

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Калинин Р.Е.
Должность: Ректор
Дата подписания: 14.08.2026 10:22:22
Уникальный программный ключ:
40e1d729392b27c8c3c5e4145020da90ba799b43



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

УТВЕРЖДЕНО
учёным советом
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
(протокол от 19.05.2026 N 10)

КОМПЛЕКТ ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Гастроэнтерология

**ОСНОВНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММА ОРДИНАТУРЫ**

по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология

Разработчики: кафедра сестринского дела

Фамилия, Имя, Отчество	Ученая степень, ученое звание	Занимаемая должность в Университете
Бутов Михаил Александрович	д.м.н., профессор	Профессор кафедры сестринского дела
Василевская Анна Станиславовна	к.м.н.	Доцент кафедры сестринского дела

Рецензенты:

Фамилия, Имя, Отчество	Ученая степень, ученое звание	Занимаемая должность, организация
Есакова Евгения Михайловна	-	Главный врач ГБУ ГKB №4, Городской гастроэнтерологический центр
Викулин Сергей Васильевич	к.м.н.	Заместитель главного врача по лечебной работе ГБУ ГKB №4, Городской гастроэнтерологический центр

Одобрено учебно-методической комиссией по программам ординатуры и аспирантуры
(протокол от 08.04.2026 N 9)

Одобрено учебно-методическим советом
(протокол от 23.04.2026 N 6)

1. Комплект оценочных материалов (далее – КОМ) предназначен для оценки планируемых результатов освоения рабочей программы дисциплины «Гастроэнтерология».

1.1. КОМ включает задания для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации.

Общее количество заданий и распределение заданий по компетенциям и типам:

Код и наименование компетенции	Количество заданий закрытого типа	Количество заданий открытого типа
УК-1	20	20
УК-2	20	20
УК-3	20	20
УК-4	20	20
УК-5	20	20
ОПК-4	20	20
ОПК-5	20	20
ОПК-9	20	20
ПК-1	20	20
ПК-2	20	20

2. Дополнительные материалы и оборудование для выполнения заданий (при необходимости):

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
		Раздел 1. Общие вопросы заболеваний пищеварительной системы
		Задания закрытого типа
УК-1	1	Врач проводит анализ эффективности нового лекарственного препарата. Для принятия решения о возможности его применения он изучает результаты нескольких исследований. Какой источник информации обладает наиболее высоким уровнем доказательности? А. Описание клинического случая. Б. Экспертное мнение специалистов. В. Систематический обзор и метаанализ рандомизированных контролируемых исследований. Г. Наблюдательное исследование.
	2.	При внедрении нового метода лечения врач оценивает не только его клиническую эффективность, но и безопасность, экономическую целесообразность, влияние на качество жизни пациента и возможность применения в условиях медицинской организации. Какой подход используется в данной ситуации? А. Популяционный. Б. Системный. В. Исторический. Г. Морфологический.
	3.	Назначение какой группы лекарственных препаратов нежелательно при декомпенсированном заболевании печени: а) НПВП; б) гепатопротекторы; в) ИПП; г) диуретики; д) альфа-и бета-адреноблокаторы;
УК-2	4.	Что является первым этапом разработки проекта в профессиональной деятельности врача-гастроэнтеролога? а) оформление итогового отчёта

		б) формулирование цели и задач проекта в) распределение премий участникам проекта г) завершение проекта без предварительного планирования
	5.	Какой документ определяет цель, задачи, этапы, сроки, ожидаемые результаты и исполнителей проекта? а) лист назначений пациента б) техническое задание проекта в) температурный лист г) выписной эпикриз
	6.	Что должен включать план-график реализации проекта в медицинской организации? а) только фамилию руководителя проекта б) перечень этапов, сроки выполнения, ответственных исполнителей и контрольные точки в) только итоговый результат без описания этапов г) только финансовые расходы без распределения задач
	7.	Какое действие руководителя проекта является наиболее правильным при выявлении отклонений от запланированных сроков реализации проекта? а) игнорировать отклонения до завершения проекта б) прекратить проект без анализа причин в) провести анализ причин отклонений и своевременно внести корректировки в план г) полностью переложить ответственность на исполнителей
	8.	Что является завершающим этапом проектной деятельности? а) постановка цели без оценки результата б) представление итогов, анализ результатов и оценка качества выполнения проекта в) отказ от обсуждения достигнутых результатов г) распределение заданий без контроля исполнения
УК-3	9.	Кто должен координировать действия медицинской команды при ведении пациента с острым желудочно-кишечным кровотечением? а) младший медицинский персонал б) лечащий врач или дежурный врач в) пациент г) родственники пациента
	10.	2. Какое действие является первоочередным при возникновении конфликта между врачом и медицинской сестрой по поводу ведения пациента? а) наказать одного из участников конфликта б) игнорировать конфликт в) выслушать обе стороны и установить причину разногласий г) передать решение младшему персоналу
	9.	3. Что является основой эффективной командной работы в гастроэнтерологическом отделении? а) отсутствие распределения обязанностей

