрин (17) секретируется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а. <b>антральным отделом желудка</b></li> <li>б. фундальным отделом желудка</li> <li>в. слизистой 12-перстной кишки</li> <li>г. бруннеровыми железами</li> <li>д. поджелудочной железой</li> </ol> <p>23. Ахлоргидрия отмечается при:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а. <b>пернициозной анемии</b></li> <li>б. болезни Менетрие</li> <li>в. лимфоцитарном гастрите</li> <li>г. эозинофильном гастрите</li> <li>д. гранулематозном гастрите</li> </ol> <p>24. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, относят:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а. анализ желудочного сока</li> <li>б. рентгеноскопию</li> <li>в. гастроскопию</li> <li>г. <b>гистологическое исследование прицельных биоптатов слизистой оболочки желудка</b></li> <li>д. рН-метрию</li> </ol> <p>25. К этиологическим факторам язвенной болезни относят:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а. алкоголь</li> <li>б. никотин</li> <li>в. нарушения питания</li> <li>г. стресс</li> <li>д. <b>хеликобактер пилори</b></li> </ol> <p>26. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника</p>

	<p>является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. рвота желчью</li> <li>б. урчание в животе</li> <li>в. резонанс под пространством Траубе</li> <li><b>г. шум плеска через 3-4 часа после приема пищи</b></li> <li>д. видимая перистальтика</li> </ul> <p>27. У взрослых самой частой причиной стеноза привратника является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. рефлюкс-гастрит</li> <li><b>б. язвенная болезнь</b></li> <li>в. гипертрофия мышц привратника</li> <li>г. пролапс слизистой желудка в 12-перстную кишку</li> <li>д. доброкачественный полип желудка</li> </ul> <p>28. Больной 62 лет с коротким язвенным анамнезом и длительно нерубцующейся язвой желудка обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастриальной области, похудание. В данном случае можно думать о:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. стенозе выходного отдела желудка</li> <li><b>б. злокачественной язве</b></li> <li>в. пенетрации язвы</li> <li>г. микрокровоотечениях из язвы</li> <li>д. перфорации язвы</li> </ul> <p>29. Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. локализация язвы</li> <li>б. величина язвы</li> <li><b>в. отсутствие рецидивирующего течения</b></li> <li>г. кровотечение</li> <li>д. часто пенетрируют</li> </ul> <p>30. Лекарственные язвы чаще осложняются:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. кровотечением</b></li> <li>б. перфорацией</li> <li>в. стенозом</li> <li>г. малигнизацией</li> <li>д. пенетрацией</li> </ul>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Заболевания печени»</p>	<p>31. Конъюгированный билирубин образуется в клетках печени с помощью фермента:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. глюкоронилтрансферазы</b></li> <li>б. лейцинаминопептидазы</li> <li>в. кислой фосфатазы</li> <li>г. нуклеотидазы</li> <li>д. глутаматдегидрогеназы</li> </ul> <p>32. Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного цитолитического синдрома является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. повышение активности аланиновой аминотрансферазы</b></li> <li>б. повышение альдолазы</li> </ul>

- в. повышение активности аспарагановой аминотрансферазы
- г. гипоальбуминемия
- д. гиперферремия

33. Наиболее специфичным тестом внутривеночного холестаза является:

- а. динамическая сцинтиграфия
- б. трансаминазы
- в. щелочная фосфатаза**
- г. конъюгированный билирубин
- д. неконъюгированный билирубин

34. Из факторов свертывания крови меньше всего страдает при заболеваниях печени:

- а. фибриноген
- б. тромбин
- в. фактор V
- г. антигемофильный глобулин**
- д. фактор VII

35. При циррозе печени электрофорез белков выявляет

- а. повышение альбумина
- б. значительное увеличение  $\alpha$ 1-глобулина
- в. повышение  $\gamma$ -глобулина**
- г. отсутствие  $\beta$ -глобулина
- д. отсутствие  $\alpha$ 2-глобулина

36. Высокий уровень  $\gamma$ -глутамилтранспептидазы является характерным для:

- а. острого алкогольного гепатита**
- б. хронического гепатита В и С
- в. гемохроматоза
- г. сахарного диабета
- д. хронического панкреатита

37. Для гемолитической желтухи не является характерным:

- а. увеличение в крови неконъюгированного билирубина
- б. нормальный уровень сывороточной щелочной фосфатазы
- в. нормальный уровень сывороточных трансаминаз и г-глутамил-транспептидазы
- г. билирубинурия**
- д. гиперретикулоцитоз

38. Уровень связанного (конъюгированного) 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

39. Наиболее чувствительным тестом при синдроме гиперспле-



низма является:

- а. определение билирубина в сыворотке крови
- б. динамическая сцинтиграфия с радиофармпрепаратом
- в. определение АСТ в сыворотке крови
- г. определение щелочной фосфатазы в сыворотке крови
- д. **определение количества гранулоцитов и тромбоцитов в крови**

40. 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

41. Зуд при желтухе связан с:

- а. билирубином
- б. **солями желчных кислот**
- в. лецитином
- г. фосфолипидами
- д. щелочной фосфатазой

42. Морфологический субстрат хронического активного гепатита в отличие от холестатического гепатита составляют:

- а. **ступенчатые некрозы**
- б. отложение меди
- в. жировая дистрофия
- г. нарушение архитектоники печеночных долек

43. Сочетание цитолитического и мезенхимально-воспалительного синдромов характерно для:

- а. острого вирусного гепатита С
- б. острого вирусного гепатита В
- в. **аутоиммунного гепатита**
- г. хронического неактивного гепатита
- д. гемохроматоза

44. 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

45. Решающим в диагностике хронического гепатита любого генеза является:

- а. повышения трансфераз
- б. диспротеинемия
- в. **гистологическое исследование пунктата печени**

	<p>г. данные объективного осмотра д. гипербилирубинемия</p> <p>46. При лечении диуретиками асцита при циррозе печени не является осложнением:</p> <p>а. гиповолемия б. гипокалиемия <b>в. гиперкалиемия</b> г. азотемия д. нарушение сердечной деятельности</p> <p>47. Рациональным мероприятием при лечении постцирротического асцита является:</p> <p>а. соблюдение диеты с содержанием поваренной соли от 5 до 10г б. ограничение суточного потребления жидкости до 8 литра, если содержание натрия в сыворотке больше 130 мэкв в. довести суточный диурез до 2 - 3 литров <b>г. верошпирон внутрь от 100 до 400 мг с учетом суточного диуреза</b> д. начинать терапию салуретиками с максимальных терапевтических доз</p> <p>48. Противопоказанием к проведению диагностического параабдоминоцентеза не является:</p> <p>а. лихорадка у больного циррозом печени с асцитом б. нарастание симптомов печеночной энцефалопатии у больного циррозом печени с асцитом <b>в. синдром гиперспленизма</b> г. признаки перитонита д. желудочно-кишечное кровотечение</p> <p>49. К более постоянному клиническому проявлению гемохроматоза относится:</p> <p><b>а. пигментация кожи</b> б. экстрапирамидные синдромы в. кольца Кайзера-Флейшнера г. лейкоцитоз д. анемия</p> <p>50. Для верификации гемохроматоза наиболее достоверной диагностической процедурой является:</p> <p>а. биопсия кожи б. определение сывороточного железа в. биопсия тонкой кишки г. ректальная биопсия д. <b>биопсия печени</b></p>
--	---

<p><b>Б 1.Б.6.4</b> Раздел 4. «Заболевания поджелудочной железы»</p>	<p>51. Клетки поджелудочной железы, вырабатывающие ферменты - это:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. клетки калликреиновой системы</li> <li><b>б. клетки эпителиально-железистой ткани</b></li> <li>в. В - клетки</li> <li>г. Д - клетки</li> <li>д. А – клетки</li> </ul> <p>52. Важнейшим лабораторно-диагностическим тестом муковисцидоза является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. лотовый</b></li> <li>б. амилаза крови</li> <li>в. содержание аминокислот в кале</li> <li>г. содержание жира в кале</li> <li>д. мочевого синдром</li> </ul> <p>53. Значительное увеличение в слюне и поте натрия, хлора и калия указывают на:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. паротит</li> <li>б. сахарный диабет</li> <li>в. хронический панкреатит</li> <li><b>г. кистозный фиброз поджелудочной железы</b></li> <li>д. рак поджелудочной железы</li> </ul> <p>54. При пенетрации язвы в поджелудочную железу часто повышается:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. амилаза</b></li> <li>б. липаза</li> <li>в. глюкоза</li> <li>г. щелочная фосфатаза</li> <li>д. глюкагон</li> </ul> <p>55. Секретин:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. повышает продукцию гастрина</li> <li>б. вызывает значительное снижение гастрина в сыворотке</li> <li>в. продуцируется поджелудочной железой</li> <li><b>г. продуцируется слизистой оболочкой 12 п. к.</b></li> <li>д. повышает кислотность желудочного содержимого</li> </ul> <p>56. Характерной клинической чертой хронического панкреатита является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. развитие сахарного диабета</li> <li><b>б. недостаточность функции внешней секреции (гипоферментемия)</b></li> <li>в. желтуха</li> <li>г. повышение аминотрансфераз</li> <li>д. гепатомегалия</li> </ul> <p>57. Больному хроническим панкреатитом латентного течения показаны:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. общий полноценный рацион</li> <li>б. диета с преобладанием жиров</li> </ul>
--	---

	<p>в. диета с преобладанием углеводов  <b>г. диета с преобладанием белков</b>  д. диета с повышенным содержанием железа</p> <p>58. Терапия хронического панкреатита в фазе стойкой ремиссии включает:</p> <p>а. хирургическое лечение  б. ингибиторы трипсина  в. ферментные препараты  <b>г. диету №5п</b>  д. анальгетики</p> <p>59. Методом выбора лечения псевдоопухолевой формой хронического панкреатита является:</p> <p>а. консервативный  <b>б. хирургический</b>  в. химиотерапия  г. рентгенотерапия  д. рефлексотерапия</p> <p>60. В наибольшей степени на панкреатическую недостаточность указывает :</p> <p>1. полифекалия  2. креаторея  <b>3. стеаторея</b>  4. амилорея  5. наличие крови и слизи в стуле</p>
<p><b>Б 1.Б.6.5</b> Раздел 5. «Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей»</p>	<p>61. При снижении холатохолестеринового коэффициента возникает склонность к заболеванию:</p> <p>а. бактериальным холециститом  <b>б. калькулезным холециститом</b>  в. хроническим гепатитом  г. циррозом печени  д. хроническим холангитом</p> <p>62. Основной функцией желчи является:</p> <p><b>а. эмульгация жиров</b>  б. гидролиз углеводов  в. лизис белков  г. лизис жиров  д. нейтрализация желудочного содержимого</p> <p>63. В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:</p> <p>а. H2-блокаторы гистамина  б. препараты группы сукральфата  <b>в. спазмолитики, одестон</b>  г. беззондовые тюбажи  д. хирургическое лечение</p> <p>64. В лечении гипокинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:</p>

- а. **холекинетики, хофитол**
- б. спазмолитики
- в. хирургическое лечение
- г. антациды
- д. ферменты

65. Отсутствие видимости желчного пузыря после введения йодированных соединений означает:

- а. снижение всасывания в кишечнике
- б. снижение функции печени
- в. снижение функции поджелудочной железы
- г. **патологию желчного пузыря**
- д. снижение перистальтики кишечника

66. Желчные камни чаще всего состоят из:

- а. солей желчных кислот
- б. **холестерина**
- в. оксалатов
- г. мочевой кислоты
- д. цистина

67. 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

68. Чрезкожная холангиография является методом, позволяющим диагностировать:

- а. хронический гепатит
- б. билиарный цирроз печени
- в. **непроходимость желчных путей с механической желтухой**
- г. абсцесс печени
- д. внутрипеченочный сосудистый блок

69. Лечение при холецистолитиазе включает применение:

- а. холевой кислоты
- б. **хенодзоксихолевой кислоты**
- в. литохолевой кислоты
- г. кетолитохолевой кислоты
- д. дегидрохолевой кислоты

70. «Золотой стандарт» диагностики холедохолитиаза:

- а. УЗИ брюшной полости
- б. эндоскопическое УЗИ
- в. эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- г. пероральная холецистография
- д. **5. КТ брюшной полости**

**Б 1.Б.6.6** Раздел 6. «Заболевания тонкого и толстого кишечника»

71. 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

72. 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

73. Самой маленькой адсорбирующей единицей слизистой тонкой кишки является:

- а. микроворсинка**
- б. бокаловидная клетка
- в. цилиндрическая клетка
- г. ворсинка

74. 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

75. 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

76. 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

77. Чаще всего дивертикулы толстой кишки обнаруживаются в:

- а. прямой кишке
- б. сигмовидной кишке**
- в. нисходящей кишке
- г. поперечно-ободочной кишке
- д. слепой кишке

78. Самым часто встречающимся симптомом аденоматозного полипа толстой или прямой кишки является:

- а. оль
- б. кровь при дефекации**
- в. мелена
- г. диарея
- д. запор

79. В норме рН 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

80. Поражение прямой кишки при неспецифическом язвенном колите может быть в:

- а. 10 - 20% случаев
- б. 25 - 50% случаев
- в. 50 - 70% случаев
- г. 70 - 85% случаев
- д. 100% случаев**

81. При неспецифическом язвенном колите в патологический процесс вовлекается:

- а. слизистая оболочка**
- б. слизистая и подслизистая оболочки
- в. серозная оболочка
- г. вся стенка кишки
- д. мышечный слой кишки

82. Токсическая дилатация толстой кишки является типичным осложнением при:

- а. болезни Крона
- б. дивертикулезе толстой кишки
- в. неспецифическом язвенном колите**
- г. врожденной долихосигме
- д. полипозе толстой кишки

83. При неспецифическом язвенном колите диагностическое значение имеют следующие рентгенологические признаки:

- а. увеличение диаметра кишки
- б. множественные гаустрации
- в. вид «бульжной мостовой»
- г. мешковидные выпячивания по контуру кишки
- д. изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки**

84. При неспецифическом язвенном колите легкой и средней степени тяжести медикаментозным средством выбора является:

- а. кортикостероиды
- б. фталазол**

	<p>в. левомицетин  <b>г. сульфасалазин, месалазин</b>  д. ампициллин</p> <p>85. При болезни Крона чаще поражается:  а. пищевод  б. желудок  <b>в. подвздошная кишка</b>  г. аппендикс  д. прямая кишка</p> <p>86. Патологический процесс при гранулематозном колите чаще развивается в:  а. слизистой оболочке  <b>б. подслизистом слое</b>  в. мышечном слое  г. субсерозном слое  д. серозном слое</p> <p>87. Типичными признаками стриктуры прямой кишки являются:  <b>а. затруднения при дефекации</b>  б. поносы  в. примесь крови  г. тенезмы  д. зуд</p> <p>88. Целиакия характеризуется непереносимостью:  а. пшеницы  б. риса  г. гречи  в. овса  <b>д. а, г</b></p> <p>89. Клинические признаки синдрома мальабсорбции:  а. диарея  б. истощение  в. анемия  г. боли в костях, патологические переломы  <b>д. все верно</b></p> <p>90. Целиакии наиболее часто сопутствует кожное заболевание:  а. псориаз  <b>б. герпетический дерматит</b>  в. атопический дерматит  г. пемфигоид  д. пузырчатка</p>
<p><b>Б 1.Б.6.7</b> Раздел 7. «Современные методы диагностики и лечения»</p>	<p>91. Показанием к эзофагоскопии не является:  а. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;  б. эзофагит;  в. рак пищевода;  г. <b>травма грудной клетки;</b>  д. варикозное расширение вен пищевода.</p>



92. Из указанных заболеваний относительным противопоказанием к эзофагоскопии является:

- а. варикозное расширение вен пищевода;
- б. эпилепсия;
- в. **острое воспалительное заболевание миндалин, глотки, гортани, бронхов;**
- г. эзофагит;
- д. рак пищевода.

