

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

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

Специальность 31.08.28 Гастроэнтерология
код, наименование

Кафедра: терапии и кардиологии

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2021

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Производственная (клиническая) практика 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:

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

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

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы практики	Оценочные средства
ПК-5, ПК-6, ПК-12.	Текущий	Раздел 1. Ургентная гастроэнтерология	Кейс-задания
ПК-5, ПК-6, ПК-12.	Промежуточный	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
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

Ф	ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
Ф	ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина, 54 лет жалуется на интенсивные боли в верхней части живота с иррадиацией в левое подреберье и тошноту. Подобные приступы в течение 10 лет повторяются 1-2 раза в год, иногда сопровождаются умеренными желтухой и повышением амилазы в крови или моче. Четыре года назад перенесла холецистэктомию в связи с развитием желчной колики. Позднее обследовалась, магнитно-резонансная томография камней в желчевыводящей системе не выявила. <u>Объективно:</u> субъиктеричность склер, кожа влажная, послеоперационные рубцы на передней брюшной стенке; болезненность при пальпации в эпигастральной и околопупочной области, положителен симптом Мейо-Робсона (болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу). <u>Лабораторные данные:</u> лейкоциты $10,7 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 18 мм/час, α -амилиза крови составляет 880 мкмоль/л.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Хронический билиарнозависимый рецидивирующий панкреатит в стадии обострения.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз «Хронический рецидивирующий панкреатит в стадии обострения» выставлен на основании: - данных анамнеза (интенсивные боли в животе, иррадиирующие, длительность заболевания); - холецистэктомии в анамнезе; - объективных данных (при пальпации болезненность в проекции поджелудочной железы);

		- общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ; - анализ мочи: повышение амилазы.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	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 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?
Э	-	Пациенту рекомендована госпитализация, стационарное лечение: - отказ от употребления алкоголя и курения; - режим полупостельный; - дробный прием пищи с равномерным распределением жира во все порции (исключают острые, жирные, жареные блюда, питание должно быть дробным (не реже 4-5 раз в день)); - при интенсивной боли необходимо назначение анальгетиков – парацетамола или НПВП; - антациды; - антибиотики широкого спектра действия; - спазмолитики: папаверин, но-шпа, платифиллин; - 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, В ₂ , А, Е;

		- при недостаточной эффективности заместительной терапии в начальных дозах рекомендуется удвоить дозу ММСП или микроtabletок 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.
P0	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
B	5	Укажите прогноз и профилактику заболевания
Э	-	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 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.
P0	-	Ответ неверный. Прогноз и профилактика не определены.
H	-	002
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 46 лет, водитель, поступил в приемное отделение стационара самостоятельно. Жалобы на резкую боль постоянного

		характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита. Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в диете. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приема Но-шпы. Часто ранее отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе после приема жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет. <u>Объективно:</u> 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. <u>Лабораторные данные:</u> ОАК: лейкоциты - $9,6 \times 10^9$ /л, СОЭ – 16 мм/ч. ОАМ: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, копрограмма – стеаторея, креаторея, амилорея. <u>УЗИ ОБП:</u> 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.
Э	-	Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	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 - $9,6 \times 10^9$ /л, СОЭ - 16 мм/ч; анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея). Диагноз

		«алкогольный стеатоз печени» выставлен на основании объективного обследования (печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рёберной дуги, размер по Курлову 10х9х8 см); УЗИ ОБП (печень увеличена, с перипортальными уплотнениями). Диагноз «ЖКБ, латентное течение» выставлен на основании: УЗИ ОБП - желчный пузырь 75х35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
B	3	Составьте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	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, опухолей ПЖ). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки).
P2	-	Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно.
P1	-	Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью.
P0	-	Ответ неверный.
B	4	Проведите дифференциальный диагноз.
Э	-	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, В-липопротеидов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров).
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.

P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
B	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.
H	-	003
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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. <u>Из анамнеза:</u> 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. <u>Объективно:</u> 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 – $4,2 \times 10^{12}$/л, лейкоциты – $6,5 \times 10^9$/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, НР-ассоциированная.
P2	-	Диагноз сформулирован верно.
P1	-	Диагноз сформулирован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	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
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
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной К., 45 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на давящие боли в эпигастриальной области, периодически – опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, сопровождаются вздутием живота; на рвоту, не приносящую облегчение, на отрыжку воздухом. <u>Анамнез заболевания:</u> боли в левом подреберье появились около 2 лет назад. За медицинской помощью не обращался. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота, не приносящая облегчения. <u>Объективно:</u> 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 - 9×8×7 см, симптом поколачивания отрицательный билатерально. <u>Лабораторные данные:</u> ОАК: $E_r - 4,3 \times 10^{12}/л$, $Hb - 136 г/л$, $T_r - 320 \times 10^9 /л$, $Le - 10,3 \times 10^9 /л$, $Eos - 3\%$, палочкоядерные нейтрофилы – 4%,

