

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА 4

Специальность 31.08.28 Гастроэнтерология
код, наименование

Кафедра: терапии и кардиологии

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2021

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Производственная (клиническая) практика 4» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Производственная (клиническая) практика 4». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной практике.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике Производственная (клиническая) практика 4 используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Кейс-задания	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы	Задания для решения кейс-задания

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы практики	Оценочные средства
ПК-5, ПК-6, ПК-12	Текущий	Раздел 1. Патология нижних отделов желудочно-кишечного тракта Раздел 2. Диагностика болезней гастроэнтерологического профиля	Кейс-задание
ПК-5, ПК-6, ПК-12	Промежуточный	Все разделы практики	Кейс-задание

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем практики при проведении занятий в форме кейс-заданий.

4.1. Кейс-задания для оценки компетенций: ПК-5, ПК-6, ПК-12

Н	-	001
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	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
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Ф., 27 лет предъявляет жалобы на чувство дискомфорта в животе, проходящее после акта дефекации, ощущение вздутия живота, кашицеобразный стул до 3-х 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. Объективно: состояние удовлетворительное. Язык влажный, чистый. Живот несколько вздут, мягкий, отмечается разлитая пальпаторная чувствительность всего живота. Размеры печени по Курлову в пределах нормы. Лабораторные данные: ОАК, БАК, ОАМ – без существенных изменений. Копрологический анализ – без существенных патологических признаков, однако обнаруживается большое количество слизи.
В	1	Поставьте наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
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, ЩФ, ГГТП. Копрограмма. Водородный дыхательный тест. Биохимическое исследование кала на метаболиты кишечной микрофлоры. Эластаза-1 в кале. Фекальный кальпротектин. Анализ кала на скрытую кровь (гемоглобин). Ректороманоскопия. Ирригоскопия. УЗИ органов брюшной полости и малого таза. ЭКГ. Эзофагогастродуоденоскопия. Колоноскопия с биопсией.
P2	-	Диагностические исследования определены верно.
P1	-	Диагностические исследования определены не полностью.
P0	-	Диагностические исследования определены неверно.
В	3	Какое лечение следует назначить данному больному
Э	-	Диета с исключением непереносимых продуктов и напитков. Спазмолитики – мебеверин, гиосцина бутилбромид, пинаверия бромид, альверина цитрат+симетикон. Диоктаэдрический смектит 3-4 пакетика в день.

		Пробиотики. При неэффективности – препараты из группы трициклических антидепрессантов, ингибиторов обратного захвата серотонина, методы психотерапии
P2	-	Ответ верный. Перечислены все основные методы лечения заболевания.
P1	-	Ответ не полный. Методы лечения определены частично
P0	-	Ответ неверный. Лечение заболевания определено неверно.
B	4	С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз
Э	-	Целиакия, лактазная и дисахаридазная недостаточность, ВНПЖ, ВЗК, эндокринные расстройства (гипертиреоз, гормональноактивные опухоли ЖКТ), колоректальный рак, микроскопический колит, острая инфекционная диарея, СИБР, ишемическая болезнь органов пищеварения, дивертикулит
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью. Не указана часть нозологий.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно.
B	5	Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания
Э	-	Центральным симптомом СРК является абдоминальная боль, связанная с дефекацией, которая сочетается с изменением частоты и/или формы кала (запор, диарея, их чередование)
P2	-	Ответ верный. Симптомы заболевания определены верно.
P1	-	Ответ неполный. Симптомы заболевания определены частично.
P0	-	Ответ неверный. Симптомы заболевания определены неверно.
H	-	002
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	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
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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°C 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°C. 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 аппендэктомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°C, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий 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. 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. Лабораторные данные: ОАК: гемоглобин – 117 г/л, СОЭ – 34 мм/час, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$/л, лейкоциты – $12,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, лимфоциты – 37%. БАК: 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., общий холестерин – 3,9 ммоль/л, калий – 3,5 ммоль/л, натрий – 142 ммоль/л, ЩФ – 310 U/L (норма до 306). Ректороманоскопия: в перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений. Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15–20 см. Имеется неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках.
--	---

В	1	Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией
Э	-	Болезнь Крона, илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, хроническое непрерывное течение, среднетяжелая атака, осложненная периаанальным поражением (свищ), стриктурами дистального отдела подвздошной кишки.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз заподозрен на основании анамнеза: на операции выявлена утолщенная подвздошная кишка с рыхлой отечной стенкой, увеличение брыжеечных лимфоузлов, неизменный червеобразный отросток на операции и при гистологическом исследовании; хронического течения болезни, сопровождающегося болями в животе постоянного характера, диареей, лихорадкой у молодого пациента; данных ректороманоскопии: наличие периаанального свища; данных ирригоскопии: наличие неравномерных сужений дистального отдела подвздошной кишки, неровность контур.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	- биохимическое исследование крови с определением электролитов и микроэлементов (магний, железо, кальций) для оценки степени мальдигестии; - анализ кала на фекальный кальпротектин; - УЗИ органов брюшной полости для выявления гепатомегалии, спленомегалии, лимфоаденопатии брюшной полости; - ФЭГДС: исключение проксимального поражения при болезни Крона, эрозивно-язвенных изменений; - фиброколоноскопия с биопсией для обнаружения гранулем, а также массивной лимфоидной инфильтрации всех слоев стенки кишки – вид булыжной мостовой при фиброколоноскопии; - кал на микобактерии туберкулеза для дифференциальной диагностики с туберкулезным поражением кишечника
P2	-	Ответ верный. Перечислены все основные методы дополнительного обследования.
P1	-	Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены частично.
P0	-	Ответ неверный. Методы дополнительного обследования определены неверно.
В	4	Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Э	-	Для индукции ремиссии пациенту показан прием препарата из группы системных или топических ГКС: Преднизолон 60мг или метилпреднизолон 48 мг per os/ будесонид 9мг/сут. Рекомендуется комбинация ГКС с иммуносупрессорами (АЗА 2-2,5 мг/кг, 6МП 1,5мг/кг), а при их непереносимости или неэффективности – метотрексат (25 мг/нед. п/к или в/м 1 раз в неделю). Эффективность ГКС или комбинированной терапии оценивается через 2-4 недели. При достижении клинической ремиссии (ИАБК<150) начинают снижение дозы ГКС до полной отмены на фоне продолжения терапии иммуносупрессорами . Будесонид в дозе 9 мг в течение 8 недель с последующим снижением 3 мг в неделю. Суммарная продолжительность терапии ГКС не должна превышать 12 недель. После отмены ГКС поддерживающая терапия проводится тиопуринами (АЗА/6МП) не менее 4 лет. На настоящий момент данных о влиянии массы тела пациента на фармакокинетику и фармакодинамику ГКС не получено, поэтому выбор дозы ГКС должен определяться активностью заболевания, но не массой тела пациента. В случае угрозы септических осложнений могут быть добавлены антибиотики.
P2	-	Ответ верный. Лечение назначено верно.
P1	-	Ответ неполный. Лечение назначено частично.
P0	-	Ответ неверный. Лечение назначено неверно.
В	5	Каков прогноз при данном заболевании?
Э	-	Прогноз заболевания значительно варьирует и определяется индивидуально. При правильно проводимом лечении длительность периодов ремиссии достигает нескольких десятков лет. Как самостоятельное заболевание, болезнь Крона очень редко является причиной смерти больных, и процент летальности остается крайне низким.
P2	-	Ответ верный. Прогноз заболевания определен верно.
P1	-	Ответ неполный. Прогноз заболевания определен частично.
P0	-	Ответ неверный. Прогноз заболевания определен неверно.
Н	-	003
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	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
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина, 45 лет обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема жирной, жареной пищи, физической нагрузки; отмечает горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул, снижение аппетита. Из анамнеза: считает себя больной в течение четырех лет, когда впервые появились данные симптомы. 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. Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдала желчнокаменной болезнью. При осмотре: состояние удовлетворительное, рост 170 см, вес – 72 кг; ИМТ=24,9 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 72 в 1 мин; АД – 130/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым 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. Лабораторные данные: ОАК: 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 – 141 г/л; тромбоциты – $215 \times 10^9/л$; СОЭ – 19 мм/ч. БАК: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямого 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 УЗИ ОБП: 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. ОЖП 4 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. ЭКГ – без патологических изменений; ЭГДС – без патологических изменений;

		ИФА на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, токсакароз – отрицательный. Кал на яйца глист (трижды) – отрицательный.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Хронический бескаменный холецистит, фаза обострения.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз установлен на основании жалоб больной на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема жирной, жареной пищи, горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул; данных анамнеза (отягощенный семейный анамнез по ЖКБ), объективного осмотра (умеренная болезненность при пальпации в области правого подреберья, болезненность в точке Макензи, положительные симптомы Ортнера, Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского справа); данных лабораторных исследований (лейкоцитоз, ускорение СОЭ); УЗИ ОБП (увеличенный до 3,5 см, деформированный желчный пузырь с перегибом в шейке, утолщение (до 5 мм) и уплотнение стенок желчного пузыря); данных дуоденального зондирования (при микроскопии желчи определяются скопления слизи, лейкоцитов и клеточного эпителия). Исключена паразитарная этиология холецистита.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
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	-	В план обследования необходимо включить ультразвуковую холецистографию для уточнения функциональной способности желчного пузыря; бактериологическое исследование желчи для определения возбудителя хронического холецистита
P2	-	Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно.
P1	-	Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью.
P0	-	Ответ неверный.
В	4	Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента
Э	-	Рекомендовано соблюдение диеты (стол №5 по Певзнеру). Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, какао, газированные напитки, орехи. Показан частый дробный прием пищи (до 5-6 раз в день).