93. Показанием к плановой гастроскопии является:

- а. обострение хронического гастрита;
- б. язва желудка;
- в. рак желудка;
- г. доброкачественная подслизистая опухоль желудка;
- д. **все перечисленное.**

94. Показанием к экстренной гастроскопии не является: 1.полип желудка; 2.инородное тело; 3.анастомоз; 4.желудочно-кишечное кровотечение.

- а. если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б. **если правильны ответы 1 и 3;**
- в. если правильны ответы 2 и 4;
- г. если правильный ответ 4;
- д. если правильны ответы 1, 2, 3, 4.

95. При наличии у больного симптомов желудочно-кишечного кровотечения ему следует произвести:

- а. обзорную рентгенографию органов грудной и брюшной полости;
- б. рентгенографию желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью;
- в. **эзофагогастродуоденоскопию;**
- г. колоноскопию;
- д. ректороманоскопию

96. Какой метод диагностики язвенной болезни желудка наиболее достоверный?

- а. рентгеноскопия
- б. **гастрофиброскопия**
- в. ультразвуковое исследование
- г. лапароскопия
- д. рентгенография

97. Эндоскопическими критериями поражения толстой кишки при неспецифическом язвенном колите НЕ являются:

- а. гиперемия и отёк слизистой оболочки
- б. контактная ранимость и кровоточивость
- в. поверхностные дефекты слизистой оболочки
- г. **глубокие щелевидные язвы**
- д. поверхностное сплошное воспаление

	<p>98. Какие из нижеперечисленных исследований являются наиболее информативными в диагностике желчнокаменной болезни?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. радионуклидное исследование</li><li>б. термография</li><li>в. лапароскопия</li><li><b>г. ультразвуковая эхолокация</b></li><li>д. гепатосцинтиграфия</li></ul> <p>99. Назовите наиболее информативный метод диагностики ЖКБ:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. обзорная рентгенография живота</li><li><b>б. УЗИ органов брюшной полости</b></li><li>в. дуоденальное зондирование</li><li>г. биохимическое исследование крови (билирубин, щелочная фосфатаза, ГГТП, холестерин)</li><li>д. ФГДС</li></ul> <p>100. «Золотой стандарт» диагностики холедохолитиаза:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. УЗИ брюшной полости</li><li>б. эндоскопическое УЗИ</li><li><b>в. эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография</b></li><li>г. пероральная холецистография</li><li>д. КТ брюшной полости</li></ul>
--	--

**Б 1.Б.6.8** Раздел 8. «Онкогастроэнтерология»

101. В дифференциальной диагностике злокачественной язвы от доброкачественной можно использовать:

- а. локализацию язвы
- б. размеры
- в. глубину
- г. кровоточивость
- д. **морфологию**

102. Назовите классическую триаду карциноидного синдрома (карциноидная опухоль поджелудочной железы):

- а. приступы гиперемии и приливов крови к лицу, туловищу, иногда сопровождающиеся бронхоспазмом
- б. диарея
- в. запоры
- г. развитие эндокардиального фиброза с отложением бляшек на створках трехстворчатого клапана, клапана легочной артерии и формированием недостаточности трикуспидального клапана и стеноза легочной артерии
- д. **а, б, г**

103. При раке большого дуоденального соска встречаются все перечисленные симптомы, кроме

- а. дуоденального кровотечения
- б. коликообразных болей
- в. дуоденостаза
- г. лихорадки с ознобом
- д. **повышения сахара в крови**

104. Наиболее частая локализация рака поджелудочной железы:

- а. диффузная
- б. хвост
- в. тело
- г. **головка**
- д. выводной проток

105. Ведущий симптом рака пищевода:

- а. тупые боли в груди
- б. приступы кашля
- в. осиплость голоса
- г. лихорадка
- д. **дисфагия**

106. Опухоль Крукенберга представляет собой метастазы карциномы желудка в:

- а. головной мозг
- б. надключичные лимфоузлы
- в. печень
- г. **яичники**
- д. брюшину

107. Какая локализация опухоли в ободочной кишке наиболее часто обуславливает состояние кишечной непроходимости?

- а. **рак печеночного изгиба**

**Б 1.Б.6.9** Раздел 9. «Ургентная гастроэнтерология»

121.Первоочередной задачей при инородных телах пищевода являются:

- а. противошоковая терапия
- б. промывание пищевода
- в. удаление инородного тела**
- г. хирургическое лечение
- д. трахеостомия

122.Редким осложнением аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:

- а. катаральный рефлюкс-эзофагит
- б. ущемление**
- в. кровотечение
- г. рефлексорная стенокардия
- д. эрозивно-язвенный эзофагит

123.Рациональным лечением флегмоны желудка является:

- а. хирургическое**
- б. симптоматическое
- в. физиотерапевтическое
- г. санаторно-курортное
- д. фитотерапевтическое

124. Подтверждающим перфорацию язвы является:

- а. рентгенологически определяемый газ под правым куполом диафрагмы**
- б. острые боли внизу живота
- в. повышение артериального давления
- г. нарастающая анемия
- д. метеоризм

125.Больного с острым холециститом необходимо госпитализировать в отделение:

- а. терапевтическое
- б. инфекционное
- в. хирургическое**
- г. реанимационное
- д. гастроэнтерологическое

126.Для острого тромбоза в системе воротной вены наименее характерна:

- а. острая боль
- б. желтуха**
- в. повторная рвота
- г. портальная гипертензия
- д. коллапс

127.Синдром Меллори-Вейса чаще всего сопровождается:

- а. язвенную болезнь
- б. лимфому
- в. карциному
- г. алкоголизм**

д. грыжу пищеводного отверстия диафрагмы

128. 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**
- г. о механической кишечной непроходимости
- д. о правостороннем пневмосклерозе

129. Частыми причинами развития острой печеночной недостаточности является:

- а. Алкогольное поражение печени
- б. Лекарственное поражение печени
- в. Острый вирусный гепатит
- г. Промышленные токсины
- д. Все выше перечисленное**

130. При ожогах пищевода могут быть осложнения:

- а. кровотечение
- б. стриктуры
- в. медиастенит
- г. рефлюкс-эзофагит
- д. а, б, в.**

131. Инструментальные поражения пищевода возможны при:

- а. введении зонда
- б. бужировании
- в. эзофагоскопии
- г. рентгеновском исследовании
- д. а, б, в.**

132. Для клинической картины разрыва желудка характерно:

- а. резчайшая боль
- б. кровавая рвота
- в. отсутствие печеночной тупости
- г. коллапс
- д. все выше перечисленное**

133. Мужчина 55 лет три года страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами. На терапию H<sub>2</sub>-гистаминблокаторами реагировал положительно. Поступил с кровоточащей язвой. За 4 недели терапии ранитидином язва зарубцевалась. Какова дальнейшая лечебная тактика?

- а. Прерывистая курсовая терапия H<sub>2</sub>-гистаминблокаторами
- б. Поддерживающая терапия H<sub>2</sub>-гистаминблокаторами**
- в. Хирургическое лечение
- г. Терапия сукральфатом
- д. Курсовая терапия омепразолом

134. Признаками перфорации язвы являются:

- а. отсутствие печеночной тупости
- б. сильнейшая боль в эпигастрии
- в. ригидность передней брюшной стенки
- г. гиперперистальтика
- д. а, б, в.**

135. Пенетрацию язвы подтверждают симптомы:

- а. усиление болей
- б. уменьшение ответной реакции на антациды
- в. появление болей в спине
- г. все вышеперечисленное**

136. К экстравезикальным осложнениям острого холецистита относятся:

- а. перитонит
- б. холангит
- в. панкреатит
- г. сепсис
- д. все выше перечисленные**

137. Причинами возникновения острого холецистита являются:

- а. инфекция
- б. нарушение оттока желчи
- в. нарушение обмена желчи в пузыре
- г. камни желчного пузыря
- д. все выше перечисленные**

138. Дегтеобразный стул появляется при повреждении следующих отделов пищеварительного тракта:

- а. пищевода
- б. желудка
- в. двенадцатиперстной кишки
- г. сигмовидной кишки
- д. а, б, в**

139. Для острого токсического гепатита характерны симптомы:

- а. желтуха
- б. рвота
- в. кровохарканье
- г. нарушения ритма сердца
- д. а, б.**

140. К неотложным действиям при пищевой токсикоинфекции относятся:

- а. исследование кала и рвотных масс на наличие возбудителя
- б. назначение инфузионной и дезинтоксикационной терапии**
- в. экстренная лапароскопия
- г. назначение антибиотиков
- д. ректороманоскопия

**Б 1.Б.6.10** Раздел 10.  
«Особенности поражения  
органов пищеварения при  
других заболеваниях»

141. При склеродермии пищевода чаще всего поражаются:  
а. глоточно-пищеводный сфинктер  
б. кардиоэзофагеальный сфинктер  
в. средняя треть пищевода  
г. поддиафрагмальная часть пищевода  
**д. б и г**
142. Туберкулезное поражение желудка проявляется в виде:  
а. язв  
б. гранулематозного гастрита  
в. инфильтративно-склеротической формы  
г. диффузной инфильтрации  
**д. а и б**
143. Жировой гепатоз наиболее характерен для:  
а. склеродермии  
б. хронической недостаточности кровообращения  
**в. сахарного диабета**  
г. красной волчанки  
д. саркоидоза
144. Спленомегалия и лихорадка неясного генеза дают основание заподозрить:  
а. инфекционный мононуклеоз  
б. тифопаратифозные заболевания  
в. бактериальный эндокардит  
г. вирусный гепатит  
**д. все вышеперечисленные**
145. Доброкачественная желтуха беременных вызывается:  
**а. высоким уровнем эстрогенов**  
б. высоким уровнем прогестерона  
в. ингибированием глюкуронил-трансферазы  
г. аутоиммунным процессом  
д. некрозом гепатоцитов
146. Цирроз печени, формирующийся при констриктивном перикардите, обычно характеризуется:  
а. упорным асцитом  
б. высоким венозным давлением  
в. резкой одышкой, набуханием шейных вен, цианозом  
г. гиперспленизмом  
**д. всем вышеперечисленным**
147. Туберкулез кишечника может осложняться:  
а. прорывом язв  
б. перитонитом  
в. кишечной непроходимостью  
г. кишечным кровотечением  
**д. всем вышеперечисленным**
148. Возбудитель описторхоза локализуется в:

- а. желчном пузыре
- б. поджелудочной железе
- в. желудочно-кишечном тракте
- г. желчновыделительной системе и поджелудочной железе**
- д. желудке

149. Морфологическим субстратом поражение печени при саркоидозе является:

- а. холестатический гепатит
- б. специфическая гранулёма**
- в. гранулематозный гепатит
- г. жировая дистрофия

150. При токсико-инфекционном шоке у больных брюшным тифом отмечаются симптомы:

- а. тахикардия
- б. снижение артериального давления
- в. нарушения микроциркуляции
- г. все вышеперечисленное**

151. При диффузном токсическом зобе отмечают

- а. поражение печени
- б. поносы
- в. поражение пищевода
- г. все перечисленное**

152. Возбудитель описторхоза локализуется

- а. только в желчном пузыре
- б. в поджелудочной железе
- в. в желудочно-кишечном тракте
- г. в желчевыделительной системе и поджелудочной железе**
- д. во всех перечисленных органах

153. К пищевой непереносимости относят

- а. дефицит лактазы
- б. псевдоаллергические реакции
- в. пищевую аллергию
- г. глютенную энтеропатию
- д. все перечисленное**

154. Средствами патогенетической терапии пищевой аллергии являются все перечисленные, кроме

- а. ферментов**
- б. антигистаминных препаратов
- в. кортикостероидов
- г. антагонистов протеиназ

155. Характерными симптомами болезни Аддисона являются

- а. гипотония
- б. адинамия
- в. тошнота
- г. расстройство стула



	<p><b>д. все перечисленное</b></p> <p>156. Для поражения печени при хронических лимфолейкозах характерно</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. гепатомегалия</li> <li>б. портальная гипертония</li> <li>в. гипербилирубинемия</li> <li><b>г. правильные ответы а. и б.</b></li> <li>д. все перечисленное</li> </ul> <p>157. Поражение печени при саркоидозе трудно дифференцировать</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. с жировым гепатозом</li> <li><b>б. с первичным билиарным циррозом печени</b></li> <li>в. с кардиальным циррозом печени</li> <li>г. с гепатокарциномой</li> <li>д. со всем перечисленным</li> </ul> <p>158. Язва 12-перстной кишки часто возникает</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. при надпочечниковой недостаточности</li> <li>б. при анемии Аддисона - Бирмера</li> <li>в. при недостаточности гипофиза</li> <li>г. при беременности</li> <li><b>д. при циррозе печени</b></li> </ul> <p>159. Поражение печени при сахарном диабете клинически проявляется</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. гепатомегалией</b></li> <li>б. спленомегалией</li> <li>в. желтухой</li> <li>г. носовыми кровотечениями</li> <li>д. асцитом</li> </ul> <p>160. Клиническими проявлениями СПИДа являются</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. лихорадка</li> <li>б. ознобы</li> <li>в. лимфаденопатия</li> <li>г. понос</li> <li><b>д. все перечисленное</b></li> </ul>
	<p>161. Одной из наиболее частых причин острого эзофагита у детей является</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. длительный прием салицилатов</li> <li>б. пищевая аллергия</li> <li><b>в. нерегулярное и неполноценное по составу питание</b></li> <li>г. хронические заболевания печени и желчных путей</li> </ul> <p>162. Постельный режим ребенку с обострением хронического гастродуоденита рекомендуют соблюдать до</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. исчезновения пальпаторных болей</li> <li><b>б. исчезновения самостоятельных болей</b></li> <li>в. исчезновения диспепсических явлений</li> <li>г. полного выздоровления</li> </ul>

163. Существенную роль в язвообразовании у детей отводят
- а. кишечной палочке
  - б. протее
  - в. хеликобактерным микроорганизмам**
  - г. палочке молочно-кислого брожения
164. Осложнение язвенной болезни у детей, требующее немедленного оказания помощи
- а. пенетрация
  - б. малигнизация
  - в. кровотечение**
  - г. деформация луковицы двенадцатиперстной кишки
165. Язвенное кровотечение характеризуется меленой и отсутствием рвоты при локализации язвы
- а. на малой кривизне желудка
  - б. в кардиальном отделе желудка
  - в. на большой кривизне желудка
  - г. в двенадцатиперстной кишке**
166. Рвота "кофейной гущей" у детей возникает при
- а. кровотечении из язвы**
  - б. деформации луковицы двенадцатиперстной кишки
  - в. пенетрации язвы
  - г. перфорации язвы
167. Упорный болевой синдром, не уменьшающийся от приема антацидов, с рвотой, не приносящей облегчения, характерен для осложнения язвенной болезни у детей
- а. кровотечение из язвы
  - б. перфорация язвы
  - в. пенетрация язвы**
  - г. деформация луковицы двенадцатиперстной кишки
168. Появление на фоне симптомов язвенной болезни у детей чувства переполнения желудка, отрыжки тухлым, рвоты с остатками пищи, съеденной накануне, похудание свидетельствует об осложнении
- а. малигнизация язвы
  - б. перфорация язвы
  - в. пенетрация язвы
  - г. стеноз привратника**
169. Препарат, влияющий на хеликобактерные микроорганизмы, для лечения язвенной болезни у детей
- а. ранитидин
  - б. де-нол**
  - в. атропин
  - г. гастроцепин
170. Для восстановления моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни у детей