		сегментоядерные нейтрофилы – 51%, Lym – 32%, Mon – 10%. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1016, Le – 1-2 в поле зрения, эритроциты – 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. <u>ФГДС</u>: 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. <u>УЗИ ОБП</u>: 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
P0	-	Дополнительные исследования определены неверно
B	5	Какова Ваша тактика лечения данного заболевания?
Э	-	Пациенту рекомендовано: - 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; - пациентам 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
H	-	005
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Н., 25 лет предъявляет жалобы на частый (до 10-15 в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи, боли в левой подвздошной области, повышение температуры тела до 38,3°C, резкую общую

		слабость, похудание. Нарушение стула отмечает в течение 2 месяцев, но 7 дней назад в кале появилась кровь, повысилась температура, появились слабость, недомогание, головокружение. <u>Объективно</u>: состояние средней степени тяжести. Кожа бледная. Язык слегка обложен белым налетом. Живот овальной формы, несколько вздут. При пальпации определяется умеренная болезненность в области нисходящего отдела толстой кишки. Перкуторно размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. <u>Лабораторные данные</u>: 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. <u>Ирригоскопия</u>: 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
Э	-	Язвенный колит, левосторонняя форма, острое течение, тяжёлая атака. Осложнения: хроническая постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Перечислите предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
Э	-	Генетическая предрасположенность («повышенная кишечная проницаемость» - ген NOD2/CARD15); вирусные инфекции - вирус кори; бактериальные инфекции - Chlamydiae, Listeria monocytogenes, Pseudomonas sp., Mycobacterium paratuberculosis; факторы внешней 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 не полностью
P0	-	Предрасполагающие факторы определены верно.
В	3	Какие внекишечные проявления возможны при данной патологии?
Э	-	1. Аутоиммунные, связанные с активностью заболевания: артропатии (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, остеомалация; 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.
B	4	Какие антицитокины необходимы, и в каких ситуациях они назначаются при данном заболевании?
Э	-	Инфликсимаб, ремикейд. Лечение больных, страдающих язвенным колитом, у которых традиционная терапия (Сульфасалазин, Салофальк, Преднизолон, Азатиоприн) была недостаточно эффективна.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
B	5	Какие антибактериальные препараты показаны при данном заболевании?
Э	-	1-я линия - Метронидазол 1,5 мг/сут + Фторхинолоны (Ципрофлоксацин, Офлоксацин) в/в 10-14 дней; 2-я линия - 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.

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

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

		О наличии мезенхимально-воспалительного синдрома свидетельствуют диспротеинемия, гипергаммаглобулинемия, увеличение селезёнки.
P2	-	Ответ верный. Все синдромы обоснованы верно
P1	-	Ответ не полный. Синдромы обоснованы частично
P0	-	Ответ неверный. Синдромы обоснованы неверно
В	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	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, размеров селезёнки, количества асцитической жидкости в брюшной полости и плевральных полостях - Эластометрия печени - Функциональные печёночные пробы (АЛАТ, АСАТ, билирубин, 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 исключения 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
В	5	Какие группы препаратов следует назначить больному?
Э	-	Неселективные бета-блокаторы. Мочегонные. Альбумин. Гепатопротекторы. Ферменты. Профилактическое назначение антибиотиков. Лактулоза.
P2	-	Ответ верный. Перечислены все группы лекарственных средств
P1	-	Ответ неполный. Группы лекарственных средств назначены не полностью
P0	-	Ответ неверный. Лечение назначено неверно
Н	-	002
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина, 53 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на изжогу, боли за грудиной, появляющиеся после еды и физической нагрузки, связанной с наклонами туловища вперед. <u>Из анамнеза</u> : изжога беспокоит около 20 лет. Не обследовалась. Последние 2 месяца появились выше описанные боли за грудиной. <u>При осмотре</u> : состояние удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) - 39 кг/м ² . Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. <u>ФГДС</u> : в нижней трети пищевода выявлены сливающиеся эрозии, занимающие 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.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)» установлен на основании жалоб больной на изжогу, боли за грудиной, связанной с наклонами, данных анамнеза (изжога более 20 лет), стадия эзофагита установлена на основании эндоскопической картины, степень ожирения - на основании данных ИМТ.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
Э	-	Пациенту рекомендовано проведение: - рентгеноскопии пищевода и желудка для исключения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; - суточной внутрипищеводной рН-метрии для определения критериев патологического рефлюкса; - ЭКГ, проведение проб с физической нагрузкой (исключить ИБС); - УЗИ органов брюшной полости.