		б) индивидуальная работа каждого сотрудника без обсуждения в) чёткое распределение ролей и согласованность действий г) выполнение только устных указаний без контроля
	10.	Какой специалист должен быть незамедлительно привлечён при подозрении на перфорацию язвы желудка или двенадцатиперстной кишки? а) дерматолог б) хирург в) офтальмолог г) физиотерапевт
	11.	Что относится к проявлению лидерских качеств врача при оказании помощи пациенту с тяжёлым острым панкреатитом? а) отказ от принятия решений б) перекладывание ответственности на пациента в) организация работы команды и контроль выполнения назначений г) отсутствие взаимодействия со смежными специалистами
УК-4	12.	Какой принцип является основным при информировании пациента о необходимости проведения колоноскопии? а) минимизация информации для снижения тревожности пациента б) предоставление достоверной информации о цели, пользе, рисках и альтернативных методах исследования в) передача информации только родственникам пациента г) отказ от обсуждения возможных осложнений
	13.	2. Какой стиль общения наиболее целесообразен при взаимодействии врача с тревожным пациентом с функциональным расстройством желудочно-кишечного тракта? а) авторитарный и категоричный б) формальный и отстранённый в) эмпатичный, разъяснительный и поддерживающий г) ироничный и краткий
	14.	3. Что должен учитывать врач-гастроэнтеролог при назначении диетотерапии пациенту с религиозными пищевыми ограничениями? а) только собственные клинические предпочтения б) культурные и религиозные особенности пациента при сохранении медицинской обоснованности рекомендаций в) мнение младшего медицинского персонала г) необходимость полного отказа от обсуждения питания
	15.	4. Что относится к корректному ведению медицинской документации? а) использование эмоциональных оценочных формулировок б) внесение только субъективного мнения врача без клинических данных в) точное, объективное и своевременное отражение жалоб, анамнеза, результатов обследования и назначений г) оформление записей только после выписки пациента
	16.	5. Как должен поступить врач при возникновении языкового барьера при общении с пациентом гастроэнтерологического профиля?

		а) отказаться от подробного информирования пациента б) использовать доступные средства перевода и убедиться, что пациент правильно понял медицинскую информацию в) общаться только с родственниками, исключив пациента из беседы г) ограничиться выдачей письменного назначения без объяснений
УК-5	17.	Что является наиболее корректным примером ближней профессиональной цели ординатора по гастроэнтерологии? а) полностью отказаться от дальнейшего обучения б) освоить алгоритм ведения пациента в) не участвовать в клинических разборах г) принимать решения без консультации наставника при недостатке опыта
	18.	Какой метод наиболее объективно помогает оценить профессиональное развитие ординатора? а) субъективное ощущение уверенности без анализа результатов б) отказ от обратной связи в) анализ клинических случаев с наставником и оценка сформированности практических навыков г) сравнение себя только с менее опытными коллегами
	19.	Что относится к здоровьесберегающим технологиям для врача? а) хроническое недосыпание как профессиональная норма б) регулярное восстановление после дежурств, рациональный режим труда и отдыха в) отказ от отдыха при высокой нагрузке г) игнорирование признаков эмоционального выгорания
	20.	Как должен поступить ординатор при возникновении сложной морально-этической ситуации в клинической практике? а) принять решение импульсивно, не оценивая последствия б) скрыть ситуацию от наставника в) оценить риски, руководствоваться этическими принципами и при необходимости обратиться к более опытному специалисту г) переложить ответственность на пациента
	21.	Что является рациональным действием при планировании изменения карьерной траектории врача-гастроэнтеролога? а) изменить направление деятельности без анализа рисков и дополнительного обучения б) предварительно оценить собственные компетенции, профессиональные цели, риски и необходимость дополнительного образования в) отказаться от профессионального развития г) ориентироваться только на случайные внешние обстоятельства
ОПК-4		Определите правильную последовательность действий (1→2→3→4) Описание болевого синдрома его характеристики должны быть распределены в следующем порядке:
	22.	А) локализация; Б) иррадиация; В) продолжительность; Г) интенсивность; Д) характер; Е) факторы, облегчающие боль; Ж) сопутствующие боли симптомы; З) закономерности в появлении боли; И) причины возникновения; К) факторы, усиливающие боль.
	23.	Определите правильную последовательность действий (1→2→3→4) Порядок физикального исследования органов брюшной полости следующий:

