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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ПРОЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА 2 ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС (СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ УМЕНИЯ И НАВЫКИ)

Специальность <u>31.08.28 Гастроэнтерология</u> *код, наименование*

Кафедра: терапии и кардиологии

Форма обучения: очная

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Производственная (клиническая) практика 2 Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Производственная (клиническая) практика 2 Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)». 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 2 Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)используются следующие оценочные средства:

	<u>'</u>		
№ 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	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 формировани я компетенции	Контролируемые разделы практики	Оценочные средства
ПК-5, ПК-6, ПК-12.	Текущий	Раздел 1. Ургентная гастроэнтерология	Кейс-задания
ПК-5, ПК-6, ПК-12.	Промежуточ ный	Все разделы практики	Кейс-задания

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.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Φ	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

ПК-1 ПК-2 ПК-2 ПК-2 ПК-2 ПК-5 ПК-5 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-6 ПК-7 ПК-6	Ф ПК-1 на сохранение и укрепление здоровья и включающих в формирование здорового образа жизни, предупрежд возникновения и (или) распространения заболеваний, их ран диагностику, выявление причин и условий их возникновени развития, а также направленных на устранение вредного влияни здоровье человека факторов среды его обитания Готовность к проведению профилактических медицинских осмог диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдени здоровыми и хроническими больными Готовность к определению у пациентов патологических состоя симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм соответствии с Международной статистической классифика болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающих оказании гастроэнтерологической медицинской помощи ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ	к в себя реждение раннюю овения и пияния на осмотров, одения за остояний, форм в фикацией
формирование здорового образа жизни, предупрежде возникновения и (или) распространения заболеваний, их ранк- диагностику, выявление причин и условий их возникновени развития, а также направленных на устранение вредного влияни здоровье человека факторов среды его обитания Готовность к проведению профилактических медицинских осмот диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения здоровыми и хроническими больными Готовность к определению у пациентов патологических состоя симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм соответствии с Международной статистической классификал болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающих оказании гастроэнтерологической медицинской помощи ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Женщина, 54 лет жалуется на интенсивные боли в верхней чаживота с иррадиацией в левое подреберье и тошноту. Подоб приступы в течение 10 лет повторяются 1-2 раза в год, инс	Ф ПК-1 формирование здорового образа жизни, предупрежд возникновения и (или) распространения заболеваний, их ран диагностику, выявление причин и условий их возникновени развития, а также направленных на устранение вредного влияни здоровье человека факторов среды его обитания Готовность к проведению профилактических медицинских осмог диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдени здоровыми и хроническими больными Готовность к определению у пациентов патологических состоя симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм соответствии с Международной статистической классифика болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающих оказании гастроэнтерологической медицинской помощи ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ	реждение раннюю овения и имния на осмотров, одения за остояний, форм в фикацией
Ф ПК-1 возникновения и (или) распространения заболеваний, их раны диагностику, выявление причин и условий их возникновении развития, а также направленных на устранение вредного влияния здоровье человека факторов среды его обитания Готовность к проведению профилактических медицинских осмот диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения здоровыми и хроническими больными Готовность к определению у пациентов патологических состоя симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм соответствии с Международной статистической классификал болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-6 ПК-6 ПК-6 ПК-6 ПК-6 ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Женщина, 54 лет жалуется на интенсивные боли в верхней чаживота с иррадиацией в левое подреберье и тошноту. Подоб приступы в течение 10 лет повторяются 1-2 раза в год, инсе	Ф ПК-1 возникновения и (или) распространения заболеваний, их ран диагностику, выявление причин и условий их возникновени развития, а также направленных на устранение вредного влияни здоровье человека факторов среды его обитания Готовность к проведению профилактических медицинских осмог диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдени здоровыми и хроническими больными Готовность к определению у пациентов патологических состоя симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм соответствии с Международной статистической классифика болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-6 ПК-6 ПК-6 ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ	раннюю овения и пияния на осмотров, одения за остояний, форм в фикацией
диагностику, выявление причин и условий их возникновени развития, а также направленных на устранение вредного влияни здоровье человека факторов среды его обитания Готовность к проведению профилактических медицинских осмот диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения здоровыми и хроническими больными Готовность к определению у пациентов патологических состоя симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм соответствии с Международной статистической классификац болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-6 ПК-6 ПК-6 ПК-6 ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Женщина, 54 лет жалуется на интенсивные боли в верхней ча живота с иррадиацией в левое подреберье и тошноту. Подоб приступы в течение 10 лет повторяются 1-2 раза в год, инс	ф ПК-5 Ф ПК-6 Ф ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ	овения и пияния на осмотров, одения за остояний, форм в фикацией
развития, а также направленных на устранение вредного влияни здоровье человека факторов среды его обитания Готовность к проведению профилактических медицинских осмот диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения здоровыми и хроническими больными Готовность к определению у пациентов патологических состоя симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм соответствии с Международной статистической классификал болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-6 ПК-6 ПК-6 ПК-6 ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Женщина, 54 лет жалуется на интенсивные боли в верхней ча живота с иррадиацией в левое подреберье и тошноту. Подоб приступы в течение 10 лет повторяются 1-2 раза в год, инс	развития, а также направленных на устранение вредного влияни здоровье человека факторов среды его обитания Готовность к проведению профилактических медицинских осмог диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдени здоровыми и хроническими больными Готовность к определению у пациентов патологических состоя симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форгосответствии с Международной статистической классифика болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-6 ПК-6 ПК-6 ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ	пияния на осмотров, одения за остояний, форм в фикацией
Ф ПК-2 ПК-2 ПК-5 ПК-5 ПК-6 ПК-6 ПК-6 ПК-6 ПК-6 ПК-6 ПК-6 ПК-6	Ф ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-6 ПК-6 ПК-6 ПК-6 ПК-6 ПК-6 ПК-6	осмотров, одения за остояний, форм в фикацией
Ф ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмот диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения здоровыми и хроническими больными Готовность к определению у пациентов патологических состоя симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм соответствии с Международной статистической классификац болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающих оказании гастроэнтерологической медицинской помощи ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Женщина, 54 лет жалуется на интенсивные боли в верхней чаживота с иррадиацией в левое подреберье и тошноту. Подоб приступы в течение 10 лет повторяются 1-2 раза в год, инс	Ф ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмого диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдени здоровыми и хроническими больными Готовность к определению у пациентов патологических состоя симптомов, синдромов заболеваний, нозологических формосответствии с Международной статистической классифика болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-6 ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающих оказании гастроэнтерологической медицинской помощи ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ	одения за остояний, форм в фикацией
Ф ПК-2 диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения здоровыми и хроническими больными Готовность к определению у пациентов патологических состоя симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм соответствии с Международной статистической классификал болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-6 ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающих оказании гастроэнтерологической медицинской помощи ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Женщина, 54 лет жалуется на интенсивные боли в верхней ча живота с иррадиацией в левое подреберье и тошноту. Подоб приступы в течение 10 лет повторяются 1-2 раза в год, инс	Ф ПК-2 диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения здоровыми и хроническими больными Готовность к определению у пациентов патологических состоя симптомов, синдромов заболеваний, нозологических формосответствии с Международной статистической классифика болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-6 ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающих оказании гастроэнтерологической медицинской помощи ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ	одения за остояний, форм в фикацией
ответы на вопросы ТК-5 ТК-6 ТК-6 ТК-6 ТК-6 ТК-6 ТК-6 ТК-6 ТОТОВНОСТЬ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ У Пациентов патологических состоя симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм соответствии с Международной статистической классификан болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ТОТОВНОСТЬ К ВЕДЕНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ Пациентов, нуждающих соказании гастроэнтерологической медицинской помощи ТОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Женщина, 54 лет жалуется на интенсивные боли в верхней чаживота с иррадиацией в левое подреберье и тошноту. Подоб приступы в течение 10 лет повторяются 1-2 раза в год, инсе	оказании гастроэнтерологической и дайте Развернут	остояний, форм в фикацией
Ф ПК-5 ПК-5 ПК-5 ПК-5 ПК-5 ПК-6 ПК	ПК-5 ПК-5 ПК-5 ПК-5 ПК-5 ПК-5 ПК-6 ПК-6 ПК-6 ПК-6 ПК-6 ПК-6 ПК-6 ПК-6	форм в фикацией
 Ф ПК-5 симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм соответствии с Международной статистической классификан болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) Ф ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающих оказании гастроэнтерологической медицинской помощи ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Женщина, 54 лет жалуется на интенсивные боли в верхней ча живота с иррадиацией в левое подреберье и тошноту. Подоб приступы в течение 10 лет повторяются 1-2 раза в год, инсертацианией в левое подреберье и тошноту. 	ти пк-5 симптомов, синдромов заболеваний, нозологических формо соответствии с Международной статистической классифика болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) Тотовность к ведению и лечению пациентов, нуждающих оказании гастроэнтерологической медицинской помощи ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ	форм в фикацией
оответствии с Международной статистической классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-6 ПК-6 ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Женщина, 54 лет жалуется на интенсивные боли в верхней чаживота с иррадиацией в левое подреберье и тошноту. Подоб приступы в течение 10 лет повторяются 1-2 раза в год, инс	оответствии с Международной статистической классифика болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-6 ПК-6 ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ	фикацией
болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-6 ПК-6 ПК-6 ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Женщина, 54 лет жалуется на интенсивные боли в верхней ча живота с иррадиацией в левое подреберье и тошноту. Подоб приступы в течение 10 лет повторяются 1-2 раза в год, инс	болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающих оказании гастроэнтерологической медицинской помощи ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ	-
 Ф ПК-6 ПО Завений помощи ПОДОЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕНЕН В ПОПРОСЫ ПОДОЙ ПОПРОСЫ ПОПРОС	Ф ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающих оказании гастроэнтерологической медицинской помощи ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ	
оказании гастроэнтерологической медицинской помощи ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Женщина, 54 лет жалуется на интенсивные боли в верхней ча живота с иррадиацией в левое подреберье и тошноту. Подоб приступы в течение 10 лет повторяются 1-2 раза в год, инс	оказании гастроэнтерологической медицинской помощи ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ	TITITIVAG D
И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Женщина, 54 лет жалуется на интенсивные боли в верхней ча живота с иррадиацией в левое подреберье и тошноту. Подоб приступы в течение 10 лет повторяются 1-2 раза в год, инс	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ	іщихся в
ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Женщина, 54 лет жалуется на интенсивные боли в верхней ча живота с иррадиацией в левое подреберье и тошноту. Подоб приступы в течение 10 лет повторяются 1-2 раза в год, инс		DUVTLIE
Женщина, 54 лет жалуется на интенсивные боли в верхней ча живота с иррадиацией в левое подреберье и тошноту. Подоб приступы в течение 10 лет повторяются 1-2 раза в год, инс	11 ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	ПУІЫЕ
живота с иррадиацией в левое подреберье и тошноту. Подоб приступы в течение 10 лет повторяются 1-2 раза в год, инс		ей части
приступы в течение 10 лет повторяются 1-2 раза в год, инс	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
composition ynopennisian ment ynou it nobsimenium aminias		
крови или моче. Четыре года назад перенесла холецистэктоми		
связи с развитием желчной колики. Позднее обследовал		
магнитно-резонансная томография камней в желчевыводя		
системе не риприла	системе не вгиврила	льодищен
V - - .	V I - I	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Obektindio. Cyclinitedii incerb ekilep, komu bilan	впажная
	послеоперационные рубцы на передней брющной сте	влажная,
		стенке;
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	болезненность при пальпации в эпигастральной и околопупо-	стенке; пупочной
	болезненность при пальпации в эпигастральной и околопупо области, положителен симптом Мейо-Робсона (болезненность	стенке; пупочной
	болезненность при пальпации в эпигастральной и околопупо области, положителен симптом Мейо-Робсона (болезненность пальпации в левом реберно-позвоночном углу).	стенке; пупочной юсть при
	болезненность при пальпации в эпигастральной и околопупо области, положителен симптом Мейо-Робсона (болезненность пальпации в левом реберно-позвоночном углу). <u>Лабораторные данные</u> : лейкоциты 10,7×10 ⁹ /л, лейкоцита	стенке; пупочной юсть при оцитарная
1 0 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	болезненность при пальпации в эпигастральной и околопупо области, положителен симптом Мейо-Робсона (болезненность пальпации в левом реберно-позвоночном углу).	стенке; пупочной юсть при оцитарная
	болезненность при пальпации в эпигастральной и околопупо- области, положителен симптом Мейо-Робсона (болезненность пальпации в левом реберно-позвоночном углу). <u>Лабораторные данные</u> : лейкоциты 10,7×10 ⁹ /л, лейкоцита формула не изменена, СОЭ 18 мм/час, α-амилиза крови состав	стенке; пупочной юсть при оцитарная
В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.	болезненность при пальпации в эпигастральной и околопуполобласти, положителен симптом Мейо-Робсона (болезненность пальпации в левом реберно-позвоночном углу). <u>Лабораторные данные</u> : лейкоциты 10,7×10 ⁹ /л, лейкоцита формула не изменена, СОЭ 18 мм/час, α-амилиза крови состав 880 мкмоль/л. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.	стенке; пупочной пость при оцитарная оставляет
В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.	болезненность при пальпации в эпигастральной и околопупо- области, положителен симптом Мейо-Робсона (болезненность пальпации в левом реберно-позвоночном углу). <u>Лабораторные данные</u> : лейкоциты 10,7×10 ⁹ /л, лейкоцита формула не изменена, СОЭ 18 мм/час, α-амилиза крови состав 880 мкмоль/л. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.	стенке; пупочной пость при оцитарная оставляет
В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.	болезненность при пальпации в эпигастральной и околопуполобласти, положителен симптом Мейо-Робсона (болезненность пальпации в левом реберно-позвоночном углу). <u>Лабораторные данные</u> : лейкоциты 10,7×10 ⁹ /л, лейкоцита формула не изменена, СОЭ 18 мм/час, α-амилиза крови состав 880 мкмоль/л. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Хронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреат	стенке; пупочной пость при оцитарная оставляет
В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Хронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреати	болезненность при пальпации в эпигастральной и околопуполобласти, положителен симптом Мейо-Робсона (болезненность пальпации в левом реберно-позвоночном углу). <u>Лабораторные данные</u> : лейкоциты 10,7×10 ⁹ /л, лейкоцита формула не изменена, СОЭ 18 мм/час, α-амилиза крови состав 880 мкмоль/л. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Хронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреат стадии обострения.	стенке; пупочной пость при оцитарная оставляет
В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. 3 - Хронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреати стадии обострения.	болезненность при пальпации в эпигастральной и околопупо области, положителен симптом Мейо-Робсона (болезненность пальпации в левом реберно-позвоночном углу). <u>Лабораторные данные</u> : лейкоциты 10,7×10 ⁹ /л, лейкоцита формула не изменена, СОЭ 18 мм/час, α-амилиза крови состав 880 мкмоль/л. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Хронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреат стадии обострения. Р2 - Диагноз поставлен верно.	стенке; пупочной пость при оцитарная оставляет
В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Зронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреати стадии обострения. Р2 - Диагноз поставлен верно.	болезненность при пальпации в эпигастральной и околопупо области, положителен симптом Мейо-Робсона (болезненность пальпации в левом реберно-позвоночном углу). <u>Лабораторные данные</u> : лейкоциты 10,7×10 ⁹ /л, лейкоцита формула не изменена, СОЭ 18 мм/час, α-амилиза крови состав 880 мкмоль/л. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Хронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреат стадии обострения. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью.	стенке; пупочной пость при оцитарная оставляет
В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Зронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреати стадии обострения. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно.	болезненность при пальпации в эпигастральной и околопупо области, положителен симптом Мейо-Робсона (болезненность пальпации в левом реберно-позвоночном углу). <u>Лабораторные данные</u> : лейкоциты 10,7×10 ⁹ /л, лейкоцита формула не изменена, СОЭ 18 мм/час, α-амилиза крови состав 880 мкмоль/л. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Хронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреат стадии обострения. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно.	стенке; пупочной пость при оцитарная оставляет
В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. 3 - Хронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреати стадии обострения. 4 Р2 - Диагноз поставлен верно. 5 Р1 - Диагноз поставлен не полностью. 6 Р0 - Диагноз поставлен неверно. 7 В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз.	болезненность при пальпации в эпигастральной и околопупо области, положителен симптом Мейо-Робсона (болезненность пальпации в левом реберно-позвоночном углу). <u>Лабораторные данные</u> : лейкоциты 10,7×10 ⁹ /л, лейкоцита формула не изменена, СОЭ 18 мм/час, α-амилиза крови состав 880 мкмоль/л. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Хронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреат стадии обострения. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно.	стенке; пупочной пость при оцитарная оставляет креатит в
В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Зронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреати стадии обострения. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «Хронический рецидивирующий панкреатит в ста	болезненность при пальпации в эпигастральной и околопупо области, положителен симптом Мейо-Робсона (болезненность пальпации в левом реберно-позвоночном углу). Лабораторные данные: лейкоциты 10,7×10 ⁹ /л, лейкоцита формула не изменена, СОЭ 18 мм/час, α-амилиза крови состав 880 мкмоль/л. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Хронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреат стадии обострения. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «Хронический рецидивирующий панкреатит в ст	стенке; пупочной пость при оцитарная оставляет креатит в
В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Зронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреати стадии обострения. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «Хронический рецидивирующий панкреатит в ста обострения» выставлен на основании:	болезненность при пальпации в эпигастральной и околопупо области, положителен симптом Мейо-Робсона (болезненность пальпации в левом реберно-позвоночном углу). <u>Лабораторные данные</u> : лейкоциты 10,7×10 ⁹ /л, лейкоцита формула не изменена, СОЭ 18 мм/час, α-амилиза крови состав 880 мкмоль/л. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Згронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреат стадии обострения. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «Хронический рецидивирующий панкреатит в ст обострения» выставлен на основании:	стенке; пупочной пость при оцитарная оставляет вреатит в
В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Зронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреати стадии обострения. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «Хронический рецидивирующий панкреатит в ста обострения» выставлен на основании: - данных анамнеза (интенсивные боли в животе, иррадиируп	болезненность при пальпации в эпигастральной и околопупо области, положителен симптом Мейо-Робсона (болезненность пальпации в левом реберно-позвоночном углу). <u>Лабораторные данные</u> : лейкоциты 10,7×10 ⁹ /л, лейкоцита формула не изменена, СОЭ 18 мм/час, α-амилиза крови состав 880 мкмоль/л. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. 2 Хронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреат стадии обострения. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «Хронический рецидивирующий панкреатит в ст обострения» выставлен на основании: - данных анамнеза (интенсивные боли в животе, иррадииру	стенке; пупочной пость при оцитарная оставляет вреатит в
В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Зронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреати стадии обострения. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «Хронический рецидивирующий панкреатит в ста обострения» выставлен на основании: - данных анамнеза (интенсивные боли в животе, иррадиирую длительность заболевания);	болезненность при пальпации в эпигастральной и околопупо области, положителен симптом Мейо-Робсона (болезненность пальпации в левом реберно-позвоночном углу). Лабораторные данные: лейкоциты 10,7×10 ⁹ /л, лейкоцита формула не изменена, СОЭ 18 мм/час, α-амилиза крови состав 880 мкмоль/л. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Зронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреат стадии обострения. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «Хронический рецидивирующий панкреатит в ст обострения» выставлен на основании: - данных анамнеза (интенсивные боли в животе, иррадииру длительность заболевания);	стенке; пупочной пость при оцитарная оставляет вреатит в
В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. 3 - Хронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреати стадии обострения. 4 - Диагноз поставлен верно. 5 - Диагноз поставлен не полностью. 6 - Диагноз поставлен неверно. 7 - Диагноз поставленный Вами диагноз. 7 - Диагноз «Хронический рецидивирующий панкреатит в ста обострения» выставлен на основании: 8 - данных анамнеза (интенсивные боли в животе, иррадиирую длительность заболевания); 8 - холецистэктомии в анамнезе;	болезненность при пальпации в эпигастральной и околопупо области, положителен симптом Мейо-Робсона (болезненность пальпации в левом реберно-позвоночном углу). Лабораторные данные: лейкоциты 10,7×10 ⁹ /л, лейкоцита формула не изменена, СОЭ 18 мм/час, α-амилиза крови состав 880 мкмоль/л. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Хронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреат стадии обострения. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «Хронический рецидивирующий панкреатит в ст обострения» выставлен на основании: - данных анамнеза (интенсивные боли в животе, иррадииру длительность заболевания); - холецистэктомии в анамнезе;	стенке; пупочной пость при оцитарная оставляет вреатит в стадии иирущие,
В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Зронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреати стадии обострения. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «Хронический рецидивирующий панкреатит в ста обострения» выставлен на основании: - данных анамнеза (интенсивные боли в животе, иррадиирую длительность заболевания);	болезненность при пальпации в эпигастральной и околопупо области, положителен симптом Мейо-Робсона (болезненность пальпации в левом реберно-позвоночном углу). Лабораторные данные: лейкоциты 10,7×10 ⁹ /л, лейкоцита формула не изменена, СОЭ 18 мм/час, α-амилиза крови состав 880 мкмоль/л. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Хронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреат стадии обострения. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «Хронический рецидивирующий панкреатит в ст обострения» выставлен на основании: - данных анамнеза (интенсивные боли в животе, иррадииру длительность заболевания); - холецистэктомии в анамнезе; - объективных данных (при пальпации болезненность в проек	стенке; пупочной пость при оцитарная оставляет вреатит в стадии иирущие,

		- общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ;
		- анализ мочи: повышение амилазы.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
D1		Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков
P1	-	не названа или обозначена неверно.
DO		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены
P0	-	неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
		Пациенту рекомендовано:
		- ЭГДС;
		- копрограмма: стеаторея, креаторея, амилорея;
		- определение уровня фекальной эластазы-1;
		- биохимический анализ крови: увеличение амилазы, липазы;
		- анализ крови на маркеры вирусных гепатитов, печеночные пробы
Э	-	для дифференциальной диагностики;
		- общий анализ крови: динамическое наблюдение;
		- анализ мочи: динамическое наблюдение.
		- УЗИ поджелудочной железы, печени и желчевыводящих путей;
		- КТГ органов брюшной полости;
		- гепатобилисцинтиграфия для исключения ПХЭС (дисфункция
		сфинктера Одди) для объяснения рецидивов панкреатита.
P2	_	Ответ верный. Все дополнительные методы обследования указаны
		верно.
P1	-	Ответ неполный. Перечислены не все методы обследования.
P0	_	Ответ неверный. Методы дополнительного обследования выбраны
		неверно.
В	4	Какое лечение рекомендуется пациенту?
		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 –
2		парацетамола или НПВП;
Э	-	- антациды;
		- антибиотики широкого спектра действия;
		- 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: C, B ₂ , A, E;

	1	
		- 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. План ведения пациентов назначен верно.
P1	_	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
PO	_	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
10	_	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
В	5	Vicerian and annual in an advicerian and an annual an annual and an annual an annual and an annual an an
ь	3	Укажите прогноз и профилактику заболевания
		Прогноз в отношении жизни благоприятный при условии соблюдения
		диетических рекомендаций и отсутствии осложнений.
		Мероприятия по модификации образа жизни с целью профилактики
		ХП:
		- дробное питание (4-5 раз в день, равномерными порциями), отказ от
		переедания;
		- употребление разнообразной пищи с низким содержанием
Э	-	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;
		- баланс между количеством принимаемой пищи и физической
		активностью (для стабилизации массы тела со стремлением к
		идеальным показателям с поправкой на возраст).
P2	_	Ответ верный. Прогноз и профилактика определены верно.
P1	_	Ответ неполный. Прогноз и профилактика раскрыты не полностью.
PO	_	Ответ неверный. Прогноз и профилактика не определены.
10		ответ неверный. Прогноз и профилактика не определены.
Н		002
Ф	УК-1	
Ψ	У N-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
		Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных
		на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя
*		формирование здорового образа жизни, предупреждение
Φ	ПК-1	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
		Готовность к определению у пациентов патологических состояний,
Φ	ПК-5	симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в
Ψ	11111-3	соответствии с Международной статистической классификацией
		болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
т.	ПИС	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в
Φ	ПК-6	оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
TJ		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ
И	-	ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
		Мужчина, 46 лет, водитель, поступил в приемное отделение
		, ., ., ., ., ., ., ., ., ., ., ., ., .,
У	-	стационара самостоятельно. Жалобы на резкую боль постоянного

э — мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,		T	
приносящую облетчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита. Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в дисте. Подобные боли были около года назад, также возникли поеле погрешностей в дисте, купировались поеле приема жирной пиши. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение офаспираниям в животе после присма жирной пиши. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение офаспираниям в животе, масообразный, ежирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Со слов жены злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет. Объективної Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края реберной дути. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка пе пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные. Лабораторные данные: ОАК: лейкоциты - 9/6×10 ⁹ /л, СОЭ - 16 мм/ч. ОАМ: относительная плотность - 1022, белок - 0,033%, копрограмма - стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брющной полости пет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите паиболее вероятный диагноз. Хронический алкогольный папкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. Диагноз поставлен неерно. Р 2 Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Значноез кронический алкогольный панкреатит, ст. обостренных выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с нединости умеренное вздутие живота, общая слабость,			
спабость, отсутствие аппстита. Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в дисте. Подобные боли были около года назад, также возникли поеле погрешностей в дисте, купировались после приема Но-шпы. Часто ранее отмечал ошущение тяжести и вздутия в животе после приема жирной пици. В настоящее время отмечает тяжесть и опцущение сраспирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Со слов жены злоунотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет. Объективно: Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края реберной дути. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшивы - отрацательные. Лабораторные дапшые: ОАК: лейкоциты - 9,6×10 ⁹ /л, СОЭ – 16 мм/ч. ОАМ: относительная плотность - 1022, белок - 0,033%, копротрамма - стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремит 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неолнорольной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное распирение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жилкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, датентное течение. Р2 — Диагноз поставлен не полностью. Р9 — Диагноз поставлен певерно. В 2 Обоснуйте поставлены Вами диагноз. Диагноз отставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тоннога, вототечния, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анаминея (наканиченный при вальнами			
что пакапулс вечером отмечал с друзьями праздник, были потрешности в диете. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрепностей в диете, купировались после приема Но-шпы. Часто ранее отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе после приема жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение одаспирания» в животех мазсобразный, с жирным блеском, зловопшый стул 3 раза в течепие последних суток. Со слов жещы — злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет. Объективно: Печень при пальпации последних семи лет. Объективно: Печень при пальпации в эпитастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные. В нальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания умеренно болезненный при пальпации в эпитастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные. Лабораторные данные: ОАК: лейкоциты - 9,6×10° /л, СОЭ − 16 мм/ч. ОАМ: относительная плотность − 1022, белок − 0,033%, копрограмма − стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного папкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больпой отказался. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Уронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. Р2 - Диагноз поставлен не попностью. Р9 - Диагноз поставлен не попностью. Р9 - Диагноз поставлен не попностью. В 2 Обоснуйте поставлен не попностью. В 2 Обоснуйте поставлен не попностью. В 2 Обоснуйте поставлен не попностью ищей, не приноеящая облечения, живота, тощнота, воета съеденной пишей, не приноеящая облечения, жасеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); апамиса (пакапуне были погрешности в дисте — приём острой пищи, алкогол; подобные боли бы			
погрешности в диете. Подобные боли были около года назад, также возникли после портешностей в диете, купировались после приема жирлой пищи. В пастоящее время отмечает тяжесть и опущение «распирания» в животе после приема жирлой пищи. В пастоящее время отмечает тяжесть и опущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Со слов жены — злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет. Объективно: Печень при пальпации плотная, безболезненная, около крав реберной луги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшипы - отрицательные. Лабораторные данные: ОАК: лейкоциты - 9,6×10 ⁸ /л, СОЭ – 16 мм/ч. ОАМ: относительная плотность - 1022, белок - 0,033%, копрограмма – стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за ечет типо- и гиперохогешных чальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. 2 Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стсатоз печеции. ЖКБ, датентное течение. Р2 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен не полностью. Р1 - Прасположите наиболем верно. В 2 Обоснуйте поставленные рню. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз курошческий алкогольный панкреатит, ст. обострения умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день; объективного доблективного обледования (живот несколько вздут, умеренно болезиенный после потрешность в диете, купиро			
возникли после погрешностей в диете, купировались после приема Но-ппы. Часто ранее отмечал оппупіение тяжести и вздутия в животе после приема жирной пипци. В настоящее время отмечает тяжесть и отмущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Со слов жены — злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет. Объективно: Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края реберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпирустся. Живот псеколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшпын - отрицательные. Лабораторные данные: ОАК: лейкоциты - 9,6×10 ⁹ /л, СОЭ – 16 мм/ч. ОАМ: отпосительная плотность – 1022, белок – 0,033%, копрограмма – театорея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелуючныя железа псодпородной структуры за счет гипо- и типерэхогенных очагов, вемногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите паиболее вероятный диагноз. Уронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латеитное течение. Р2 — Диагноз поставлен верно. Р1 — Диагноз поставлен верно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный вами диагноз. Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный вами диагноз. Диагноз поставлен не верно. В 2 Обоснуйте поставленный вами диагноз. Диагноз поставлен не верно. В 2 Обоснуйте поставленный вами диагноз. Диагноз поставленный вами диагноз. Замоненный стеденность в диеге, купировались после приём о			1
Но-шпы. Часто ранее отмечал опущение тяжести и вздутия в животе после приема жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение «распирания» в животе, мазсобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Со слов жены злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет. Объективно, Печень при пальнащии плотная, безболезненная, около края реберной дути. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпитастральной области. Симптомы раздражения брюшипы - отрицательные. Лабораторные данные: ОАК: лейкоциты - 9,6×10 ⁹ /л, СОЭ - 16 мм/ч. ОАМ: относительная плотность - 1022, белок - 0,033%, копрограмма - стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметере, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа пеоднородной структуры за ечет гипо- и гиперохогенных очагов, пемпогочисленных кальцификатов, перавномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. Р2 - Диагноз поставлен нерно. Р1 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хрошческий алкогольный панкреатит, ст. обострения выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпитастральной области с прирамащией в епину, в левую половину живота, тошпота, рвота съеденной пищей, пе припосящая облегчения, закобразный, с жирвым блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамисза (пакантупе были погрешности в дисте – приём острой пищи, алкоголя; подобные были погрешности в дисте – приём острой пищи, алкоголя; подобные были погрешности в дисте – приём острой пиши,			=
после приєма жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет. Объективно: Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края реберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезснка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезпенный при пальпации в эпитастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отридательные. Пабораторные данные: ОАК: лейкоциты - 9,6×10° /л, СОЭ – 16 мм/ч. ОАМ: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, копрограмма – стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диамстре, с акустической дорожкой. Полжелудочная железа неоднородь об структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немноточисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. 3 - Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. Р2 - Диагноз поставлен верпо. Р1 - Диагноз поставлен неполностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера эпинастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, мазеобразный, с жирным блеском, зловошный стул 2-3 раза в дель); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возники после погрешностей в диете, купированись после пириём Но-илы, зпоупотребляет алкоголем на протяжении после погрешностей в диете, купированись после пириём Но-илы, з			
ощущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловопный стул 3 раза в течение последних сугок. Со слов жены — злоунотребляет апкоголем на протяжении последних семт. Объективно: Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края реберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренню болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные. Лабораторные данные: ОАК: лейкоциты - 9,6×10 ⁹ /л, СОЭ — 16 мм/ч. ОАМ: относительная плотность — 1022, белок — 0,033%, копрограмма — стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальнификатов, неравномерное распирение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшпой полости пет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. З хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латептнюе течение. Р2 — Диагноз поставлен нерно. Р1 — Диагноз поставлен не полностью. Р2 — Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в стину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздугие живота, общая слабость, отсутствие аппетнти мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назал, также возникли после погрешностей в диете, купировались после пирема Но-шпы, зпоупотребляет алкоголем на протяжении после погремы данных (общий анализ крови: лейкоцить - 9,6к10 ⁹ /			
зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Со слов жены злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет. Объективно: Печень при падъпации плотпая, безболезненная, около края реберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальгируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные. Лабораторные данные: ОАК: лейкоциты - 9,6×109 /л, СОЭ – 16 мм/ч. ОАМ: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, копрограмма – стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желучный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неодноороной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немпоточисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Уронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. Р2 - Диагноз поставлен не полностью. Р9 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен не полностью. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносация облегчения, мазсобразный, с жириым блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкотолу; подобные боли были около года назад, также возивклюп после погрешностей в диете, купированиел после дниж семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоцить - 9,6х10 /л, дабораторных данных (общий анализ кров			* *
злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет. Объективню. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края реберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные. Лабораторные данные: ОАК: лейкоциты - 9,6×10 ⁹ /л, СОЭ – 16 мм/ч. ОАМ: относительная плотность — 1022, белок — 0,033%, копрограмма — стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за ечет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, перавномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. 3 - Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, датентное течение. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р2 - Диагноз поставлен певерно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносяпцая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазсобразный, с жириым блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкотоля; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении после погрешногой ба диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении после погрешногой ба диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкого			
Объективно: Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края реберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные. Лабораторные данные: ОАК: лейкоциты - 9,6×10 ⁹ /л, СОЭ − 16 мм/ч. ОАМ: относительная плотность − 1022, белок − 0,033%, копрограмма − стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Зронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен па основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облетчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазсобразный, с жирным блоском, зловопный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приём а Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х10³ /л, лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоцить			, i
края реберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные. Лабораторные данные: ОАК: лейкоциты - 9,6×10° /л, СОЭ – 16 мм/ч. ОАМ: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, копрограмма – стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперхогенных очагов, немпоточисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Зронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазсобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назал, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот песколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х10° /л, лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х10° /л, лабораторных данных (об			
пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюпины - отрицательные. Лабораторные данные: ОАК: лейкоциты - 9,6×10 ⁹ /л, СОЭ – 16 мм/ч. ОАМ: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, копрограмма – стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. 3 - Хронический апкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен не не полностью. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, топпота, рвота съеденной пищей, не приносящая облетения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет; объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной объести); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х10 ³/л, лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х10 ³/л, лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х10 ³/л, лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х10 ³/л, лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х10 ³/л, лабораторных			
умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брющины - отрицательные. Лабораторные данные: ОАК: лейкоциты - 9,6×109 /л, СОЭ – 16 мм/ч. ОАМ: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, копрограмма – стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. З Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленый Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазсобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приём 0строй пиши, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приём 0строй пиши, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); дабораторных данных (общий анализ крови: лейкоцить – 9,6109 /л, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); дабораторных данных (общий анализ крови: лейкоцить –			
Симптомы раздражения брюшины - отрицательные. Лабораторные данные: ОАК: лейкоциты - 9,6×10 ⁹ /л, СОЭ − 16 мм/ч. ОАМ: относительная плотность − 1022, белок − 0,033%, копрограмма − стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желяный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, перавномерное распирение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. З 2 Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латептное течение. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облетчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приём Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протэжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезиенный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х10 ⁹ /л, дабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х10 ⁹ /л, дабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х10 ⁹ /л,			
Дабораторные данные: ОАК: лейкоциты - 9,6×10 ⁹ /л, СОЭ - 16 мм/ч. ОАМ: относительная плотность - 1022, белок - 0,033%, копрограмма - стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочиленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. З 2 Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пишей, не приносящая облетчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пиши, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренное болезненый при пальпации в эпигастральной области); дабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х10 ⁹ /л,			
ОАМ: относительная плотность — 1022, белок — 0,033%, копрограмма — стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Уронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищци, алкоголя; подобные боли погрешности в диете – приём острой пищци, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,			
- стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желучый пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, перавномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Зхронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен не полностью. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,			
УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. В 2 Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,			Ⅰ
желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Зхронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазсобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезпенный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,			
акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Зронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,			
структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приём Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,			
кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Зхронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,			
панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Зронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен не верно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приём Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,			
Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался. В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. З Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете — приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х10 ⁹ /л,			
В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз. Э - Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х10 ⁹ /л,			
стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. Диагноз поставлен верно. Диагноз поставлен не полностью. Диагноз поставлен неверно. Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете — приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,	В	1	
Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете — приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,	- F	_	
Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,			,
РО - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,	P2	-	Диагноз поставлен верно.
В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,	P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,	P0		Диагноз поставлен неверно.
Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,			
Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,	В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,			
эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,			выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в
живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,			эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину
умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,			живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения,
э — мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,			умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита,
анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,			мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день);
алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,	2		анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи,
после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы, злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,)	_	алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли
злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,			после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы,
объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6х109 /л,			злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет);
болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - $9,6x10^9$ /л,			объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно
			болезненный при пальпации в эпигастральной области);
COD 16 MA/W SYSTEM PROTOTO TO THE STATE OF T		1	пабораторных данных (общий анализ крови: пейколиты - 9 6v109 /п
СОЭ - 16 мм/ч; анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея). Диагноз	1		

периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически — наличием ниши, при фиброгастроскопии — наличием язвенного дефекта. 3 - 2) Дисфункция сфинктера Одди — характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда — напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно.			
края рёберной дуги, размер по Курлову 10х9х8 см); УЗИ ОБП (печень увсличена, с перипортальными уплотнениями). Днагноз «ЖКБ, латентное течение» выставлен на основании: УЗИ ОБП - желучный пузырь 75х35 мм, в проевете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Р2 - Диагноз обоснован верно. Диагноз обоснован верно. Диагноз обоснован певерно. Диагностические критерии обозначены не названа или обозначена неверно. Диагноз обоснован певерно. Диагностические критерии обозначены певерно. В Составьте план дополнительного обследования пациента. Биохимический анализ крови (глокоза, липаза, трипсин, панкреатическая амилаза, АЛТ, АСТ, ГТТП). Консультация врачахирурга. Копрограмма, анализ кала на эпастазу-1 для подтверждения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на наличие повышения глокозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобии (исключить сахарный диабет). КТГ брюшной полости (исключить наличие кист, опухоли ПЖ). ФГДС (исключить ззвенную болезнь двенадиагипсерстной кипки» — Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены не полностью. Р2 Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены не полностью. Ответ певерный. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кипки — свойственныя ззвенный ананиез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пици. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кистотностью желудомного сока, рентеполотически наличием пиши, при фиброгастроскопии — паличием язвенного дефекта. 2 1) Дисфференциальный диагноз пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопретеилов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыра на УЗИ (утолицение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 — Дифференциальный диагноз проведен пе полностью,			
увеличена, с перипортальными удлогиениями). Диагноз «ЖКБ, латентнюе течение» выставлен на основании: УЗИ ОБП - желчный пузырь 75х35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Р2 - Диагноз обоснован верно. Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков ис названа или обозначена певерно. Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены певерно. В З Составьте план дополнительного обследования пациента. Биохимический апализ крови (глюкоза, липаза, трипсип, панкреатическая амилаза, АЛТ, АСТ, ГГТП). Консультация врачатирурга. Копрограмма, анализ кала на знастазу-1 дия подтверждения внешнеескреторной педостаточности поджелудочной железы. Биохимический апализ крови: билирубин и его фракции, щелочная и фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглюбин (исключить сахарный диабет). КТТ брюшной полости (исключить наличие кист, опухоли ПУС). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадиатиперстной кишки). Р2 Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Р1 Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью. Р6 Ответ неполностью. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – свойственныя завенный апамися, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезопность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, реиттенологически – наличием нипии, при фиброгастроскопии – наличием язвенного дефекта. 2) Дисфункция сфинктера Одди – характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болененность в точке Кера, иногда – напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортпера, Мерфи, Мюсси-Георгиченко АТЛ, АСТ, билирубина, солержания холестерина, рипполнение стенок, увеличение размеров). Р2 — Дифференциальный диагноз проведен			\
патентное течение» выставлен на основании: УЗИ ОБП - желчный пузырь 75х35 мм, в просесте копкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Р2 - Диагноз обоснован верно. Р1 - Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно. Р0 - Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно. В З Составьте план дополнительного обеледования пациента. Биохимический анализ крови (глюкоза, липаза, трипсин, папкреатическая амилаза, АЛТ, АСТ, ГТПІ). Копсультация врачахирурга. Копрограмма, анализ клан на эластазу-1 для подтверждения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Биохимический анализ крови: билирубия и его фракции, пјелочная фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови и наличие повышения глюкозы, при необходимости - тликемический профиль, гликированный гемоглобии (исключить сахарный диабет). КТТ брюшной полости (исключить наличие кист, опухоли ПЖ). ФГДС (исключить явенную болезнь двенащатиперстной кишки). р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены не полностью. Р0 - Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – свойственныя язвенный анамиез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пинци. Заболевание характеризуется гиперсекренией, повышенной кислотностью желудочного сока, репттенологически – наличием нинии, при фиброгастроскопии – наличием язвенного дефекта. 3 - 2) Дисфункция сфинктера Одли – характеризуется пираскереецей, повышенной кислотностью желудочного сока, репттенологически – наличием нинии, при фиброгастроскопии – наличием язвенного дефекта. 3 - 2) Дисфункция сфинктера Одли – характеризуется пираскети вравом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мосси-Георгиевкого. В биохимических пробах печени наблюдается увсличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз пров			
пузырь 75х35 мм, в просвете конкремент 8 мм в днаметре, с акустической дорожкой. Р2 - Диагноз обоснован пе полностью. Часть диагностических признаков пс названа или обозначена псверно. Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно. В З Составьте план дополнительного обследования пащиента. Виохимический анализ крови (глюкоза, липаза, трипсин, панкреатическая амилаза, АЛТ, АСТ, ГГТП). Консультация врачахирурга. Копрограмма, анализ кала на эластазу-1 для подтверждения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Биохимический анализ крови: билирубин и сто фракции, щелочная фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на паличие повышения глюкозы, при пеобходимости - тликсмический профиль, гликированный гсмоглобин (исключить сахарный диабет). КТТ брюнной полости (исключить наличие кист, опухоли ПЖ). ФГДС (исключить зявенную болезнь двенадцатиперстной кишки). Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Р0 - Ответ неверный. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвешная болезнь желудка и двенадцатилерстной кишки — свойственныя язвенный анамиез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, сяязь боли с приёмом пиши. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически — наличием ниши, при фиброгастроскопии — наличием язвенного дефекта. 2) - Дисфункция сфинктера Одди — характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают опредеревье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгического. В биохимических пробах печени наблюдается увсличение АЛТ, АСТ, билирубина, соедржаниях молестерица, Влипопротеидов, П[Ф. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение степок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно.			увеличена, с перипортальными уплотнениями). Диагноз «ЖКБ,
рг			латентное течение» выставлен на основании: УЗИ ОБП - желчный
рг			пузырь 75х35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с
 Р2 - Диагноз обоснован верно. Р1 - Диагноз обоснован пе полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно. Р0 - Диагноз обоснован певерно. Диагностические критерии обозначены певерно. В З - Составьте план дополнительного обследования пациента. В Биохимический анализ крови (глюкоза, липаза, трипсин, панкреатическая амилаза, АЛТ, АСТ, ГГТП). Консультация врачахирурга. Копрограмма, анализ кала на эластазу-1 для подтверждения внешнесекреторной педостаточности поджелудочной железы. Биохимический анализ крови: билирубии и его фракции, щелочная фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на паличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет). КТТ брюнной полости (исключить наличие кист, опухоли ПЖ). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки). Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью. Р0 - Ответ неверный. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пици. Заболевание характеризуется гиперсекрещией, повышенной кислотностью желудочного сока, ренттенологически наличием ниши, при фиброгастроскопии – наличием язвенного дефекта. Э - 2) Дисфункция сфинктера Одди – характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезменность в точке Кера, иногда — напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени паблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения размеров). Р2 - Лифференциаль			
р1 - Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков пе названа или обозначена певерно. Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены певерно. В Составьте план дополнительного обследования пациента. Биохимический анализ крови (глюкоза, липаза, трипсин, панкреатическая амилаза, АЛТ, АСТ, ГТП). Консультация врачахирурга. Копрограмма, анализ кала на эластазу-1 для подтверждения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, щелочнать фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобии (исключить сахарный диабет). КТГ брюшной полости (исключить наличие кист, опухоли ПЖ). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки). Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Р1 - Ответ певерный. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперескрещей, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически – наличием нипии, при фиброгастроскопии — наличием язвенного дефекта. 2) Лисфункция сфинктера Олди — характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезененость в точке Кера, иногда – напряжение мяшща в правом подреберье, положительные симптомы Ортпера, Мерфи, Мюсен-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдаетте учеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопрогеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, учеличение размеров). Р2 — Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть	P2	_	*
ро - Не названа или обозначена неверно. Диагного обозначены неверно. В 3 Составьте план дополнительного обследования пациента. Биохимический анализ крови (глюкоза, липаза, трипсин, панкреатическая амилаза, АЛТ, АСТ, ГГТП). Консультация врачахирурга. Копрограмма, анализ кала на эластазу-1 для подтверждения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный темоглобии (исключить сахарный диабет). КТГ брюшной полости (исключить наличие кист, опухоли ПЖ). ФГДС (исключить язвенную болезнь двепадцатиперстной кишки). Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Р1 - Ответ пе полный. Методы дополнительного обследования определены верно. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострепия, отсутствие диареи, сезопность боли, связь боли с приёмом инци. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рептгенологически наличием ниши, при фиброгастроскопии — наличием язвенного дефекта. 2 - 2) Дисфункция сфинктера Одди — характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда — напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфир, Мюссси-Георгивексого. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопрогогодов, ЩФ. Характерные изменения желячного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 — Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть			1 1
ро - Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно. В 3 Составьте план дополнительного обследования пациента. Биохимический анализ крови (глюкоза, липаза, трипсин, панкреатическая амилаза, АЛТ, АСТ, ГГТП). Консультация врачахирурга. Копрограмма, анализ кала на эластазу-1 для подтверждения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликсмический профиль, гликированный гемоглобии (исключить сахарный диабет). КТТ брюшной полости (исключить наличие кист, опухоли ПХУ. ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки). Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Р1 - Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью. Р2 - Ответ неверный. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – свойственны язвенный анамиез, чередование светных промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связы боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, ренттенологически – наличием ниши, при фиброгастроскопии – наличием язвенного дефекта. 2) Дисфункция сфинктера Одди – характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезиенность в точке Кера, иногда – напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопрогелов, ПЦФ. Характерные изменении желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть	P1	-	
ро - неверно. В 3 Составьте план дополнительного обследования пациента. Биохимический анализ крови (глюкоза, липаза, трипсин, панкреатическая амилаза, АЛТ, АСТ, ГТТП). Консультатия врачахирурга. Копрограмма, анализ кала на эластазу-1 для подтверждения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет). КТТ брюшной полости (исключить наличие кист, опухоли ПЖ). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперетной кипки). Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью. Р0 - Ответ неверный. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперетной кипки – свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пици. Заболевание характеризуется типерескрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, ренттенологически – наличием ниши, при фиброгастроскопии – наличием язвенного дефекта. 3 - 2) Дисфункция сфинктера Одди – характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда – напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолшение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть			1
В 3 Составьте план дополнительного обследования пациента. Биохимический апализ крови (глюкоза, липаза, трипсин, панкреатическая амилаза, АЛТ, АСТ, ГГТП). Консультация врачахирурга. Копрограмма, анализ кала на эластазу-1 для подтверждения внешнесекреторной педостаточности поджелудочной железы. Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, шелочная фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет). КТГ брюшной полости (исключить наличие кист, опухоли ПЖО, ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперетной кишки). Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперетной кишки – свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперескрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически – наличием ниши, при фиброгастроскопии – наличием язвенного дефекта. 3 - 2) Дисфункция сфинктера Одди – характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда – напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть	P0	-	
Биохимический анализ крови (глюкоза, липаза, трипсин, панкреатическая амилаза, АЛТ, АСТ, ГГТП). Консультация врача- хирурга. Копрограмма, анализ кала на эластазу-1 для подтверждения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет). КТГ брюшной полости (исключить наличие кист, опухоли ПЖ). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки). Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Р1 - Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью. Р2 - Ответ неверный. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. В 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – свойственны язвенный анамиез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезоиность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически – наличием ниши, при фиброгастроскопии – наличием язвенного дефекта. 2 - 2) Дисфункция сфинктера Одди – характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда – напряжение мышца в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгивекого. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно.			неверно.
Биохимический анализ крови (глюкоза, липаза, трипсин, панкреатическая амилаза, АЛТ, АСТ, ГГТП). Консультация врача- хирурга. Копрограмма, анализ кала на эластазу-1 для подтверждения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет). КТГ брюшной полости (исключить наличие кист, опухоли ПЖ). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки). Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Р1 - Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью. Р2 - Ответ неверный. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. В 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – свойственны язвенный анамиез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезоиность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически – наличием ниши, при фиброгастроскопии – наличием язвенного дефекта. 2 - 2) Дисфункция сфинктера Одди – характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда – напряжение мышца в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгивекого. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно.			
панкреатическая амилаза, АЛТ, АСТ, ГГТП). Консультация врачахирурга. Копрограмма, анализ кала на эластазу-1 для подтверждения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет). КТТ брюшной полости (исключить наличие кист, опухоли ПЖ). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки). Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены ве полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью. Р0 - Ответ не полный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – свойственны язвенный анамиез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически – наличием ниши, при фиброгастроскопии – наличием язвенного дефекта. 3 - 2) Дисфункция сфинктера Одди – характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда – напряжение мышя в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен верно.	В	3	Составьте план дополнительного обследования пациента.
панкреатическая амилаза, АЛТ, АСТ, ГГТП). Консультация врачахирурга. Копрограмма, анализ кала на эластазу-1 для подтверждения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет). КТТ брюшной полости (исключить наличие кист, опухоли ПЖ). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки). Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены ве полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью. Р0 - Ответ не полный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – свойственны язвенный анамиез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически – наличием ниши, при фиброгастроскопии – наличием язвенного дефекта. 3 - 2) Дисфункция сфинктера Одди – характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда – напряжение мышя в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно.		_	
хирурга. Копрограмма, анализ кала на эластазу-1 для подтверждения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет). КТГ брюшной полости (исключить наличие кист, опухоли ПЖ). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки). Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Р1 - Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью. Р0 - Ответ неверный. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически — наличием ниши, при фиброгастроскопии — наличием язвенного дефекта. 2) Дисфункция сфинктера Одди — характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда — напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть			
внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобии (исключить сахарный диабет). КТГ брюшной полости (исключить наличие кист, опухоли ПЖ). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки). Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Р0 - Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически – наличием ниши, при фиброгастроскопии – наличием язвенного дефекта. 3 - 2) Дисфункция сфинктера Одди – характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда – напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть			
 Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет). КТГ брюшной полости (исключить наличие кист, опухоли ПЖ). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки). Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Р1 - Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полиостью. Р0 - Ответ неверный. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически - наличием ниши, при фиброгастроскопии – наличием язвенного дефекта. Э - 2) Дисфункция сфинктера Одди – характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда – напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть 			
фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет). КТГ брюшеной полости (исключить наличие кист, опухоли ПЖ). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки). Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Р1 - Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью. Р2 - Ответ неверный. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически — наличием ниши, при фиброгастроскопии — наличием язвенного дефекта. 2) Дисфункция сфинктера Одди — характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда — напряжение мыпщ в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгивеского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть			1 1
фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет). КТГ брюшеной полости (исключить наличие кист, опухоли ПЖ). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки). Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Р1 - Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью. Р2 - Ответ неверный. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически — наличием ниши, при фиброгастроскопии — наличием язвенного дефекта. 2) Дисфункция сфинктера Одди — характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда — напряжение мыпщ в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгивеского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть	C .		Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, щелочная
профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет). КТТ брюшной полости (исключить наличие кист, опухоли ПЖ). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки). Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Р1 - Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью. Р0 - Ответ неверный. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически наличием ниши, при фиброгастроскопии – наличием язвенного дефекта. Э - 2) Дисфункция сфинктера Одди – характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда – напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть)	-	фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на
профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет). КТТ брюшной полости (исключить наличие кист, опухоли ПЖ). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки). Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Р1 - Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью. Р0 - Ответ неверный. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически наличием ниши, при фиброгастроскопии – наличием язвенного дефекта. Э - 2) Дисфункция сфинктера Одди – характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда – напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть			
КТГ брюшной полости (исключить наличие кист, опухоли ПЖ). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки). Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Р1 - Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью. Р2 - Ответ неверный. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически наличием ниши, при фиброгастроскопии — наличием язвенного дефекта. Э - 2) Дисфункция сфинктера Одди — характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда — напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Р4 - Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть			профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет).
 ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки). Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Р1 - Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью. Р0 - Ответ неверный. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически наличием ниши, при фиброгастроскопии – наличием язвенного дефекта. Э - 2) Дисфункция сфинктера Одди – характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда – напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. 			
 Р2			
 Р2 - Определены верно. Р1 - Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью. Р0 - Ответ неверный. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически наличием ниши, при фиброгастроскопии − наличием язвенного дефекта. Э - 2) Дисфункция сфинктера Одди − характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда − напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть 			
 Р1 - Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью. Р0 - Ответ неверный. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически — наличием ниши, при фиброгастроскопии — наличием язвенного дефекта. Э - 2) Дисфункция сфинктера Одди — характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда — напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть 	P2	-	*
 РТ - Определены не полностью. РО - Ответ неверный. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, ренттенологически — наличием ниши, при фиброгастроскопии — наличием язвенного дефекта. Э - 2) Дисфункция сфинктера Одди — характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда — напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть 			
 РО - Ответ неверный. В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически — наличием ниши, при фиброгастроскопии — наличием язвенного дефекта. Э - 2) Дисфункция сфинктера Одди — характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда — напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Р2 - Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть 	P1	-	
В 4 Проведите дифференциальный диагноз. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически — наличием ниши, при фиброгастроскопии — наличием язвенного дефекта. 3 - 2) Дисфункция сфинктера Одди — характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда — напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть	DO		1
1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически — наличием ниши, при фиброгастроскопии — наличием язвенного дефекта. 3 - 2) Дисфункция сфинктера Одди — характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда — напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть	PU	-	Ответ неверныи.
1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически — наличием ниши, при фиброгастроскопии — наличием язвенного дефекта. 3 - 2) Дисфункция сфинктера Одди — характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда — напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть			TT 11
свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически — наличием ниши, при фиброгастроскопии — наличием язвенного дефекта. 3 - 2) Дисфункция сфинктера Одди — характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда — напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть	В	4	
периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически — наличием ниши, при фиброгастроскопии — наличием язвенного дефекта. 3 - 2) Дисфункция сфинктера Одди — характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда — напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически — наличием ниши, при фиброгастроскопии — наличием язвенного дефекта. 2) Дисфункция сфинктера Одди — характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда — напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть			
повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически — наличием ниши, при фиброгастроскопии — наличием язвенного дефекта. 2) Дисфункция сфинктера Одди — характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда — напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть			периодами обострения, отсутствие диареи, сезонность боли, связь
наличием ниши, при фиброгастроскопии — наличием язвенного дефекта. 2) Дисфункция сфинктера Одди — характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда — напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 — Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть			боли с приёмом пищи. Заболевание характеризуется гиперсекрецией,
			повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически -
			наличием ниши, при фиброгастроскопии – наличием язвенного
 Э - 2) Дисфункция сфинктера Одди – характеризуется признаками «билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда – напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Р1 - Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть 			дефекта.
«билиарной» боли. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда — напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть	Э	_	<u> </u>
болезненность в точке Кера, иногда — напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть			
подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси- Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, В- липопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть			1
Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть			
увеличение АЛТ, АСТ, билирубина, содержания холестерина, Влипопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть			
липопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть			<u> </u>
УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров). Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть			
Р2 - Дифференциальный диагноз проведен верно. Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть			
р1 _ Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть	D2		
	P2	-	
диагностических признаков.	P1	_	
<u> </u>			диагностических признаков.

