

1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине/модулю, практике Вторичные патологии органов пищеварения
по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1.	<p>Раздел 1. Поражение желудочно-кишечного тракта при диффузных заболеваниях соединительной ткани</p> <p>Раздел 2. Лекарственное поражение желудочно-кишечного тракта</p>	УК-1, ПК-1; ПК-5; ПК-6	<p><u>Знать:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи при вторичных патологиях органов пищеварения; - принципы ведения и лечения пациентов с наиболее распространенными вторичными патологиями органов пищеварения; - основные принципы терапии неотложных состояний у гастроэнтерологических пациентов <p><u>Уметь:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - выявлять вторичные патологии органов пищеварения; - выявлять патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний органов пищеварения в соответствии МКБ-10; - проводить диагностику и дифференциальную диагностику наиболее распространенных вторичных патологий органов пищеварения; на основе знаний пропедевтических, лабораторных и 	Тесты Ситуационные задачи	30

			<p>инструментальных методов исследования;</p> <p>- осуществлять патогенетическую и симптоматическую терапию пациентов с наиболее распространенными вторичными патологиями органов пищеварения</p> <p><u>Владеть:</u></p> <p>диагностики, лечения и тактики ведения больных с наиболее распространенными вторичными заболеваниями органов, в т.ч. при неотложных состояниях, нуждающихся в оказании медицинской помощи населения.</p>		
--	--	--	---	--	--

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

2.1 Тестовые задания по дисциплине

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>1. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АУТОИММУНОМ ГЕПАИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) сульфасалазин 2) интерферон 3) микофенолата мофетил 4) аналог нуклеотидов/нуклеозидов</p>	<p>УК-1 ПК-1,5,6</p>
<p>2. СОЧЕТАНИЕ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО И МЕЗЕНХИМАЛЬНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:</p> <p>1) цирроза печени 2) хронического неактивного гепатита 3) острого вирусного гепатита В 4) острого вирусного гепатита С</p>	<p>УК-1 ПК-1,5,6</p>

<p>3. НАЛИЧИЕ ТРИАДЫ СИМПТОМОВ: СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ, ИЗЪЯЗВЛЕНИЕ ЖКТ, ДИАРЕЯ УКАЗЫВАЕТ НА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) синдром Золлингера-Эллисона 2) язвенный колит 3) язвенную болезнь с локализацией в желудке 4) язвенную болезнь с локализацией в постбульбарном отделе 	<p>УК-1 ПК-1,5,6</p>
<p>4. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНА ГИПЕРТОНИЯ НИЖНЕГО ПИЩЕГОДНОГО СФИНКТЕРА, ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пищевод Барретта 2) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 3) ахалазия кардии 4) хронический рефлюкс-эзофагит 	<p>УК-1 ПК-1,5,6</p>
<p>5. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ДЕБЮТА АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) цитолитический синдром высокой степени активности (повышение АЛТ, АСТ > 5-10 норм) 2) повышение АЛТ, АСТ до 3 норм 3) холестатический синдром (повышение ЩФ > в 2 раза или ГГТП в 4 раза) 4) минимальный цитолиз (повышение АЛТ, АСТ до 3 норм), IgG и гамма-глобулины в норме 	<p>УК-1 ПК-1,5,6</p>
<p>6. ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ РЕГУЛЯРНОГО МОНИТОРИНГА АКТИВНОСТИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) уровень ферритина 2) уровень С-реактивного белка 3) определение рANCA 4) уровень иммуноглобулинов 	<p>УК-1 ПК-1,5,6</p>
<p>7. ДИАРЕЯ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С КОЖНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПРИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пищевой аллергии 2) дивертикулезе ободочной кишки 3) лактазной недостаточности 4) муковисцидозе 	<p>УК-1 ПК-1,5,6</p>
<p>8. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ МНО У ПАЦИЕНТА С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) цитолитического 2) портальной гипертензии 3) печеночно-клеточной недостаточности 4) иммуновоспалительного 	<p>УК-1 ПК-1,5,6</p>
<p>9. ХРОНИЧЕСКИЙ НЕИНФЕКЦИОННЫЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ ГАСТРИТ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) болезни Крона 2) пищевой аллергии 3) лямблиозе 	<p>УК-1 ПК-1,5,6</p>