		Пациентке показано назначение антибактериальных препаратов группы «фторхинолоны»: ципрофлоксацин по 500 мг два раза в сутки после еды в течение 7-ми дней. Коррекция антибактериальной терапии проводится после получения посева желчи на микрофлору и определения ее чувствительности к антибиотику. Для купирования болевого синдрома показано назначение селективного миотропного спазмолитика мебеверина гидрохлорида в дозе 200 мг 2 раза в сутки в течение 2-4-х недель. С целью устранения дуоденостаза, диспепсических явлений рекомендовано назначение прокинетики: итоприда гидрохлорид в дозе 50 мг за 30 мин. до еды 3 раза в сутки в течение 14-ти дней. Показано назначение холекинетики и холеретики, которые усиливают мышечное сокращение желчного пузыря и поступление желчи в 12-перстную кишку (хофитол, УДХК).
P2	-	Лечение назначено верно.
P1	-	Лечение назначено не полностью.
P0	-	Лечение назначено неверно.
V	5	При повторном обращении к врачу, через 1 месяц после лечения пациентка отмечает улучшение самочувствия, исчезновение общей слабости, болей в правом подреберье, горечи во рту, тошноты, отрыжки воздухом, нормализацию стула. Объективно: язык влажный, не обложен; живот мягкий, безболезненный. Симптомы Ортнера, Кера, 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.
Э	-	Пациентке рекомендовано соблюдение диеты. Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, какао, газированные напитки, орехи, изделия из теста (особенно сдобного), кремы, крепкие мясные бульоны. Показан частый дробный прием пищи (до 5-6-ти раз в день). Для предупреждения застоя желчи и улучшения пассажа химуса по кишечнику блюда обогащаются мягкими пищевыми волокнами. Избегать физического и эмоционального перенапряжения. В фазе ремиссии показана лечебная гимнастика, а также санаторно-курортное лечение, которое проводят в Ессентуках, Железноводске, Пятигорске, Трускавце, Белокурихе, Моршине, Джермук и др. Профилактический курсовой прием хофитола. Диспансерное наблюдение у терапевта, гастроэнтеролога.
P2	-	Ответ верный. Дальнейшая лечебная тактика определена верно.
P1	-	Ответ неполный. Дальнейшая лечебная тактика определена частично.
P0	-	Ответ неверный. Дальнейшая лечебная тактика определена неверно.
H	-	004
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

Ф	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
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка С., 22 лет направлена в стационар для обследования с жалобами на выраженную слабость, диарею до 3-4-х раз в сутки, кашицеобразный стул 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-ти раз в сутки, начал снижаться вес, появились отеки на ногах. Периодически приходила 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 и околопупочной области. 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. Гликозилированный 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, γ-ГГТП – 25 Е/л, ЩФ – 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. ЭГДС: 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.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Целиакия. Кандидозный эзофагит. Анемия средней степени тяжести. Сахарный диабет 1 типа?
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз «Целиакия» выставлен на основании: 1) жалоб и анамнеза заболевания (выраженная слабость, диарея до 3-4-х раз в сутки, кашицеобразный стул без патологических примесей, снижение массы тела на 5 кг за 6 месяцев, боли в околопупочной области; нарушения стула появлялись после употребления в пищу хлебобулочных изделий, макарон, каш, обследовалась у инфекционистов – инфекционная патология исключена); 2) синдрома мальабсорбции: похудание, анемия (гемоглобин - 89 г/л, эритроциты - $3,72 \times 10^{12}/л$); 3) результатов лабораторных исследований: Anti-gliadinIgG – 135 Ед/мл. Диагноз «Кандидозный эзофагит» выставлен на основании: 1) данных ЭГДС: пищевод – слизистая оболочка гиперемирована, в средней и нижней трети множественные поверхностные эрозии, покрытые желтым фибрином в виде «творожных масс». Диагноз «Анемия средней степени тяжести» выставлен на основании: гемоглобин - 89 г/л., эритроциты - $3,72 \times 10^{12}/л$. Диагноз «Сахарный диабет, 1 тип?» – на основании повышения глюкозы сыворотки, молодого возраста пациентки, жалоб на сухость во рту, постоянную жажду.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
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	-	1. Антитела к тканевой транскламиназе, эндомиозу – подтвердить целиакию. 2. Биопсия слизистой двенадцатиперстной кишки – подтвердить целиакию по атрофии слизистой оболочки и определить прогноз.

		3. Колоноскопия – исключение ВЗК, злокачественных новообразований толстого кишечника. 4. Определить сывороточное железо, общую железосвязывающую способность, трансферрин, ферритин сыворотки, витамин В12, фолиевую кислоту, ретикулоциты – для уточнения генеза анемии. 5. Эластаза-1 в кале. 6. Консультация эндокринолога.
2	-	Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно.
P1	-	Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью.
P0	-	Ответ неверный.
B	4	С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
Э	-	1. ВЗК (Болезнь Крона, язвенный колит) 2. СРК 3. СИБР 4. Лактазная и дисахаридазная недостаточность 5. ВНПЖ 6. Эндокринные расстройства (гипертиреоз, гормонпродуцирующие опухоли ЖКТ) 7. Антибиотик-ассоциированная диарея и псевдомембранозный колит 8. Колит, ассоциированный с приемом НПВП 9. Злокачественные новообразования толстого кишечника.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью. Не указана часть нозологий.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно.
B	5	Составьте план лечения
Э	-	Аглютеновая диета (полное исключение продуктов из пшеницы, ржи, ячменя, проса, овса: хлеб, макаронные и мучные изделия, все разновидности круп из пшеницы (манная, пшеничная, булгур, кус-кус) пожизненно. Через три – шесть месяцев диетических ограничений у 85% пациентов полностью восстанавливается нормальный пищеварительный процесс, исчезают симптомы болезни. Контроль ЭГДС с взятием биоптата из дистального отдела 12-перстной кишки. Лечение кандидозного эзофагита противогрибковыми препаратами (Флуконазол, Клотримазол). Лечение анемии препаратами железа и фолиевой кислоты, по показаниям – переливания эритроцитарной массы.
P2	-	Ответ верный. Лечебная тактика определена верно.
P1	-	Ответ неполный. Лечебная тактика определена частично.
P0	-	Ответ неверный. Лечебная тактика определена неверно.
H	-	005
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

Ф	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
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
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 слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Узловая 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. Лабораторные данные: О.А.К.: гемоглобин – 85 г/л, эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, 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.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Язвенный колит, левосторонний тип, впервые выявленный, среднетяжелая атака. Узловая эритема. Анемия средней степени тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	В пользу язвенного колита (ЯК) свидетельствует частый жидкий стул с патологическими примесями, боли при дефекации,

		интоксикационно-воспалительный синдром (лейкоцитоз, повышение СОЭ, лихорадка), похудание. При ЯК также встречается узловатая эритема. Рентгенологическая картина, характерная для ЯК.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
Э	-	Копрограмма; фекальный кальпротектин; анализ крови на электролиты, СРБ, общий белок, белковые фракции, липидный спектр, глюкоза, билирубин, трансаминазы, ЩФ, ГГТП, сывороточное железо, железосвязывающая способность, ферритин; ФГДС; колоноскопия с биопсией из патологического участка; флюорография или рентгенография легких; УЗИ органов брюшной полости; КТГ органов брюшной полости.
P2	-	Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно.
P1	-	Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью.
P0	-	Ответ неверный.
B	4	С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз
Э	-	Инфекционные колиты; болезнь Крона; опухоли кишечника; туберкулез кишечника; поражение кишечника при системных заболеваниях (васкулиты, склеродермия); ишемический колит; дивертикулит; микроскопический колит; радиационный колит.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью. Не указана часть нозологий.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно.
B	5	Определите тактику лечения больной
Э	-	Терапия первой линии при среднетяжелой атаке ЯК включает: Месалазин внутрь в дозе 3-4,8 г/сут. Месалазин в клизмах 2-4 г/сут. При положительном ответе на терапию она пролонгируется до 6-8 недель. При достижении ремиссии проводится поддерживающая терапия: месалазин внутрь 1,2-2,4 г/сут + месалазин в клизмах по 2г 2 раза/нед. При отсутствии эффекта от 5-АСК назначаются топические или системные ГКС (60мг преднизолона или 9мг/сут. будесонида) в течение 8 нед., показана комбинация с АЗА 2-2,5 мг/кг или 6МП 1,5 мг/кг После 8-недельного приема будесонида ММХ, снижение дозы проводится через день в течение 1-2-х недель до полной отмены.

		При достижении ремиссии дальнейшая поддерживающая терапия проводится АЗА 2 мг/кг/сут. или 6-МП 1,5 мг/кг не менее 2 лет. Назначение спазмолитических препаратов. Полиферментные препараты. Лечение анемии.
P2	-	Ответ верный. Лечебная тактика определена верно.
P1	-	Ответ неполный. Лечебная тактика определена частично.
P0	-	Ответ неверный. Лечебная тактика определена неверно.
H	-	006
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	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
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина, 45 лет обратилась к врачу с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приема пищи и при наклоне вперед. Данные симптомы появились около трех месяцев назад, по поводу чего ранее не обследовалась, лекарственных препаратов не принимала. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь употребляет в минимальных количествах. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ=31 кг/м ² . Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В клиническом и биохимическом анализах крови отклонений не выявлено. ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС=70 уд. в мин., горизонтальное положение электрической оси сердца, вариант нормы. Проведена ЭГДС, которая выявила множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные нессливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм, ограниченные менее, чем 2-мя складками.

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюкс-эзофагит, ст. А по Лос-Аджелесской классификации. Ожирение 1ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» установлен на основании жалоб больной на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приема пищи и при наклоне вперед. Диагноз «Рефлюкс эзофагит ст. А» установлен на основании данных ЭГДС (множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные несливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм, ограниченные менее, чем 2-мя складками). Диагноз «Ожирение 1ст.» установлен на основании ИМТ - 31 кг/м2.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
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	-	Суточная внутрипищеводная рН-метрия (для определения количества и длительности патологических рефлюксов за сутки, значения рН); рентгенологическое исследование пищевода, желудка (для выявления патологических изменений пищевода, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы), комплексное УЗИ органов брюшной полости.
P2	-	Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно.
P1	-	Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью.
P0	-	Ответ неверный.
В	4	Назовите группы лекарственных препаратов и 1-2 их представителя в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Ингибиторы протонной помпы (ИПП: омепразол, пантопразол, рабепразол, эзомепразол, лансопразол, декслансопразол) для подавления синтеза соляной кислоты путем ингибирования активности фермента H ⁺ , K ⁺ -АТФазы. Антациды – для подавления кислотного рефлюкса, повышения эффективности ИПП, нейтрализации желчного компонента рефлюктата. Альгинаты – для уменьшения «кислотного кармана» и нейтрализации кислоты в области пищеводно-желудочного перехода, для создания механического барьера (плота), препятствующего забросу содержимого желудка в пищевод.