P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
D	E	C
В	5	Составьте план лечения.
Э	-	Показана госпитализация. 1) Полный отказ от алкоголя. 2) Диета: стол № 5п по Певзнеру. 3) Спазмолитический препарат (например, Дротаверин 4 мл (80 мг) 2 раза в сутки в/м). 4) Анальгетики (например, Баралгин 250 мг внутрь 2 раза в сутки, Парацетамол) при болях. 5) Вне обострения: ферментные препараты с заместительной целью. 6) Коррекция гликемии в случае её выявления.
P2	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полностью.
P1	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
P0	_	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
Н	_	003
Φ	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Φ	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
Φ	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)
Φ	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 В., 43 лет обратился в поликлинику с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают через 20-30 минут после приема пищи; на тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение; на снижение аппетита. Из анамнеза: впервые подобные жалобы возникли около 6 лет назад, но боли купировались приемом Алмагеля и Но-шпы. За медицинской помощью ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи. Работает водителем такси. Питается нерегулярно, часто употребляет алкоголь. Курит в течение 20 лет до 2 пачек сигарет в день. Наследственный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Селезенка не увеличена. Симптом

		поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей. <u>Лабораторные данные</u> : ОАК: гемоглобин — 130 г/л, эритроциты — 4,2×10 ¹² /л, лейкоциты — 6,5×10 ⁹ /л, эозинофилы — 1%, палочкоядерные нейтрофилы — 1%, сегментоядерные нейтрофилы — 60%, лимфоциты — 30%, моноциты — 8%, СОЭ — 10 мм/ч. ОАМ: относительная плотность — 1018, эпителий — 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли - не определяются. БАК: глюкоза — 4,5 ммоль/л, фибриноген — 2,9 г/л, общий белок — 68 г/л. <u>ФГДС</u> : пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный
		дефект 1,0-1,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно прикрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледно-розового цвета. Выявлен H. Pylori +++.
В	1	Выделите основной синдром
Э	-	Синдром диспепсии (эпигастральная боль).
P2	-	Синдром определен верно.
P1	-	Синдром определен не полностью.
P0	-	Синдром определен неверно.
В	2	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Язвенная болезнь желудка, впервые выявленная, с локализацией язвенного дефекта в кардиальном отделе желудка по большой кривизне, среднего размера, стадия обострения, HP-ассоциированная.
P2	-	Диагноз сформулирован верно.
P1	-	Диагноз сформулирован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
Р0	-	Диагноз сформулирован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	Обоснуйте диагноз
Э	-	Диагноз выставлен на основании жалоб (ранние боли в эпигастрии после приёма пищи); данных анамнеза: наличие факторов риска (употребление алкоголя, нерегулярное питание, курение, отягощенная наследственность), сезонные обострения (весной и осенью); данных ФГДС; обнаружения НР
P2	-	Диагноз обоснован полностью.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно
P0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно
		C wayne as 2050 read and 2005
В	4	С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?

Э	-	Хронический гастродуоденит, симптоматические язвы, хронический панкреатит, хронический холецистит, злокачественные новообразования желудка
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	5	Перечислите основные принципы лечения.
Э	-	Соблюдение режима питания и диеты, эрадикация НР (стандартная тройная терапия в течение 14 дней), курс базисной антисекреторной терапии в течение 6-8 недель.
P2	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полностью.
P1	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
P0	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
Н	-	004
Φ	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Φ	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
Φ	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)
Φ	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., 45 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на давящие боли в эпигастральной области, периодически – опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, сопровождаются вздутием живота; на рвоту, не приносящую облегчение, на отрыжку воздухом. Анамнез заболевания: боли в левом подреберье появились около 2 лет назад. За медицинской помощью не обращался. З дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота, не приносящая облегчения. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом. Живот при пальпации
		мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - $9\times8\times7$ см, симптом поколачивания отрицательный билатерально. <u>Лабораторные данные</u> : ОАК: $Er-4,3\times10^{12}/\pi$, $Hb-136r/\pi$, $Tr-320\times10^9/\pi$, $Le-10,3\times10^9/\pi$, $Eos-3\%$, палочкоядерные нейтрофилы -4% ,

		сегментоядерные нейтрофилы – 51%, Lym – 32%, Mon – 10%. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1016, Le – 1-2 в поле зрения, эпителий – 1-2 в поле зрения, оксалаты – небольшое количество. БАК: АСТ – 30 Ед/л; АЛТ – 38 Ед/л; холестерин – 3,5 ммоль/л; общий билирубин – 19,0 мкмоль/л; прямой – 3,9 мкмоль/л; амилаза – 250 ед/л; креатинин – 85 ммоль/л; общий белок – 75 г/л. Копрограмма: цвет – серовато-белый, консистенция – плотная, запах – специфический, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал ++, соединительная ткань – нет, слизь – нет. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии. Складки хорошо выражены. Луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей. УЗИ ОБП: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток – 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка – 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток – 2 мм, головка увеличена в объеме (33 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.
В	1	Выделите основные синдромы
Э	-	Абдоминальный болевой синдром, синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.
P2	-	Синдромы определены верно.
P1	-	Синдромы определены не полностью.
P0	-	Синдромы определены неверно.
В	2	Оцените данные копрограммы
Э	-	Признаки стеатореи, креатореи, амилореи
P2	-	Данные копрограммы определены верно.
P1	-	Данные копрограммы определены не полностью.
P0	-	Данные копрограммы определены неверно.
В	3	Сформулируйте диагноз
Э	-	Хронический рецидивирующий панкреатит, с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы, стадия обострения. С-г головки поджелудочной железы?
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	4	Какие дополнительные исследования необходимо назначить больному?
Э	-	Магнитно-резонансная холангиопанкреатография/ЭндоУЗИ, анализ на онкомаркеры (Ca-19 - 9) для дифференциальной диагностики с злокачественными новообразованиями поджелудочной железы, эластаза-1 в кале.
P2	-	Дополнительные исследования определены верно.