4) целиакии	
10. ПОД ЛЕЙКОПЛАКИЕЙ ПИЩЕВОДА ПОНИМАЮТ: 1) злокачественную опухоль пищевода 2) кистозный эзофагит 3) грибковое поражение пищевода 4) очаги ороговевшего эпителия пищевода	УК-1 ПК-1,5,6
11. ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ К ГАСТРОПРОТЕКТОРАМ ОТНОСИТСЯ: 1) вздутие живота и понос при употреблении злаков 2) рвота с примесью желчи 3) запор 4) неустойчивый стул при употреблении молочных продуктов	УК-1 ПК-1,5,6
12. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) спленомегалия 2) кожный зуд 3) асцит 4) гепатомегалия	УК-1 ПК-1,5,6
13. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) рентгеноскопия 2) УЗИ брюшной полости 3) рН-метрия 4) эндоскопия	УК-1 ПК-1,5,6
14. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) гипергликемия 2) высокий уровень амилазы в крови (диастазы в моче) 3) стеаторея 4) боль опоясывающего характера	УК-1 ПК-1,5,6
15. СРЕДСТВОМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) амоксициллин 2) месалазин 3) дротаверин 4) преднизолон	УК-1 ПК-1,5,6
16. ЖЕЛУДОЧНУЮ СЕКРЕЦИЮ СНИЖАЕТ: 1) сукральфат 2) омепразол 3) дротаверин 4) амоксициллин	УК-1 ПК-1,5,6

<p>17. ПРЕПАРАТОМ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) анаферон 2) ацикловир 3) ингавирин 4) ремантадин 	<p>УК-1 ПК-1,5,6</p>
<p>18. В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ИСПОЛЬЗУЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) витаминотерапию 2) стероидные гормоны 3) диету 4) нитрофураны 	<p>УК-1 ПК-1,5,6</p>
<p>19. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) фталазол 2) рифаксимин 3) энтерол 4) метронидазол 	<p>УК-1 ПК-1,5,6</p>
<p>20. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ХАРАКТЕРНО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) изолированное повышение АЛТ 2) изолированное повышение АСТ 3) преобладание АСТ над АЛТ 4) преобладание АЛТ над АСТ 	<p>УК-1 ПК-1,5,6</p>
<p>21. НАЛИЧИЕ ЭРОЗИЙ В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аутоиммунного гастрита 2) хеликобактерной инфекции 3) гранулематозного гастрита 4) острого гастрита 	<p>УК-1 ПК-1,5,6</p>
<p>22. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ СИМПТОМОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА НАЛИЧИЕ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА, ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тошнота 2) отрыжка воздухом 3) тяжесть в эпигастрии 4) наличие желчи в рвотных массах 	<p>УК-1 ПК-1,5,6</p>
<p>23. ПРИЧИНОЙ БИЛИРУБИНУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) обтурационная желтуха 2) гемолитическая желтуха 3) повышенное всасывание стеркобилина в кишечнике 	<p>УК-1 ПК-1,5,6</p>

4) инкубационный период вирусного гепатита	
24. САМЫМ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ АСЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) развитие венозных коллатералей на брюшной стенке 2) пупочная грыжа 3) одышка 4) спонтанный бактериальный асцит-перитонит	УК-1 ПК-1,5,6
25. ПРИСТУП ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ: 1) постоянной болью в правом подреберье и лихорадкой, 2) острой болью в правом подреберье, рвотой и лихорадкой 3) болью в правой половине живота, иррадиирующей в паховую область, дизурию 4) тупой болью в правой половине живота, метеоризмом, запором	УК-1 ПК-1,5,6
26. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ХЕЛИКОБАКТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) пилорический отдел желудка 2) кардиальный отдел желудка 3) дно желудка 4) 12-перстная кишка	УК-1 ПК-1,5,6
27. БОЛЬНЫЕ С ЦЕЛИАКИЕЙ МОГУТ УПОТРЕБЛЯТЬ В ПИЩУ: 1) кукурузу 2) макаронные изделия 3) черствые изделия из пшеничного теста 4) ржаной хлеб	УК-1 ПК-1,5,6
28. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА В ТОНКОЙ КИШКЕ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) посев кала 2) посев кишечного содержимого 3) уреазный дыхательный тест 4) дыхательный водородный тест	УК-1 ПК-1,5,6
29. ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: 1) гематурией 2) увеличением в крови уровня креатинина 3) нейтрофильным лейкоцитозом 4) лейкоцитурией	УК-1 ПК-1,5,6
30. СПАЗМОЛИТИКОМ, КОТОРЫЙ ОКАЗЫВАЕТ ЭФФЕКТ ТОЛЬКО В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ: 1) оксибутинин 2) мебеверин 3) платифиллин 4) дротаверин	УК-1 ПК-1,5,6