		Прокинетики (итоприда гидрохлорид) – уменьшают количество ПРНПС, улучшают пищеводный клиренс путем стимуляции двигательной функции нижележащих отделов пищеварительного тракта. В случае подтверждения дуоденогастроэзофагеального рефлюкса – препараты УДХК. Адсорбенты (диоктаэдрический смектит) – для нейтрализации соляной кислоты желудочного сока, обладают выраженным адсорбирующим эффектом, связывая компоненты содержимого 12-перстной кишки (желчные кислоты, лизолецитин) и пепсин; т.о., диоктаэдрический смектит повышает устойчивость слизистой оболочки пищевода к повреждающему действию рефлюктата.
P2	-	Группы лекарственных препаратов и основание для их назначения определены верно.
P1	-	Группы лекарственных препаратов и основание для их назначения определены не полностью.
P0	-	Группы лекарственных препаратов и основание для их назначения определены неверно.
B	5	Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациентке?
Э	-	Соблюдение диеты (исключить большие объемы пищи, ее прием быстрыми темпами, прием пищи с пониженным содержанием жиров и повышенным содержанием белков, избегать прием продуктов, вызывающих повышение кислотопродукции в желудке и раздражающее действие на слизистую оболочку желудка). Отказ от курения, приема алкоголя. Снижение массы тела. Не принимать горизонтальное положение в течение 1,5 часа после еды, не принимать пищу и лекарственные препараты в горизонтальном положении. Не принимать пищу менее, чем за 3 часа до сна. Исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление (избегать тесной одежды, ношения тяжестей, напряжения брюшного пресса). В случае возникновения изжоги в горизонтальном положении – подъем головного конца кровати на 15 см.
P2	-	Ответ верный. Рекомендации по изменению образа жизни определены верно.
P1	-	Ответ неполный. Рекомендации по изменению образа жизни определены частично.
P0	-	Ответ неверный. Рекомендации по изменению образа жизни определены неверно.
H	-	007
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	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
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 48 лет обратился к врачу 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 25 000 Ед. два раза в сутки; эффекта от принимаемых препаратов не отмечал. Настоящее обострение в течение последних 3-х 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 24,9кг/м². Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 мин.; 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. Лабораторные данные: ОАК: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,3 \times 10^9/л$; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Hb – 148 г/л; тромбоциты – $217 \times 10^9/л$; СОЭ – 18 мм/ч. БАК: общий билирубин – 25 мкмоль/л; не прямой 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; ХС – 5,3 ммоль/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; мочевины – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 7,1 г/л; γ-глобулины – 12,5 г/л; альфа-

		фетопротеин – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; калий – 3,7 ммоль/л; Na – 137,5 ммоль/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ПТИ – 84. ИФА (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отриц. Кал на скрытую кровь – отриц. ОАМ: в пределах нормы. Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале METAVIR), умеренный фиброз. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Хронический гепатит токсической (этанол) этиологии, умеренной степени активности, стадия F2 (умеренный фиброз).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз «Хронический токсический (этанол) гепатит» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, тупую ноющую боль в правом подреберье, тошноту, снижение аппетита, периодический кожный зуд; данных анамнеза заболевания (пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 13 лет); данных объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, «пальмарной» эритемы, гепатомегалии). Подтверждают диагноз «хронический алкогольный гепатит» данные лабораторных исследований (повышение АСТ, АЛТ, ГГТП, общего билирубина, щелочной фосфатазы, а также повышение уровня триглицеридов). Исключена другая (в т.ч., вирусная) этиология хронического гепатита. Степень активности хронического алкогольного гепатита определена на основании повышения уровня АЛТ и АСТ (в 5 раз по сравнению с нормой). Стадия хронического алкогольного гепатита F2 установлена на основании данных эластометрии печени (по шкале METAVIR).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
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	-	УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (для исключения очаговых образований печени, признаков портальной гипертензии, сопутствующей патологии). КТГ органов брюшной полости. ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка. Ректороманоскопия для выявления варикозно-расширенных вен прямой кишки. Дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления признаков портальной гипертензии.
P2	-	Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно.
P1	-	Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью.
P0	-	Ответ неверный.
В	4	Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.
Э	-	Рекомендуется соблюдение диеты. Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, какао, газированные напитки. Целесообразно назначение диеты, богатой белками (не менее 1 г на 1 кг массы тела), с высокой энергетической ценностью (не менее 2000 ккал/сут.), с достаточным содержанием витаминов и микроэлементов (особенно группы В, фолиевой и липоевой кислот), цинка и селена, дефицит которых наиболее часто наблюдается при злоупотреблении алкоголем. Пациенту показано назначение Адеметионина в дозе 1600 мг в сутки в течение 4-8 недель. Применение экзогенного адеметионина позволяет снизить накопление и отрицательное воздействие токсических метаболитов на гепатоциты, стабилизировать вязкость клеточных мембран, активизировать работу связанных с ними ферментов. Эссенциальные фосфолипиды – встраиваются в фосфолипидный бислой мембран поврежденных гепатоцитов, восстанавливая их барьерную функцию.
P2	-	Ответ верный. Лечение назначено верно.
P1	-	Ответ неполный. Лечение назначено не полностью.
P0	-	Ответ неверный. Лечение назначено неверно.
В	5	При обращении к врачу через месяц после лечения пациент отметил улучшение самочувствия: исчезли слабость, повышенная утомляемость, тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом. При объективном осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Селезенка не увеличена. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямой билирубин – 16 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 38 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; ЩФ – 125 ед/л; ТГ – 2,6 ммоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные

		дистрофические изменения в паренхиме печени. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Так как при УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени, рекомендуется продолжить прием Адеметионина в дозе 1600 мг в сутки внутрь в течение 1 месяца. Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога.
P2	-	Ответ верный. Лечебная тактика определена верно.
P1	-	Ответ неполный. Лечебная тактика определена частично.
P0	-	Ответ неверный. Лечебная тактика определена неверно.
Н	-	008
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	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
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной А., 44 лет ведущий инженер шахты, жалуется на периодические боли в эпигастрии, 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 эпигастрии после кислой, копченой, соленой пищи. Принимал панкреатические ферменты, указанные явления исчезали. В последние месяцы испытывал перегрузки на работе (ночные смены), стрессы (предаварийные ситуации на шахте). Стал отмечать боли, которые вначале были тупыми, умеренной интенсивности, купировались 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 сигарет 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 мин., АД - 130/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом.

		Живот участвует в дыхании. При пальпации живота отмечает незначительную болезненность в эпигастрии, болезненность по ходу кишечника и объемные образования не выявлены. Печень по краю реберной дуги, пузырьные симптомы (Кера, Мерфи, Ортнера) отрицательные. Селезенка не пальпируется. Лабораторные данные: ОАК: 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.
В	1	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Язвенная болезнь желудка, впервые выявленная, с локализацией язвы средних размеров в средней трети желудка по малой кривизне, в стадии обострения, Н.р. – ассоциированная?
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Наличие у пациента ранних болей (через 20-30 минут после еды), уменьшение или исчезновение болей через 1,5-2 часа, диспепсических явлений в виде изжоги и горечи во рту, свидетельствующих о забросе содержимого желудка и желчи в пищевод (вследствие увеличения давления в желудке), а также наличие дефекта слизистой и подслизистого слоя дает основание установить язвенную болезнь желудка.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
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	-	- диагностика <i>H. pylori</i> (13С-дыхательный уреазный тест или определение АГ <i>H. Pylori</i> в кале. - УЗИ органов брюшной полости для исключения другой патологии брюшной полости;

		- исследование кала на скрытую кровь (гемоглобин/гаптоглобиновый комплекс).
P2	-	Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно.
P1	-	Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью.
P0	-	Ответ неверный. Методы дополнительного обследования определены неверно.
B	4	Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Для язвозаживляющей терапии следует выбрать ИПП (Омепразол, Эзомепразол, Рабепразол, Пантопразол, Лансопразол в стандартной дозе) курсом 4-6 нед. под контролем ЭГДС, который проводится с интервалом 2-4 нед. После диагностики H.pylori при положительных тестах – курс эрадикационной терапии. При неэффективности ИПП или наличии противопоказаний к их применению пациентам с обострением язвенной болезни с целью достижения заживления язв рекомендуется назначение в течение 4–6 недель блокаторов H2 -гистаминовых рецепторов. С целью ускорения сроков заживления язвы и улучшения качества образующегося рубца рекомендуется применение ребамипида, висмута трикалия дицитрат.
P2	-	Ответ верный. Лечение назначено верно.
P1	-	Ответ неполный. Лечение назначено не полностью.
P0	-	Ответ неверный. Лечение назначено неверно.
B	5	Какие рекомендации необходимо дать пациенту для профилактики обострения заболевания?
Э	-	1. Всем лицам с наличием инфекции H.pylori при отсутствии противопоказаний рекомендуется проведение эрадикационной терапии с целью профилактики рецидивов язвенной болезни. 2. Рекомендации по диете (регулярный дробный прием пищи, запрет на алкоголь, курение).
P2	-	Ответ верный. Меры профилактики определены верно.
P1	-	Ответ неполный. Меры профилактики определены частично.
P0	-	Ответ неверный. Меры профилактики определены неверно.
H	-	009
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	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

Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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, длящиеся до 3-х 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, содержащий капли жира. Отмечает снижение массы тела.
В	1	Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э	-	Хронический панкреатит токсической (этанол, курение) этиологии в стадии обострения с экзокринной недостаточностью поджелудочной железы.
P2	-	Предварительный диагноз поставлен верно.
P1	-	Предварительный диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Предварительный диагноз поставлен неверно.
В	2	Перечислите возможные осложнения данного заболевания
Э	-	- желтуха - эндокринные нарушения (панкреатогенный сахарный диабет, гипогликемические состояния) - воспалительные изменения, вызванные повреждающим действием ферментов: парапанкреатит, ферментативный холецистит, абсцесс, псевдокиста, реактивный гепатит - сдавление и тромбоз селезеночной, верхней брыжеечной и воротной вен - эрозивный эзофагит - синдром Мэллори-Вейса - гастродуоденальные язвы - хроническая дуоденальная непроходимость - абдоминальный ишемический синдром - панкреонекроз с развитием инфекционных осложнений (при обострении ХП) - протоковая аденокарцинома - недостаточность жирорастворимых витаминов и вит. В12 - остеопороз
P2	-	Осложнения заболевания определены верно.
P1	-	Осложнения заболевания определены не полностью.
P0	-	Осложнения заболевания определены неверно.