P1	-	Дополнительные исследования определены не полностью
PO	_	Дополнительные исследования определены неверно
		Accountage of the control of the con
В	5	Какова Ваша тактика лечения данного заболевания?
		Пациенту рекомендовано:
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; 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; пциентам с сохраняющимися симптомами несмотря на прием в максимальных дозах ферментных препаратов, покрытых кишечнорастворимой оболочкой, следует назначать терапию, подавляющую желудочную секрецию – ИПП; амитриптилин в малых дозах.
P2		Ответ верный. Лечение назначено верно
P1	_	Ответ неполный. Лечение назначено не полностью
P0	-	Ответ неверный. Лечение назначено неверно
Н	-	005
Φ	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Φ	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
Φ	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 Н., 25 лет предъявляет жалобы на частый (до 10-15 в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи, боли в левой подвздошной области, повышение температуры тела до 38,3°C, резкую общую

	<u> </u>	слабость, похудание. Нарушение стула отмечает в течение 2 месяцев,
		но 7 дней назад в кале появилась кровь, повысилась температура,
		появились слабость, недомогание, головокружение.
		Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа бледная. Язык
		слегка обложен белым налетом. Живот овальной формы, несколько
		вздут. При пальпации определяется умеренная болезненность в
		области нисходящего отдела толстой кишки. Перкуторно размеры печени по Курлову - $10 \times 9 \times 8$ см.
		Лабораторные данные: ОАК: гемоглобин – 90 г/л, СОЭ – 35 мм/ч,
		лейкоциты - $13,0 \times 10^9$ /л; лейкоформула: базофилы - 1% , эозинофилы
		- 5%, палочкоядерные нейтрофилы - 20%, сегментоядерные
		нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 24%, моноциты - 10%. БАК: общий
		белок -60 г/л, альбумин -40 %, АЛТ $-42,68$ ед/л, АСТ -32 ед/л,
		серомукоид – 2,0 ммоль/л, СРБ – $(+++)$, фибриноген – 5 г/л.
		Копрограмма: цвет кала – коричневый, характер – неоформленный, в
		поле зрения – большое количество лейкоцитов, эритроцитов;
		фекальный кальпротектин – 750 мкг/г.
		Ирригоскопия: отмечается быстрое заполнение толстой кишки
		бариевой взвесью, равномерное сужение просвета кишки (симптом
		«водопроводной трубы»), сглаженность гаустр, ячеистый рельеф
		слизистой в области поперечно-ободочной кишки, в области прямой
		и сигмовидной кишок – множественные дефекты наполнения.
В	1	Сформулируйте диагноз
		Язвенный колит, левосторонняя форма, острое течение, тяжёлая
Э	-	атака. Осложнения: хроническая постгеморрагическая анемия
		средней степени тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
		Перечислите предрасполагающие факторы, приводящие к развитию
В	2	
		данного заболевания.
		Генетическая предрасположенность («повышенная кишечная проницаемость» - ген NOD2/CARD15); вирусные инфекции - вирус
		кори; бактериальные инфекции - Chlamydiae, Listeria monocytogenes,
Э	-	Pseudomonas sp., Mycobacterium paratuberculosis; факторы внешней среды - раннее отлучение от груди, высокий социально-
		среды - раннее отлучение от груди, высокий социально- экономический статус, стероидные противозачаточные средства,
		НПВП, рафинированный сахар, курение; психологические факторы.
P2	_	Предрасполагающие факторы определены верно.
P1		Предрасполагающие факторы определены верно.
PO	-	1 1 1
ru	-	Предрасполагающие факторы определены верно.
В	3	Какиа виакинани ја продвиания возможних при толиой подологии
	, J	Какие внекишечные проявления возможны при данной патологии?
		1. Аутоиммунные, связанные с активностью заболевания: артропатии
Э	-	(артралгии, артриты), поражение кожи (узловатая эритема,
		гангренозная пиодермия), поражение СО (афтозный стоматит),
		поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит);

		2. Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания:
		первичный склерозирующий холангит, аутоиммунный гепатит,
		ревматоидный артрит (серонегативный), анкилозирующий
		спондилоартрит, сакроилеит, остеопороз, остеомаляция; псориаз;
		3. Обусловленные длительным воспалением и метаболическими
		нарушениями: холелитиаз, стеатогепатоз, стеатогепатит; тромбоз
		периферических вен, ТЭЛА, Амилиодоз.
P2	-	Ответ верный. Внекишечные проявления ЯК перечислены верно.
P1	-	Ответ не полный. Внекишечные проявления ЯК перечислены частично
P0	-	Ответ неверный. Внекишечные проявления ЯК перечислены неверно.
D	A	Какие антицитокины необходимы, и в каких ситуациях они
В	4	назначаются при данном заболевании?
		Инфликсимаб, ремикейд. Лечение больных, страдающих язвенным
2	-	колитом, у которых традиционная терапия (Сульфасалазин,
Э		Салофальк, Преднизолон, Азатиоприн) была недостаточно
		эффективна.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
D1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть
P1	-	диагностических признаков.
DΩ		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана
P0	-	нозология.
В	5	Какие антибактериальные препараты показаны при данном
Б	3	заболевании?
		1-я линия - Метронидазол 1,5 мг/сут + Фторхинолоны
Э		(Ципрофлоксацин, Офлоксацин) в/в 10-14 дней; 2-я линия -
J	-	Цефалоспорины в/в 7-10 дней; 3-я линия – рифаксимин при
		стабилизации состояния в течение 3-5 дней.
P2	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полностью.
P1	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
P0	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

- 5.1. Перечень заданий к зачету, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: кейс-задания.
- 5.1.1. Кейс задания зачету по практике «Производственная (клиническая) практика 2 (Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)» для оценки компетенций ПК-5, ПК-6, ПК-12.

Н	-	001
Φ	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Φ	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

		Готовность к определению у пациентов патологических состояний,
Φ	ПК-5	симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответ-
		ствии с Международной статистической классификацией болезней и
		проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
		Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказа-
Φ	ПК-6	нии гастроэнтерологической медицинской помощи
		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ
И	-	ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
		Больной П, 49 лет предъявляет жалобы на выраженную слабость, по-
		стоянную сонливость, похудание на 6 кг за полгода, десневые и но-
		совые кровотечения, увеличение живота в объеме, зуд.
		Из анамнеза: длительно злоупотребляет алкоголем. Состояние сред-
		ней тяжести. При осмотре выявляется желтушность кожи, слизи-
		стых, склер, сосудистые звездочки в области шеи, груди, пальмарная
		эритема, контрактура Дюпюитрена. Имеется атрофия мышц верх-
У	-	него плечевого пояса, дефицит веса (вес 58 кг при росте 177 см -
		ИМТ - 17). Определяются подкожные гематомы на руках и ногах.
		Живот увеличен в объеме. При перкуссии выявляется жидкость в
		брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня ребер-
		ной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры - 13×11×6 см.
		Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см.
		<u>Лабораторные данные</u> : белок общий - 59 г/л, альбумины - 48%, гло-
		булины - 52%, гамма-глобулины – 28,5%.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
	1	Цирроз печени (алиментарно-токсического генеза), класс «В» по
Э	-	Child-Pugh. Портальная гипертензия. Асцит.
P2	_	Диагноз поставлен верно.
		Диагноз поставлен не полностью. Часть диагностических признаков
P1	-	не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Назовите синдромы поражения внутренних органов
		Синдром портальной гипертензии, синдром печёночно-клеточной
Э	-	недостаточности, синдром паренхиматозной желтухи, мезенхи-
		мально-воспалительный синдром.
P2	-	Синдромы определены верно.
P1	-	Синдромы определены не полностью.
P0	-	Синдромы определены неверно
	2	
В	3	Обоснуйте, почему выделили указанные синдромы.
Э		О синдроме портальной гипертонии свидетельствуют увеличение
	-	живота в объёме, наличие выпота в брюшной полости при перкуссии
		живота, увеличение размеров селезёнки. О синдроме печёночно-клеточной недостаточности свидетельствует
		кровоточивость слизистых, гематомы на конечностях, наличие сосу-
		дистых звёздочек на верхней половине туловища, пальмарная эри-
		тема, снижение уровня альбумина до 48%.
		Синдром паренхиматозной желтухи проявляется наличием зуда,
		желтушностью кожи, склер, слизистых.
		production round, endep, emissionaria.

P2 P1 P0	-	О наличии мезенхимально-воспалительного синдрома свидетель- ствуют диспротеинемия, гипергаммаглобулинемия, увеличение се- лезёнки.
P1	-	
P1	-	
		Ответ верный. Все синдромы обоснованы верно
P0	-	Ответ не полный. Синдромы обоснованы частично
	-	Ответ неверный. Синдромы обоснованы неверно
D	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования паци-
В	4	ента.
		Для подтверждения диагноза необходимо выполнить:
		- ЭГДС с оценкой состояния вен пищевода и кардиального отдела
		желудка
		- Ректороманоскопию с оценкой вен прямой кишки
		- УЗИ ОБП для определения размеров печени, её структуры, разме-
		ров селезёнки, количества асцитической жидкости в брюшной поло-
		сти и плевральных полостях
		- Эластометрия печени
_		- Функциональные печёночные пробы (АЛАТ, АСАТ, билирубин,
Э	-	протромбин, холестерин, щелочная фосфатаза)
		- Сосудисто-тромбоцитарный и коагуляционный гемостаз
		- Серологическое исследование крови на наличие антител к вирусам
		гепатита В, D и С
		- Аутоантитела (АМА)
		- Желательно определить уровень альфа-фетопротеина для исключе-
		ния гепатоцеллюлярной карциномы и уровень ферритина для исключения гемохроматоза печени
		- КТГ органов брюшной полости
		- Тест связывания чисел
P2		Дополнительные методы назначены верно.
P1		Дополнительные методы назначены не в полном объеме
P0	_	Дополнительные методы назначены неверно
10		дополнительные методы назначены неверно
В	5	Какие группы препаратов следует назначить больному?
Ь		Неселективные бета-блокаторы. Мочегонные. Альбумин. Гепатопро-
Э	_	текторы. Ферменты. Профилактическое назначение антибиотиков.
		Лактулоза.
P2	_	Ответ верный. Перечислены все группы лекарственных средств
		Ответ неполный. Группы лекарственных средств назначены не пол-
P1	-	ностью
P0	_	Ответ неверный. Лечение назначено неверно
		The state of the s
Н	-	002
Φ	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Φ		
	ПК-1	и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, вы-
		явление причин и условий их возникновения и развития, а также
		направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека
		факторов среды его обитания
		Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения

Ф И	ПК-5 ПК-6	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) Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
Φ		ствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказа-
	ПК-6	проблем, связанных со здоровьем (МКБ) Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказа-
	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказа-
	ПК-6 -	
И	-	нии гастроэнтерологической медицинской помощи
И	_	
		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
		Женщина, 53 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жало-
		бами на изжогу, боли за грудиной, появляющиеся после еды и физи-
		ческой нагрузки, связанной с наклонами туловища вперед.
		Из анамнеза: изжога беспокоит около 20 лет. Не обследовалась. По-
		следние 2 месяца появились выше описанные боли за грудиной.
		При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела
У	-	(ИМТ) - 39 кг/м ² . Кожные покровы обычной окраски, чистые. В лег-
		ких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, рит-
		мичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При паль-
		пации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной
		дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется.
		<u>ФГДС</u> : в нижней трети пищевода выявлены сливающиеся эрозии, за-
		нимающие около 40% окружности пищевода.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	_	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюкс-эзофагит II ст.
		по M.Savary-G.Miller. Ожирение II степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
D	2	
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
		Диагноз «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)» уста-
2		новлен на основании жалоб больной на изжогу, боли за грудиной,
Э	-	связанной с наклонами, данных анамнеза (изжога более 20 лет), стадия эзофагита установлена на основании эндоскопической картины,
		дия эзофагита установлена на основании эндоскопической картины, степень ожирения - на основании данных ИМТ.
P2	_	Диагноз обоснован верно.
	<u>-</u>	Диагноз обоснован верно. Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков
P1	-	не названа или обозначена неверно.
		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены
P0	-	неверно.
		mark.
_	_	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования паци-
В	3	ента
Э	-	Пациенту рекомендовано проведение:
		· · · · · · · · · · · · · · · · · ·
		водного отверстия диафрагмы;
		- суточной внутрипищеводной рН-метрии для определения крите-
		риев патологического рефлюкса;
		- ЭКГ, проведение проб с физической нагрузкой (исключить ИБС);
		- УЗИ органов брюшной полости.
		- суточной внутрипищеводной рН-метрии для определения крите-

P2	-	Ответ верный. Все методы дополнительного обследования опреде-
		лены верно.
P1	-	Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью.
PO	_	Ответ неверный.
В	4	Дайте немедикаментозные рекомендации больному
Э	-	 - 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 разовое питание и отказаться от перекусов) - 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 перена-
		пряжением мышц брюшного пресса
P2		- поднятие изголовья кровати (при ночной изжоге) Ответ верный. Немедикаментозные рекомендации даны верно.
Γ2	-	Ответ верный. Пемедикаментозные рекомендации даны верно. Ответ неполный. Немедикаментозные рекомендации даны не полно-
P1	-	стью.
P0	ı	Ответ неверный. Немедикаментозные рекомендации даны неверно.
В	5	Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.
Э	-	1. Ингибиторы протонной помпы - базисная группа препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (Омепразол, Лансопразол, Эзомепразол, Пантопразол, Рабепразол, Декслансопразол) — учитывая стадию ІІ (классификация M.Savary-G.Miller)) продолжительность основного курса терапии должна составлять не менее 8 недель в стандартной дозе; курс поддерживающей терапии в половинной дозе ИПП — 16-24 недели. 2. Антациды, альгинаты - симптоматическая терапия для быстрого купирования симптомов ГЭРБ. 3. Прокинетики (итоприда гидрохлорид) - влияют на тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшают антродуоденальную координацию, по показаниям (дуоденогастаральный рефлюкс, функциональная диспепсия в анамнезе).
P2	-	Ответ верный. Медикаментозное лечение пациента описано полностью.
P1	-	Ответ неполный. Медикаментозное лечение пациента раскрыто не полностью.
P0	-	Ответ неверный. Медикаментозное лечение определено неверно.
Н	-	003
Φ	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Φ	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
		Готовность к проведению профилактических медицинских осмот-
Φ	ПК-2	ров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения
		за здоровыми и хроническими больными
		Готовность к определению у пациентов патологических состояний,
*	THC 5	симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответ-
Φ	ПК-5	ствии с Международной статистической классификацией болезней и
		проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
_		Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказа-
Φ	ПК-6	нии гастроэнтерологической медицинской помощи
		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ
И	-	ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
		Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к врачу-тера-
		певту участковому с жалобами на боли в эпигастральной области,
		преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его про-
		преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и
		распирания в эпигастральной области после приема пищи, отрыжку
		кислым, тошноту.
		<u>Из анамнеза</u> : пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Бо-
		лен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию).
		1 1
		При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 32,0 кг/м². Кож-
		ные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормаль-
		ная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В
У		легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены,
У	-	ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот
		участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпи-
		гастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поко-
		лачивания по поясничной области отрицательный.
		ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные
		складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пище-
		вода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содер-
		жится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи.
		Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица
		12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется деформирована.
		фект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие гра-
		ницы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибриноз-
		ными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без пато-
		логии. Быстрый уреазный тест на наличие H. pylori – положительный (++).
		<u>(' ')-</u>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
		Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с
Э	-	Helicobacter pylori, одиночная малая (0,5 см) язва задней стенки лу-
		ковицы двенадцатиперстной кишки впервые выявленная, рубцово-