	А. Осмотр живота вертикальном и горизонтальном положении. Б. Поверхностная или ориентировочная пальпация живота. В. Выявление зон кожной гиперестезии Захарьина–Геда. Г. Аускультация живота. Д. Перкуссия живота (определение свободной жидкости в брюшной полости). Е. Глубокая, скользящая, топографическая, методическая пальпация живота по Образцову–Стражеско. Ж. Определение болевых точек и болевых симптомов.
24.	Определите правильную последовательность действий (1→2→3→4) Порядок глубокой, скользящей, топографической, методической пальпации живота по Образцову — Стражеско следующий: А. Сигмовидная кишка. Б. Нисходящая кишка. В. Слепая кишка. Г. Восходящая кишка. Д. Аппендикс. Е. Конечный отрезок подвздошной кишки. Ж. Поперечно-ободочная кишка. З. Печень и область желчного пузыря. И. Желудок. К. Селезенка.
25.	Определите правильную последовательность действий (1→2→3→4) Установить, что пальпация органов брюшной полости по Ф.О. Гаусману включает в себя четыре последовательных момента: А. Сдвигание кожи и образование кожной складки для последующего свободного движения пальпирующей руки. Б. Установка рук врача перпендикулярно к оси пальпируемого органа или к его краю. В. Аккуратное погружение руки в глубь живота во время выдохов больного до задней брюшной стенки или до пальпируемого органа. Г. Скольжение кончиками пальцев в направлении, поперечном оси пальпируемого органа.
26.	Прочитайте текст и установите соответствие. Установить, что болевые симптомы при патологии билиарного тракта по порядку выявления могут быть распределены на следующие группы: А. Правосторонние сегментарные болевые симптомы. Б. Болевые симптомы непосредственного раздражения желчного пузыря. В. Болевые симптомы опосредованного раздражения желчного пузыря. Г. Сегментарные рефлекторные болевые симптомы.
27.	Определите правильную последовательность действий (1→2→3→4) Порядок этапов желчеотделения следующий: А. Этап базальной секреции желчи. Б. Этап внешней секреции желчи. В. Этап латентного периода желчевыделения. Г. Этап сфинктера Люткенса и холедоха. Д. Этап желчного пузыря. Е. Этап остаточной пузырной желчи.
28.	Прочитайте текст и установите соответствие. Значения pH в теле желудка оцениваются следующим образом: А. Нормацидное состояние. Б. Гипоацидное состояние. В. Субанацидное состояние. Г. Анацидное состояние. Д. Гиперацидное состояние. При показателях pH: 1. Менее 1,2. 2. От 1,2 до 2,0. 3. От 2,1 до 3,0. 4. От 3,1 до 5,0. 5. Более 5,1.
29.	Прочитайте текст и установите соответствие. Установить, что болевые симптомы при патологии билиарного тракта по порядку выявления могут быть распределены на следующие группы: А. Правосторонние сегментарные болевые симптомы. Б. Болевые симптомы непосредственного раздражения желчного

		пузыря. В. Болевые симптомы опосредованного раздражения желчного пузыря. Г. Сегментарные рефлекторные болевые симптомы.
УК-1	29.	Перечислите методики выявления зон кожной гиперестезии
	30.	Что такое субъективное и объективное исследование?
	31.	Что такое «дополнительные методы исследования» и для чего они нужны?
	32.	Назовите виды восприятия больным проявлений болезни
	33.	Перечислите конституциональные психологические типы
УК-2	34.	Как врач-гастроэнтеролог должен сформулировать цель и задачи проекта, направленного на повышение качества диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта в медицинской организации?
	35.	Какие этапы должен включать план-график реализации проекта по улучшению маршрутизации пациентов с желудочно-кишечным кровотечением?
	36.	Как руководитель проекта должен организовать профессиональное обсуждение проекта с участием гастроэнтерологов, эндоскопистов, хирургов, реаниматологов и среднего медицинского персонала?
	37.	Каким образом осуществляется контроль реализации проекта на разных этапах его жизненного цикла, и какие действия необходимы при выявлении отклонений от плана?
УК-3	38.	Как должен быть организован процесс командного взаимодействия врачей, среднего и младшего медицинского персонала при ведении пациента с желудочно-кишечным кровотечением?
	39.	Какие управленческие действия должен предпринять врач-гастроэнтеролог при ухудшении состояния пациента с циррозом печени и развитием печёночной энцефалопатии?
УК-3	40.	Как распределить обязанности между членами медицинской команды при оказании помощи пациенту с острым тяжёлым язвенным колитом?