	<p>назначают</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. ранитидин</li> <li>б. де-нол</li> <li>в. атропин</li> <li><b>г. гастроцепин</b></li> </ul>
	<p>171. Рентгенологически выявленное отсутствие перистальтики в дистальном отделе пищевода при нормальной моторике в проксимальном отделе характерно для:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. ахалазии пищевода;</li> <li><b>б. склеродермии;</b></li> <li>в. диффузного спазма пищевода;</li> <li>г. эзофагита;</li> <li>д. пищевода Баррета.</li> </ul> <p>172. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, не относится:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. анализ желудочного сока;</li> <li>б. рентгенография желудка;</li> <li>в. гастроскопия;</li> <li>г. морфологическое исследование слизистой оболочки желудка;</li> <li><b>д. дуоденальное зондирование.</b></li> </ul> <p>173. Наличие триады симптомов - стойкое повышение желудочной секреции, изъязвление ЖКТ, диарея - указывает на:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. синдром Золлингера-Эллисона;</b></li> <li>б. язвенную болезнь с локализацией в желудке;</li> <li>в. язвенный колит;</li> <li>г. язвенную болезнь с локализацией в постбульбарном отделе;</li> <li>д. хронический панкреатит.</li> </ul> <p>174. Для клиники хронического гастрита характерно:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. субфебрильная температура;</li> <li>б. умеренный лейкоцитоз;</li> <li><b>в. диспепсический синдром;</b></li> <li>г. диарея;</li> <li>д. спастический стул.</li> </ul> <p>175. Наличие эрозий в антральном отделе желудка характерно для:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. острого гастрита;</li> <li>б. аутоиммунного гастрита;</li> <li>в. гранулематозного гастрита;</li> <li>г. болезни Менетрие;</li> <li><b>д. хеликобактерной инфекции.</b></li> </ul> <p>176. Какой из нижеперечисленных нестероидных противовоспалительных препаратов реже других вызывает язвенные изменения ЖКТ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. индометацин;</li> <li>б. вольтарен;</li> <li>в. реопирин;</li> </ul>

	<p><b>г. мелоксикам;</b> д. диклофенак.</p> <p>177. Для целиакии спру характерно все перечисленное, кроме: а. метеоризма; <b>б. лихорадки;</b> в. поносов; г. полифекалии; д. истощения.</p> <p>178. Усиливают диарею при целиакии спру: а. мясо; б. сырые овощи и фрукты; <b>в. белые сухари;</b> г. рис; д. кукуруза.</p> <p>179. Употребление какого из перечисленных злаков или продуктов из него не вызывает ухудшения течения целиакии спру? а. пшеница; б. рожь; <b>в. кукуруза;</b> г. овес; д. ячмень.</p> <p>180. Ведущим фактором в возникновении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки не является: а. гиперсекреция соляной кислоты; б. дуоденит; <b>в. заболевания желчного пузыря;</b> г. хеликобактериоз; д. курение.</p>
--	---

### Банк ситуационных клинических задач

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Заболевания пищевода»</p>	<p><b>Ситуационная задача 1</b> (Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь)</p> <p>Женщина 53 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на изжогу, боли за грудиной, появляющиеся после еды и физической нагрузки. Отмечает также усиление болей при наклонах и в горизонтальном положении. Из анамнеза известно, что изжога беспокоит около 20 лет. Не обследовалась. Последние 2 месяца появились данные боли за грудиной.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) - 39 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется.</p> <p>Данные фиброгастроэноскопии: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположите наиболее вероятный диагноз.</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Дайте немедикаментозные рекомендации больному.</li> <li>5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>
---	--

6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

### **Ситуационная задача 2 (ГЭРБ)**

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)?
6. Определите тактику ведения больного.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

### **Ситуационная задача 3 (ГЭРБ)**

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 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 Шофара, Губергрица - Скульского безболезненные. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 143 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $8,6 \times 10^9/л$ , 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 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 своевременна, 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.

#### **Ситуационная задача 4 (ГЭРБ)**

Больной Т. 48 лет, электросварщик, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на частую, выраженную изжогу после еды и в ночное время, особенно, при употреблении острой, жирной или обильной пищи, частую тошноту по утрам, отрыжку пищей после еды, обычно, при наклонах туловища и положении лежа, плохой сон из-за изжоги.

Из анамнеза: со школьного возраста отмечал боли в животе, плохой аппетит. Лечился самостоятельно, по советам родственников периодически принимая Но-шпу и ферментные препараты с незначительным эффектом. Во время службы в армии лечился в госпитале по поводу гастрита. В дальнейшем длительное время жалоб со стороны органов пищеварения не имел. Питается нерегулярно, работает по сменам, регулярно имеет ночные смены. Курит с 13 лет по 20 сигарет в день. Алкоголь практически не употребляет. Описанные жалобы появились два года назад после длительного периода значительных физических нагрузок (строительство дома) и эпизода тяжелого психо-эмоционального стресса (пожар в квартире). Самостоятельно принимал альмагель, омез в течение 10-14 дней с хорошим эффектом. В течение последующих 2-х лет часто беспокоила изжога, но к врачам не обращался, использовал Альмагель, Омез короткими курсами с кратковременным эффектом. Последнее ухудшение – в течение месяца после погрешности в диете и алкоголизации; на фоне приема привычного набора препаратов в течение недели самочувствие с положительной динамикой, в связи с чем, лечение прекратил. Через 5 дней симптомы возобновились. Три дня назад имел место однократный эпизод черного разжиженного стула. В дальнейшем стул без особенностей.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 175 см, вес – 63 кг. Кожа физиологической окраски, умеренной влажности, чистая. В легких везикулярное дыхание. ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный. ЧСС – 80 в минуту, АД – 130/85 мм рт.ст. Язык густо обложен серым налетом, влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный высоко в эпигастрии слева от средней линии и в пилородуоденальной зоне. Пальпация других отделов живота практически безболезненна. Печень 10,5×8×7 см. Край закруглен, эластичной консистенции, безболезненный. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, перкуторно 7×5 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты –  $4,0 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 122 г/л, МСН – 26р/g, МСНС – 346 г/л, лейкоциты –  $5,2 \times 10^9/л$ : базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 68%, лимфоциты – 23%, моноциты – 6%. СОЭ – 5 мм/час. Анализ кала на скрытую кровь положительный.

ФГДС – пищевод проходим. Слизистая нижней трети пищевода ярко гиперемирована с множественными мелкими эрозиями, занимающими до половины диаметра пищевода.

	<p>Кардиальный жом смыкается не полностью. В пищевод пролабирует слизистая оболочка желудка. Желудок содержит значительное количество секрета с примесью желчи. Слизистая тела желудка слегка отечна, розовая, складки магистрального типа. Слизистая антрума очагово гиперемирована с множественными плоскими эрозиями. Пилорус зияет. Луковица ДПК не деформирована. Слизистая оболочка розовая, блестящая. Постбульбарный отдел без особенностей.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположите наиболее вероятный диагноз.</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?</li> <li>4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.</li> <li>5. Составьте конкретную схему медикаментозного лечения данного пациента с указанием доз, продолжительности приема. Выберите схему поддерживающей терапии. Выберите схему эрадикационной терапии. Обоснуйте Ваш выбор. Определите сроки проведения контрольного эндоскопического исследования. Примите решение по экспертизе трудоспособности пациента.</li> <li>6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.»</p>	<p><b>Ситуационная задача 5 (Язвенная болезнь)</b></p> <p>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 приёмом Вольтарена по поводу болей в поясничной области.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски, влажная.</p> <p>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 эпигастриальной области. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2 дня).</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – <math>5,2 \times 10^9</math> /л; лейкоформула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты - 27%, моноциты - 5%.</p> <p>Биохимический анализ крови: АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 32 ед/л. Диастаза мочи – 64 ед.</p> <p>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 четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Бульбарные отделы без патологии.</p> <p>Хелик-тест: базальный уровень – 4 мм; нагрузочный уровень – 10 мм; показатель прироста – 6 мм; Нр (+).</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте диагноз.</li> <li>2. Перечислите экзогенные и эндогенные предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.</li> <li>3. Показания к госпитализации.</li> <li>4. Осложнения данного заболевания.</li> <li>5. Назначьте лечение.</li> <li>6. Определите дальнейшую тактику ведения данного пациента</li> <li>7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.</li> </ol> <p><b>Ситуационная задача 6 (Язвенная болезнь)</b></p> <p>Мужчина 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастрии через 20 минут после еды, рвоту, приносящую облегчение, похудел за месяц на 7 кг. Боли в эпигастрии беспокоят около 2 месяцев.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется.</p> <p>Проведена фиброгастроуденоскопия: в средней трети желудка язвенный дефект 3 см в диаметре, взята биопсия</p>

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
6. Определите дальнейшую тактику ведения при данной патологии.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 7 (Язвенная болезнь)**

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 распиравания в эпигастральной области после приёма 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/м<sup>2</sup>. 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, извиты. 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. 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?

**Ситуационная задача 8 (Язвенная болезнь желудка)**

К врачу-терапевту участковому обратился мужчина 35 лет с жалобами на интенсивные боли после приема пищи в эпигастральной области через 30-60 минут и проходящих через 1-2 часа, изжогу, тошноту, однократную рвоту на высоте болей, приносящую облегчение.

Считает себя больным около 15 лет, когда появились неинтенсивные боли в подложечной области, возникавшие после приема пищи. Амбулаторно был диагностирован хронический поверхностный гастрит. Боли продолжались 2-3 недели, после чего проходили. В дальнейшем возникали ежегодно в осенне-весенний период.

При рН-метрии выявлено повышение кислотности желудочного содержимого. Лечился амбулаторно, старался соблюдать диету. При болях принимал Ранитидин (30 мг сутки). Настоящее обострение началось в марте, длится уже 3 недели. Курит в течении 8 лет по 15 сигарет в день.

При пальпации определяется локальная болезненность в эпигастральной области, положительный симптом Опенховского (боль при поколачивании остистых отростков VIII позвонков).

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями желудка необходимо проводить дифференциальный диа-



	<p>гноз?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Какие дополнительные исследования могут быть выполнены для подтверждения и уточнения диагноза?</li> <li>4. Каково стандартное лечение данного заболевания (с указанием доз и кратности введения)?</li> <li>5. Каковы возможные осложнения данного заболевания?</li> <li>6. Определите тактику ведения больного.</li> <li>7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.</li> </ol> <p><b>Ситуационная задача 9</b> (рефлюкс-гастрит)</p> <p>Пациентка А. 38 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на горечь во рту, возникающую преимущественно в утренние часы, ощущение дискомфорта в области эпигастрия, чувство быстрого насыщения; после погрешностей в диете беспокоит тошнота, метеоризм.</p> <p>Из анамнеза известно, что 2 года назад перенесла холецистэктомия 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 налетом у корня. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области.</p> <p>В клиническом анализе крови: эритроциты - <math>4,2 \times 10^{12}/л</math>, гемоглобин - 135 г/л, цветовой показатель - 0,96, тромбоциты - <math>347 \times 10^9/л</math>, лейкоциты - <math>8,7 \times 10^9/л</math>, СОЭ - 12 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе крови: АЛТ - 28 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, амилаза - 77 Ед/л, щелочная фосфатаза - 80 Ед/л.</p> <p>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.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.</li> <li>2. Каков патогенез описанных проявлений?</li> <li>3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?</li> <li>4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?</li> <li>5. Сформулируйте план лечения.</li> <li>6. Определите тактику ведения больного.</li> <li>7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Заболевания печени»</p>	<p><b>Ситуационная задача 10</b> (Цирроз печени)</p> <p>Больной К. 53 лет, водитель автобуса, жалуется на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, периодически тошноту, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, склонность к запорам.</p> <p>Считает себя больным в течение года, когда стал отмечать общую слабость, тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита. Похудел на 7 кг за последние 6 месяцев. В течение последних 2 месяцев появилось увеличение живота. Злоупотребляет алкоголем в течение 20 лет.</p> <p>Общее состояние средней степени тяжести. Питание умеренное. Кожа бледноватосерого цвета, небольшая желтушность. Единичные сосудистые звездочки на груди. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 76 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Живот несколько увеличен в объеме, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень +3 см из-под края реберной дуги, поверхность гладкая, край закруглен, плотный, умеренно болезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову – <math>15 \times 12 \times 10</math> см. Размеры селезенки – <math>12 \times 8</math> см. В боковых отделах живота перкуторно определяется наличие свободной жидкости.</p> <p>Анализ крови: гемоглобин – 130 г/л; лейкоциты – <math>4,5 \times 10^9/л</math>, эозинофилы – 1%, нейтрофилы – 77%, лимфоциты – 26%. СОЭ – 33 мм/час.</p> <p>Анализ мочи: удельный вес – 1019, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения.</p> <p>Биохимические анализы крови: АСТ – 52 ЕД/л, АЛТ – 48 ЕД/л, тимоловая проба – 12 ЕД, общий холестерин – 4,0 ммоль/л, билирубин общий – 36 ммоль/л, прямой – 27 ммоль/л, непрямой – 9 ммоль/л, общий белок – 64 г/л, альбумины – 45% (29 г/л), глобулины: альфа-1 – 6%, альфа-2 – 16%, бета – 14 %, гамма – 26%. Протромбиновый индекс – 70%.</p> <p>Анализ крови на маркеры вирусов: Нbs антиген, Нbe антиген, антитела к Нbs антигену вируса В, антитела к вирусу С не обнаружены.</p> <p>ЭФГДС: пищевод свободно проходим, расширение вен нижней трети пищевода до 4</p>

мм в диаметре, слизистая желудка бледновата, рельеф несколько сглажен, двенадцатиперстная кишка без особенностей. Заключение: варикозное расширение вен нижней трети пищевода. УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, гепатомегалия, расширение портальной вены, наличие свободной жидкости.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Где может лечиться пациент (в поликлинике или стационаре)? Обоснуйте ответ. Назовите показания к госпитализации в стационар.
4. Дайте рекомендации по лечению пациента, обоснуйте выбор препаратов.
5. Проведите экспертизу трудоспособности, решите вопрос о санаторно-курортном лечении. Обоснуйте Ваше решение.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 11 (Цирроз печени)**

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, увеличение живота в объёме, отёки 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. Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких 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 объёме, 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. Мочепускание свободное, безболезненное, моча темно-желтая.

Общий анализ крови: эритроциты –  $4,1 \times 10^{12}/л$ ; Hb - 122 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты –  $98 \times 10^9/л$ , лейкоциты –  $3,2 \times 10^9/л$ , 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.

Фиброгастроуденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст.

Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чёткие 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 эхогенности. Площадь селезенки – 36,1 см<sup>2</sup>. 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?
6. Диспансерное наблюдение данного пациента.

**Ситуационная задача 12 (цирроз печени)**

Больной 49 лет предъявляет жалобы на выраженную слабость, постоянную сонливость, похудание на 6 кг за полгода, десневые и носовые кровотечения, увеличение живота в объёме, зуд. Из анамнеза – длительное злоупотребление алкоголем. Состояние

средней тяжести. При осмотре выявляется желтушность кожи, слизистых, склер, сосудистые звездочки в области шеи, груди, пальмарная эритема, контрактура Дюпюитрена. Имеется атрофия мышц верхнего плечевого пояса, дефицит веса (вес 58 кг при росте 177 см – ИМТ - 17). Определяются подкожные гематомы на руках и ногах. Живот увеличен в объеме. При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня реберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры - 13×11×6 см. Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см.