1.	3
2.	1
3.	1
4.	3
5.	1
6.	2
7.	1
8.	3
9.	1
10.	4
11.	1
12.	2
13.	4
14.	2
15.	2
16.	1
17.	2
18.	2
19.	4
20.	4
21.	2
22.	4
23.	1
24.	4
25.	2
26.	1
27.	1
28.	4
29.	2
30.	3

2.2 Ситуационные задачи

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	ПК-5	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	ПК-6	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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

		<p>слизистые бледные.</p> <p>Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Узловатая эритема на медиальной поверхности левого предплечья - 1,5×2 см. Суставы не изменены, функция сохранена. Состороны 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.</p> <p>Урчание при пальпации в области сигмовидной кишки. Печень, селезенка не увеличены.</p> <p>Анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 85 г/л, лейкоциты - $10,0 \times 10^9 /л$, СОЭ - 25 мм/час.</p> <p>Анализ мочи - без патологии.</p> <p>Рентгенологическое исследование: в левых отделах толстого кишечника (доселезеночного изгиба) отмечается потеря гаустрации, уменьшение просвета и ригидность кишки, неравномерность рисунка слизистой оболочки.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Язвенный колит, левосторонний тип. Средней степени тяжести. Узловатая эритема. Анемия смешанного генеза.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен, но не указаны заболевания, требующие дифференциации
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	В пользу неспецифического язвенного колита (ЯК) свидетельствует частый жидкий стул с патологическими примесями, боли при дефекации, сопровождающиеся анемическим синдромом (снижение эритроцитов, гемоглобина в крови, слабость) и интоксикационно-воспалительным синдромом (лейкоцитоз, повышение СОЭ, повышение температуры тела). При ЯК также встречается узловатая эритема. Рентгенологическая картина характерна для ЯК.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью:
P0	-	Диагноз не обоснован
В	3	Составьте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Копрограмма; анализ крови на электролиты, СРБ, ДФА, общий белок, белковые фракции, холестерин, глюкозу, билирубин, трансаминазы; ФГДС колоноскопия с биопсией из патологического участка; флюорография или рентгенография лёгких; УЗИ органов брюшной полости
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	Дополнительные исследования определены не полностью
P0	-	Дополнительные исследования определены неверно

В		С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику? Определите тактику
Э	-	Инфекционные колиты; болезнь Крона; опухоли кишечника; туберкулёз кишечника; поражение кишечника при системных заболеваниях (васкулиты, склеродермия); ишемический колит. Тактика: 1) Диета. 2) Месалазин (3,0), при неэффективности - глюкокортикоиды (40 мг). 3) Ректально Гидрокортизон. 4) Лечение диареи (обволакивающие, спазмолитики, вяжущие). 5) Лечение обменных нарушений. 6) Лечение дисбактериоза. 7) Полиферментные препараты. 8) Лечение анемии.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	002
Ф	ПК-5	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	ПК-6	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной В. 43 лет обратился в поликлинику с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают через 20-30 минут после приема пищи; на тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение; на снижение аппетита.</p> <p>Из анамнеза заболевания: впервые подобные жалобы возникли около 6 лет назад, но боли купировались приемом Алмагеля и Но-шпы. За медицинской помощью ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи. Работает водителем такси.</p> <p>Питается нерегулярно, часто употребляет алкоголь. Курит в течение 20 лет до 2 пачек сигарет в день. Наследственный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка.</p> <p>Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст.</p> <p>Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 удара в минуту. Язык обложен белым налетом.</p> <p>Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Селезенка не увеличена.</p>