УК-3	41.	Какие методы контроля качества работы медицинского персонала целесообразно применять в гастроэнтерологическом отделении?
УК-3	42..	Как руководитель медицинской команды должен действовать при возникновении конфликта между врачом и средним медицинским персоналом по поводу тактики ведения пациента?
УК-3	43..	Перечислите какие лидерские качества особенно важны для врача при организации помощи пациенту с острым панкреатитом и риском полиорганной недостаточности?
УК-3	44.	Какие стратегии командной деятельности необходимо использовать при ведении пациента с декомпенсированным циррозом печени, асцитом и гепаторенальным синдромом?
УК-3	45..	Как врач должен организовать взаимодействие между гастроэнтерологом, хирургом, реаниматологом, эндоскопистом и средним медицинским персоналом при подозрении на перфорацию язвы желудка или двенадцатиперстной кишки?
	46.	Какие меры должен предпринять руководитель медицинской команды для профилактики профессионального выгорания и поддержания благоприятного психологического климата в гастроэнтерологическом отделении?
	47..	Как можно оценить вклад каждого участника медицинской команды в достижение общего результата лечения пациента гастроэнтерологического профиля?
УК-4	48.	Перечислите какие этические и деонтологические принципы должен соблюдать врач-гастроэнтеролог при сообщении пациенту диагноза хронического заболевания желудочно-кишечного тракта?
	38.	Как врач должен выстраивать профессиональное общение с пациентом, имеющим цирроз печени алкогольной этиологии?
	39.	Какие особенности коммуникации необходимо учитывать при беседе с родственниками пациента с печёночной энцефалопатией?
	40.	Как следует адаптировать стиль общения врача при консультировании пожилого пациента с хроническим заболеванием органов пищеварения?
	41.	Каким образом врач-гастроэнтеролог должен учитывать этнические, религиозные и культурные особенности пациента при назначении диетотерапии?

	42.	Какие коммуникативные стратегии целесообразно применять при отказе пациента от эндоскопического исследования?
	43	Как врач должен вести профессиональный диалог с коллегами других специальностей при обсуждении тактики ведения пациента с осложнённым течением язвенной болезни?
	44.	Какие требования предъявляются к ведению медицинской документации при наблюдении пациента с воспалительным заболеванием кишечника?
	45.	Каковы особенности деловой переписки врача с другими медицинскими организациями при направлении пациента на дополнительное обследование?
	46.	Какие коммуникативные ошибки врача могут привести к снижению приверженности пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью к лечению?
УК-5	48	Как врач-ординатор по гастроэнтерологии должен формулировать ближние и стратегические цели собственного профессионального развития?
	49	Какие методы объективной оценки собственного профессионального развития может использовать ординатор-гастроэнтеролог?
	50	Какую роль играет самообразование в профессиональном становлении врача-гастроэнтеролога?
		Какие здоровьесберегающие технологии целесообразно применять врачу-ординатору для профилактики профессионального выгорания?
		Как ординатор должен действовать при возникновении нестандартной профессиональной ситуации, требующей морально-ценностного выбора?
		Какие риски необходимо учитывать при изменении карьерной траектории врача-гастроэнтеролога?
		Почему врачу важно развивать не только профессиональные, но и личностные качества?

		Как врач-ординатор может использовать систему целеполагания для решения нестандартных профессиональных задач?
		Как ординатор может планировать собственную образовательную траекторию в гастроэнтерологии?
		Как врач должен оценивать результаты собственной профессиональной деятельности?
ОПК-4	15.	Перечислите фазы пищеварительной стадии желудочной секреции.
	16.	Назовите вещества, стимулирующие секрецию соляной кислоты в желудке.
	17.	Назовите вещества, блокирующие секрецию соляной кислоты в желудке.
	18.	Назовите, какими мероприятиями будет облегчаться боль, провоцируемая попаданием кислого содержимого желудка в двенадцатиперстную кишку.
	19.	Перечислите методики диагностики хеликобактериоза.
	20.	Назовите, какие классификации используются при эндоскопической диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

21.	Какие разновидности интрагастральной рН-метрии используются в настоящее время?
22.	Перечислите недостатки метода интрагастральной рН-метрии
23.	Что предполагает электрогастроэнтероколография?
24.	Расскажите, как проводится ирригоскопия (-графия).
25.	Опишите методику проведения пероральной холецистографии.
26.	Опишите методику проведения поэтажной манометрии.