Белок общий - 59 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, гамма-глобулины – 28,5%.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите синдромы поражения внутренних органов.
3. Обоснуйте, почему выделили указанные синдромы.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
5. Какие группы препаратов следует назначить больному?
6. Определите дальнейшую тактику ведения данного пациента
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 13 (Первичный билиарный цирроз)**

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, 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?
6. Определите тактику ведения больного.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 14 (Хронический гепатит)**

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/м<sup>2</sup>. 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:

	<p>Общий анализ крови: эритроциты – <math>4,4 \times 10^{12}/л</math>; лейкоциты – <math>6,3 \times 10^9/л</math>; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Hb – 148 г/л; тромбоциты – <math>217 \times 10^9/л</math>; СОЭ – 18 мм/ч.</p> <p>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; <math>\gamma</math>-глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопротеин – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; калий – 3,7 ммоль/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 маркеры гепатитов В, С): HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – 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.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположите наиболее вероятный диагноз.</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.</li> <li>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: <math>9 \times 8 \times 7</math> 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.</li> <li>6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.4</b> Раздел 4. «Заболевания поджелудочной железы»</p>	<p><b>Ситуационная задача 15</b> (Хронический алкогольный панкреатит)</p> <p>Мужчина 46 лет, водитель, поступил в приёмное отделение стационара самостоятельно. Жалобы на резкую боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра. Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в диете – прием острой и жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приема Но-шпы. Часто ранее отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе после приема жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы верхней половины туловища гиперемированы, чистые. Язык суховат, обложен желтоватым налётом. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края реберной дуги. Размер по Курлову – <math>10 \times 9 \times 8</math> см. Селезенка непальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины – отрицательные.</p> <p>Лабораторные</p> <p>Общий анализ крови: лейкоциты – <math>9,6 \times 10^9/л</math>, СОЭ – 16 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея.</p> <p>УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь <math>75 \times 35</math> мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелу-</p>

дочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

От ФГДС больной отказался.

**Вопросы:**

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения.
6. Диспансерное наблюдение данного пациента.

**Ситуационная задача 16 (Хронический панкреатит)**

Больной К. 45 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на давящие боли в эпигастральной области, периодически – опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, сопровождаются вздутием живота; на рвоту, не приносящую облегчение, на отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания: больным себя считает около двух лет, когда появилась боль в левом подреберье после приема жирной и жареной пищи. За медицинской помощью не обращался. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота, не приносящая облегчения.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - 9×8×7 см, симптом поколачивания отрицательный билатерально.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,3×10<sup>12</sup>/л, гемоглобин – 136 г/л, цветной показатель – 1,0; СОЭ – 18 мм/ч, тромбоциты – 320×10<sup>9</sup>/л, лейкоциты – 10,3×10<sup>9</sup>/л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, лимфоциты – 32%, моноциты – 10%.

Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1016, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий - 1-2 в поле зрения, оксалаты – небольшое количество.

Биохимическое исследование крови: АСТ – 30 Ед/л; АЛТ – 38 Ед/л; холестерин – 3,5 ммоль/л; общий билирубин – 19,0 мкмоль/л; прямой – 3,9 мкмоль/л; амилаза – 250 ед/л; креатинин – 85 ммоль/л; общий белок – 75 г/л.

Копрограмма: цвет – серовато-белый, консистенция – плотная, запах – специфический, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал ++, соединительная ткань – нет, слизь – нет.

ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии. Складки хорошо выражены. Луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей.

УЗИ органов брюшной полости: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток – 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка – 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток – 2 мм, головка увеличена в объеме (33 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

**Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Оцените данные копрограммы
3. Сформулируйте диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо назначить больному?
5. Какова Ваша тактика лечения данного заболевания?
6. Диспансерное наблюдение данного пациента.

**Ситуационная задача 17 (хронический панкреатит)**

Больной К. 45 лет, обратился к врачу с жалобами на давящее боли в эпигастральной области, периодически опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, уменьшаются самостоятельно через 30-40 минут, сопровождаются вздутием живота; рвоту не приносящую облегчение, отрыжку воздухом; желтушность кожных покровов и склер, стул белого цвета; появление мочи "цвета пива" .

Анамнез заболевания: больным себя считает около года когда появилась боль в правом подреберье, желтушность склер после приема алкоголя, жирной и копченой пищи. За медицинской помощью не обращался. Постепенно симптомы прошли самостоятельно. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота не приносящая облегчения, желтушность кожи и слизистых, кал стал обесцвеченным и моча "цвета пива". Вызвал КСМП, доставлен в больницу.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые желтого цвета. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=72 в мин. Язык влажный обложен бело-желтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень на пальпируется, размеры по Курлову 9x8x7см, пузырьные симптомы отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный билатерально.

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: эритроциты -  $4,3 \cdot 10^{12}/л$ , Hb - 136 г/л, ЦП - 1,0; СОЭ - 18 мм/ч; тромбоциты -  $320 \cdot 10^9/л$ , лейкоциты -  $10,3 \cdot 10^9/л$ , э-3,п-4,с-51,л-32,м-10.

ОАМ: темно-желтая, прозрачная, кислая, уд.вес 1016, лейкоциты - 1-2 в п/зр, эпителий - 3-4 в п/зр, оксалаты - небольшое количество, билирубин +++.

Биохимическое исследование крови: АСТ - 30 ед/л; АЛТ - 38 ед/л; холестерин - 3,5 ммоль/л, общий билирубин - 49,0 мкмоль/л; прямой - 39,0 мкмоль/л; не прямой - 10,0 мкмоль/л; амилаза - 250 ед/л; креатинин - 85 ммоль/л; общий белок - 75 г/л.

Копрограмма: цвет - серовато-белый, консистенция - плотная, запах - специфический, мышечные волокна +, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла+++, крахмал++, перевариваемая клетчатка++, соединительная ткань - нет, слизь - нет, стеркобилин - нет.

ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии, складки хорошо выражены. Луковица 12 п.к. без особенностей.

УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток 2 мм, головка увеличена в объеме(35 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования необходимо выполнить данному больному?
4. Какие группы препаратов могут быть использованы для лечения данного больного?
5. Каковы возможные осложнения у данного заболевания?
6. Определите тактику ведения больного.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

#### Ситуационная задача 18 (Хронический алкогольный панкреатит)

В кабинет врача-терапевта участкового обратился мужчина 55 лет, злоупотребляющий алкоголем, курильщик, с жалобами на боли в глубине живота, распространяющиеся вверх, возникают чаще через 1,5-2 часа после обильной, острой или жирной еды, длящаяся до 3 часов, усиливающиеся в положении лежа на спине, уменьшающиеся в положении сидя с наклоном вперед, подтянув ноги к груди. Иногда боли иррадируют в левую половину грудной клетки. Также отмечает тошноту, отсутствие аппетита, вздутие живота. После каждого приема пищи в течение 1 часа возникает кашицеобразный, иногда водянистый стул, содержащий капли жира.

Отмечает снижение массы тела.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
3. Какие методы обследования используются для подтверждения и уточнения диагноза?
4. Каковы основные задачи консервативного ведения/лечения пациентов с данным заболеванием?
5. Перечислите основные медикаментозные и немедикаментозные лечебные мероприятия, показанные для данного больного.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

### **Ситуационная задача 19** (Хронический кальцифицирующий панкреатит)

Больной П. 54 лет, слесарь, жалуется на боли в эпигастральной области постоянного характера, усиливающиеся после приема еды и иррадиирующие в подлопаточное пространство, беспокоит постоянное подташнивание, отрыжка воздухом, снижение аппетита, быстрое насыщение, вздутие живота, после отхождения газов боли уменьшаются на короткое время. В последние полгода периодически стул со склонностью к поносам.

Анамнез заболевания: в течение 25 лет часто употребляет алкоголь, за это время перенес острый панкреатит, сопровождавшийся интенсивными болями, повторной рвотой.

При обследовании в хирургическом отделении выявлено увеличение поджелудочной железы в размерах, жидкость в сальниковой сумке. Лечился консервативно в течение месяца, за время болезни похудел на 10 кг. Выписан с рекомендациями, которые больной не соблюдал. Также принимал алкоголь, но в небольших количествах. Боли возникали часто, а в дальнейшем стали постоянными. Стал снижаться аппетит, возникло периодическое подташнивание, отрыжка, быстрое насыщение, вследствие чего больной снизил объем потребляемой пищи. Постепенно стул стал со склонностью к кашицеобразному, плохо смывался со стенок унитаза. Исходную массу тела полностью не набрал. Периодически принимал Мезим, Микразим с частичным эффектом, при усилении боли использовал Но-шпу. Последнее ухудшение 2 недели назад после четырехдневного приема алкоголя (водка 200 грамм ежедневно). Диету не соблюдал. Боль значительно усилилась, появилась отчетливая тошнота, позывы на рвоту, вздутие живота. Госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение.

Объективно: кожа чистая, тургор нормальный. Вес - 73 кг, ИМТ - 18,5.

Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 90 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, немного подвздут, перитонеальные симптомы отрицательны. При пальпации отмечает значительную болезненность в зоне Шоффара, точке Дежардена; в зоне Губергрица - Скульского, точках Губергрица, передней и задней точках Мейо - Робсона.

При пальпации отделов кишечника болезненности, объемных образований не выявлено. Печень по краю реберной дуги, пузырьные симптомы (Кера, Мерфи, Ортнера) отрицательны. Селезенка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 157 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты -  $5,2 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $11,2 \times 10^9/л$ , эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 35%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, общий билирубин - 16,4 (прямой - 6,1; свободный - 10,3) ммоль/л, амилаза - 37 ед/л (5-32); глюкоза - 8,5 ммоль/л, мочевины - 4,7 ммоль/л.

Кoproграмма: объем утренней порции - 400 грамм, консистенция в виде жидкой каши. Нейтральный жир +++, жирные кислоты, мыла жирных кислот ++, мышечные волокна с утраченной поперечной исчерченностью +++, бактерии - большое количество. Фекальная эластаза - 100 мкг/г испражнений.

ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается. Слизистая пищевода без изменений. Слизистая желудка в теле розовая, ровная, в антральном отделе с очагами яркой гиперемии. Луковица ДПК обычной формы. Слизистая постбульбарного отдела ДПК несколько отечна.

УЗИ брюшной полости: жидкости брюшной полости нет. Пневматизация кишечника повышена. Печень не увеличена, структура неоднородная, повышенной эхогенности. Желчный пузырь обычной формы, содержимое эхонегативное. ОЖП - 6 мм. Поджелудочная железа: головка - 35 мм (до 30), тело - 32 мм (до 17), хвост - 37 мм (до 20). Структура диффузно неоднородная, пониженной эхогенности. В структуре железы определяются кальцинаты, наиболее крупный из них в проекции головки поджелудочной железы. Вирсунгов проток определяется в области хвоста, размером 3 мм. Селезенка нормальных размеров.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обозначьте цели патогенетической терапии. Препараты какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Укажите меры профилактики обострения заболевания.
6. Определите тактику ведения больного.

	7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.
<p><b>Б 1.Б.6.5</b> Раздел 5. «Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей»</p>	<p><b>Ситуационная задача 20 (ПХЭС)</b>          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 возник 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/м<sup>2</sup>. 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.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте предварительный диагноз.</li> <li>2. Поражение какого органа можно предположить, и с чем это связано?</li> <li>3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту?</li> <li>4. Определите тактику ведения больного.</li> <li>5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?</li> <li>6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.</li> </ol> <p><b>Ситуационная задача 21 (Хронический бескаменный холецистит)</b>          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 иррадирует в правое плечо, правую лопатку, правую половину шеи; отмечает горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул, снижение аппетита.          Из анамнеза. Считает себя больной в течение 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/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких 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 налетом 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:</p>



Общий анализ крови: эритроциты –  $4,6 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты –  $11,2 \times 10^9 /л$ ; нейтрофилы сегментоядерные – 75%; нейтрофилы палочкоядерные – 2%; лимфоциты – 19%; моноциты – 3%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; Hb – 141г/л; тромбоциты –  $215 \times 10^9/л$ ; СОЭ – 19 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; не прямой 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; мочевины – 3,2 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; амилаза – 42 ед/л; ХС – 5,2 ммоль/л.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность не повышена, структура не изменена. Желчный пузырь увеличен (до 3,5 см в поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке; выявлено диффузное утолщение его стенок до 5 мм, их уплотнение. 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 дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

#### **Задача № 22**

Больная В., 45 лет, обратилась к врачу с жалобами на периодические боли в правом подреберье, тянущие, ноющие, иррадиирующие в правую лопатку и плечо, возникают после приема жирной пищи, длятся до 2-х часов, проходят самостоятельно. Стул один раз в три –четыре дня, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

Считает себя больной около 3 лет, когда впервые после употребления алкоголя и жирной пищи возникли боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала ношпу. С этого времени после погрешностей в диете подобные обострения, не обследовалась, не лечилась. Около года назад присоединились запоры. Сегодня после употребления алкоголя и жареной пищи возобновились боли, вызвала скорую помощь, доставлена в сан. пропускник.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: работает продавцом в продуктовом магазине, часто не регулярный прием пищи, употребление жирной и жареной пищи.

Вредные привычки: не курит, алкоголь – редко в небольших количествах.

Наследственность: у мамы – хронический холецистит, у отца – ЖКБ.

Ведет малоподвижный образ жизни.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Гиперстеник. Кожные покровы телесного цвета, нормальной влажности, чистые. Видимые слизистые розового цвета, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно, толщина подкожно-жировой складки на уровне пупка - 6см, по средне-ключичной линии – 4см. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сто-

	<p>рон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 72 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 72 в мин. Язык влажный, у корня обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Эластичной консистенции, подвижность сохранена. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 x 9 x 7 см. Пузырные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера - положительные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 x 4 см. поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненная. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Предварительный диагноз?</li> <li>2.План обследования?</li> <li>3.План терапии?</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.6</b> Раздел 6. «Заболевания тонкого и толстого кишечника»</p>	<p><b>Ситуационная задача 23 (Язвенный колит)</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°C. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. (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 селезенки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты – 2,7×10<sup>12</sup>/л, Hb - 108 г/л, цветовой показатель –0,6, тромбоциты – 270×10<sup>9</sup>/л, лейкоциты – 7,0×10<sup>9</sup> /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч.</p> <p>Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения.</p> <p>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.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположите наиболее вероятный диагноз.</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор.</li> <li>5. Через 2 недели терапии отмечено уменьшение частоты стула до 2 раз в сутки, нет примесей крови в кале. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.</li> <li>6. Диспансерное наблюдение данного пациента.</li> </ol>

### **Ситуационная задача 24 (Целиакия)**

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.

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 отеки голеней до 2/3.

Лабораторные исследования: гемоглобин – 89 г/л, эритроциты –  $3,72 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $6,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты –  $266 \times 10^9$ /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: билирубин общий – 23,8 мкмоль/л, билирубин прямой – 2,8 мкмоль/л, АЛТ – 69 Е/л, АСТ – 45 Е/л,  $\gamma$ -ГТП – 25 Е/л, щелочная фосфатаза – 118 Е/л, натрий – 137 мкмоль/л, калий – 4,3 мкмоль/л, креатинин – 44 мкмоль/л, мочевины – 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.
6. Диспансерное наблюдение данного пациента.

### **Ситуационная задача 25 (Язвенный колит)**

Больной Н. 25 лет предъявляет жалобы на частый (до 10-15 в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи, боли в левой подвздошной области, повышение температуры тела до 38,3°C, резкую общую слабость, похудание. Нарушение стула отмечает в течение 2 месяцев, но 7 дней назад в кале появилась кровь, повысилась температура, появились слабость, недомогание, головокружение.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа бледная. Язык слегка обложен белым налетом. Живот овальной формы, несколько вздут. При пальпации определяется умеренная болезненность в области нисходящего отдела толстой кишки.