В	3	Какие методы обследования используются для подтверждения и уточнения диагноза?
Э	-	Общий анализ крови, определение в крови уровня панкреатической амилазы и липазы, общего билирубина и его фракций, АЛАТ, АСАТ, ЩФ, ГГТП, глюкозы, гликозилированного гемоглобина, общего белка и его фракций, липидного спектра, витамина В12, фолиевой кислоты, трансферрина, магния, кальция, цинка; определение амилазы моче; стандартное копрологическое исследование с микроскопией жира, определение активности эластазы-1 в кале; обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости, КТГ, МРТ/МРХПГ, эндо-УЗИ, денситометрия
P2	-	Ответ верный. Все методы обследования определены верно.
P1	-	Ответ не полный. Методы обследования определены не полностью.
P0	-	Ответ неверный. Методы обследования определены неверно.
В	4	Каковы основные задачи консервативного ведения/лечения пациентов с данным заболеванием?
Э	-	1. Прекращение употребления алкоголя, курения. 2. Определение причины боли и попытка снижения ее интенсивности. 3. Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. 4. Выявление и лечение эндокринной недостаточности поджелудочной железы. 5. Нутритивная поддержка. 6. Скрининг по поводу аденокарциномы поджелудочной железы.
P2	-	Ответ верный. Задачи консервативного лечения определены верно.
P1	-	Ответ неполный. Задачи консервативного лечения определены частично.
P0	-	Ответ неверный. Задачи консервативного лечения определены неверно.
В	5	Перечислите основные медикаментозные и немедикаментозные лечебные мероприятия, показанные для данного больного.
Э	-	- отказ от употребления алкоголя и курения; - дробный прием пищи с равномерным распределением жира во все порции (исключают острые, жирные, жареные блюда, питание должно быть дробным (не реже 4-5 раз в день)); - при интенсивной боли необходимо назначение анальгетиков – парацетамола или НПВП; - антациды; - спазмолитики: папаверин, но-шпа, платифиллин; - заместительная ферментная терапия: пациент должен получать не менее 25-40 тыс. ед. липазы на основной прием пищи и 10-25 тыс. ед. на промежуточный прием, эффективность заместительной ферментной терапии более высока при назначении ферментов во время еды; - витамины: С, В2, А, Е;

		- при недостаточной эффективности заместительной терапии в начальных дозах рекомендуется удвоить дозу ММСП или микротаблеток панкреатина; - пациентам с сохраняющимися симптомами несмотря на прием в максимальных дозах ферментных препаратов, покрытых кишечнорастворимой оболочкой, следует назначать терапию, подавляющую желудочную секрецию – ИПП.
P2	-	Ответ верный. Лечебные мероприятия определены верно.
P1	-	Ответ неполный. Лечебные мероприятия определены частично.
P0	-	Ответ неверный. Лечебные мероприятия определены неверно.
H	-	010
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	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
Ф	ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной С., 29 лет, программист, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому фланку, 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-форте с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому фланку живота. Начал прием но-шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал

		левомицетин 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, появление которых пациент связывал с употреблением недоброкачественных продуктов. Лечился, как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств. При осмотре: состояние удовлетворительное, $t - 36,8^{\circ}\text{C}$, рост 178 см, вес 61 кг, кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны звучные, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. 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 эпигастриальной и подреберных областей безболезненна. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезенки по Курлову: 10x8x7 см и 6x4 см, соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. В общем анализе крови: эритроциты = $3,02 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb = 103 г/л, МСН - 23p/g, МСНС – 300 g/l, лейкоциты = $12,6 \times 10^9/\text{л}$, 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%, СРБ – 95мг/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.
В	1	Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э	-	Язвенный колит, дистальная форма, острое течение, среднетяжелая атака. Хроническая постгеморрагическая анемия легкой степени.
P2	-	Предварительный диагноз поставлен верно.
P1	-	Предварительный диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Предварительный диагноз поставлен неверно.

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Пациент имеет диарейный синдром, включая ночную диарею; патологические примеси в кале (слизь, кровь); ложные позывы на дефекацию; умеренные боли спастического характера в проекции сигмовидной кишки, малоинтенсивные, в нижних отделах живота ближе к левому фланку, возникающие перед дефекацией; снижение массы тела; анемию; маркеры синдрома системного воспаления; высокие показатели фекального кальпротектина и достаточно специфические эндоскопические изменения слизистой оболочки прямой кишки; заболевание манифестировало после поездки на юг (воздействие инсоляции, диета с большим содержанием растительной клетчатки).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Какие методы обследования используются для подтверждения и уточнения диагноза?
Э	-	Дополнительно к проведенному обследованию, пациенту рекомендовано проведение ФКС (оценка протяженности поражения толстой кишки) с биопсией слизистой оболочки толстой кишки из зоны максимального поражения с целью оценки степени тяжести воспалительного процесса. Бактериологическое и микроскопическое исследование кала с целью исключения микробного генеза воспаления слизистой оболочки толстой кишки. Исследование кала на предмет исключения глистнопаразитарной инвазии, токсинов А и В <i>Cl. difficile</i> . Серологическая диагностика CMV-инфекции, ВИЧ – инфекции. Биохимический анализ крови (общий билирубин и его фракции, АЛТ, АСТ, протеинограмма, железо сыворотки, общая железосвязывающая способность, ферритин, трансферрин, глюкоза). Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза. КТГ органов брюшной полости с контрастированием кишечника. Обзорная рентгенография брюшной полости (при тяжелой атаке) для исключения токсической дилатации и перфорации толстой кишки.
P2	-	Ответ верный. Все методы обследования определены верно.
P1	-	Ответ не полный. Методы обследования определены не полностью.
P0	-	Ответ неверный. Методы обследования определены неверно.
В	4	Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.
Э	-	Пациент нуждается в динамическом врачебном наблюдении с целью своевременной и адекватной коррекции лечения при необходимости. Показано стационарное лечение в условиях специализированного гастроэнтерологического отделения. Диетотерапия – стол 4. Необходимо назначение перорального месалазина (гранулы, таблетки, таблетки ММХ) 3-4,8 г/сут. в

		комбинации с месалазином в клизмах 2-4 г/сут. (в зависимости от эндоскопической активности). Оценка терапевтического ответа проводится через 2 недели от начала лечения. При положительном ответе терапия продолжается до 6-8 недель. При достижении ремиссии проводится поддерживающая терапия препаратами месалазина (гранулы, таблетки, таблетки ММХ) 1,2-2,4 г/сут. внутрь + месалазин в клизмах по 2 г х 2 раза в неделю (терапия «выходного дня»). Допустимо назначение сульфасалазина 2 г/сут. вместо месалазина. При отсутствии эффекта от 5-АСК показано пероральное назначение топических (только при среднетяжёлой форме) или системных ГКС. Системные ГКС назначают в дозе, эквивалентной 60 мг преднизолона, топические (будесонид ММХ) в дозе 9 мг/сут. в течение 8 недель. Показана комбинация с АЗА 2-2,5 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг. После 8-недельного приема будесонида ММХ, снижение дозы проводится через день в течение 1-2 недель до полной отмены. При достижении ремиссии дальнейшая поддерживающая терапия проводится АЗА 2 мг/кг/сут. или 6-МП 1,5 мг/кг не менее 2 лет. Используется также симптоматическая терапия по показаниям (панкреатические полиферментные средства, спазмолитики, препараты железа и т. д.).
P2	-	Ответ верный. Лечебная тактика определена верно.
P1	-	Ответ неполный. Лечебная тактика определена частично.
P0	-	Ответ неверный. Лечебная тактика определена неверно.
B	5	Определите план диспансерного наблюдения у данного пациента
Э	-	Язвенный колит характеризуется хроническим рецидивирующим течением. Диспансерное наблюдение при ЯК проводится пожизненно и может быть прервано только при удалении толстой кишки. Целью диспансерного наблюдения является, в первую очередь, профилактика колоректального рака. У большинства пациентов в стадии клинической ремиссии колоноскопия должна выполняться не реже, чем каждые 3 года. Больному следует разъяснить необходимость постоянного приема лекарственных препаратов, поскольку соблюдение предписаний по терапии существенно (в 2-2,5) раза снижает частоту обострений, а сама терапия является методом химиопрофилактики колоректального рака. С точки зрения долгосрочного прогноза течения ЯК целесообразно регулярно оценивать наличие эндоскопической ремиссии (заживления слизистой оболочки). Для этих целей рекомендуется каждые 6 месяцев выполнять исследование кала на уровень фекального кальпротектина и/или ректороманоскопию.
P2	-	Ответ верный. План диспансерного наблюдения определен верно.
P1	-	Ответ неполный. План диспансерного наблюдения определен частично.
P0	-	Ответ неверный. План диспансерного наблюдения определен неверно.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1. Перечень кейс-заданий к зачету, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: кейс задания по разделам практики.

5.1.1. Кейс задания зачету по практике «Производственная (клиническая) практика 4» для оценки компетенции ПК-5, ПК-6, ПК-12:

Н	-	001
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	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
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной К., 68 лет обратился к гастроэнтерологу с жалобами на боли в нижних отделах живота спастического характера, запоры. При физикальном обследовании отклонений не обнаружено. Лабораторные данные: ОАК – все показатели в пределах нормы, анализ кала на скрытую кровь – отрицательный. Ирригоскопия: выявлено множество дивертикулов в сигмовидной и нисходящей ободочной кишке.
В	1	Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз
Э	-	Клинически выраженный дивертикулез
Р2	-	Предварительный диагноз поставлен верно.
Р1	-	Предварительный диагноз поставлен не полностью.
Р0	-	Предварительный диагноз поставлен неверно.
В	2	Составьте план дополнительного обследования пациента
Э	-	Биохимический анализ крови; копрограмма; бактериологическое исследование кала; биохимический анализ кала на метаболиты кишечной микрофлоры; водородный дыхательный тест; фекальный кальпротектин; ОАМ; ФКС; УЗИ органов брюшной полости.
Р2	-	Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно.
Р1	-	Ответ неполный. Методы дополнительного обследования определены не полностью.