	27.	Опишите клиническую значимость показателей поэтажной манометрии.
ПК-2	28.	При функциональных спазмах пищевода выявляются следующие признаки: А. Проходит свободно только твердая пища. Б. Жидкая пища проходит с трудом. В. Возникают затруднения прохождения только твердой пищи. Г. Жидкая пища проходит легко.
	29.	В основе НЭРБ может лежать повышенная экспозиция в пищеводе: А. Кислого болюса. Б. Слабокислого болюса. В. Щелочного болюса. Г. Нейтрального болюса
	30.	Чаще всего ГЭРБ подвержены: А. Склонные к дефициту веса молодые мужчины. Б. Склонные к полноте и к запорам женщины старше 55 лет. В. Склонные к диарее дети.
ОПК-4	31.	Для ГЭРБ характерно давление в зоне нижнего пищеводного сфинктера: А. 10–30 мм рт.ст. Б. Снижение его до 9 мм рт.ст. В. Повышение его до 20–65 мм рт.ст.
	32.	Установить, что клиническая эндоскопическая папиллосфинктеротомии у больных с билиарной болью в отсутствие признаков дисфункции ЖП и СО (дисфункция СО III типа по Милуокской классификации) составляет: А. 8–25%. Б. 40–60%. В. 70–80%
ОПК-5	33.	При лечении больных ГЭРБ следует назначить: А. Транквилизаторы. Б. Ингибиторы протонной помпы. В. Алгинат. Г. Спазмолитик. Д. Альфазокс. Е. Ребамипид. Ж. Прокинетики. З. Антациды. И. Препараты висмута
	34.	Доказанным наименьшим межлекарственным взаимодействием из ИПП обладает: А. Омепразол. Б. Лансопризол. В. Пантопризол. Г. Рабепразол. Д. Эзомепразол

	35.	Установить, что из всех прокинетиков наиболее безопасным, с наименьшим числом побочных эффектов является: А. метоклопрамид. Б. Итоприда гидрохлорид. В. Домперидон
	36.	Установить, что из числа нижеперечисленных спазмолитиков минимальным всасыванием и минимальным количеством побочных эффектов обладают: А. Гиосцина бутилбромид. Б. Дротаверин. В. Папаверин. Г. Пинаверия бромид. Д. Мебеверина гидрохлорид.
ОПК-4	37	Подтвердите соответствие тому, что наиболее характерными симптомами ГЭРБ является: А. Изжога. Б. Тошнота. В. Отрыжка. Г. Дисфагия. Д. Запор. Е. Диарея. Ж. Некардиальные боли в грудной клетке
	38.	Подтвердите соответствие тому, что дисхезией называется: А. Резкая болезненность акта дефекации. Б. Чувство неполного опорожнения кишечника. В. Учащение выходов на стул более 10 раз в сутки. Г. Выделение большого количества кишечных газов.
	40.	Подтвердите соответствие тому, что патогенетические звенья функциональной диспепсии представлены: А. Нарушениями (замедлением) опорожнения желудка. Б. Нарушениями аккомодации фундального отдела желудка. В. Гиперчувствительностью слизистой желудка к соляной кислоте и липидам. Г. Нарушениями моторики желчевыводящих путей.
	41.	Подтвердите соответствие тому, что при болях в грудной клетке неясного происхождения необходимо исключить: А. Патологию сердца. Б. Гипертоническую болезнь. В. Патологию верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Г. «Негативную» ГЭРБ. Д. Нарушение моторики пищевода.
	42.	Подтвердите соответствие тому, что к осложнениям ГЭРБ относятся: А. Рак пищевода. Б. Кариес. В. Стриктура пищевода. Г. Синдром Мэлори-Вейса. Д. Язва пищевода.

	43.	Подтвердите соответствие тому, что диагностическими критериями функциональной диспепсии являются: А. Чувство переполнения после еды. Б. Ощущение быстрого насыщения. В. Эпигастральная боль. Г. Чувство жжения в эпигастрии. Д. Морфологически подтверждённые эрозии СОЖ. Е. Хеликобактериоз.
	44.	Подтвердите соответствие тому, что основными клиническими вариантами функциональной диспепсии являются: А. Постпрандиальный дистресс-синдром. Б. ГЭРБ. В. Синдром боли в эпигастрии. Г. Синдром раздражённого кишечника.
	45.	Подтвердите соответствие тому, что при лечении больных с ФГИР предпочтение следует отдавать: А. ИПП. Б. Спазмолитикам. В. Прокинетикам. Г. Препаратам, обладающим многоцелевым (мультиадресным) эффектом. Д. Агонистам опиоидных μ -, κ -, δ -рецепторов. Е. Психотропным препаратам
ПК-1	46.	Что такое ФГИР?
	47.	Перечислите варианты кишечных функциональных расстройств, представленные в «Рим-4».
	48.	Опишите, как в «Рим-4» даётся определение «синдрома раздражённого кишечника»
	49.	Опишите признаки СРК, перечисленные в «Рим-4»