Перкуторно размеры печени по Курлову – 10×9×8 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, СОЭ – 35 мм/ч, лейкоциты –  $13,0 \times 10^9$  /л; лейкоформула: базофилы – 1%, эозинофилы – 5%, палочкоядерные нейтрофилы – 20%, сегментоядерные нейтрофилы – 40%, лимфоциты – 24%, моноциты – 10%.

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

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

Ирригоскопия: отмечается быстрое заполнение толстой кишки бариевой взвесью, равномерное сужение просвета кишки (симптом «водопроводной трубы»), расширение ректоректального пространства, сглаженность гаустр, ячеистый рельеф слизистой в области

поперечно-ободочной кишки, в области прямой и сигмовидной кишок – множественные дефекты наполнения.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
3. Какие внекишечные проявления возможны при данной патологии?
4. Какие антицитокины необходимы, и в каких ситуациях они назначаются при данном заболевании?
5. Какие антибактериальные препараты показаны при данном заболевании?
6. Тактика ведения при данном заболевании
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании

**Ситуационная задача 26 (Язвенный колит)**

Больная Р. 35 лет обратилась в поликлинику с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше в левых отделах, жидкий стул до 5-7 раз в сутки. В стуле часто примесь слизи и крови. Беспокоит выраженная слабость, снижение трудоспособности, снижение аппетита, повышение температуры тела до 37,5°C, боли в суставах рук, снижение массы тела за последние недели на 5 кг.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Узловатая эритема на медиальной поверхности левого предплечья - 1,5×2 см. Суставы не изменены, функция сохранена. Со стороны легких - без особенностей. Пульс - 96 в минуту, ритмичный, АД - 100/70 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные. Язык обложен у корня грязным налетом, суховат. Живот вздут, при пальпации чувствительный в левом нижнем квадранте. Урчание при пальпации в области сигмовидной кишки. Печень, селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты -  $3,4 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 85 г/л, лейкоциты -  $10,0 \times 10^9/л$ , СОЭ - 25 мм/час.

Анализ мочи - без патологии.

Рентгенологическое исследование: в левых отделах толстого кишечника (до селезеночного изгиба) отмечается потеря гаустрации, уменьшение просвета и ригидность кишки, неравномерность рисунка слизистой оболочки.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Определите тактику лечения больной.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 27 (Неспецифический язвенный колит)**

Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на жидкий стул с примесью крови 5-6 раз в сутки, повышение температуры тела до 37,5 °С, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах. Заболел около 2 месяцев назад, когда повысилась температура тела, появились боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне чего появился жидкий стул.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые. При пальпации живот мягкий, болезненный в подвздошных областях. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. В общем анализе крови: эритроциты -  $3,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты -  $11 \times 10^9/л$ , тромбоциты -  $350 \times 10^9/л$ , СОЭ - 30 мм/ч.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Сформулируйте и обоснуйте тактику ведения.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 28 (целиакия)**

Студентка 21 года обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодическую диарею, боль и вздутие живота в течение последних 6 месяцев,

необъяснимую потерю веса (около 5 кг).

Заметила, что диарея становится не такой выраженной, если она перестает с едой употреблять хлеб. Также беспокоена зудящей сыпью на разгибательных поверхностях обеих 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 O<sub>2</sub> - 99%.

Из анамнеза: болен сахарным диабетом I типа.

По данным общего анализа крови, сывороточного железа, ферритина, свободного трансферина, установлена железодефицитная анемия.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Сформулируйте и обоснуйте тактику ведения.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 29** (Синдром раздраженного кишечника)

Больная Ф. 27 лет предъявляет жалобы на чувство дискомфорта в животе, проходящее после акта дефекации, ощущение вздутия живота, кашицеобразный стул до 3 раз в сутки с примесью слизи, в основном, в утреннее время суток, периодически – чувство неполного опорожнения кишечника, эмоциональную лабильность, плохой сон, частые головные боли.

Вышеуказанные жалобы беспокоят около трех лет, после развода с мужем.

При объективном обследовании: состояние удовлетворительное. Язык влажный, чистый. Живот несколько вздут, мягкий, отмечается разлитая пальпаторная чувствительность всего живота. Размеры печени по Курлову в пределах нормы.

Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – без существенных изменений. Копрологический анализ – без существенных патологических признаков, однако обнаруживается большое количество слизи.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?
6. Определите тактику ведения больного.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 30** (Язвенный колит)

Больной С. 29 лет, программист, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому флангу, возникающие перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, разжиженный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 5 кг за прошедшие 4 месяца.

Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал Смекту, Мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота. Начал прием Но-шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал Левомецетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к участковому врачу. Обращение за медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое-то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появления которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился, как

правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела – 36,8°C, рост – 178 см, вес - 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД - 18 в 1 минуту. Сердце - тоны звучные, ритм правильный. ЧСС - 92 в 1 минуту. АД – 120/85 мм рт. ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налетом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации отчетливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастральной и подреберных областей безболезненна Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезенки по Курлову: 10×8×7 см и 6×4 см соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты -  $3,02 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 103 г/л, МСН - 23р/g, МСНС - 300 g/l, лейкоциты -  $12,6 \times 10^9/л$ , СОЭ - 38 мм/час.

Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты - до 30-40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин - 532 мкг/г. Общий белок сыворотки - 62,3 г/л, альбумины - 49,3%, глобулины - 50,7%, СРП - 95 мг/л. Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отечна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве.

#### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.
5. Проведите экспертизу трудоспособности пациента.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

#### **Ситуационная задача 31 (Язвенный колит)**

Большая А., 25 лет, обратилась в клинику с жалобами на частый (до 10-15 раз в день) кашицеобразный стул с примесью крови, на схваткообразные болевые ощущения в левой подвздошной области, усиливающие при акте дефекации, слабость, похудание (на 8 кг за 3 месяца).

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожа бледная. Отмечается снижение массы тела. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС=100 в мин. Живот при пальпации болезненный в левой подвздошной области, отмечается напряжение передней брюшной стенки. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный, с примесью слизи и крови. Мочевыделение не нарушено.

Общий анализ крови: эритроциты  $3,0 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 73 г/л, лейкоциты  $8 \times 10^{12}/л$ , СОЭ 50 мм/ч, гематокрит 25%. Общий белок 55 г/л.

Копрограмма: кал кашицеобразный с примесью крови, лейкоциты 30 в п/зр, эритроциты 15-20 в п/зр, эпителий знач, детрит ++.

Колоноскопия: слизистая оболочка толстой кишки на всем протяжении гиперемирована, отечна с множественными изъязвлениями, сосудистый рисунок не прослеживается, отмечается контактная кровоточивость.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание имеется у больной?
2. С какими заболеваниями кишечника следует провести дифференциальную диагностику?
3. Назначьте лечение и обследование в соответствии со стандартами диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения с позиции доказательной медицины.
4. Определите тактику ведения больного.
5. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Б 1.Б.6.7** Раздел 7. «Современные методы диагностики и лечения»

**Ситуационная задача 32** (Язвенная болезнь желудка)

Больной А. 44 лет, ведущий инженер шахты, жалуется на периодические боли в собственно эпигастрии, больше справа, которые возникают через 20-30 минут после еды и значительно уменьшаются или исчезают через 1,5-2 часа. Отмечает изжогу, иногда горечь во рту, аппетит сохранен, стул нормальный 1 раз в сутки. Пациент отметил, что лучше переносит молочную пищу.

Анамнез заболевания: в течение нескольких лет отмечал дискомфорт в собственно эпигастрии после кислой, копченой, соленой пищи. Принимал ферменты, указанные явления исчезали. В последние месяцы испытывал перегрузки на работе (ночные смены), стрессы (предаврийные ситуации на шахте). Стал отмечать боли вначале тупые умеренные, которые снимались Алмагелем, молоком. В дальнейшем боли усилились, особенно после приема пищи, независимо от ее качества. Появилась изжога, которая часто сопровождалась горечью во рту. Снизил объем принимаемой пищи, однако боль прогрессировала, госпитализирован в отделение.

Курил по ½ пачки в день, последние 5 лет не курит.

Объективно: кожа нормальной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие без патологических изменений. Границы сердца в норме. ЧСС - 70 ударов в минуту, АД - 130/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в эпигастрии. При пальпации отделов кишечника болезненности, объемных образований не выявлено. Печень по краю реберной дуги, пузырьные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательные. Селезенка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 148 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты -  $5,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $7,6 \times 10^9$  /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 82 г/л, общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 4,4 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л.

ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается. Слизистая в пищеводе без изменений. В средней трети желудка по малой кривизне имеется язвенный дефект стенки (слизистая и подслизистая) до 1,2 см, дно дефекта выполнено фибрином, края дефекта приподняты, отечные. На остальном протяжении в желудке имеются очаг неяркой гиперемии. ДПК без изменений. Взята биопсия 4 кус. При взятии биопсии из краев язвы отмечается умеренная нейтрофильная инфильтрация и отек.

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. Какие рекомендации необходимо дать пациенту для профилактики обострения заболевания?
6. Определите тактику ведения больного.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 33** (Язвенная болезнь 12-перстной кишки)

Мужчина 29 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодические боли в эпигастриальной области ноющего характера, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, «ночные боли», иногда – изжогу, тошноту, запоры. Данные боли беспокоят в течение 2 лет, но в последнее время участились. Боль снимается приемом антацидных препаратов (Маалокс) и небольшого количества пищи. Не обследовался.

Работает водителем автобуса, режим питания не соблюдает.

При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 60 уд/мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области. Симптомы Ортнера, Василенко отрицательные. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Селезенка не пальпируется. Отеков нет.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?
6. Определите тактику ведения больного.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 34** (НПВП – ассоциированная гастропатия)

Больной С. 69 лет, пенсионер, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участкового с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании. Периодически беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъем на 2-й этаж), купируются приемом нитраминта и при прекращении нагрузки.

Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приема ношпы, альмагеля. Около недели назад пациент отметил эпизод появления черного стула в течение 2-х суток. В возрасте 49 лет диагностировали язвенную болезнь ДПК, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Больной страдает ИБС; 1,5 года назад перенес инфаркт миокарда, 10 месяцев назад проведена операция стентирования коронарных артерий (установлено 2 стента). Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, тромбоасс и клопидогрел, последние 5 месяцев прекратил прием крестора.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 27 кг/м<sup>2</sup>, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 минуту. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 минуту. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезенки по Курлову: 11×9×8 см и 6×4 см соответственно. Край печени плотно-эластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты - 3,11×10<sup>12</sup>/л, Hb - 103 г/л, MCH - 22p/g, MCHC – 300 g/l, лейкоциты - 5,6×10<sup>9</sup>/л. СОЭ - 8 мм/час.

Общий холестерин - 7,8 ммоль/л, триглицериды - 2,6 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 72 в 1 минуту; RI> RII> RIII, в I, avL, v1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.
5. Укажите препараты из группы ИПП, которые Вы выбрали бы в данном случае. Обоснуйте Ваш выбор. Укажите дозы препаратов. Выберите схему эрадикационной терапии.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 35** (Язвенная болезнь)

Пациент С. 45 лет, инженер, жалоб на момент осмотра не имеет. Лечился в амбулаторных условиях по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, впервые выявленной. По данным эзофагогастродуоденоскопии был дефект слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки диаметром 0,4 см. Язва зарубцевалась.

Общее состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, чистые. ЧСС – 72 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – 6,6×10<sup>9</sup>/л, нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/час.

Анализ мочи: удельный вес – 1018, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Тест на Hp после эрадикационной терапии (–).

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Определите тактику ведения больного.
3. Дайте подробные рекомендации по медикаментозной профилактике рецидивов.



Обоснуйте Ваше решение.

4. Назовите показания к профилактике рецидивов «непрерывной» (в течение месяцев и даже лет) поддерживающей терапии.

5. Укажите длительность диспансерного наблюдения, составьте алгоритм (схему динамического наблюдения).

6. Проведите экспертизу трудоспособности, решите вопрос о санаторно-курортном лечении. Обоснуйте Ваше решение.

### **Ситуационная задача 36 (Цирроз печени)**

Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту, нарушение сна.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья, периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр. За медицинской помощью не обращался. При появлении болевого синдрома принимал эссенциале форте по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 10000 Ед. два раза в сутки, но-шпу; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после перенесенного гриппа усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 165 см, вес – 70 кг, ИМТ – 25,7 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 74 в 1 минуту; АД – 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,6×10<sup>12</sup>/л; лейкоциты – 6,7×10<sup>9</sup>/л; нейтрофилы – 4,4×10<sup>9</sup>/л; лимфоциты – 1,5×10<sup>9</sup>/л; моноциты – 0,46×10<sup>9</sup>/л; эозинофилы – 0,28×10<sup>9</sup>/л; базофилы – 0,06×10<sup>9</sup>/л; Hb – 144 г/л; тромбоциты – 242×10<sup>9</sup>/л; СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 36 мкмоль/л; непрямого билирубин – 30,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 5,5 мкмоль/л; АЛТ – 218 ед/л; АСТ – 157 ед/л; ГГТП – 82 ед/л; ЩФ – 142 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевина – 3,2 ммоль/л; альбумин – 38 г/л; общий белок – 70,2 г/л; альфа-1-глобулины – 2,8 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 6,7 г/л; γ-глобулины – 17 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопrotein – 3,3 ед/л; ферритин – 55 мкг/л; трансферрин – 2,4 г/л; калий – 3,6 ммоль/л; Na – 137 ммоль/л; амилаза – 42 ед/л; железо – 20,7 мкмоль/л; ХС – 5,2 ммоль/л; церулоплазмин – 188 мг/л. ПТИ – 57%.

Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): антиНСV – положительный; HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-ВИЧ – отрицательный. Генотипирование HCV: генотип 1 – положительный.

Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса G в сыворотке крови - 7,2 г/л. Молекулярно-биологические исследования: ПЦР: РНК ВГС – положительный; количественный анализ РНК ВГС – 31000 МЕ/мл.

Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR), цирроз печени.

При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени.

Анализ кала на скрытую кровь – отрицательный. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений.

### **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. Через 4 недели терапии пациент отметил улучшение самочувствия, уменьшение общей слабости; уровень РНК ВГС (количественный анализ) составил 24 МЕ/мл. Биохимический анализ крови:

	<p>мия крови: АЛТ – 108 ед/л, АСТ – 72 ед/л, ГГТП – 29 ед/л; общий билирубин – 34 мкмоль/л; ПТИ - 60%; общий анализ крови – в пределах нормы. При оценке по шкале Бека депрессии не выявлено. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.</p> <p>6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.8</b> Раздел 8. «Онкогастроэнтерология»</p>	<p><b>Задача № 37</b></p> <p>Больной А., инженер, 55 лет, жалуется на слабость, одышку, головокружение при ходьбе, периодически мазевидный стул черного цвета, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, похудел на 5кг за 3 месяца, субфебрильную температуру тела в течение дня, без озноба. Считает себя больным около 3 месяцев, когда впервые появились слабость, недомогание, периодически черный стул. За медицинской помощью не обращался, принимал поливитамины, лекарственные сборы трав. Постепенно присоединились головокружение и одышка при ходьбе. Месяц назад присоединилась субфебрильная температура тела.</p> <p>Обратился к участковому терапевту, для обследования и лечения направлен в терапевтическое отделение городской больницы. Профессиональный анамнез: инженер. Питается нерегулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные, нормальной влажности, чистые, тургор и эластичность снижены. Подкожно жировая клетчатка практически отсутствует, распределена равномерно. ИМТ 17 кг/м<sup>2</sup>. Отеков нет.</p> <p>Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 22 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 98 в мин., удовлетворительных качеств. АД 100/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, на верхушке нежный систолический шум, ЧСС 98 в мин. Язык влажный, чистый, сосочковый слой сглажен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания.</p> <p>При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Грыжевидные выпячивания не определяются. Пальпируются все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичной консистенции, безболезненные, не урчат. Тонкий кишечник пальпаторно не определяется область пальпации безболезненная. Методом аускультации аффрикции нижняя граница желудка на 2см выше пупка. При глубокой пальпации определяется безболезненное уплотнение в проекции большой кривизны желудка. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 x 8 x 7см, пузырьные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 x 4см. поджелудочная железа не пальпируется. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наиболее вероятный диагноз</li> <li>2. План обследования</li> <li>3. Тактика врача</li> </ol> <p><b>Задача №38</b></p> <p>У больного с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в последнее время изменилась клиническая картина заболевания : исчезла изжога и регургитация, появилась дисфагия при употреблении плотной пищи, пропал аппетит, больной стал терять в весе.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предполагаемый диагноз</li> <li>2. План обследования?</li> <li>3. Лечебная тактика?</li> </ol>
	<p><b>Задача №39</b></p> <p>60-летняя женщина с незначительной анорексией, снижением веса на 10 кг и желтухой. За последние 2 недели моча стала темной, а кал посветлел. Физикальное обследование выявляет иктеричность и гепатомегалию средней степени. Рентгенограммы дают увеличение фатерова соска.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какие первоочередные исследования необходимо выполнить с целью уточнения ди-</li> </ol>

агноза?