ред - Диагноз обоснован пе полностью. Часть диагностических признаков не названая или обозначены певерно. В запелен основание полностью. Диагноз поставлен верено. В составьте и обоснован пеполностью. Диагноз поставлен неверно. В составьте и обоснован пеполностью. Диагноз подтверждают данные ЭФГДС: луковища 12-перстной кишки. Диагноз подтверждают данные ЭФГДС: луковища 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта пискрыт офибринозными наложениями белого цвета. Ассоциация язвенной болезни с Нейсобасter pylori определена по положительному быстрому уреазному тесту. Гастроэзофагальная рефлюкстеньному быстрому уреазному тесту. Гастроэзофагальная рефлюкстеньному быстрому уреазному тесту. Гастроэзофагальная колезны (ГЭРБ), неэрозивная форма выставлена на основании жалоб на изжогу, отрыжку кислым; данных ЭФГДС- пищевод свободне проходим, утолиены продольные складим, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода. Ожирение 1ст. выставлено на основании показателя индекса массы тела - 32,0 кг/м². Р2 — Диагноз обоснован верно. Р3 — Диагноз обоснован верно. Диагностические критерии обозначены певерно. Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены певерно. Поставательного отдела пищевода с иставательного отдела пищевода с иставательного отдела пидеменный рекомендовано следующее обследование: - полный гематологический апализ крови, трапсаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинии крови. - проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; - УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии: - для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии - цитологическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пишевода; - сугочная внутритишеводная рН-метрия для уточнения характера рефлюктата; - консультация врача-тоголаринголога для уточнения стадии хропического фармитита. Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верню.			
ро нический фарингит, стадия ремиссии. Ожирение 1 ст. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен не полностью. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз У пациента имеются голодные, ночные боли, которые характерны для язвенной болезни 12-перстной кипки. Диагноз подтверждают даяные ЭФГДС. зуковина 12- перстной кипки леформированы, аздней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Асмента покрыто фибринозными наложениями белого цвета менот четкие границы, гиперемированы, отечны. Дне дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета по положительному быстрому уреазному тесту. Гастроэзофагеальная рефлюксным белезны (ТЭРБ), неэрозивная форма выставлена на основании жалоб па изжогу, отрыжку кислым, даппых ЭФГДС- пищсвод свободие проходим, утолшены продольные складки, очаговая гиперемия симачетой дистального отдела пищевода. Ожирение 1ет. выставлено па основании показателя индекса массы тела - 32,0 кг/м². Р2 - Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно. Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно. Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно. В 3 - Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента Пациенту с целью исключения осложений рекомендовано следующее оболедование: - полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатнии крови. - проведение ЭКТ глля диференциального диагноза е ИБС; - УЗИ брюшной полости для исключения сопутетвующей патологии; - для уточнения степени воспасния и выявления метаплазии — цитологическое искледование бинтата краёв язвы и ситологическое искледование бинтата краёв язвы и ситологического исключения врача-тикриненования (при наличино			язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Гастро-
 Р2 - Диагноз поставлен верно. Р0 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз У пациента имеются голодные, ночные боли, которые характерны для язьенной болезни 12-перстной кишки. Диагноз подтверждают данные ЭФГДС: луковица 12- перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметрек Края дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Ассопиация язвенной болезин с Нейсовасте руюті определена по положительному быстрому уреазному тесту. Гастроэзофагеальная рефлюкеная болезнь (ТЭРБ), пеорозивная форма выставлена на основании жалоб на изжогу, отрыжку кислым, данных ЭФГДС - пицевоо, свобы проходим, утолшены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода. Ожирение 1ст. выставлено на основании показателя индекода Ожирение 1ст. выставлено на основании показателя индекода Аскоритера. Р2 - Диагноз обоснован верно. Р1 - Диагноз обоснован неверно. Диагностических признаков не на названа или обозначена неверно. Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены певерно. В 3 - Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента пациенту с пелью исключения осложенний рекомендовано следующее обследование: полный гемагологический апализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинии крови. проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии:			
 Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен певерпо. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз У пациента имсются голодные, ночные боли, которые характерны для язвенной болезни 12-перстной кишки. Диагноз подтверждают данные ЭФГДС: луковица 12- перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дне дефекта покрыто фибримозными налюжениями белого пвета. Ассоциация язвенной болезни с Helicobacter pylori определена по положительному быстрому уреазному тесту. Гастрозофагеальная рефлюксная болезны (ГЭРБ), нерозивная форма выставлена на основании жалоб на изжогу, отрыжку кислым; данных ЭФГДС- пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отгала пищевод. Ожирение 1ст. выставлено на основании показателя индекса массы тела - 32,0 кг/м². Р2 - Диагноз обоснован верно. Р2 - Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно. В З - Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно. В З - Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента Пациенту с целью исключения осложений рекомендовано следующее обследование: полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатипии крови. проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; Уло фрошной полости для исключения сопутствующей патологии; для уточнения степсни воспаления и выявления метаплазии - цитологическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода; суточная в вругриницеводлая рН-метрия для уточнения характера рефлюктата; консультация врача-отоларинголога для уточнения сталии х			
Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз У пациента имеются голодные, ночные боли, которые характерны для язвещной болезии 12-перстной кишки. Диагноз подтвержданот данные ЭФГДС: луковица 12- перстной кишки леформирована, на задней степке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре Края дефекта покрыто фибрипозщыми паложешиями белого цвста. Ассонатиры дефекта покрыто фибрипозщыми паложешиями белого цвста. Ассонатиры болезии с Нейсобасtег руют определена по положительному быстрому уреазному тесту. Гастрозофагеальная рефлюктельному быстрому уреазному тесту. Гастрозофагеальная рефлюктальном проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода. Ожирение 1ст. выставлено на основании метородольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода. Ожирение 1ст. выставлено на енезвана или обозначена неверно. В 3 Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента В циценту с целью исключения осложений рекомендовано следующее обследование:		-	
В 2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз У пациента имеются голодные, ночные боли, которые характерны для язвенной болезни 12-перстной кишки. Диагноз подтверждают данные ЭФГДС: луковица 12- перстной кишки леформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Ассоциация язвенной болезни с Нейсоbacter pylori определена по положительному быстрому уреазному тесту. Гастрозофрагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), неэрозивная форма выставлена на основании жалоб на изжогу, отрыжку кислым; данных ЭФГДС- пицевод свободне проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода. Ожирение 1ст. выставлено на основании показателя индекса массы тела - 32,0 кг/м². Р2 - Диагноз обоснован верно. Р1 - Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно. Р2 - Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены поверно. В З Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: - полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинии крови проведение ЭКТ для дифферепциального диагноза с ИБС; - УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; - для уточнения степени воспаления обитства краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода; - суточная внутрипищеводная рН-метрия для уточнения характера рефлюкатата; - консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезни); - врача-онколога - при подозрении на злокачественный характер изьявления; - консультация врача-отоларинголого для уточнения стадии хронического фарингита. Р2 - Ответ ве полный. Методы дополнительного обследования определены не полной. Методы дополнительного обследования определены не полной. Методы дополнительного обследования определены не полной. Методы дополнительного об		-	
у пациента имеются голодные, почные боли, которые характерны для язвенной болезни 12-перстной кишки. Диагноз подтверждают данные ЭФГДС: луковица 12- перстной кишки леформирована, на задлей стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диамстре Края дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Ассоциация язвенной болезни с Неlicobacter руюті определена по положительному быстрому уреазному тесту. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), неэрозивная форма выставлена на основании жалоб на изжоту, отрыжку кислым; данных ЭФГДС- пищевод свободне проходим, утолщены продольные складки, очаговая типеремия слизистой дистального отдела пищевода. Ожирение 1ст. выставлено на основании показателя индекса массы тела - 32,0 кг/м². Р2 - Диагноз обоснован верно. Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно. Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно. В 3 - Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: - полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови. - проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; - УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии: - для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии - цитологическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода; - суточная внутрипищеводная рН-метрия для уточнения характера рефлюктата; - консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезии); - врача-опколога - при подозрении па злокачественный характер изъязенния; - консультация врача-тогодарниголога для уточнения стадии урогического фарингита. Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены не полностью.	P0	-	Диагноз поставлен неверно.
у пациента имеются голодные, почные боли, которые характерны для язвенной болезни 12-перстной кишки. Диагноз подтверждают данные ЭФГДС: луковица 12- перстной кишки леформирована, на задлей стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диамстре Края дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Ассоциация язвенной болезни с Неlicobacter руюті определена по положительному быстрому уреазному тесту. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), неэрозивная форма выставлена на основании жалоб на изжоту, отрыжку кислым; данных ЭФГДС- пищевод свободне проходим, утолщены продольные складки, очаговая типеремия слизистой дистального отдела пищевода. Ожирение 1ст. выставлено на основании показателя индекса массы тела - 32,0 кг/м². Р2 - Диагноз обоснован верно. Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно. Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно. В 3 - Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: - полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови. - проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; - УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии: - для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии - цитологическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода; - суточная внутрипищеводная рН-метрия для уточнения характера рефлюктата; - консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезии); - врача-опколога - при подозрении па злокачественный характер изъязенния; - консультация врача-тогодарниголога для уточнения стадии урогического фарингита. Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены не полностью.			
даппые ЭФГДС: луковица 12-перстной кишки. Диагноз подтверждают даппые ЭФГДС: луковица 12- перстной кишки деформирована, задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см диаместре Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Ассо циация язвенной болезни с Helicobacter pylori определена по положительному бысгрому уреазному тесту. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), неэрозивная форма выставлена на основании жалоб на изжогу, отрыжку кислым; данных ЭФГДС- пипцевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода. Ожирение 1ст. выставлено на основании показателя индекса массы тела - 32,0 кг/м². Р2 - Диагноз обоснован верно. Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно. Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены певерно. В З Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: - полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатипин крови. - проведение ЭКГ для дифферепциального диагноза с ИБС; - УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии - цитологическое и исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода; - сугочная внутрипищеводная рН-метрия для уточнения характера рефлюктата; - консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезни); - врача-онколога - при подозрении на злокачественный характер изъязвения; - консультация врача-отоларинголога для уточнения стадии хронического фарингита. Р2 - пответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Ответ верный. Методы дополнительного обследования определены не полностью.	В	2	
 Р2 - Диагноз обоснован верно. Р1 - Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно. Р0 - Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверио. В З Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови. проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии:	Э	-	для язвенной болезни 12-перстной кишки. Диагноз подтверждают данные ЭФГДС: луковица 12- перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Ассоциация язвенной болезни с Helicobacter pylori определена по положительному быстрому уреазному тесту. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), неэрозивная форма выставлена на основании жалоб на изжогу, отрыжку кислым; данных ЭФГДС- пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода. Ожирение 1ст. выставлено на
Р1 - Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно. Р0 - Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно. В 3 - Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: - полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови. - проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; - УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; - для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии - цитологическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода; - суточная внутрипищеводная рН-метрия для уточнения характера рефлюктата; - консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезни); - врача-онколога - при подозрении на злокачественный характер изъязвления; - консультация врача-отоларинголога для уточнения стадии хронического фарингита. Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью.	P2	-	
ро - Не названа или обозначена неверно. Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно. В 3 Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови. проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии - цито- погическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода; суточная внутрипищеводная рН-метрия для уточнения характера рефлюктата; консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии ослож- нения язвенной болезни); врача-онколога - при подозрении на злокачественный характер изв- язвления; консультация врача-отоларинголога для уточнения ста- дии хронического фарингита. Ответ верный. Все методы дополнительного обследования опреде- лены верно. Ответ не полный. Методы дополнительного обследования опреде- лены не полностью.			1
ро - Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно. В 3 Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: - полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ АСТ), сахар крови, креатинин крови. - проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; - УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; - для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии - цито- логическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода; - суточная внутрипищеводная рН-метрия для уточнения характера рефлюктата; - консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвления; - консультация врача-отоларинголога для уточнения стадии хронического фарингита. Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью.	P1	-	
В 3 Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: - полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови. - проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; - УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; - для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии - цито- логическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода; - суточная внутрипищеводная рН-метрия для уточнения характера рефлюктата; - консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии ослож- нения язвенной болезни); - врача-онколога - при подозрении на злокачественный характер изв- язвления; - консультация врача-отоларинголога для уточнения ста- дии хронического фарингита. Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования опреде- лены верно. Ответ не полный. Методы дополнительного обследования опреде- лены не полностью.			
В 3 Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: - полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови. - проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; - УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; - для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии - цитологическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода; - суточная внутрипищеводная рН-метрия для уточнения характера рефлюктата; - консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезни); - врача-онколога - при подозрении на злокачественный характер извязвления; - консультация врача-отоларинголога для уточнения стадии хронического фарингита. Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью.	P0	-	
В В НТА Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: - полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови. - проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; - УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; - для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии - цитологическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода; - суточная внутрипищеводная рН-метрия для уточнения характера рефлюктата; - консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезни); - врача-онколога - при подозрении на злокачественный характер изъязвления; - консультация врача-отоларинголога для уточнения стадии хронического фарингита. Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью.			nesepho.
В В НТА Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: - полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови. - проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; - УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; - для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии - цитологическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода; - суточная внутрипищеводная рН-метрия для уточнения характера рефлюктата; - консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезни); - врача-онколога - при подозрении на злокачественный характер изъязвления; - консультация врача-отоларинголога для уточнения стадии хронического фарингита. Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью.			Составьте и обоснуйте план пополнительного обследования паци-
Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: - полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови. - проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; - УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; - для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии - цитологическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода; - суточная внутрипищеводная рН-метрия для уточнения характера рефлюктата; - консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезни); - врача-онколога - при подозрении на злокачественный характер изъязвления; - консультация врача-отоларинголога для уточнения стадии хронического фарингита. Р2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью.	В	3	•
P2 - Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно. P1 - Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью.	Э	_	Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: - полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови. - проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; - УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; - для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии - цитологическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода; - суточная внутрипищеводная рН-метрия для уточнения характера рефлюктата; - консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезни); - врача-онколога - при подозрении на злокачественный характер изъязвления; - консультация врача-отоларинголога для уточнения ста-
Р2 - лены верно. Р1 - Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью.	D2		
Р1 - Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью.	P2	-	
лены не полностью.	D.1		Ответ не полный. Методы дополнительного обследования опреде-
	11	-	<u>-</u>
	P0	-	Ответ неверный.