P2	-	Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно.
P1	-	Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью.
P0	-	Ответ неверный.
B	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 перенапряжением мышц брюшного пресса - поднятие изголовья кровати (при ночной изжоге)
P2	-	Ответ верный. Немедикаментозные рекомендации даны верно.
P1	-	Ответ неполный. Немедикаментозные рекомендации даны не полностью.
P0	-	Ответ неверный. Немедикаментозные рекомендации даны неверно.
B	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 II (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 (дуоденогастральный 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.
H	-	003
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения

		и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
Ф	ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распиравания в эпигастральной области после приема пищи, отрыжку кислым, тошноту. <u>Из анамнеза:</u> пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию). <u>При осмотре:</u> состояние удовлетворительное. ИМТ - 32,0 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. <u>ЭФГДС:</u> пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Край дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Быстрый уреазный тест на наличие <i>H. pylori</i> – положительный (++)
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с <i>Helicobacter pylori</i> , одиночная малая (0,5 см) язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки впервые выявленная, рубцово-

		язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), неэрозивная форма. Хронический фарингит, стадия ремиссии. Ожирение 1 ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	У пациента имеются 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. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Ассоциация язвенной болезни с <i>Helicobacter pylori</i> 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 основании показателя индекса массы тела - 32,0 кг/м ² .
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
Э	-	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.
P2	-	Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно.
P1	-	Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью.
P0	-	Ответ неверный.

В	4	Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной 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 <i>Saccharomyces boulardii</i> (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>H.pylori</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. Контроль эффективности эрадикационной терапии.
P2	-	Лечение назначено верно.
P1	-	Лечение назначено не полностью.
P0	-	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
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также

		направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
Ф	ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Р., 45 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающие через 40-50 минут после еды, тошноту. В течение 20 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение 2-х недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала Алмагель при возникновении неприятных ощущений. <u>При осмотре</u>: состояние удовлетворительное. Рост - 166 см, вес - 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилорoduodenальной зоне. Симптомы холецистита отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей. <u>ФГДС</u>: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не изменены. Взят биоптат из антрального отдела желудка: быстрый уреазный тест положительный (+). <u>Результат гистологического исследования биоптата</u>: слизистая оболочка желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с <i>Helicobacter pylori</i> , 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

Э	-	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 основании данных эндоскопии, подтверждённых гистологическим исследованием биоптата слизистой. Связь с хеликобактерной инфекцией доказана положительным быстрым уреазным тестом. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром поставлен на основании жалоб пациента на тяжесть, чувство переполнения в животе после еды, тошноту.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	Составьте план дополнительного обследования пациента
Э	-	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, анализ кала, рН-метрия желудка, УЗИ органов брюшной полости.
P2	-	Ответ верный. Все методы дополнительного обследования определены верно.
P1	-	Ответ не полный. Методы дополнительного обследования определены не полностью.
P0	-	Ответ неверный.
В	4	Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте свой выбор.
Э	-	Прежде всего, необходимо назначение эрадикационной терапии. Рекомендовано применение терапии 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. Возможно добавление к этой схеме Висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в сутки и <i>Saccharomyces boulardii</i> (по 250 мг 2 раза 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 неэффективности – назначение эрадикационной терапии второй линии.
P2	-	Лечение назначено верно.
P1	-	Лечение назначено не полностью.
P0	-	Лечение назначено неверно.
В	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	-	Ответ неполный. План диспансерного наблюдения определен частично.
P0	-	Ответ неверный. План диспансерного наблюдения определен неверно.
Н	-	005
Ф	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
Ф	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Ф	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная В., 47 лет предъявляет жалобы на зуд кожи, нарушения менструального цикла, желтушность кожных покровов, похудание, дискомфорт в правом верхнем квадранте живота. Больна в течение 5 лет. Лечилась у дерматолога по поводу нейродермита и у гинеколога по поводу климактерической дисфункции яичников. Объективно: выявлены субиктеричность склер, пигментные пятна и множественные следы расчесов на коже туловища. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 78 ударов в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 7 см, край плотный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Лабораторные данные: общий билирубин – 87,5 мкмоль/л, ЩФ – 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.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза
Э	-	Общий анализ крови. Биохимический анализ крови: билирубин общий и прямой, общий холестерин и его фракции, мочевины 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.
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 синдром 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

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены незначительные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продemonстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продemonстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

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

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

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

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик:

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

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

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