2. Предварительный джагноз?

3. Тактика врача?

#### Задача №40

Больной А., инженер, 55 лет, жалуется на слабость, одышку, головокружение при ходьбе, периодически мазевидный стул черного цвета, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, похудел на 5кг за 3 месяца, субфебрильную температуру тела в течение дня, без озноба. Считает себя больным около 3 месяцев, когда впервые появились слабость, недомогание, периодически черный стул. За медицинской помощью не обращался, принимал поливитамины, лекарственные сборы трав. Постепенно присоединились головокружение и одышка при ходьбе. Месяц назад присоединилась субфебрильная температура тела. Обратился к участковому терапевту, для обследования и лечения направлен в терапевтическое отделение городской больницы. Профессиональный анамнез: инженер. Питается нерегулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные, нормальной влажности, чистые, тургор и эластичность снижены. Подкожно жировая клетчатка практически отсутствует, распределена равномерно. ИМТ 17 кг/м<sup>2</sup>. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 22 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 98 в мин., удовлетворительных качеств. АД 100/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, на верхушке нежный систолический шум, ЧСС 98 в мин. Язык влажный, чистый, сосочковый слой сглажен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Грыжевидные выпячивания не определяются. Пальпируются все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичной консистенции, безболезненные, не урчат. Тонкий кишечник пальпаторно не определяется область пальпации безболезненная. Методом аускульто-аффрикции нижняя граница желудка на 2см выше пупка. При глубокой пальпации определяется безболезненное уплотнение в проекции большой кривизны желудка. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 x 8 x 7см, пузырьные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, область пальпации безболезненная, размеры по Курлову 6 x 4см. поджелудочная железа не пальпируется. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна. 56 Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: эритроциты –2,3 10<sup>12</sup>/л, Hb –75 г/л., ЦП –0,8, СОЭ –18 мм/ч, тромбоциты –320 10<sup>9</sup> /л, лейкоциты–4,3 10<sup>9</sup> /л: э-3%, п-4%, с-51%, лф-32%, м-10%. 2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1016; белок, сахар –нет, лейкоциты–1-2, эпителий –3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры –нет, оксалаты –небольшое количество. 3. Биохимическое исследование крови: глюкоза –4,3 ммоль/л, фибриноген –2,4 г/л, протромбиновый индекс–90%, АСТ –0,38 ммоль/л, АЛТ –0,36 ммоль/л, холестерин –3,5 ммоль/л, билирубин общий –19,0 мкмоль/л, прямой –4,0 мкмоль/л., непрямой –15,0 мкмоль/л, амилаза –5,7 г/л ч, креатинин –0,07 ммоль/л, общий белок–55 г/л, альбумины –44%, глобулины –56%: α1 –5%, α2 –10%, β –15%, γ –26%. 4. Копрограмма: коричневый, мягкой консистенции, запах –специфический, мышечные волокна –++, нейтральный жир–+, жирные кислоты и мыла –+, крахмал –+, перевариваемая клетчатка –++, соединительная ткань –++, слизь –нет, стеркобилин –+, билирубин –нет. 5.ЭКГ: ритм синусовый, частотой 72 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Диффузно-дистрофические изменения миокарда левого желудочка. 6. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка не изменены. Кардиальный жом смыкается плотно. Желудок обычной формы и размеров, пустой. Слизистая тусклая, с участками атрофии, складки ригидны, в области тела по большой кривизне определяется возвышение с бугристой поверхностью, плотное, контактно кровотоцит. Привратник проходим. Луковица 12-перстной кишки без особенностей, слизистая розового цвета, в просвете небольшое количество желчи. 7. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, повышенной эхогенности, внутрпеченочные желчные протоки и вены не расширены, общий желчный проток 7мм. Желчный пузырь нормальной формы и размеров,

	<p>стенка 2мм.          Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной экзогенности, неоднородная, проток 1мм. Селезенка нормальных размеров, однородная, экзогенность в норме. Конкременты и объемные образования не визуализируются.</p> <p><i>Вопросы</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.</li> <li>2. Обоснуйте предварительный диагноз.</li> <li>3. Объясните механизм развития субфебрильной температуры тела.</li> <li>4. Объясните механизм развития мелены.</li> <li>5. Опишите изменения желудка, которые будут выявлены.</li> <li>6. Оцените данные общего анализа крови.</li> <li>7. Оцените данные ФГДС.</li> <li>8. Обоснуйте уточненный диагноз.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.9</b> Раздел 9. «Ургентная гастроэнтерология»</p>	<p><b>Задача №41</b>          Больная 57 лет, поступила в состоянии средней тяжести, с интенсивной желтухой и кожным зудом. Билирубин — 416 мкмоль/л, холестерин 9,2 мкмоль/л, ЩФ — 490 Ел/л, АЛТ- 4 нормы, АСТ- 3 нормы. Печень увеличена на 4 см, уплотнена, резко болезненна. Желчный пузырь и селезенка не пальпируются. В течение многих лет постоянно принимала седативные, транквилизирующие препараты, фуросемид, анальгетики, НПВС, травяные БАДы. Незадолго до начала заболевания по поводу пневмонии назначался Амоксиклав, самостоятельно принимала парацетамол, аспирин.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ваш предварительный диагноз?</li> <li>2. Тактика обследования?</li> <li>3. Лечебная тактика?</li> </ol> <p><b>Задача №42</b>          Сорокапятилетняя больная, поступила в клинику через 24 часа после начала заболевания с жалобами на резкие боли в эпигастрии и правом подреберье. Страдает язвенной болезнью желудка в течение 12 лет, безуспешно лечилась, обострения в весенне-летний период. Общее состояние средней тяжести. Пульс до 60 в минуту, артериальное давление 110 мм ртутного столба. Живот болезнен и напряжен в эпигастрии и в правом подреберье. Положительные симптомы раздражения брюшины. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости свободного газа под куполом диафрагмы не найдено. Лейкоцитов – 12 тысяч, сдвига формулы нет.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ваш предположительный диагноз?</li> <li>2. Какие дополнительные диагностические приемы необходимо использовать для правильной постановки диагноза?</li> <li>3. Лечебная тактика?</li> </ol> <p><b>Задача №43</b>          Двадцатилетний больной, поступил в клинику через 3 часа после появления резких болей в эпигастрии, тошноты, рвоты не отмечает. При обследовании умеренная тахикардия, со стороны грудной клетки в пределах возрастной патологии. При пальпации живот напряжен во всех отделах, перкуторно – тимпанит над поверхностью печени. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости – полоска газа под правым куполом диафрагмы.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз?</li> <li>2. План обследования?</li> <li>3. Лечебная тактика</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.10</b> Раздел 10. «Особенности поражения органов пищеварения при других заболеваниях»</p>	<p><b>Задача №44</b>          Больной Г., 45 лет, жалуется на ноющие боли в правом подреберье, постоянные, уменьшаются после приема но-шпы через 30-40 минут, слабость, недомогание, снижение аппетита, сонливость днем и бессонницу ночью, снижение веса (на сколько и за какой период времени -уточнить не может), периодически кровоточивость десен и геморроидальных узлов.</p> <p>Считает себя больным около 5 лет, когда стали возникать боли в правом подреберье, проходили самостоятельно. За медицинской помощью не обращалась. Около года назад присоединились слабость, недомогание, ухудшился аппетит, стал замечать снижение массы тела. Месяц назад присоединилась кровоточивость десен и геморроидальных узлов. В анамнезе злоупотребление алкоголем.</p>

Перенесенные заболевания: ОРВИ, хронический бронхит курильщика.  
Профессиональный анамнез: работает слесарем.  
Питается не регулярно, диету не соблюдает.  
Вредные привычки: курит в течение 15 лет по 1 пачке сигарет в день, часто употребляет крепкие алкогольные напитки.  
Наследственность неотягощена.  
Аллергологический анамнез неотягощен.  
Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые желтого цвета, нормальной влажности, тургор и эластичность снижены, на груди множественные телеангиэктазии до 0,5–1,0 см в диаметре, гиперемия тенора и гипотенора, обоих ладонных поверхностей. Подкожная жировая клетчатка развита слабо, распределена равномерно, гинекомастия. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц снижены, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 16 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 78 в мин., удовлетворительных качеств. АД 110/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 78 в мин. Язык влажный, обложен беложелтым налетом, сосочковый слой выражен умеренно. Живот увеличен в размерах, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания, по боковым поверхностям живота определяется расширенный венозный рисунок. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации положительный. Пальпация всех отделов толстого и тонкого кишечника затруднена, область пальпации безболезненна. При глубокой пальпации определяется болезненность при пальпации печени +2см из под края реберной дуги по среднеключичной линии, размеры по Курлову 13 11 10 см, пузырьные симптомы отрицательные. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненна. Селезенка пальпаторно не определяется, размеры по Курлову 9 x 7см, область пальпации безболезненная. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

**Вопросы:**

- 1.Предварительный диагноз?
- 2.План обследования?
- 3.План лечения?

**Задача №45**

Больной Ш., 45 лет, инженер, жалуется на прогрессирующее пожелтение кожных покровов, слабость, снижение работоспособности, периодические баз видимых причин ноющие боли в правом подреберье, длительные тупые головные боли без четкой локализации, запоры. Из анамнеза заболевания. Считает себя больным около 4 лет, когда стал замечать появление вялости, небольшой желтушности кожных покровов. Тогда же появились острые боли в правом подреберье, по поводу чего пациент был госпитализирован; диагностирован холецистит, дискинезия желчевыводящих путей, проведено лечение – без существенного эффекта. Больной стал отмечать снижение памяти, зябкость рук и ног, выпадение волос, одышку смешанного характера при подъеме на 2-й этаж. Слабость, апатия прогрессировали, в течение последнего года присоединились запоры. Больной обследовался в связи с подозрением на онкологический процесс, опухоли не выявлены.

Объективно: рост 175 см, вес 75 кг. Речь замедлена. Голос сиплый. Лицо амимично, периорбитальная отечность, одутловатость губ. Кожа с каротинным оттенком, холодная на ощупь, сухая, гиперкератоз локтей. Волосы на голове тусклые, редкие. Склеры чистые. Пальцы утолщены. ЧД 16 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС 55 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный, увеличен в размерах, с отпечатками зубов. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется; размеры по Курлову 9 8 7 см. Симптом поколачивания отрицательный. При осмотре шея утолщена, щитовидная железа видна при глотании. При пальпации щитовидная железа увеличена обеими долями, плотная, безболезненная, бугристая, подвижная; регионарные лимфоузлы не пальпируются.

**Вопросы:**

- 1.Предварительный диагноз?

	<p>2. План обследования? 3. План лечения?</p> <p><b>Задача №46</b></p> <p>Б-й 24 лет, страдает шизофренией, жалуется на боли в животе. Утверждает, что боли появились через 2 часа после еды, когда он случайно проглотил 2 швейных иглы, якобы подложенные ему в пищу. Пульс - 68 в мин. Язык суховат. Живот умеренно напряжен и болезненный при пальпации в эпигастрии и правом подреберье. Слабо положительный симптом Ортнера. При обзорном рентгенологическом обнаружена лишь узкая серповидная полоска газа под правым куполом диафрагмы, патологических теней не выявлено.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз?</li> <li>2. План обследования?</li> <li>3. План лечения?</li> </ol>
	<p><b>Ситуационная задача 47 (атрофический гастрит)</b></p> <p>Пациент К. 29 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на частые слабые ноющие боли в эпигастриальной области, уменьшающиеся после приема пищи, чувство быстрого насыщения, отрыжку кислым. Также отмечает общую слабость, неустойчивость стула.</p> <p>Указанные жалобы периодически беспокоят в течение последних 5 лет, текущее ухудшение самочувствия - 1,5 недели назад. Самостоятельно принимал антациды с кратковременным положительным эффектом.</p> <p>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 налетом. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области.</p> <p>В клиническом анализе крови: эритроциты - <math>4,8 \times 10^{12}/л</math>, гемоглобин - 140 г/л, цветовой показатель - 0,87, тромбоциты - <math>380 \times 10^9 /л</math>, лейкоциты - <math>7,2 \times 10^9 /л</math>, СОЭ - 16 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе крови: АЛТ - 21 Ед/л, АСТ - 18 Ед/л, амилаза - 53 Ед/л, щелочная фосфатаза - 78 Ед/л.</p> <p>Выполнено ФГДС: в просвете желудка большое количество слизи. Явления умеренной атрофии в пилорическом отделе желудка, отек и гиперемия в фундальном отделе желудка. Перистальтика активная. Желудок хорошо расправляется воздухом. Хелпил-тест +++.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.</li> <li>2. Есть ли необходимость проведения эрадикационной терапии в данном случае?</li> <li>3. Предложите план лечения.</li> <li>4. Какие факторы естественной защиты слизистой оболочки желудка и факторы агрессии Вы знаете?</li> <li>5. Какие осложнения данного заболевания возможны в случае отсутствия специфического лечения?</li> <li>6. Определите тактику ведения больного.</li> <li>7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.</li> </ol> <p><b>Ситуационная задача 48 (Язвенная болезнь ДПК)</b></p> <p>Больной А. 64 лет, работающий пенсионер (ведущий инженер шахты), жалуется на периодические боли в собственно эпигастрии больше справа через 1,5-2 часа после еды, иногда ночью, изжогу, кислую отрыжку. Боли носят локальный характер, не иррадируют, уменьшаются после молочной пищи.</p> <p>Анамнез заболевания: в течение 2 лет периодически возникали боли и изжога, которые снимал приемом молока, иногда Маалокса и Алмагеля. Полгода тому назад обследовался, выявлен гастродуоденит, принимал Омез 20 мг 2 раза и Маалокс. В течение трех месяцев клинические проявления отсутствовали, в последнее время вновь появились и усилились боли, особенно ночные, изжога и отрыжка возникали ежедневно. Накануне госпитализации была двукратная рвота содержимым желудка, а затем желчью. Больной курит, последние 3 года по 2 пачки сигарет в день. Работа связана с суточными дежурствами. Отец оперирован по поводу желудочного кровотечения (причину не знает).</p> <p>Объективно: кожа нормальной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лёгкие без патологических изменений. Расширена левая граница сердца до левой среднеключичной линии. Уплотнены стенки лучевых артерий (пальпируются в виде плотных тяжей). Пульс - 70 уд в минуту, высокий, АД - 130/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в правом подреберье и в собственно эпигастрии. При пальпации</p>

отделы кишечника не изменены. Печень по краю реберной дуги, пузырьные симптомы (Кера, Мерфи, Ортнера) отрицательные. Селезенка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 157 г/л, СОЭ – 4 мм/час, эритроциты –  $5,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $7,6 \times 10^9$  /л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 56%, лимфоциты – 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок – 82 г/л, общий билирубин – 16,4 (прямой – 3,1; свободный – 13,3) ммоль/л, холестерин – 3,9 ммоль/л, калий – 4,4 ммоль/л, натрий – 142 ммоль/л, сахар – 4,5 ммоль/л.

ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается, складки слизистой пищевода нормальные. В антральном отделе желудка определяются очаги отека и яркой гиперемии, а также единичные подслизистые кровоизлияния. Луковица ДПК деформирована, на задней стенке луковицы – послеязвенный рубец звездчатого характера, на передней стенке глубокий язвенный дефект (до мышечного слоя) размером 10×12 мм, над дефектом нависает значительно увеличенные гиперемированные складки слизистой, образующие воспалительный вал. На остальном протяжении слизистая ДПК с очагами гиперемии.

#### **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 поддерживающей терапии клинические явления болезни исчезли полностью, при ФЭГДС на месте язвы белый рубец, из очагов отека и гиперемии в желудке взят материал для цитологического исследования, выявлен Н. р. в большом количестве. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

#### **Ситуационная задача 49 (Цирроз печени)**

Мужчина 49 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья. За медицинской помощью не обращался. Периодически принимал эссенциале форте по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после значительной физической нагрузки усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Принимал баралгин, положительного эффекта не наблюдалось. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост - 177 см, вес - 79 кг, ИМТ - 25,2 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС - 72 в 1 минуту; АД-130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований.

Общий анализ крови: эритроциты –  $4,5 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты –  $6,5 \times 10^9$ /л; нейтрофилы –  $4,5 \times 10^9$ /л; лимфоциты –  $1,3 \times 10^9$ /л; моноциты –  $0,44 \times 10^9$ /л; эозинофилы –  $0,2 \times 10^9$ /л; базофилы –  $0,06 \times 10^9$ /л; Hb – 145 г/л; тромбоциты –  $232 \times 10^9$ /л; СОЭ – 23 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 35 мкмоль/л; непрямого билирубин – 29,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 5,5 мкмоль/л; АЛТ – 230 ед/л; АСТ – 155 ед/л; ГГТП – 83 ед/л; ЩФ – 143 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 72 мкмоль/л; мочевина – 3,2 ммоль/л; альбумин – 39 г/л; общий белок – 71 г/л; альфа-1-глобулины – 3,0 г/л; альфа-2-глобулины – 5,5 г/л; бета-глобулины – 6,0 г/л; γ-глобулины – 17,5 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротеин – 3,2 ед/л; ферритин – 53 мкг/л; трансферрин – 2,5 г/л; калий – 3,9 ммоль/л; Na–138 ммоль/л; амилаза – 43 ед/л; железо – 21,3 мкмоль/л; ХС – 5,0 ммоль/л;

церулоплазмин – 185 мг/л. ПТИ – 55%.

Иммуноферментный анализ (определение маркеров гепатитов В, С, D в сыворотке крови): HBsAg (+); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти-HBe (+); анти-HBcIgM (-); анти-HDV (-); анти-HCV (-); анти-ВИЧ – отрицательный.

Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса G в сыворотке крови – 7,0 г/л; молекулярно-биологические исследования: ПЦР: ДНК ВГВ – положительный; количественный анализ ДНК ВГВ – 61000 МЕ/мл.

Кал на скрытую кровь – отриц. Общий анализ мочи: в пределах нормы.

Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR), цирроз печени.

При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени.

Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений; тест связи чисел – в пределах нормы.

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

#### **Ситуационная задача 50 (лактазная недостаточность)**

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 развитаем 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.

#### **Ситуационная задача 51 (Болезнь Крона)**

Больной К. 27 лет, военнослужащий, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея – стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6 °С ежедневно, особенно к вечеру.

Анамнез заболевания: заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0 °С. Доставлен в приемное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отечной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменен. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5 °С, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2 раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий



	<p>кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 6 кг массы тела. Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен.</p> <p>Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.</p> <p>При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты - <math>3,2 \times 10^{12}/л</math>, лейкоциты - <math>12,6 \times 10^9/л</math>, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 3,7%, альфа2 - 10,0%, бета - 11,0%, гамма - 20,3%. Общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л, холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, ЩФ - 310 U/L (норма до 306).</p> <p>RRS: в перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений.</p> <p>Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Имеется неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией.</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.</li> <li>5. Каков прогноз при данном заболевании?</li> <li>6. Определите тактику ведения больного.</li> <li>7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.</li> </ol>
--	---

## Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

### 1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания	
Согласно БРС ВолГ-МУ:	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b>	
-61 – 75%		61 – 75
<b>Удовлетворительно (3)</b>		76– 90
- 76 – 90%		91 – 100
<b>Хорошо (4)</b>		
-91-100		
<b>Отлично (5)</b>		

### 2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### 3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	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.)

### 4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	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.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций  
рабочей программы дисциплины «Гастроэнтерология»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений) <b>если применимо к РП!!!</b>
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1–180	1-51	1-136	1 - 106	
ПК	1	4, 6, 7, 12–14, 17, 20–23, 25–27, 30, 31, 41, 42, 49, 51, 55, 56, 61, 62, 66, 67, 71–75, 78–82, 85–90, 102–110, 112–120, 122, 126–132, 134, – 139, 141–148, 150–153, 155–161, 163–168, 173–175, 177, 178, 180,	1-51	1 – 10, 12 – 26, 28 – 53, 55 – 70, 92 – 136	1 - 106	
	2		1-51	1 – 10, 12 – 26, 29 – 44, 47 – 53, 59 – 70, 127 – 136	1- 24, 26 – 30, 32 – 40, 42, 46 – 55, 101 - 106	
	4		-	127 - 136	101 - 106	
	5	1, 2, 15, 16, 18, 24, 26, 28,29, 3–40, 43–45, 48, 50, 52–54, 60, 65, 68, 70, 77, 83, 91–101, 111, 124, 149,	1-51	1– 27, 29 – 44, 47 – 70, 78 –	1 - 55, 59 – 64, 67 – 86, 88 -	

	167, 168, 171– 173,		82, 84 – 89, 92 – 126, 128 – 130, 132 - 136	106	
<b>6</b>	3, 5, 8, 9, 10, 11, 19, 46, 47, 57, 58, 59, 63, 64, 69, 76, 84, 121, 123, 125, 133, 140, 154, 162, 169, 170, 176,	1-51	1 – 10, 12 – 26, 29 – 44, 47 – 53, 55, 57 – 77, 83, 90 – 126, 130 - 136	1- 4, 6 – 13, 15 – 24, 26 – 30, 32 – 40, 42, 44 – 58, 65 – 86, 88 – 100, 106	
<b>8</b>		1-51	1 – 10, 12 – 26, 29 – 44, 47 – 53, 55, 57, 58 - 70, 91, 133 - 136	1- 24, 26 – 30, 32 – 40, 42, 44 55, 66, 88 - 94	
<b>9</b>	10	1-51	1 – 10, 12 – 26, 29 – 44, 47 – 53, 55, 57 - 70, 127, 130, 132 - 136	1- 24, 26 – 30, 32 – 40, 42, 44 – 55, 88 - 94	
<b>10</b>		-	127 - 136	101 - 106	

## 12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 324 часа

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.Б.6.1</i>	Раздел 1 «Заболевания пищевода»	20
<i>Б 1.Б.6.2</i>	Раздел 2 «Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.»	20
<i>Б 1.Б.6.3</i>	Раздел 3 «Заболевания печени»	72
<i>Б 1.Б.6.4</i>	Раздел 4. «Заболевания поджелудочной железы»	8
<i>Б 1.Б.6.5</i>	Раздел 5. «Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей»	32
<i>Б 1.Б.6.6</i>	Раздел 6. «Заболевания тонкого и толстого кишечника»	64
<i>Б 1.Б.6.7</i>	Раздел 7. «Современные методы диагностики и лечения»	24
<i>Б 1.Б.6.8</i>	Раздел 8. «Онкогастроэнтерология»	20
<i>Б 1.Б.6.9</i>	Раздел 9. «Ургентная гастроэнтерология»	16
<i>Б 1.Б.6.10</i>	Раздел 10. «Особенности поражения органов пищеварения при других заболеваниях»	20

### Вопросы и задания для самоконтроля:

<i>Б 1.Б.6.1</i> Раздел 1 «Заболевания пищевода»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нервная и гормональная регуляция процессов пищеварения.</li> <li>2. Значение рН-метрии в диагностике гастроэнтерологической патологии</li> <li>3. Методы исследования моторной функции пищевода</li> <li>4. Анатомо-физиологические особенности пищевода</li> <li>5. Особенности течения заболеваний пищевода и желудка у пожилых</li> </ol>
--	--

<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.»</p>	<p>6. Методы исследования моторной функции желудка  7. Анатомо-физиологические особенности желудка и двенадцатиперстной кишки  8. топография органов брюшной полости  9. Строение желудка и двенадцатиперстной кишки.  10.Желудочная секреция  11.Моторная функция желудка  12.Регуляция желудочной секреции  13.регуляция моторной функции желудка  14.1. Физиологические особенности пищеварительной, иммунной, нервной и эндокринной систем при беременности  15. Особенности течения заболеваний пищевода и желудка у беременных. Тактика ведения.  16.Физиология старения, возрастные изменения пищеварительной, иммунной, нервной и эндокринной систем</p>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Заболевания печени»</p>	<p>17.Строение печени  18.Печеночная доля, печеночный ацинус  19.Физиология обмена белков  20.Физиология обмена жиров  21.Физиология обмена углеводов  22.Пигментный обмен  23.Физиология водно-электролитного обмена  24.Выделительная функция печени  25.Детоксицирующая функция печени  26.Особенности течения патологии печени у беременных. Тактика ведения.  27.Особенности течения патологии печени у пожилых</p>
<p><b>Б 1.Б.6.4</b> Раздел 4. «Заболевания поджелудочной железы»</p>	<p>28.Методы исследования внешнесекреторной функции поджелудочной железы  29.APUD-система  30.Гуморальные и клеточные факторы иммунитета</p>
<p><b>Б 1.Б.6.5</b> Раздел 5. «Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей»</p>	<p>31.Анатомия билиарной системы  32.Регуляция моторной функции желчного пузыря  33.патогенез и варианты дискинезий желчного пузыря и желчевыводящих путей</p>

<p><b>Б 1.Б.6.6</b> Раздел 6. «Заболевания тонкого и толстого кишечника»</p>	<p>34.Строение тонкого и толстого кишечника  35.Моторная функция кишечника  36.Полостное и пристеночное пищеварение  37.Переваривание и всасывание углеводов  38.Переваривание белков и всасывание аминокислот  39.Переваривание и всасывание жиров  40.Моторная функция кишечника  41.Оценка состояния микрофлоры кишечника  42.Понятие о наследственных болезнях и наследственных предрасположенностях  43.HLA система  44.Методы лечения и профилактики наследственных заболеваний  45.Методы диагностики состояния микрофлоры кишечника  46.Методы исследования моторной функции пищевода, желудка и кишечника  47.Методы исследования всасывания в тонкой кишке  48.Особенности течения заболеваний кишечника у беременных. Тактика ведения.  49.Особенности течения заболеваний кишечника у пожилых</p>
<p><b>Б 1.Б.6.7</b> Раздел 7. «Современные методы диагностики и лечения»</p>	<p>50.Методы оценки иммунного статуса  51.Лабораторные методы исследования в гастроэнтерологии  52.Значение ПЦР-диагностики при гастроэнтерологической патологии  53.Значение общеклинических лабораторных исследований в диагностике гастроэнтерологической патологии</p>

<p><b>Б 1.Б.6.8</b> Раздел 8. «Онкогастроэнтерология»</p>	<p>54.Понятие об иммунитете и иммунной системе организма  55.Стволовые клетки, их функции, перспективы применения  56.Опухоли пищевода.  57.Патологическая анатомия предраковых заболеваний и рака.  58.Опухоли желудка.  59.Опухоли поджелудочной железы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз..  60.Опухоли тонкой кишки.  61.Опухоли толстой кишки.  62.Доброкачественные опухоли.  63.Злокачественные опухоли.  64.Рак толстой кишки.  65.Опухоли билиарной системы. Современные возможности диагностики.  66.Опухоли печени. Гепатоцеллюлярная карцинома. Холангиокарцинома. Ангиосаркома.  67.Опухоли апудсистемы.  68.Опухоли большого дуоденального сосочка.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.9</b> Раздел 9. «Ургентная гастроэнтерология»</p>	<p>69.Неотложные состояния при заболеваниях пищевода  70.Неотложные состояния при болезнях желудка  71.Неотложные состояния при болезнях печени  72.Неотложные состояния при болезнях поджелудочной железы  73.Острые кровотечения в практике гастроэнтеролога  74.Острый живот в практике гастроэнтеролога  75.Поражение органов пищеварения при острых отравлениях  76.Анафилактический шок</p>
<p><b>Б 1.Б.6.10</b> Раздел 10. «Особенности поражения органов пищеварения при других заболеваниях»</p>	<p>77.Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях бронхолегочной системы.  78.Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях сердечнососудистой системы.  79.Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях мочевыделительной системы.  80.Особенности поражений органов пищеварения</p>



	<p>при патологии соединительной ткани.</p> <p>81. Особенности поражений органов пищеварения при эндокринной патологии (сахарном диабете, заболеваниях щитовидной, паращитовидных желез, надпочечников).</p> <p>82. Особенности поражений органов пищеварения при амилоидозе, муковисцидозе и других болезнях накопления.</p> <p>83. Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях крови.</p>
	<p>84. Физиологические особенности пищеварительной, иммунной, нервной и эндокринной систем у подростков</p> <p>85. Особенности течения заболеваний пищевода и желудка у подростков</p> <p>86. Особенности патологии печени и билиарного тракта у подростков.</p> <p>87. Особенности патологии кишечника у подростков.</p> <p>88. Клиническая фармакокинетика и фармакодинамика</p> <p>89. Взаимодействие лекарственных препаратов</p> <p>90. Влияние факторов внешней среды на метаболизм лекарственных средств</p> <p>91. Антисекреторные средства (H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторы, ингибиторы протонной помпы): классификация, показания и противопоказания к применению, тактика назначения в гастроэнтерологии</p> <p>92. Желчегонные препараты: классификация, показания и противопоказания к применению, тактика назначения в гастроэнтерологии</p> <p>93. Спазмолитические препараты: классификация, показания и противопоказания к применению, тактика назначения в гастроэнтерологии</p> <p>94. Слабительные препараты: классификация, показания и противопоказания к применению, тактика назначения в гастроэнтерологии</p> <p>95. Ферментные препараты: классификация, показания и противопоказания к применению, тактика назначения в гастроэнтерологии</p> <p>96. Глюкокортикостероиды: классификация, показания и противопоказания к применению, тактика назначения в гастроэнтерологии, осложнения при их применении</p>

	<p>97. Антибактериальные препараты: показания и противопоказания к применению, тактика назначения в гастроэнтерологии, побочные эффекты, их профилактика и коррекция.</p> <p>98. Антицитокиновые препараты: классификация, показания и противопоказания к применению, тактика назначения в гастроэнтерологии, перспективы антицитокиновой терапии</p> <p>99. Побочное действие лекарств, лекарственная болезнь</p> <p>100. Тактика фармакотерапии в пожилом и старческом возрасте</p>
--	---