P0	-	Ответ неверный. Методы дополнительного обследования определены неверно.
B	3	С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
Э	-	- СРК-З - Функциональный запор - ВЗК - Опухоли толстой кишки - Кишечные инфекции
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно.
B	4	Дайте рекомендации по диете у данного пациента
Э	-	Рекомендуется высокошлаковая диета с дополнительным введением в рацион нерастворимых растительных волокон (пшеничные отруби 20-32 г в сутки, микрокристаллическая целлюлоза-200)
P2	-	Ответ верный. Рекомендации по питанию определены верно.
P1	-	Ответ неполный. Рекомендации по питанию определены частично.
P0	-	Ответ неверный. Рекомендации по питанию определены неверно.
B	5	Составьте план медикаментозного лечения
Э	-	1. Селективные спазмолитики (мебеверин). 2. Рифаксимин 400мг 2 раза в сутки в течение 1 недели 1 раз в месяц в течение года. 3. Месалазин 400мг 2 раза в сутки курсом 10 дней ежемесячно в течение года. 4. Осмотические слабительные (полиэтиленгликоль, лактулоза, лактитол) и пробиотики. В случае отсутствия эффекта от проводимой терапии необходимо повторить диагностические исследования, направленные на исключение маловыраженного воспалительного процесса.
P2	-	Ответ верный. Лечебная тактика определена верно.
P1	-	Ответ неполный. Лечебная тактика определена частично.
P0	-	Ответ неверный. Лечебная тактика определена неверно.
H	-	002
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	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
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в

		соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
У	-	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 объеме, отеки на нижних конечностях в области стоп и голеней. В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3-х 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. ИМТ=19,4 кг/м² Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отеки стоп и нижней трети голеней. В легких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объеме, 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 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча темно-желтая. Лабораторные данные: ОАК: эритроциты – 4,1×10¹²/л; Нв– 122 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – 98×10⁹/л, лейкоциты – 3,2×10⁹/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч. БАК: общий билирубин – 130 мкмоль/л, прямой билирубин – 100 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л. ФГДС: варикозное расширение вен пищевода I ст. УЗИ брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры четкие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной 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 см². Свободная жидкость в брюшной полости.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз

Э	-	Цирроз печени токсической (этанол) этиологии, класс С по Чайлд-Пью. Портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, ВРВ пищевода I ст.). Гиперспленизм (тромбоцитопения, лейкопения). Печеночная энцефалопатия I ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	У больного выявлены астено-вегетативные проявления, желтуха, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объеме, отеки на нижних конечностях в области стоп и голеней, «печеночные знаки»: «сосудистые звездочки», синдром портальной гипертензии (гепатоспленомегалия, асцит, варикозное расширение вен пищевода, передней брюшной стенки, расширение портальной вены), цитолиз, признаки печеночной недостаточности (гипоальбуминемия, гипокоагуляция), анемия легкой степени тяжести (анемия хронических заболеваний?). По данным УЗИ – паренхима печени неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Алкогольный анамнез свидетельствует о наиболее вероятной этиологии цирроза печени. Класс С выставлен согласно классификации Чайлд-Пью – 11 баллов. Снижение скорости теста связывания чисел свидетельствует о I степени печеночной энцефалопатии. Тромбоцитопения, лейкопения в данной ситуации связаны с гиперспленизмом.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
Э	-	Анализ крови: коагулограмма, общий белок, креатинин, мочевины, калий, натрий, ГГТП, ЩФ, амилаза, сывороточное железо, общая железосвязывающая способность, ферритин, трансферрин, маркеры вирусных гепатитов HBsAg, антитела к HCV, ВИЧ-инфекции. Общий анализ мочи, копрограмма. ЭКГ. Рентгенография легких. УЗИ с эластометрией. КТГ органов брюшной полости.
P2	-	Ответ верный. Все методы обследования определены верно.
P1	-	Ответ не полный. Методы обследования определены не полностью.
P0	-	Ответ неверный. Методы обследования определены неверно.
В	4	Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Отказ от алкоголя. Диета с содержанием белка 1,0 г/кг/сут. Калорийность пищи - 1800–2500 ккал/сут. Ограничение содержания соли до 5,2 г/сут. Санация кишечника с целью уменьшения эндотоксемии. Лактулоза – 15-45 мл 2-3 раза в сутки (стул до 2-3-х раз в сутки).

		Возможен прием невсасывающихся антибиотиков (Рифаксимин 1200 мг/сут. 7-10 дней). Высокие очистительные клизмы. Уменьшение токсического действия аммиака. Орнитин-аспартат – 5 г по 1-2 пакетика гранул, растворенных в воде × 3 раза в сутки после еды. Мочегонная терапия. Спиронолактон – 50-200 мг/сут. Фуросемид - 40 мг/сут. (повышение дозы на 40 мг каждые 7 дней до 160 мг/сут., критерий эффективности – уменьшение массы тела на 2 кг/нед.). Снижение давления в портальной вене. Анаприлин – 40 мг 1 раза в сутки.
P2	-	Ответ верный. Лечебная тактика определена верно.
P1	-	Ответ неполный. Лечебная тактика определена частично.
P0	-	Ответ неверный. Лечебная тактика определена неверно.
B	5	Какие возможны осложнения данного заболевания?
Э	-	Печеночная энцефалопатия. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Гепаторенальный синдром. Инфекционные осложнения (спонтанный бактериальный перитонит, пневмония, инфекции мочевыводящих путей и др.), остеопения и остеопороз.
P2	-	Ответ верный. Осложнения заболевания определены верно.
P1	-	Ответ неполный. Осложнения заболевания определены частично.
P0	-	Ответ неверный. Осложнения заболевания определены неверно.
H	-	003
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	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
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент, 40 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в животе, метеоризм, кашицеобразный, иногда водянистый, пенистый стул, который иногда чередуется с запорами, также отмечает общую слабость. Свое состояние связывает с приемом молока, хотя в детстве подобного не замечал. Симптомы появились после холецистэктомии по поводу гангренозного холецистита, с развитием в послеоперационном периоде динамической кишечной непроходимости, по поводу чего

		была выполнена резекция тонкой кишки. АД – 110/60 мм рт. ст., PS – 89 ударов в минуту, ЧДД – 18 в минуту, температура тела – 36,7°C.
В	1	Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз
Э	-	Вторичная лактазная недостаточность
P2	-	Предварительный диагноз поставлен верно.
P1	-	Предварительный диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Предварительный диагноз поставлен неверно.
В	2	Перечислите методы лабораторной диагностики данного заболевания
Э	-	Копрограмма. Определение содержания углеводов в кале. Определение уровня pH при копрологическом исследовании. Определение количества водорода в выдыхаемом воздухе после употребления лактозы. Биохимическое исследование кала на метаболиты кишечной микрофлоры. Морфологическое исследование слизистой оболочки из постбульбарного отдела 12-перстной кишки. Биохимическом определении активности лактазы в гомогенизированном биоптате из слизистой оболочки 12-перстной кишки. Определение уровня глюкозы в крови после нагрузки лактозой. Определение кальция, калия, вит. В12, вит. D в крови.
P2	-	Методы лабораторной диагностики определены верно.
P1	-	Методы лабораторной диагностики определены частично.
P0	-	Методы лабораторной диагностики определены неверно.
В	3	Каковы основные принципы лечения данного заболевания?
Э	-	1. Лечение основного заболевания. 2. Диетотерапия – ограничение или исключение употребления молока. Рекомендуются употребление низколактозных продуктов (кисломолочные продукты: твердые сыры, кефир, творог, йогурт; специальные молочные продукты, содержащие весьма небольшое количество лактозы, например, безлактозное молоко). Не следует полностью исключать молочные продукты, являющиеся источником кальция. Через 1-3 месяца диету следует постепенно расширять по переносимости под контролем клинических симптомов (диарея, метеоризм). 3. При неэффективности диетотерапии – Лактазар для взрослых и детей старше 7 лет – 1 капсула во время каждого приема пищи, содержащей молочные продукты или лактозу.
P2	-	Ответ верный. Принципы лечения определены верно.
P1	-	Ответ не полный. Принципы лечения определены не полностью.
P0	-	Ответ неверный. Принципы лечения определены неверно.
В	4	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Э	-	Функциональная диарея, СРК, аллергия на молочный белок, СИБР, внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен частично.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно.
В	5	Перечислите основные причины данного состояния
Э	-	Различают 3 формы лактазной недостаточности: врожденная (генетическая) – полное отсутствие лактазы вследствие генетического дефекта (встречается крайне редко), первичная – наиболее распространенная во взрослой популяции, когда развивается дефицит лактазы после окончания грудного вскармливания, вторичная – развивается после кишечных инфекций, вследствие целиакии, при повреждении ворсин слизистой тонкой кишки, на фоне заболеваний кишечника.
P2	-	Основные причины данного состояния определены верно.
P1	-	Основные причины данного состояния определены частично.
P0	-	Основные причины данного состояния определены неверно.
Н	-	004
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	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
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной П., 54 лет, слесарь, жалуется на боли в эпигастральной области постоянного характера, усиливающиеся после приема пищи и иррадиирующие в подлопаточное пространство слева, постоянное подташнивание, отрыжку 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, повторяющейся 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 смываться со стенок унитаза. Исходную массу тела полностью не набрал. Периодически принимал Мезим-форте, Микразим 10 тыс. ЕД с низким эффектом, при усилении боли использовал Но-шпу. Последнее ухудшение наступило 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 кг/м². 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 вздут, перитонеальные симптомы отрицательные. 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) отрицательные. Селезенка не пальпируется. Лабораторные данные: ОАК: 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%. БАК: общий белок - 60 г/л, общий билирубин - 16,4 (прямой - 6,1; свободный - 10,3) ммоль/л, амилаза - 37 ед/л (N=5-32); глюкоза - 8,5 ммоль/л, мочевины - 4,7 ммоль/л. Копрограмма: 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 в 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 (N до 30), тело - 32 мм (N до 17), хвост - 37 мм (N 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.
В	1	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз
Э	-	Хронический рецидивирующий кальцифицирующий панкреатит токсической (этанол) этиологии, в фазе обострения. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы. Панкреатогенный сахарный диабет? Хронический антральный гастрит, Н.pylori-ассоциированный?
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	У больного, длительно употребляющего алкогольные напитки, развился панкреатит (был эпизод острого панкреатита). Затем процесс принял хронический характер и сопровождался болью, вначале периодической, затем постоянной, усилением боли после приема пищи, диспепсическими явлениями в виде подташнивания, снижением аппетита, быстрым насыщением, а в последующем – изменением стула в виде кашицеобразного, а затем – и жидкого. Несмотря на имеющуюся патологию поджелудочной железы, больной продолжал употреблять алкоголь, не соблюдал диету, не принимал рекомендуемые препараты. При обследовании имеется умеренный лейкоцитоз с незначительным сдвигом влево – воспалительный синдром, снижение общего белка, незначительная амилаземия, увеличение глюкозы крови натощак, что может свидетельствовать о инкреторной недостаточности поджелудочной железы. В копрограмме имеется стеаторея, креаторея, что свидетельствует о внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Снижена фекальная эластаза (100 мкг и менее – критерий тяжелой степени внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
Э	-	КТГ органов брюшной полости. При необходимости – МРХПГ/ЭндоУЗИ с целью более детальной визуализации ПЖ, желчевыводящих путей и главного панкреатического протока. Биохимия крови: АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, панкреатическая амилаза и липаза, липидный спектр, вит. В12, вит. D, кальций, глюкоза в динамике, гликозилированный гемоглобин. Кал на яйца глист, яйца описторхов, цисты лямблий. Консультация эндокринолога.