	50.	Перечислите «симптомы красных флагов», исключающие диагноз ФГИР
	51.	В чём заключается принципиальное отличие подхода к ФГИР в Российских клинических рекомендациях от положений «Рим-4»?
	52.	Какие физиологические механизмы лежат в основе всех ФГИР?
	52.	На какие категории разделяют все ФГИР?
	53.	Что такое «функциональная изжога»?
	54.	Укажите ширину общего желчного протока, в том числе по данным УЗИ, при наличии желчного пузыря и без желчного пузыря (после ХЦЭ).
	55.	Как влияет тонус ВНС на функциональное состояние билиарного тракта?
	56.	Перечислите симптомы, наличие которых, согласно Рим-4 позволяет диагностировать у больного с синдром раздражённого кишечника
	57.	Перечислите жалобы больных с синдромом раздражённого кишечника, не связанные с функционированием кишечника.
	58.	Перечислите «симптомы тревоги», исключающие диагноз СРК
	59.	Какие лабораторные тесты требуют выполнить отечественные клинические рекомендации для установления диагноза СРК?

	60.	Какие инструментальные исследования требуют выполнить отечественные клинические рекомендации для установления диагноза СРК?
	61.	Дайте определение болезни Вильсона-Коновалова
	62.	Дайте определение гемохроматоза
	63.	Дайте определение понятию «изжога».
	64.	Дайте определение понятию «Функциональная диспепсия»
	65.	Назовите критерии функциональной изжоги
	66.	Назовите, какие состояния включает в себя группа функциональных расстройств пищевода согласно Римским критериям IV

67.	Назовите алгоритм постановки диагноза функциональной изжоги (ФИ) согласно Клиническим рекомендациям РГА
68.	Перечислите основные методы диагностики ГЭРБ
69.	Перечислите диагностические симптомы ГЭРБ, выявляемые при пищеводной рН-метрии.
70.	Как выполняется омепразоловый тест?
71.	Назовите патогенетические звенья функциональной диспепсии, представленные в Рим-4

	72.	Назовите новые патофизиологические факторы функциональной диспепсии, прежде всего, этиологические, представленные в Рим-4
ПК-2	73.	Перечислите, назначение каких препаратов включает лечение больных функциональной диспепсией
	74.	Назовите, какие лекарственные препараты предпочтительны при лечении больных разными формами функциональной диспепсии
	75.	Назовите принципы диеты больных при вариантах СРК-Д и СРК-М

	76.	Перечислите группы препаратов, которые назначают больным с СРК с диареей
	77.	Назовите препараты с мультитаргетным эффектом, указанные в клинических рекомендациях для лечения больных с СРК
ПК-2	78.	На чём строится алгоритм лечения больного с СРК?
	79.	Пациент 34 лет обратился к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на учащённый жидкий стул до 6–8 раз в сутки, преимущественно в дневное время, с примесью слизи и крови, тенезмы, боли схваткообразного характера в левой подвздошной области, уменьшающиеся после дефекации, общую слабость. Из анамнеза заболевания: считает себя больным около 4 месяцев, когда впервые появились эпизоды диареи с примесью слизи. В течение последних 3 недель отмечает учащение стула, появление алой крови, усиление болевого синдрома. Самостоятельно принимал противодиарейные препараты без эффекта. Анамнез жизни: хронические заболевания отрицает. Алкоголь употребляет редко, курение отрицает. Наследственность отягощена — у матери диагностировано воспалительное заболевание кишечника. Перенесённых кишечных инфекций в последние месяцы не отмечает. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Температура тела — 37,4 °С. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Лабораторные исследования:

		• Общий анализ крови: гемоглобин — 108 г/л, эритроциты — $3,6 \times 10^{12}/л$, лейкоциты — $9,8 \times 10^9/л$, СОЭ — 28 мм/ч. • Биохимический анализ крови: С-реактивный белок — 24 мг/л, альбумин — 32 г/л, электролиты без выраженных отклонений. • Кал на кишечные инфекции — отрицательный. • Фекальный кальпротектин — 820 мкг/г (значительно повышен). Инструментальные исследования: • Ректороманоскопия: слизистая оболочка прямой и сигмовидной кишки гиперемирована, отёчна, легко кровоточит при контакте, сосудистый рисунок стёрт, множественные поверхностные эрозии, наложения слизи и фибрина. • Колоноскопия: воспалительные изменения распространяются от прямой кишки до селезёночного изгиба, проксимальные отделы толстой кишки без патологии. • Гистологическое исследование биоптатов: выраженная лимфо-плазмоцитарная инфильтрация, крипт-абсцессы, деформация крипт, поверхностные язвенные дефекты. Заключение: Клиническая, эндоскопическая и морфологическая картина соответствует воспалительному заболеванию толстой кишки. Задание 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Обоснуйте диагноз на основании данных обследования. 3. Определите степень тяжести заболевания. 4. Определите тактику лечения пациента. 5. Перечислите возможные осложнения и прогноз.
--	--	--

80	Пациентка 29 лет обратилась к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на нарастающую общую слабость, быструю утомляемость, снижение работоспособности, периодический кожный зуд, чувство тяжести в правом подреберье. Желтуху отмечает эпизодически в течение последних месяцев. Из анамнеза заболевания: считает себя больной около 8 месяцев, когда впервые появились астенический синдром и дискомфорт в правом подреберье. Постепенно симптомы нарастали. Острых вирусных гепатитов в анамнезе не было. Алкоголь употребляет крайне редко. Анамнез жизни: страдает аутоиммунным тиреоидитом. Наследственность отягощена аутоиммунными заболеваниями. Гепатотоксические препараты не принимала. Объективное обследование Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы субиктеричные. Отмечаются телеангиэктазии на коже верхней половины туловища. Пальмарная эритема. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень увеличена на 3 см, плотноватая. Селезёнка не увеличена. Результаты обследования Лабораторные исследования: • Общий анализ крови: умеренная нормоцитарная анемия (Hb — 108 г/л). • Биохимический анализ крови: - о АЛТ — 680 Ед/л, АСТ — 540 Ед/л, - о общий билирубин — 68 мкмоль/л (преимущественно прямой), - о щелочная фосфатаза — умеренно повышена, - о γ-глобулины — 32 % (гипергаммаглобулинемия), - о альбумин — 34 г/л. • Иммунологические исследования: - о ANA — положительные (титр 1:320); - о SMA — положительные; - о anti-LKM-1 — отрицательные; - о IgG — значительно повышен. • Маркеры вирусных гепатитов А, В, С, Е — отрицательные. Инструментальные исследования: • УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена, эхогенность умеренно повышена, структура неоднородная. • Эластография печени: фиброз F2–F3 по METAVIR. • Пункционная биопсия печени: интерфейсный (пъезо) гепатит, лимфо-плазмочитарная инфильтрация, ступенчатые некрозы.
----	--

		Заключение Клиническая, иммунологическая и морфологическая картина соответствует аутоиммунному поражению печени. Вопросы 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Обоснуйте диагноз аутоиммунного гепатита 1 типа. 3. Перечислите дифференциально-диагностические критерии. 4. Определите принципы лечения аутоиммунного гепатита. 5. Назовите критерии эффективности терапии и прогноз.
--	--	---

81	Пациент 45 лет обратился к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на болезненное глотание (одинофагию), затруднение прохождения пищи по пищеводу, жжение и боль за грудиной, усиливающиеся при приёме твёрдой пищи, снижение аппетита. Симптомы сохраняются в течение 2 недель и прогрессируют. Из анамнеза заболевания: за месяц до появления жалоб перенёс внебольничную пневмонию, по поводу которой в течение 14 дней получал антибиотики широкого спектра действия и системные глюкокортикостероиды. На фоне лечения отмечал появление белого налёта в полости рта. Анамнез жизни: страдает сахарным диабетом 2 типа в течение 8 лет, контроль гликемии неудовлетворительный. ВИЧ-инфекцию отрицает. Курит. Алкоголь употребляет умеренно. Объективное обследование Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски. В полости рта — белесоватые творожистые налёты на языке и слизистой щёк, легко снимающиеся шпателем. Живот мягкий, безболезненный Результаты обследования Лабораторные исследования: • Общий анализ крови: умеренный лейкоцитоз. • Биохимический анализ крови: гипергликемия (глюкоза — 12,8 ммоль/л). • Иммунологическое обследование — без значимых отклонений. Инструментальные исследования: • Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода гиперемирована, отёчна, покрыта множественными белесоватыми налётами и псевдомембранами, частично сливающимися; при попытке удаления — эрозированная поверхность с контактной кровоточивостью. Желудок и двенадцатиперстная кишка без выраженной патологии. • Микроскопия и посев соскоба со слизистой пищевода: выявлены дрожжеподобные грибы рода <i>Candida</i> (преимущественно <i>Candida albicans</i>). Заключение Клиническая, эндоскопическая и микробиологическая картина соответствует кандидозному поражению пищевода. Вопросы 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Обоснуйте диагноз кандидозного эзофагита. 3. Перечислите факторы риска развития заболевания. 4. Определите принципы лечения. 5. Назовите возможные осложнения и прогноз.
	Задания закрытого типа