**Перечень дискуссионных тем :**

<b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Заболевания пищевода»	<p>1. Клинико-патогенетические особенности вариантов течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и выбор терапии.</p> <p>2. Альтернативные подходы к лечению ГЭРБ.</p> <p>3. Заболевания пищевода и беременность</p> <p>4. Заболевания пищевода в пожилом возрасте</p>
<b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.»	<p>5. Патогенетические основы действия антисекреторных и цитопротективных препаратов.</p> <p>6. Достижения и проблемы трансэндоскопического лечения язвенной болезни.</p> <p>7. Канцеропревенция в гастроэнтерологии.</p> <p>8. Проблемы диагностики и лечения заболеваний, ассоциированных с <i>H. pylori</i> в клинической практике.</p> <p>9. Динамическое наблюдение за больными язвенной болезнью желудка после эрадикации</p> <p>10. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки и беременность</p> <p>11. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки в пожилом возрасте</p>
<b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Заболевания печени»	<p>12. Жировая болезнь печени.</p> <p>13. Бактериальная транслокация в патогенезе инфекционных осложнений у больных циррозом печени</p> <p>14. Диагностика и лечение хронических вирусных гепатитов, циррозов печени различной этиологии и заболеваний печени невирусной этиологии</p> <p>15. Заболевания печени и беременность</p> <p>16. Заболевания печени в пожилом возрасте</p>

<p><b>Б 1.Б.6.4</b> Раздел 4. «Заболевания поджелудочной железы»</p>	<p>17.ЭРХПГ в диагностике патологии панкреатобилиарной зоны.  18.Диагностика и лечение хронического панкреатита и его осложнений.  19.Заболевания поджелудочной железы и беременность  20.Заболевания поджелудочной железы в пожилом возрасте</p>
<p><b>Б 1.Б.6.5</b> Раздел 5. «Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей»</p>	<p>21.Постхолецистэктомический синдром: профилактика и лечение.  22.Полипоз и стеатоз желчного пузыря: инструментальная диагностика и дифференциация.  23.Качество жизни больных хроническими заболеваниями желчного пузыря, леченных консервативно и хирургически  24.Тактика ведения больного с билиарным сладжем; утолщенной стенкой желчного пузыря.  25.Диагностика и дифференцированное лечение патологических симптомов  26.после холецистэктомии  27.Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей и беременность  28.Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей а в пожилом возрасте</p>
<p><b>Б 1.Б.6.6</b> Раздел 6. «Заболевания тонкого и толстого кишечника»</p>	<p>29.Дисбактериозы верхних отделов пищеварительного тракта.  30.Симбионтное пищеварение у человека.  31.Диагностика целиакии.  32.Место хирургии в лечении больных воспалительными заболеваниями кишечника.  33.Практические вопросы внутрипросветной эндоскопии.  34.Заболевания кишечника и беременность  35.Заболевания кишечника в пожилом возрасте</p>
<p><b>Б 1.Б.6.7</b> Раздел 7. «Современные методы диагностики и лечения»</p>	<p>36.Диагностические возможности и перспективы развития эндоскопических методов визуализации в гастроэнтерологии.  37.Психофармакологические препараты в лечении хронических заболеваний органов пищеварения</p>
<p><b>Б 1.Б.6.8</b> Раздел 8. «Онкогастроэнтерология»</p>	<p>38.Молекулярные и цитологические основы наследственности  39.Понятие о мутациях и их причинах  40.Закономерности передачи наследственных признаков</p>

	<p>41. Возможности трансплантации органов в гастроэнтерологии.</p> <p>42. Малоинвазивная хирургия желудочно-кишечного тракта.</p> <p>43. Тактика ведения больных с неэпителиальными опухолями ЖКТ.</p>
<b>Б 1.Б.6.9</b> Раздел 9. «Ургентная гастроэнтерология»	44. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта язвенной этиологии:
<b>Б 1.Б.6.10</b> Раздел 10. «Особенности поражения органов пищеварения при других заболеваниях»	<p>45. Метаболический синдром и болезни пищеварения.</p> <p>46. Иммунологические нарушения при заболеваниях органов пищеварения</p> <p>47. Превышение веса, ожирение, сверхожирение.</p>
	48. Место наследственной патологии в современной структуре гастроэнтерологической патологии
	<p>49. Основы доказательной медицины.</p> <p>50. Патоморфоз гастроэнтерологической патологии на современном этапе</p> <p>51. Понятие психосоматической медицины</p> <p>52. Взаимосвязь соматических и психических процессов</p> <p>53. Классификация психосоматических расстройств</p> <p>54. Депрессии в практике гастроэнтеролога</p> <p>55. Социальная значимость гастроэнтерологической патологии</p> <p>56. Значение врачебного обследования в диагностике гастроэнтерологических заболеваний</p> <p>57. Современные подходы к проблемам медико-социальной реабилитации гастроэнтерологических больных и инвалидов</p>

### Темы рефератов

<b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Заболевания пищевода»	<p>1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клиника. Диагноз, дифференциальный диагноз.</p> <p>2. Пищевод Барретта. Современное состояние проблемы</p> <p>3. Идиопатический диффузный эзофагоспазм</p>
--	--

<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.»</p>	<p>4. Хронические гастриты. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.</p> <p>5. Хронические дуодениты. Этиология. Патогенез. Морфологическая картина.</p> <p>6. Язвенная болезнь с локализацией процесса в желудке и двенадцатиперстной кишке. Диагностика и дифференциальный диагноз. Лечение.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Заболевания печени»</p>	<p>7. Дифференциальная диагностика редких диффузных заболеваний печени (болезни накопления, гемохроматоз, болезнь Вильсона-Коновалова).</p> <p>8. Интерферонотерапия гепатитов и циррозов печени.</p> <p>9. Алкогольные поражения печени. Особенности морфологических проявлений и клиники отдельных форм.</p> <p>10. Билиарный цирроз печени. Определение. Этиология и патогенез.</p> <p>11. Циррозы печени. Общие принципы лечения.</p> <p>12. Хронические гепатиты. Определение. Этиология, патогенез.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.4</b> Раздел 4. «Заболевания поджелудочной железы»</p>	<p>13. Хронические панкреатиты. Определение. Этиология. Патогенез. Варианты клинического течения.</p> <p>14. Камни поджелудочной железы. Варианты клинического течения. Осложнения. Диагноз и дифференциальный диагноз.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.5</b> Раздел 5. «Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей»</p>	<p>15. Диагностические возможности УЗИ органов брюшной полости в оценке особенностей ЖКБ и ее осложнений</p> <p>16. Использование препаратов желчных кислот в терапевтической клинике.</p> <p>17. Современные малоинвазивные методы лечения ЖКБ.</p> <p>18. Постхолецистэктомический синдром. Определение. Этиология и патогенез. Клиника.</p> <p>19. Дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.</p> <p>20. Желчнокаменная болезнь. Клиника. Осложнения. Диагноз и дифференциальный диагноз.</p> <p>21. Холециститы. Общие принципы лечения.</p>

<p><b>Б 1.Б.6.6</b> Раздел 6. «Заболевания тонкого и толстого кишечника»</p>	<p>22.Целиакия в дифференциальной диагностике диарейного синдрома.</p> <p>23.Таргетная терапия в лечении воспалительных заболеваний кишечника.</p> <p>24.Микробиологические аспекты симбиоза человека и его микрофлоры.</p> <p>25.Эубиотики и коррекция микробных дисбиозов человека.</p> <p>26.Фаготерапия микробных инфекций и дисбиозов человека.</p> <p>27.Особенности психо-вегетативного статуса больных СРК.</p> <p>28.Ишемический колит. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.</p> <p>29.Синдром раздраженного кишечника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p> <p>30.Гельминтозы. Источник инвазии и механизмы заражения. Особенности клинических проявлений.</p> <p>31.Язвенный колит. Классификация. Клинические проявления. Осложнения, внекишечные проявления</p>
<p><b>Б 1.Б.6.7</b> Раздел 7. «Современные методы диагностики и лечения»</p>	<p>32.Современные методы визуализации (КТ, МРТ) органов брюшной полости: диагностические возможности и перспективы использования в гастроэнтерологии.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.8</b> Раздел 8. «Онкогастроэнтерология»</p>	<p>33.Доброкачественные новообразования пищеварительного тракта.</p> <p>34.Рак пищевода. Предрасполагающие факторы. Классификация.</p> <p>35.Злокачественные опухоли двенадцатиперстной и тонкой кишки. Клиническая симптоматология. Осложнения.</p> <p>36.Злокачественные опухоли толстой кишки. Клиническая симптоматология. Осложнения. Диагноз и дифференциальный диагноз.</p> <p>37.Опухоли билиарной системы. Современные возможности диагностики.</p> <p>38.Опухоли печени. Гепатоцеллюлярная карцинома. Холангиокарцинома. Ангиосаркома.</p> <p>39.Опухоли апудсистемы.</p> <p>40.Опухоли большого дуоденального сосочка.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.9</b> Раздел 9. «Ургентная гастроэнтероло-</p>	<p>41.Инородные тела пищевода. Клиника. Диагноз. Лечение.</p>

<p>гия»</p>	<p>42. Неотложные состояния при заболеваниях пищевода  43. Неотложные состояния при болезнях желудка  44. Неотложные состояния при болезнях печени  45. Неотложные состояния при болезнях поджелудочной железы  46. Острые кровотечения в практике гастроэнтеролога  47. Острый живот в практике гастроэнтеролога  48. Поражение органов пищеварения при острых отравлениях  49. Анафилактический шок</p>
<p><b>Б 1.Б.6.10</b> Раздел 10.  «Особенности поражения органов пищеварения при других заболеваниях»</p>	<p>50. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях бронхолегочной системы.  51. Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях сердечнососудистой системы.  52. Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях мочевыделительной системы.  53. Особенности поражений органов пищеварения при патологии соединительной ткани.  54. Особенности поражений органов пищеварения при эндокринной патологии (сахарном диабете, заболеваниях щитовидной, паращитовидных желез, надпочечников).  55. Особенности поражений органов пищеварения при амилоидозе, муковисцидозе и других болезнях накопления.  56. Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях крови.</p>
	<p>57. Физиологические особенности пищеварительной, иммунной, нервной и эндокринной систем у подростков  58. Особенности течения заболеваний пищевода и желудка у подростков  59. Особенности патологии печени и билиарного тракта у подростков.  60. Особенности патологии кишечника у подростков.</p>
	<p>61. Возможности фармакологической коррекции моторно-тонических расстройств пищеварительного тракта.  62. Психология взаимоотношений врач-пациент, врач в коллективе врачей, других медработников.  63. Психологические методы в реабилитации больных.</p>

## Критерии и шкала оценивания

### 1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

### 2. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность
	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей



## 12.3 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

При реализации образовательных технологий компетентностно-деятельностный подход ориентирован на формирование универсальных и профессиональных компетентностей в соответствии с видом профессиональной деятельности врача-гастроэнтеролога и предусматривает использование современных образовательных технологий формирования эффективной коммуникативной компетентности ординаторов.

Обучение базируется на андрагогической модели. Семинарские и лекционные занятия имеют целью отработку предметно-методических умений и формирование мотивационной и практической готовности к профессиональной медицинской деятельности врача-гастроэнтеролога.

Самостоятельная работа проводится под руководством преподавателей, включает аудиторную и внеаудиторную работу ординаторов. Самостоятельная работа предназначена как для закрепления предметно-методических умений и формирования мотивационной и практической готовности к профессиональной медицинской деятельности врача-гастроэнтеролога, так и для реализации возможности личностно-профессионального совершенствования и развития карьерного потенциала.

Предусмотрено постоянное совершенствование организации и методики проведения занятий для формирования соответствующих ФГОС компетенций выпускника, с учетом новых достижений науки и потребностей здравоохранения, возрастающих требований и интенсификации учебно-воспитательного процесса.

В процессе изучения дисциплины принципиальное значение имеет систематический контроль качества обучения, для чего используются различные методы текущего и рубежного контроля теоретических знаний и практических умений ординатора.

Преподавание дисциплины «Гастроэнтерология» строится в соответствии со следующими принципами:

- принцип модульного и тематического представления профессионально-ориентированного материала;
- принцип технологичности;
- принцип организации самостоятельной работы и формирование рефлексивной культуры через систему творческих методик.

Важной составной частью учебной аудиторной и самостоятельной работы является широкое применение современных мультимедийных средств, компьютерных технологий.

Активными и интерактивными формами обучения в данном курсе могут являться как отдельные упражнения на занятии, так и занятия в целом, аудиторные или самостоятельные, с использованием информационных технологий.

## 12.4 СПРАВКА О КАДРОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

№	Ф.И.О. преподавателя, реализующего программу	Условия привлечения (основное место работы: штатный, внутренний совместитель, внешний совместитель; по договору ГПХ)	Должность, ученая степень, ученое звание	Перечень читаемых дисциплин	Уровень образования, наименование специальности, направления подготовки, наименование присвоенной квалификации	Сведения о дополнительном профессиональном образовании	Объем учебной нагрузки по дисциплинам (модулям), практикам, ГИА	
							Контактная работа	
							количество часов	доля ставки
1	2	3	4	5	6	7	8	9

## 12.5 СПРАВКА О МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РЕАЛИЗАЦИИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины (модуля), практик в соответствии с учебным	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для работы	Перечень лицензионного программного обеспечения
Гастроэнтерология	Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, текущего контроля и промежуточной аттестации, помещение для самостоятельной работы (г. Волгоград, ул. Землячки, 74, учебная комната 25-10, 2 этаж).	доска меловая– 1 шт., специализированная мебель (столы, стулья).	Windows Terminal Server - Device CAL 2008 Windows Starter 7 Windows Server - Device CAL 2012 Windows Remote Desktop Services - User CAL2008 Windows 7 Professional Visual Studio Professional Edition 2008 Office Standard 2010 Office Standard 2007 Expression Studio Web Professional 4.0 ABBYY FineReader Adobe Reader Moodle GNU GPL Office Standard 2013 Kaspersky Endpoint Security Russian Edition Windows 8.1 Professional Windows 10 Professional Windows 7 Professional 46243751, 46289511, 46297398, 47139370, Бессрочная Windows XP Professional 45885267, 43108589, 44811732, 44953165, Бессрочная MS Office 2007 Suite 63922302, 64045399, 64476832, 66015664, Бессрочная Kaspersky Endpoint Security 10 для Windows (Россия) 205E1805141018254272124 с 14.05.2018 по 25.05.2019 Google Chrome Свободное и/или безвозмездное ПО 7-zip (Россия) Свободное и/или безвозмездное ПО Adobe Acrobat DC / Adobe Reader Свободное и/или безвоз-
	Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа и семинарского типа, текущего контроля и промежуточной аттестации, помещение для самостоятельной работы , помещение для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования (г. Волгоград , ул. Землячки, 74, конференц-зал 35-10, 3 этаж).	<b>Демонстрационное оборудование:</b> ноутбук 15,6 HP 255 A 4-5000 – 1 шт., мультимедийный проектор – Acer X 1111(3D)DLP 2700-1 шт., <b>Специализированная мебель:</b> экран настенный – 1 шт., доска меловая– 1 шт. , специализированная мебель (столы, стулья).	

			мездное ПО
--	--	--	------------

## 12.6 ДОПОЛНЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ В РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ

Согласовано:  
Председатель УМК \_\_\_\_\_

«УТВЕРЖДАЮ»  
Директор Института НМФО

Протокол № \_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ Н.И. Свиридова  
« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

### ПРОТОКОЛ

дополнений и изменений к рабочей программе  
по дисциплины « \_\_\_\_\_ »  
на 20\_\_-20\_\_ учебный год

№	Предложение о дополнении или изменении к рабочей программе	Содержание дополнения или изменения к рабочей программе	Решение по изменению или дополнению к рабочей программе

Протокол утвержден на заседании кафедры  
« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_

/Недогода С.В./