		Указанные исследования назначаются с целью уточнения степени поражения поджелудочной железы, внешнесекреторной и внутрисекреторной ее недостаточности. Неинвазивная диагностика пилорического хеликобактера с целью определения этиологии гастрита.
P2	-	Ответ верный. Все методы обследования определены верно.
P1	-	Ответ не полный. Методы обследования определены не полностью.
P0	-	Ответ неверный. Методы обследования определены неверно.
B	4	Какое лечение рекомендуется пациенту?
Э	-	Пациенту рекомендована госпитализация, стационарное лечение: - отказ от употребления алкоголя и курения; - режим полупостельный; - дробный прием пищи с равномерным распределением жира во все порции (исключают острые, жирные, жареные блюда, питание должно быть дробным (не реже 4-5 раз в день)); - при интенсивной боли необходимо назначение анальгетиков – парацетамола или НПВП; - антациды; - антибиотики широкого спектра действия; - спазмолитики: папаверин, но-шпа, платифиллин, мебеверин; - заместительная ферментная терапия: пациент должен получать не менее 25-40 тыс. ед. липазы на основной прием пищи и 10-25 тыс. ед. на промежуточный прием, эффективность заместительной ферментной терапии более высока при назначении ферментов во время еды; - витамины: С, В2, А, Е; - при недостаточной эффективности заместительной терапии в начальных дозах рекомендуется удвоить дозу ММСП или микротаблеток панкреатина; - пациентам с сохраняющимися симптомами несмотря на прием в максимальных дозах ферментных препаратов, покрытых кишечнорастворимой оболочкой, следует назначать терапию, подавляющую желудочную секрецию – ИПП.
P2	-	Ответ верный. Лечебная тактика определена верно.
P1	-	Ответ неполный. Лечебная тактика определена частично.
P0	-	Ответ неверный. Лечебная тактика определена неверно.
B	5	Укажите меры профилактики обострения заболевания
Э	-	Отказ от приема алкоголя и табакокурения. Дробное питание (4–5 раз в день, равномерными порциями с одинаковым распределением жирсодержащих продуктов в рационе), отказ от переедания. Употребление разнообразной пищи с низким содержанием насыщенных жиров и холестерина (нерафинированные растительные жиры несколько ограничиваются только у лиц с избыточной массой тела). Выбор рациона с достаточным количеством пищевых волокон, содержащихся в зерновых продуктах, овощах и фруктах.

		Найти баланс между количеством принимаемой пищи и физической активностью (для стабилизации массы тела со стремлением к идеальным показателям с поправкой на возраст).
P2	-	Ответ верный. Профилактические меры определены верно.
P1	-	Ответ неполный. Профилактические меры определены частично.
P0	-	Ответ неверный. Профилактические меры определены неверно.
H	-	005
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	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
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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 появился 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, II ФК. НК II «А» (II ФК по NYHA). Ожирение II ст.». Назначенное лечение (преднизолон, ингаляционные глюкокортикостероиды, бронхолитики) имело незначительный эффект. Прием нитратов, со слов пациентки, был эффективен, приводя к купированию загрудинной боли в течение получаса. В течение последних 2-3-х 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 медицинской 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.
В	1	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз заболевания, которое объединяет жалобы больной
Э	-	ГЭРБ: рефлюкс-эзофагит?
P2	-	Предварительный диагноз поставлен верно.
P1	-	Предварительный диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Предварительный диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие осложнения возможны при данном заболевании?
Э	-	Пептическая язва пищевода, пептическая стриктура пищевода, пищеводные кровотечения, пищевод Баррета
P2	-	Осложнения заболевания перечислены верно.
P1	-	Осложнения заболевания перечислены не полностью.
P0	-	Осложнения заболевания перечислены неверно.
В	3	Какие специальные методы исследования применяются при данном заболевании?
Э	-	ЭГДС высокого разрешения, внутрипищеводная суточная рН-метрия, рН-импедансометрия, пищеводная манометрия, рентгенологическое исследование пищевода, УЗИ органов брюшной полости
P2	-	Ответ верный. Все методы обследования определены верно.
P1	-	Ответ не полный. Методы обследования определены не полностью.
P0	-	Ответ неверный. Методы обследования определены неверно.
В	4	Какие рекомендации по изменению образа жизни и питания необходимо дать пациентке?
Э	-	- нормализация массы тела, - отказ от курения, - отказ от переедания и прекращение приема пищи за 2ч до сна (не следует увеличивать число приемов пищи – необходимо соблюдать 3-4-х разовое питание и отказаться от перекусов), - избегать приема лекарств в горизонтальном положении и горизонтального положения в течение 1 часа после приема лекарственных препаратов, - максимально избегать ситуаций, способствующих повышению внутрибрюшного давления – ношение тугих поясов, корсетов и бандажей, поднятие тяжестей более 8-10 кг, работы, сопряженной с наклоном туловища вперед, физических упражнений, связанных с перенапряжением мышц брюшного пресса, - поднятие изголовья кровати в случае возникновения изжоги в горизонтальном положении (в ночное время)
P2	-	Ответ верный. Модификация образа жизни и питания определены верно.

P1	-	Ответ неполный. Модификация образа жизни и питания определены частично.
P0	-	Ответ неверный. Модификация образа жизни и питания определены неверно.
B	5	Какие препараты применяются для лечения данного заболевания (указать группу и название препарата)?
Э	-	1. Ингибиторы протонной помпы – базисная группа препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (Омепразол, Лансопразол, Эзомепразол, Пантопразол, Рабепразол, Декслансопразол). 2. Антациды, альгинаты – симптоматическая терапия для быстрого купирования симптомов ГЭРБ, повышения эффективности ИПП, нейтрализации токсического компонента рефлюктата смешанного характера. 3. Прокинетики (итоприда гидрохлорид) - влияют на тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшают антродуоденальную координацию. 4. В случае доказанного смешанного (дуоденогастроэзофагеального) характера рефлюктата – УДХК (урсосан). 5. Энтеросорбенты (диоктаэдрический смектит – смекта).
P2	-	Группы лекарственных средств определены верно.
P1	-	Группы лекарственных средств определены частично.
P0	-	Группы лекарственных средств определены неверно.
H	-	006
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	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
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 49 лет обратился к врачу 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 2-х 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 капсулы 3 раза в сутки, ферментные препараты (креон, 25 000 ЕД 2 раза в сутки), при этом улучшения самочувствия не отмечал. 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, с вредными производственными факторами не работал, был донором. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост-177 см, вес -79 кг, ИМТ 25,2 кг/м². Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. ЧСС=72 в 1 мин., 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. Лабораторные данные: ОАК: 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 – $0,06 \times 10^9/л$; Нб – 145г/л; тромбоциты – $232 \times 10^9/л$; СОЭ – 23 мм/ч. БАК: общий билирубин – 35 мкмоль/л; непрямой 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; мочевины – 3,2 ммоль/л; альбумин – 39 г/л; общий белок – 71 г/л; альфа-1-глобулины – 3,0 г/л; альфа-2-глобулины – 5,5 г/л; бета-глобулины – 6,0 г/л; γ-глобулины – 17,5 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопроtein – 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; сывороточное железо – 21,3 мкмоль/л; общий ХС – 5,0 ммоль/л; церулоплазмин – 185 мг/л. ПТИ – 62%. Кал на скрытую кровь – отриц. ОАМ: в пределах нормы. ИФА (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 – 61 000 МЕ/мл. 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.

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Цирроз печени, ассоциированный с HBV-инфекцией, класс А по Child-Pugh (компенсированный).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз «цирроз печени, ассоциированный с HBV-инфекцией, класс А по Child-Pugh» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, тупую боль в правом подреберье; данных анамнеза, объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, гепатомегалии). Подтверждают вирусную этиологию цирроза печени данные исследований: выявление HBsAg; анти-HBcIgG; анти-HBe; ПЦР ДНК ВГВ – положительный, уровень ДНК ВГВ (61 000 МЕ/мл); исключена другая этиология цирроза печени: (исследование крови на маркеры гепатита С, D: анти-HCV – отрицательный; анти-HDV – отрицательный), а также исключены злоупотребление алкоголем, прием гепатотоксичных лекарственных средств, контакт с гепатотоксичными производственными факторами, болезнь Вильсона-Коновалова. Класс А ЦП установлен на основании классификации Child-Pugh. Согласно классификационным критериям (печеночная энцефалопатия, асцит не определены, общий билирубин – 35 мкмоль/л, альбумин – 39 г/л, ПТИ – 62%) определено 6 баллов, что соответствует классу А по Child-Pugh. Диагноз цирроза печени подтверждается данными эластометрии печени: F4 (по шкале METAVIR), что соответствует циррозу печени. Зарегистрировано изменение биохимических показателей крови: повышение АЛТ, АСТ, общего билирубина (за счет непрямой фракции), ГГТП, гамма-глобулинов, снижение ПТИ. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
Э	-	ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода, желудка, застойной гастропатии. Ректороманоскопия для выявления варикозно-расширенных вен прямой кишки. Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография для получения более точной информации о форме, структуре и размерах печени. При использовании контрастного усиления возможно

		дифференцировать наиболее часто встречающуюся очаговую патологию печени (кисты, гемангиомы, метастазы). Дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления портальной гипертензии.
P2	-	Ответ верный. Все методы обследования определены верно.
P1	-	Ответ не полный. Методы обследования определены не полностью.
P0	-	Ответ неверный. Методы обследования определены неверно.
B	4	Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.
Э	-	Рекомендовано соблюдение диеты: исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао. Рекомендована противовирусная терапия (ПВТ), так как у больных циррозом печени, ассоциированной с HBV-инфекцией, назначать ПВТ требуется при любом определяемом уровне виремии независимо от активности АЛАТ. У пациентов с ЦП класса А по шкале Child-Pugh могут использоваться препараты интерферонового ряда, однако при их применении необходимо помнить о риске развития инфекционных осложнений и декомпенсации функции печени у этой категории больных. Предпочтение следует отдавать аналогам нуклеотидов/нуклеозидов (ламивудин, телбивудин, тенофавир, энтекавир). Среди аналогов нуклеозидов/нуклеотидов предпочтение следует отдавать Энтекавиру и Тенофовиру, поскольку они обладают высокой противовирусной активностью и к ним редко развивается резистентность. Энтекавир (нуклеозидный аналог Гуанозина) внутрь в дозе 0,5 мг/сут. в течение 48 недель. Активность АЛАТ необходимо оценивать каждые 3 месяца в процессе лечения и после его окончания. При лечении аналогами нуклеозидов/нуклеотидов мониторинг уровня ДНК HBV должно проводиться 1 раз в 3 месяца как минимум в течение первого года лечения.
P2	-	Лечение назначено верно.
P1	-	Лечение назначено не полностью.
P0	-	Лечение назначено неверно.
B	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 – 67%; креатинин – 72 мкмоль/л. Общий анализ крови – в пределах нормы. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	У пациента получен вирусологический ответ, так как концентрация ДНК ВГВ составила 10 МЕ/мл. Отмечена положительная динамика биохимических показателей (снижение АЛТ, АСТ, ГГТП, общего билирубина) и серологический ответ по HBsAg (клиренс HBsAg с формированием анти-HBsAg).