		<p>Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей.</p> <p>Данные дополнительных методов исследования. Общий анализ крови: гемоглобин–130 г/л, эритроциты–4,2×10¹²/л, лейкоциты – 6,5×10⁹ /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли - не определяются.</p> <p>Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л.</p> <p>ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0-1,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно прикрыто фибрином.</p> <p>Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледнорозового цвета. Выявлен <i>Helicobacter pylori</i>.</p>
В	1	1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Язвенная болезнь желудка, стадия обострения, впервые выявленная, НРассоциированная.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен, но не указаны заболевания, требующие дифференциации
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз выставлен на основании жалоб (ранние боли в эпигастрии после приёма пищи); данных анамнеза: наличие факторов риска (употребление алкоголя, нерегулярное питание, курение, отягощенная наследственность), сезонные обострения (весной и осенью); данных ФГДС; обнаружения НР.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью
Р0	-	Диагноз не обоснован
В	3	С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
Э	-	Хронический гастродуоденит, симптоматические язвы, хронический панкреатит, хронический холецистит, злокачественные новообразования желудка.
Р2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
Р1	-	Дополнительные исследования определены не полностью
Р0	-	Дополнительные исследования определены неверно
В	4	4. Перечислите основные принципы лечения.

Э	-	Соблюдение режима питания и диеты, эрадикация НР (стандартная тройная терапия в течение 14 дней - Маастрихт-3), курс базисной антисекреторной терапии в течение 6-8 недель.
P2	-	Ответ верный. Лечение назначено верно
P1	-	Ответ неполный. Лечение назначено не полностью
P0	-	Ответ неверный. Лечение назначено неверно
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	004
Ф		
Ф	ПК-6	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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. При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) - 39 кг/м ² . 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. Данные фиброгастроуденоскопии: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эзофагит II степени. Ожирение II степени
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью:
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз «гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ)» установлен на основании жалоб больной на изжогу, боли за грудиной, данных анамнеза (изжога более 20 лет), степень эзофагита установлена на основании эндоскопической картины, степень ожирения - на основании данных ИМТ.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью:

P0	-	Диагноз не обоснован
B	3	Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента и обоснуйте его.
Э	-	Пациенту рекомендовано: проведение рентгеноскопии пищевода и желудка для исключения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; проведение суточной внутрипищеводной рН-метрии для определения критериев патологического рефлюкса; ЭКГ; проведение проб с физической нагрузкой (исключить ИБС).
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	Дополнительные исследования определены не полностью
P0	-	Дополнительные исследования определены неверно
B	4	Какое медикаментозное лечение вы бы рекомендовали для данной пациентки?
Э	-	Ингибиторы протонной помпы - базисная группа препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (Омепразол, Лансопразол, Эзомепразол, Пантопразол, Рабепразол), антациды (Маалокс, Алмагель, Фосфалюгель и т. п.) - симптоматическая терапия, прокинетики (Этаприд) влияет на тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшают антродуоденальную координацию.
P2	-	Ответ верный. Лечение назначено верно
P1	-	Ответ неполный. Лечение назначено не полностью
P0	-	Ответ неверный. Лечение назначено неверно
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	005
Ф	ПК-5	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	ПК-6	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная М. 50 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на тошноту, острые ночные и голодные боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приема пищи, тошноту, рвоту «кофейной гущей», однократно черный «дегтеобразный» стул. Лечится по поводу ревматоидного артрита, длительно (более 3 месяцев) принимала Индометацин по 1 таблетке 3 раза в день. Ранее данных жалоб не отмечала, к врачу не обращалась.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пониженного питания. Язык обложен белым налетом, влажный. В легких дыхание везикулярное, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 88 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот напряженный, резко болезненный локально в зоне Шофара. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул черный «дегтеобразный». Мочеиспускание не нарушено.</p> <p>Клинический анализ крови: гемоглобин – 100 г/л; эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/л$; лейкоциты $8,4 \times 10^9/л$; палочкоядерные – 4%;</p>

		сегментоядерные – 61%; эозинофилы – 1%; лимфоциты – 30%; моноциты – 4%; СОЭ – 20 мм/час.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением на фоне приема НПВС.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте диагноз.
Э	-	Диагноз «язвенная болезнь желудка», осложненная кровотечением на фоне приёма НПВС установлен на основании жалоб больного на тошноту острые ночные и голодные боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приема пищи, тошноту, рвоту «кофейной гущей», однократно черный «дегтеобразный» стул, данных анамнеза длительно (более 3 месяцев) принимала Индометацин; данных осмотра (живот напряженный, резко болезненный локально в зоне Шофара, стул чёрный «дэгтеобразный») ; на основании анализа крови (гемоглобин 100 г/л).
P2	-	Диагноз обоснован полностью.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно
P0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: проведение ЭГДС для выявления места кровотечения, консультация врача-хирурга для определения дальнейшей тактики лечения
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	Дополнительные исследования определены не полностью
P0	-	Дополнительные исследования определены неверно
В	4	Какой группы противоязвенных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в стартовой терапии? Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Ингибиторы протонной помпы являются препаратами выбора при язве, вызванной НПВС Эзомепразол 40 мг 1 раз в день, так как у данного препарата лучше фармакокинетика и фармакодинамика, нет влияния генетического полиморфизма).
P2	-	Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован.
P1	-	Ответ неполный. Группы лекарственных средств назначены не полностью
P0	-	Ответ неверный. Лечение назначено неверно
Н	-	006
Ф	ПК-5	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза

Ф	ПК-6	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина 46 лет, водитель, поступил в приемное 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 налетом. 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 – 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины – отрицательные.</p> <p>Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты – 9,6×10⁹/л, СОЭ – 16 мм/ч.8</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 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой.</p> <p>Поджелудочная 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.</p> <p>От ФГДС больной отказался.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен неполностью:
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма «Но-шпы», злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области);²⁴ лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты – $9,6 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ – 16 мм/ч; анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея).</p> <p>Диагноз «алкогольный стеатоз печени» выставлен на основании объективного обследования (печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рёберной дуги, размер по Курлову $10 \cdot 9 \cdot 8$ см); УЗИ ОБП (печень увеличена, с перипортальными уплотнениями).</p> <p>Диагноз «ЖКБ, латентное течение» выставлен на основании: УЗИ ОБП – желчный пузырь $75 \cdot 35$ мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью:
P0	-	Диагноз не обоснован
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Биохимический анализ крови (глюкоза, липаза, трипсин, амилаза, АЛТ, АСТ, ГГТП). Консультация врача-хирурга.</p> <p>Копрограмма, анализ кала на D-эластазу для подтверждения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.</p> <p>Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза для исключения холестаза.</p> <p>Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет).</p> <p>КТ брюшной полости (исключить наличие кисты панкреас, опухоли панкреас).</p> <p>ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки)</p>

P2	-	Дополнительные методы назначены верно.
P1	-	Дополнительные методы назначены не в полном объеме
P0	-	Дополнительные методы назначены неверно
B	4	Проведите дифференциальный диагноз.
Э	-	<p>1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие поносов, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи, «голодные» боли. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически - наличием ниши, при фиброгастроскопии - наличием язвенного дефекта.</p> <p>2) Дисфункция сфинктера Одди - характеризуется болью тупого характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда - напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение содержания холестерина, Р- липопротеинов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров)</p>
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
H	-	007
Ф	ПК-5	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	ПК-6	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – без существенных изменений.</p> <p>Копрологический анализ – без существенных патологических</p>

		признаков, однако обнаруживается большое количество слизи.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью:
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие методы исследования необходимы в данном случае?
Э	-	Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий билирубин, АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы, гамма-глутаматтрансферазы. Копрограмма. Кал на дисбактериоз. Анализ кала на скрытую кровь. Ректороманоскопия. Ирригоскопия. УЗИ органов брюшной полости и малого таза. ЭКГ. Эзофагогастродуоденоскопия. Колоноскопия с биопсией
P2	-	Методы исследования определены верно.
P1	-	Методы исследования определены не полностью
P0	-	Методы исследования определены неверно
В	3	Какое лечение следует назначить данному больному?
Э	-	Психотерапия и диета с исключением непереносимых продуктов и напитков. Спазмолитики – Дицетел 100 мг 3 раза в сутки, Метеоспазмил 1 капсула 2 раза в сутки перед едой. В случае неэффективности спазмолитиков - Сметта 3-4 пакетика в день, буферный алюминий содержащие антациды (Маалокс, Протаб, Гастал). При отсутствии или нестабильном эффекте назначается терапия, направленная на нормализацию кишечной микрофлоры: Интетрикс (2 капсулы 2 раза в день) с последующим приемом симбиотика Бактиостатин.
P2	-	Ответ верный. Лечение назначено верно
P1	-	Ответ неполный. Лечение назначено не полностью
P0	-	Ответ неверный. Лечение назначено неверно
В	4	С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
Э	-	Неспецифический язвенный колит, Болезнь Крона, опухоли кишечника.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.

3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1, ПК-1,	5	Отлично	90-100%

ПК-5, ПК-6	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	Твердые знания программного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.