	_	Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбиниро-
В	4	ванной терапии? Обоснуйте свой выбор.
Э	-	1. Рекомендована эрадикационная терапия первой линии: ингибитор протонной помпы в стандартной дозе 2 раза в сутки (например, Рабепразол 20 мг 2 раза в сутки) вместе с Амоксициллином 1 г 2 раза в сутки и Кларитромицином 500 мг 2 раза в сутки продолжительностью 14 дней. Для повышения эффективности эрадикационной терапии первой линии – добавление Висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в сутки и Saccharomyces boulardii (по 250 мг 2 раза в сутки). По окончании эрадикационной терапии – продолжение приема висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней. 2. Антациды в качестве вспомогательной антисекреторной терапии. 2. Прокинетики (итоприда гидрохлорид) влияют на тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшают антродуоденальную координацию, назначается по 50 мг 3 раза в сутки до еды. После окончания эрадикации <i>Н.руlогі</i> (через 14 дней) продолжить прием ИПП в стандартной дозе в сутки ещё в течение 2-4-х недель для эффективного заживления язвенного дефекта 12-перстной кишки и завершения основного курса лечения НЭРБ под контролем ЭФГДС.
P2		Контроль эффективности эрадикационной терапии. Лечение назначено верно.
P1	-	
P1	-	Лечение назначено не полностью.
PU	-	Лечение назначено неверно.
В	5	Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни?
Э	-	Все пациенты с язвенной болезнью и ГЭРБ должны состоять на диспансерном учёте. Профилактическую терапию «по требованию» назначают при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни. Показано назначение ИПП в стандартной дозе в течение 2-3-х дней, а затем в половинной дозе в течение двух недель.
P2	-	Ответ верный. Профилактическая терапия и диспансерный учет пациента определены верно.
P1	-	Ответ неполный. Профилактическая терапия и диспансерный учет пациента определены частично
P0	-	Ответ неверный. Профилактическая терапия и диспансерный учет пациента определены неверно.
Н	- ************************************	004
Φ	УК-1 ПК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу 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, вы-
		и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, в явление причин и условий их возникновения и развития, а так

		направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека
		факторов среды его обитания
		Готовность к проведению профилактических медицинских осмот-
Φ	ПК-2	ров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения
	11K-2	
		за здоровыми и хроническими больными
		Готовность к определению у пациентов патологических состояний,
Φ	ПК-5	симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответ-
		ствии с Международной статистической классификацией болезней и
		проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Φ	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказа-
		нии гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ
		ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
		Больная Р., 45 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жало-
		бами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающие че-
		рез 40-50 минут после еды, тошноту. В течение 20 лет страдает хро-
		ническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений
		обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эради-
		кационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение
		2-х недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно прини-
		мала Алмагель при возникновении неприятных ощущений.
		При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост - 166 см, вес - 64
		кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание ве-
		зикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70
		ударов в минуту, АД – 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный
У		в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Симптомы холецистита
,	_	отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом покола-
		чивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день,
		оформленный, без патологических примесей.
		ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кар-
		дия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемиро-
		вана, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены,
		расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая
		луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не из-
		менены. Взят биоптат из антрального отдела желудка: быстрый уре-
		азный тест положительный (+).
		Результат гистологического исследования биоптата: слизистая обо-
		лочка желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной ин-
		фильтрацией.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
		Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с Helicobacter
Э	-	pylori, обострение. Функциональная диспепсия: постпрандиальный
		дистресс-синдром.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз

		Диагноз «хронический гастрит» поставлен на основании данных
		анамнеза (страдает хроническим гастритом в течение 20 лет), данных
		осмотра (болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной зоне
		при пальпации), данных фиброгастроскопии (гиперемия слизистой
		желудка), гистологического исследования (полиморфноклеточная
		инфильтрация слизистой). Атрофический гастрит ставится на осно-
Э	-	вании данных эндоскопии, подтверждённых гистологическим иссле-
		дованием биоптата слизистой. Связь с хеликобактерной инфекцией
		доказана положительным быстрым уреазным тестом.
		Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром
		поставлен на основании жалоб пациента на тяжесть, чувство пере-
		полнения в животе после еды, тошноту.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
		Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков
P1	-	не названа или обозначена неверно.
DO		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены
P0	_	неверно.
В	3	Составьте план дополнительного обследования пациента
		Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ
Э	-	крови, анализ кала, рН-метрия желудка, УЗИ органов брюшной по-
		лости.
P2	_	Ответ верный. Все методы дополнительного обследования опреде-
		лены верно.
P1	_	Ответ не полный. Методы дополнительного обследования опреде-
DO		лены не полностью.
P0	-	Ответ неверный.
В	4	Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте свой выбор.
		Прежде всего, необходимо назначение эрадикационной терапии. Ре-
		комендовано применение терапии первой линии: ингибитор протон-
	-	ной помпы в стандартной дозе 2 раза в сутки (например, Рабепразол
		20 мг 2 раза в сутки) вместе с Амоксициллином 1 г 2 раза в сутки и
		Кларитромицином 500 мг 2 раза в сутки продолжительностью 14
		дней. Возможно добавление к этой схеме Висмута трикалия дицит-
		рата 240 мг 2 раза в сутки и Saccharomyces boulardii (по 250 мг 2 раза
Э		в сутки) для повышения эффективности эрадикации, в этом случае
)		после завершения эрадикационной терапии – продолжение приема
		висмута трикалия дицитрата в дозе 240 мг 2 раза в сутки в течение 2-
		х недель для долечивания хронического гастрита.
		Для купирования симптомов постпрандиального дистресс-синдрома
		назначают прокинетики, например, итоприда гидрохлорид 50 мг 3
		раза в день на 3 недели.
		Контроль эффективности эрадикационной терапии. В случае ее не-
		эффективности – назначение эрадикационной терапии второй линии.
P2	-	Лечение назначено верно.
P1	-	Лечение назначено не полностью.
DΛ		
P0	-	Лечение назначено неверно.
P0 B	5	Разработайте план диспансерного наблюдения пациента

Э	-	Пациенты с хроническим атрофическим гастритом находятся на диспансерном учёте у врача-терапевта участкового по месту жительства пожизненно. Рекомендуется осмотр 1 раз в год с проведением общего анализа крови и ЭГДС с биопсией. По возможности — анализ желудочного сока 1 раз в 5 лет. Рекомендуется соблюдение щадящей диеты, отказ от раздражающей пищи и напитков. Профилактический курсовый прием цитопротекторов (висмута трикалия дицитрата или ребамипида) 1-2 раза в год.	
P2	-	Ответ верный. План диспансерного наблюдения определен верно.	
P1	1	Ответ неполный. План диспансерного наблюдения определен частично.	
P0	1	Ответ неверный. План диспансерного наблюдения определен неверно.	
Н	-	005	
Φ	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	
_		Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направлен-	
		ных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя фор-	
		мирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения	
Φ	ПК-1	и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, вы-	
T	11111	явление причин и условий их возникновения и развития, а также	
		направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека	
		факторов среды его обитания	
		Готовность к определению у пациентов патологических состояний,	
		симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответ-	
Φ	ПК-5	ствии с Международной статистической классификацией болезней и	
		проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	
		Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказа-	
Φ	ПК-6	нии гастроэнтерологической медицинской помощи	
		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ	
И	-	ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	
	-	Больная В., 47 лет предъявляет жалобы на зуд кожи, нарушения мен-	
		струального цикла, желтушность кожных покровов, похудание, дис-	
		комфорт в правом верхнем квадранте живота. Больна в течение 5 лет.	
		Лечилась у дерматолога по поводу нейродермита и у гинеколога по	
		поводу климактерической дисфункции яичников.	
		Объективно: выявлены субиктеричность склер, пигментные пятна и	
У		множественные следы расчесов на коже туловища. В легких дыхание	
		везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные,	
		ритмичные. ЧСС – 78 ударов в минуту. Печень выступает из-под края	
		реберной дуги на 7 см, край плотный, безболезненный. Селезенка не	
		пальпируется.	
		<u>Лабораторные данные</u> : общий билирубин $-87,5$ мкмоль/л, Щ $\Phi-413$	
		Ед/л, ГГТП – 62 Ед/л, СОЭ – 25 мм/час.	
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.	
Э	-	Первичный билиарный цирроз	
P2	-	Диагноз поставлен верно.	
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.	
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.	
		\mathbf{r}^{-1}	

В	2	Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза	
		Общий анализ крови.	
Э	-	Биохимический анализ крови: билирубин общий и прямой, общий холестерин и его фракции, мочевина крови, общий белок, белковые фракции, АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, ГГТП, фибриноген. Общий анализ мочи. Коагулограмма. Ig M, G. Антимитохондриальные антитела. УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки и сосудов портальной системы. Эзофагогастродуоденоскопия.	
P2	-	Диагностические исследования определены верно.	
P1	_	Диагностические исследования определены не полностью.	
P0	_	Диагностические исследования определены неверно.	
		F. T.	
В	3	Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания	
Э	-	Ведущие жалобы: упорный кожный зуд и желтуха. На поздних стадиях — общая слабость, похудание, боль в костях. У 1/3 больных заболевание сочетается с калькулезным холециститом. В развитой стадии болезни — ксантелазмы кожи век. Печень заметно увеличена, плотная, фестончатость нижнего края (позднее). Спленомегалия. Гибербилирубинемия за счет связанного билирубина, увеличение ЩФ, ГГТП, общего холестерина. Возможно повышение индикаторов цитолиза. Позднее проявляется мезенхимально-воспалительный син-	
D2		дром и синдром портальной гипертензии.	
P2	-	Ответ верный. Перечислены все основные симптомы заболевания.	
P1	-	Ответ не полный. Основные симптомы заболевания перечислены не полностью.	
P0	-	Ответ неверный. Основные симптомы заболевания определены неверно.	
В	4	С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз	
Э	-	Подпеченочная желтуха, вторичный билиарный цирроз печени, рак печени, редкие формы цирроза печени: веноокклюзивные циррозы, циррозы при синдроме Бадда-Киари, болезнь Вильсона-Коновалова.	
P2	_	Дифференциальный диагноз проведен верно.	
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью. Не указана часть нозологий.	
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно.	
В	5	Какое лечение следует назначить данному больному	
Э	-	УДХК, холестирамин.	
P2	-	Ответ верный. План лечения определен верно.	
P1	-	Ответ неполный. План лечения определен частично.	
P0	-	Ответ неверный. План лечения определен неверно.	

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Для зичети	Критерии оценивания		
Результаты обучения	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 «З» (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