		Продолжить противовирусную терапию Энтекавиром внутрь в дозе 0,5 мг/сут. до 48 недель. После окончания лечения провести биохимический анализ крови, количественный анализ ДНК HBV, затем – 1 раз в 6 месяцев. Несмотря на вирусологическую ремиссию на фоне приема аналогов нуклеозидов/нуклеотидов, пациенты с ЦП должны мониторироваться на предмет развития гепатоцеллюлярной карциномы. Соблюдение диеты, диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога.
P2	-	Лечебная тактика определена верно.
P1	-	Лечебная тактика определена частично.
P0	-	Лечебная тактика определена неверно.
H	-	007
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	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
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 32 года. При обращении в поликлинику предъявляет жалобы на неоформленный стул с примесью крови до 10 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца. Из анамнеза: примесь крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3-х месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°C. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 175 см, вес – 58 кг. ИМТ=18,9 кг/м ² . В легких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в мин. При аускультации сердца – ритм правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет, тоны звучные. ЧСС – 98 ударов в мин. АД – 110/70 мм рт. ст. (D=S). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланковой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

		Лабораторные данные: ОАК: эритроциты – $2,7 \times 10^{12}$, Hb - 103 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – 270×10^9 , лейкоциты – $7,0 \times 10^9$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 29 мм/ч. Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения Фиброколоноскопия: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Язвенный колит, левостороннее поражение, острое течение, тяжелая атака. Постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз «Язвенный колит» (ЯК) установлен на основании характерных клинических проявлений – диареи с примесью слизи, крови на протяжении 3-х месяцев, схваткообразных болей внизу живота перед дефекацией, похудения на 7 кг за 3 месяца, болезненности при пальпации в левой фланковой и левой подвздошной области, наличия слизи, высоких лейкоцитов и эритроцитов в копрограмме; данных ФКС – непрерывное поражение левых отделов толстой кишки, контактная кровоточивость, наличие множественных эрозий слизистой оболочки, покрытых фибрином в ректосигмоидном сегменте. Тяжелая атака определена на основании частоты стула до 10-ти раз в сутки, тахикардии до 98 ударов в 1 мин., гемоглобина 103 г/л, контактной ранимости слизистой оболочки толстой кишки. Диагноз «Анемия» установлен на основании снижения показателей гемоглобина и эритроцитов в общем анализе крови.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте план дополнительного обследования пациента
Э	-	Пациенту рекомендовано: в динамике общий анализ крови с подсчетом ретикулоцитов; общий анализ мочи; биохимические исследования крови (общий белок, альбумин, общий билирубин и его фракции, глюкоза, липидный спектр, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТ, калий, натрий, мочевины, креатинин, панкреатическая амилаза, СРБ, сывороточное железо, ОЖСС, ферритин, трансферрин); гистологическое исследование биоптатов толстой кишки; бактериологическое исследование кала; выявление в кале токсинов

		А и В к <i>Cl.difficile</i> ; фекальный кальпротектин; копрограмма в динамике. УЗИ брюшной полости; КТГ органов брюшной полости; обзорная рентгенография брюшной полости для исключения токсической дилатации и перфорации толстой кишки; ФГДС.
P2	-	Ответ верный. Все методы обследования определены верно.
P1	-	Ответ не полный. Методы обследования определены не полностью.
P0	-	Ответ неверный. Методы обследования определены неверно.
В	4	Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор.
Э	-	При тяжелой атаке левостороннего ЯК показано назначение системных или топических ГКС: преднизолон в дозе 75 мг/сут. в/в или гидрокортизон в дозе 300 мг/сут. в/в в течение 7 дней. Дополнительно можно назначить местную терапию клизмами с месалазином 2-4 г/сут. или суспензию гидрокортизона 300 мг/сут. При клиническом ответе на терапию через 7 дней пациент переводится на пероральный прием ГКС: преднизолон 75 мг или метилпреднизолон 60 мг с последующим снижением дозы до полной отмены по 5-10 мг преднизолона или 4-8 мг метилпреднизолона в неделю. Начиная с дозы ГКС, эквивалентной 30-40 мг преднизолона, можно добавить месалазин per os в дозе 3-4 г/сут. При отсутствии эффекта от в/в введения ГКС показано проведение индукционного курса инфликсимаба на 0, 2, 6 неделе или циклоспорина А 2-4 мг/кг в/в 7 дней. Коррекция анемии –при подтверждении железодефицита показаны пероральные формы препаратов трехвалентного железа.
P2	-	Лечение назначено верно.
P1	-	Лечение назначено не полностью.
P0	-	Лечение назначено неверно.
В	5	Через 2 недели терапии отмечено уменьшение частоты стула до 2-х раз в сутки, нет примесей крови в кале. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	При достижении ремиссии после курса ГКС поддерживающее лечение включает прием Месалазина 3-4 г/сут. При ответе на индукционный курс инфликсимаба дальнейшая поддерживающая терапия проводится каждые 8 недель в течение не менее, чем 2 года в комбинации с АЗА 2 мг/кг (или 6МП 1,5 мг/кг). При положительном ответе на в/в введение циклоспорина А через 7 дней – переход на пероральный прием препарата в дозе 2 мг/кг с дополнительным назначением АЗА 2 мг/кг (на фоне стероидов с постепенной отменой в течение 12 недель). При достижении ремиссии можно отменять пероральный циклоспорин, оставив больного на поддерживающей терапии АЗА не менее 2-х лет.
P2	-	Лечебная тактика определена верно.
P1	-	Лечебная тактика определена частично.
P0	-	Лечебная тактика определена неверно.
Н	-	008

Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	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
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной С., 69 лет, пенсионер, обратился в поликлинику к терапевту 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 нитроминта и при прекращении нагрузки Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приема но-шпы, алмагеля. 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 т.ч. тромбо-асс и клопидогрел, последние 5 месяцев прекратил прием крестора. При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 27 кг/м², кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. 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: 11х9х8 см и 6х4 см, соответственно. Край печени плотноэластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

		В лабораторных исследованиях: эритроциты $3,11 \times 10^{12}/л$, Hb 103 г/л, МСН - 22p/g, МСНС – 300 g/l, лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$. СОЭ 8 мм/час. Общий холестерин 7,8 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, 72 в 1 мин.; RI> RII> RIII, в I, avL, v1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	НПВП – ассоциированная гастропатия: эрозивно-язвенное поражение желудка, осложнившееся состоявшимся желудочно-кишечным кровотечением. Постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести. ИБС: стабильная стенокардия, II ФК, ПИКС. ХСН III ФК (II по NYHA)
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Пациент имеет несколько факторов риска развития у него НПВП-ассоциированной гастропатии: - пожилой возраст, - язвенный анамнез, - прием двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТТ), - инфаркт миокарда в анамнезе. У пациента имеются убедительные диагностические критерии указанного диагноза: синдром диспепсии, эпизод желудочно-кишечного кровотечения, наличие клинических признаков анемии (тахикардия, снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, снижение показателей МСН и МСНС в общем анализе крови).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?
Э	-	Дополнительно к проведенному обследованию пациенту рекомендовано: проведение ФГДС с биопсией слизистой оболочки желудка из зоны поражения (эрозивно-язвенного дефекта) и стандартных зон биопсии с целью уточнения характера поражения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, оценки стадии гастрита, исключения злокачественного новообразования; неинвазивная диагностика инфекции H.pylori. В соответствии со стандартом оказания медицинской помощи при ЯБЖ и ЯБ ДПК рекомендуется анализ крови биохимический (билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, а также железо сыворотки, ОЖСС, ферритин), ультразвуковое исследование внутренних органов, анализ кала на скрытую кровь (гемоглобин и гаптоглобин в кале). Для исключения НПВП-энтеропатии – альбумин крови, фекальный кальпротектин.
P2	-	Ответ верный. Все методы обследования определены верно.