ОПК-9	82.	Наиболее характерный симптом перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки: а) изжога; б) приступообразная боль в правом подреберье; в) «кинжальная» боль в животе; г) диарея; д) горечь во рту.
	83.	При подозрении на острое желудочно-кишечное кровотечение наиболее информативным методом диагностики является: а) обзорная рентгенография грудной клетки; б) ЭКГ; в) эзофагогастродуоденоскопия; г) спирометрия; д) ирригоскопия.
	84.	При массивном желудочно-кишечном кровотечении в первую очередь необходимо оценить: а) уровень холестерина; б) гемодинамику пациента; в) массу тела; г) кислотность желудочного сока; д) уровень витамина
	85.	При подозрении на токсический мегаколон противопоказано: а) инфузионная терапия; б) коррекция электролитных нарушений; в) назначение антибиотиков по показаниям; г) применение препаратов, угнетающих перистальтику; д) наблюдение хирурга.

86.	При острой печёночной недостаточности наиболее угрожающим осложнением является: а) гиперхолестеринемия; б) печёночная энцефалопатия и отёк мозга; в) хронический запор; г) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; д) синдром раздражённого кишечника.
87.	При подозрении на перфорацию полого органа на обзорной рентгенограмме может выявляться: а) свободный газ под куполом диафрагмы; б) расширение сердца; в) затемнение лёгочного поля; г) признаки остеопороза; д) увеличение селезёнки.
88.	При острой кишечной непроходимости характерными симптомами являются: а) боль в животе, рвота, задержка стула и газов; б) кашель, одышка, мокрота; в) полиурия и жажда; г) головная боль и светобоязнь; д) боль в горле и насморк.
89.	У пациента с циррозом печени внезапно возникла массивная гематемезис, АД 85/50 мм рт. ст., тахикардия, мелена. Какой комплекс мероприятий наиболее патогенетически обоснован на догоспитально-госпитальном этапе? а) только ингибитор протонной помпы и наблюдение; б) вазоактивная терапия, антибиотикопрофилактика, коррекция гемодинамики и экстренная эндоскопия; в) назначение слабительных и пероральной регидратации; г) плановая колоноскопия через 7 суток; д) внутримышечное введение спазмолитиков.

	90.	Наиболее высокий риск рецидива язвенного кровотечения ассоциирован с эндоскопической картиной: а) чистое дно язвы; б) плоское пигментированное пятно; в) фиксированный сгусток без признаков кровотечения; г) артериальное струйное кровотечение; д) рубцовая деформация луковицы ДПК без язвенного дефекта
	91.	У пациента с острым панкреатитом через 48 часов сохраняются гипотензия, олигурия, гипоксемия, повышение креатинина. Какое состояние следует предположить? а) лёгкое течение острого панкреатита; б) транзиторную ферментемию без клинического значения; в) тяжёлый острый панкреатит с персистирующей органной недостаточностью; г) функциональную диспепсию; д) хронический гастрит в стадии обострения.
	94.	При остром билиарном панкреатите с признаками механической желтухи и холангита оптимальная лечебная тактика включает: а) исключительно анальгетики и наблюдение; б) срочную ЭРХПГ с декомпрессией желчных путей; в) плановую холецистэктомию через 6 месяцев без дообследования; г) назначение лоперамида; д) полный отказ от инфузионной терапии
	95.	При остром холангите средней и тяжёлой степени основным методом устранения причины септического процесса является: а) длительное назначение антацидов; б) билиарная декомпрессия эндоскопическим или чрескожным способом; в) назначение только гепатопротекторов; г) ограничение жидкости; д) симптоматическая терапия без антибиотиков.

	96.	Дайте определение токсического мегаколона
	97.	Дайте определение гепаторенальному синдрому
	98.	Перечислите показания к колэктомии при язвенном колите
	99.	Перечислите провоцирующие факторы прогрессирующе печёночной энцефалопатии
	100.	Укажите значение индекса Мэддрей при тяжёлом алкогольном гепатите, определяющий высокий риск ранней летальности и используется для решения вопроса о терапии глюкокортикостероидами при отсутствии противопоказаний.