P1	-	Ответ не полный. Методы обследования определены не полностью.
P0	-	Ответ неверный. Методы обследования определены неверно.
B	4	Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.
Э	-	Выбор тактики лечения, в том числе решение вопроса о необходимости стационарного лечения, отмены дезагрегантов до заживления эрозивно-язвенных дефектов должен быть осуществлен с учетом результатов эндоскопического обследования пациента. Пациенту показана терапия ИПП в постоянном режиме на фоне всей продолжительности приема ДАТТ. Повысить эффективность лечения НПВП-ассоциированных гастродуоденальных язв можно приемом в течение 4-8 недель комбинации стандартных доз ИПП и ребамипида. После достижения заживления язвы пациенту необходимо назначить постоянную поддерживающую терапию половинными дозами ИПП с повторными курсами ребамипида. В случае обнаружения у больного инфекции НР проводится эрадикационная терапия. При доказанном железодефиците – пероральный прием препаратов трехвалентного железа.
P2	-	Лечение назначено верно.
P1	-	Лечение назначено не полностью.
P0	-	Лечение назначено неверно.
B	5	Укажите препараты из группы ИПП, которые Вы выбрали бы в данном случае. Обоснуйте Ваш выбор. Укажите дозы препаратов.
Э	-	В данном случае препаратом выбора среди ИПП является пантопразол, имеющий низкое сродство к системе цитохрома Р-450 и, соответственно, минимальное лекарственное взаимодействие, что является особо важным при приеме клопидогрела. Стандартная доза пантопразола составляет 40 мг/сут. (поддерживающая 20 мг/сут.).
P2	-	Лекарственные препараты и их дозировка определены верно.
P1	-	Лекарственные препараты и их дозировка определены частично.
P0	-	Лекарственные препараты и их дозировка определены неверно.
H	-	009
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	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
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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 капсулы 3 раза в день, ферментные препараты (креон по 10 000 Ед. 2 раза в сутки), но-шпу, при этом улучшения самочувствия не отмечал. 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, с вредными производственными факторами не работал, был донором. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 165 см, вес – 73 кг, ИМТ – 27 кг/м². Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. ЧСС = 74 в 1 мин., 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. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Лабораторные данные: ОАК: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,7 \times 10^9/л$; нейтрофилы – $4,4 \times 10^9/л$; лимфоциты – $1,5 \times 10^9/л$; моноциты – $0,46 \times 10^9/л$; эозинофилы – $0,28 \times 10^9/л$; базофилы – $0,06 \times 10^9/л$; Hb – 144г/л; тромбоциты – $242 \times 10^9/л$; СОЭ – 22 мм/ч. БАК: общий билирубин – 33 мкмоль/л; непрямой билирубин – 27,5 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; мочевины – 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-фетопротейн – 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 – 62%. Анализ кала на скрытую кровь – отрицательный. ОАМ: в пределах нормы. ИФА(исследование крови на маркеры гепатитов В, С): анти-HCV – 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 – 31 000 МЕ/мл. 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.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Цирроз печени, ассоциированный с HCV-инфекцией, класс А по Child-Pugh (компенсированный).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз «цирроз печени, ассоциированный с HCV-инфекцией, класс А по Child-Pugh» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, тупую боль в правом подреберье; данных анамнеза, объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, гепатомегалии). Подтверждают диагноз «цирроз печени, ассоциированный с HCV-инфекцией» данные исследований (выявление анти-HCV; ПЦР: РНК HCV - положительный, уровень РНК ВГС (31 000 МЕ/мл). Исключена другая этиология цирроза печени: (исследование крови на маркеры гепатита В: HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-)), а также исключено злоупотребление алкоголем, прием гепатотоксичных лекарственных средств и работа с гепатотоксичными производственными факторами. Класс А ЦП установлен на основании классификации Child-Pugh. Согласно классификационным критериям (печеночная энцефалопатия, асцит не выявлены, общий билирубин – 33 мкмоль/л, альбумин – 38 г/л, ПТИ – 62%) определено 5 баллов, что соответствует классу А по Child-Pugh. Диагноз «цирроз печени» подтверждается данными эластометрии печени: F4 (по шкале METAVIR), что соответствует циррозу печени. Зарегистрировано изменение биохимических показателей крови: повышение АЛТ, АСТ, общего билирубина, ГГТП, гамма-глобулинов, снижение ПТИ. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени.
P2	-	Диагноз обоснован верно.

P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка; дуплексное сканирование сосудов печечно-селезеночного бассейна для выявления портальной гипертензии; ректороманоскопия для выявления и/или определения состояния вен прямой кишки. КТГ органов брюшной полости.
P2	-	Ответ верный. Все методы обследования определены верно.
P1	-	Ответ не полный. Методы обследования определены не полностью.
P0	-	Ответ неверный. Методы обследования определены неверно.
B	4	Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.
Э	-	Рекомендовано соблюдение диеты: исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, какао, газированные напитки. Пациенту с циррозом печени, ассоциированный с HCV-инфекцией, класс А по Child-Pugh, генотип 1 при определяемом уровне РНК ВГС в сыворотке крови, рекомендовано назначение тройной схемы противовирусной терапии (ПВТ) с включением ингибитора протеазы второй волны Симепревира. Симепревивр назначают в дозе 150 мг 1 раз в сутки per os в комбинации с пегилированным интерфероном (ПЕГ/ИФН) альфа2а в дозе 180 мкг 1 раз в неделю подкожно и рибавирином в дозе 1000 мг в сутки ежедневно per os (при массе тела пациента 73 кг) в течение 12 недель; затем терапия ПЕГ/ИФН альфа2а и рибавирином должна быть продолжена в течение 12 недель (общая продолжительность терапии – 24 недели) Для оценки эффективности ПВТ используется определение уровня РНК ВГС после 4, 12, 24 недели терапии, а также через 12, 24 недели после ее окончания.
P2	-	Лечение назначено верно.
P1	-	Лечение назначено не полностью.
P0	-	Лечение назначено неверно.
B	5	Через 4 недели терапии пациент отметил улучшение самочувствия, уменьшение общей слабости; уровень РНК ВГС (количественный анализ) составил 24 МЕ/мл. Биохимия крови: АЛТ – 108 ед/л, АСТ – 72 ед/л, ГГТП – 29 ед/л; общий билирубин – 31 мкмоль/л; ПТИ - 65%; общий анализ крови – в пределах нормы. При оценке по шкале Бека депрессии не выявлено. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	У пациента отмечено снижение уровня РНК ВГС.

		Отмечена положительная динамика биохимических показателей (снижение АЛТ, АСТ, ГГТП). Продолжить противовирусную терапию по указанной схеме до 24-х недель. Рекомендовано определение уровня РНК ВГС после 12, 24 недели терапии, а также через 24 недели после ее окончания. С целью определения биохимического ответа – определение активности АЛТ после 12, 24 недели терапии, а также через 24 недели после ее окончания. Пациенты с ЦП даже в случае достижения устойчивого вирусологического ответа (УВО) в результате противовирусного лечения должны оставаться под наблюдением врача, поскольку сохраняется риск формирования гепатоцеллюлярной карциномы, скрининг которой необходимо выполнять 1 раз в 6 мес. с проведением УЗИ печени и определением уровня α-фетопротеина; методом ФГДС необходимо контролировать состояние вен пищевода каждые 1–2 года). Один раз в 4 недели необходимо проводить исследование клинического анализа крови с подсчетом абсолютного числа нейтрофилов, определением уровня гемоглобина, количества эритроцитов и тромбоцитов. В период ПВТ пациенту необходимо исследовать уровень ТТГ и свободного тироксина каждые 3 месяца, рекомендовать осмотр офтальмолога, в т.ч. – исследование глазного дна) с учетом возможных побочных действий противовирусных препаратов. График посещения врача пациентом – 1 раз в 4 недели до окончания лечения и через 24 недели после завершения лечения. При каждом плановом посещении врача пациент должен заполнять шкалу Бека с целью контроля над возможностью развития депрессии. Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога.
P2	-	Лечебная тактика определена верно.
P1	-	Лечебная тактика определена частично.
P0	-	Лечебная тактика определена неверно.
H	-	010
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	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
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

у	-	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 3-х лет, вначале появилась изжога после погрешности в питании, особенно – при наклонах туловища; затем появились боли в 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 в эпигастрии и за грудиной, 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 от его приема не отмечал. Наблюдается с гипертонической болезнью с 53-х лет, постоянно принимает Кордипин ретард 20 мг в день. Курит. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, масса тела - 106 кг (ИМТ = 38 кг/м²). 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, чистые, приглушены с частотой 66 в минуту. АД = 130/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Зоны Шоффара, Губергрица - Скульского безболезненные. Лабораторные данные: ОАК: 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%. БАК: 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 положении 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.

В	1	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз
Э	-	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, неэрозивная форма. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Ожирение 2 степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Наличие у больного в течение нескольких лет изжоги, а в дальнейшем кислой отрыжки, боли в эпигастрии и за грудиной некоронарогенного характера с частотой более 1-го раза в неделю за последний год (или 2 раза в неделю и более за последние 6 месяцев) позволяет установить диагноз ГЭРБ. Неэрозивная форма установлена в связи с отсутствием эрозий и язв в дистальной части пищевода, отек и гиперемия слизистой в данном случае позволяют верифицировать НЭРБ. Ожирение 2 ст. установлено на основании ИМТ 38 кг/м2. Скользящая грыжа пищеводного отверстия подтверждается данными эндоскопического и рентгенологического исследования.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: ФЭГДС высокого разрешения, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости, суточная рН-метрия (определить количество и интенсивность кислотных рефлюксов), суточная рН-импедансометрия (при неэффективности антисекреторной терапии для выявления причины рефрактерного течения ГЭРБ), исследование на <i>H.pylori</i> (выявлять <i>H.pylori</i> необходимо обязательно, так как лечение ГЭРБ может включать длительный прием ИПП).
P2	-	Ответ верный. Все методы обследования определены верно.
P1	-	Ответ не полный. Методы обследования определены не полностью.
P0	-	Ответ неверный. Методы обследования определены неверно.
В	4	Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор
Э	-	Ингибиторы протонной помпы - базисная группа препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (Омепразол, Лансопразол, Эзомепразол, Пантопразол, Рабепразол, Декслансопразол) – учитывая неэрозивную форму ГЭРБ основной курс терапии ИПП в половинной дозе должен составлять 4 недели, далее – поддерживающая терапия в режиме «по требованию».
P2	-	Лечение назначено верно.
P1	-	Лечение назначено не полностью.

P0	-	Лечение назначено неверно.
B	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 рефлюкса и болевого синдрома не было. При ФЭГДС исчезли гиперемия и отек слизистой. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор.
Э	-	Пациент должен придерживаться немедикаментозных рекомендаций с целью профилактики ГЭРБ: - уменьшение массы тела, - отказ от курения, - отказ от переедания и прекращение приема пищи за 2ч до сна (не следует увеличивать число приемов пищи – необходимо соблюдать 3-4-х разовое питание и отказаться от перекусов), - не принимать лекарственные препараты в горизонтальном положении и не принимать горизонтальное положение в течение 1-го часа после приема лекарств, - максимально избегать ситуаций, способствующих повышению внутрибрюшного давления – ношение тугих поясов, корсетов и бандажей, поднятие тяжестей более 8-10кг, работы, сопряженной с наклоном туловища вперед, физические упражнения, связанные с перенапряжением мышц брюшного пресса, - поднятие изголовья кровати при изжоге в горизонтальном положении Больные ГЭРБ должны находиться под активным диспансерным наблюдением с контрольным обследованием, которое проводят не реже 1-го раза в год.
P2	-	Лечебная тактика определена верно.
P1	-	Лечебная тактика определена частично.
P0	-	Лечебная тактика определена неверно.

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.

Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик:

Тарловская Екатерина Иосифовна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии и кардиологии

Власова Татьяна Владимировна, к.м.н., доцент, доцент кафедры терапии и кардиологии

Соловьева Елена Витальевна, к.м.н., доцент кафедры терапии и кардиологии