

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Калинин Р.Е.
Должность: Ректор
Дата подписания: 14.08.2026 10:23:12
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

Государственная итоговая аттестация

**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 ГКБ №4, Городской гастроэнтерологический центр
Викулин Сергей Васильевич	к.м.н.	Заместитель главного врача по лечебной работе ГБУ ГКБ №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 проведения государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

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-3	20	20
ОПК-4	20	20
ОПК-5	20	20
ОПК-9	20	20
ПК-1	20	20
ПК-2	20	20

<u>Код и наименова- ние компе- тенции</u>	<u>№ п/п</u>	<u>Этап ГИА/Формулировка задания</u>
		<u>Этап 1</u>
		<u>Задания закрытого типа</u>
<u>УК-1</u>		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.
		У пациента имеются желтуха, повышение билирубина и активности трансаминаз. Врач последовательно исключает вирусные, аутоиммунные и токсические поражения печени, сопоставляя клинические данные с современными клиническими рекомендациями. Какой профессиональный навык демонстрирует врач? А. Использование методов фармакоэкономического анализа. Б. Проведение дифференциально-диагностического поиска на основе профессиональных источников информации. В. Выполнение статистической обработки результатов исследования. Г. Организация санитарно-просветительной работы.
		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.
		При анализе результатов клинического исследования врач обращает внимание на размер выборки, наличие рандомизации, статистическую значимость результатов и риск систематических ошибок.

		Какую цель преследует данный анализ? Варианты ответа: А. Повышение количества публикаций. Б. Критическая оценка достоверности научной информации. В. Упрощение интерпретации результатов. Г. Сокращение времени поиска литературы.
		Исследователь предполагает, что применение нового биологического препарата позволит снизить частоту обострений хронического заболевания по сравнению со стандартной терапией. После этого разрабатывается дизайн исследования и проводится статистическая обработка результатов. Какой этап научного исследования представлен в начале описанной ситуации? А. Формулирование научной гипотезы. Б. Систематический обзор литературы. В. Статистический анализ результатов. Г. Формулирование клинического диагноза.
		Назначение какой группы лекарственных препаратов нежелательно при декомпенсированном заболевании печени: а) НПВП; б) гепатопротекторы; в) ИПП; г) диуретики; д) альфа-и бета-адреноблокаторы;
<u>УК-2</u>		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
		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
		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
	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
	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
	В гастроэнтерологическом отделении планируется внедрение проекта по раннему выявлению колоректального рака. С чего следует начать разработку проекта? А. Составить итоговый отчет о реализации проекта. Б. Сформулировать цель проекта, определить задачи и разработать план-график реализации. В. Закупить необходимое оборудование. Г. Назначить ответственных исполнителей без определения целей проекта.
	Ординатор назначен координатором проекта по внедрению клинического протокола ведения пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника. Для успешной реализации проекта необходимо распределить обязанности между участниками рабочей группы. Какое действие наиболее соответствует принципам управления проектом? А. Выполнение всех этапов проекта одним исполнителем. Б. Распределение обязанностей с учетом профессиональных компетенций участников команды и установление сроков выполнения задач. В. Предоставление сотрудникам полной самостоятельности без контроля. Г. Изменение задач проекта в процессе работы без обсуждения с командой.
	В ходе реализации проекта по совершенствованию маршрутизации пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями выявлено отставание от утвержденного плана-графика. Какое действие руководителя проекта является наиболее правильным? А. Провести анализ причин отклонений, скорректировать план реализации проекта и организовать контроль выполнения мероприятий. Б. Продолжить выполнение проекта без внесения изменений. В. Немедленно прекратить реализацию проекта. Г. Исключить часть мероприятий без оценки их влияния на конечный результат.

		После завершения проекта по внедрению программы профилактики осложнений цирроза печени проводится оценка его эффективности. Какой показатель наиболее полно характеризует завершающий этап управления проектом? А. Анализ достижения поставленных целей, оценка результатов проекта и подготовка итогового отчета. Б. Определение состава рабочей группы. В. Формирование бюджета проекта. Г. Разработка технического задания.
		Перед началом проекта по созданию кабинета наблюдения пациентов с хроническими заболеваниями печени руководитель разрабатывает документ, содержащий цели, задачи, объем работ, ожидаемые результаты, сроки выполнения и требования к исполнителям. Какой документ разрабатывается в данной ситуации? А. Должностная инструкция. Б. Клинический протокол. В. Техническое задание проекта. Г. Медицинская карта пациента.
<u>УК-3</u>		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
		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
		3. Что является основой эффективной командной работы в гастроэнтерологическом отделении? а) отсутствие распределения обязанностей б) индивидуальная работа каждого сотрудника без обсуждения в) четкое распределение ролей и согласованность действий г) выполнение только устных указаний без контроля
		Какой специалист должен быть незамедлительно привлечён при подозрении на перфорацию язвы желудка или двенадцатиперстной кишки? а) дерматолог

		б) хирург в) офтальмолог г) физиотерапевт
		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
<u>УК-4</u>		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
		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
		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
		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
		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		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
		Врач планирует изменить направление своей профессиональной деятельности и пройти обучение по новой специальности. Какое действие следует выполнить в первую очередь для минимизации рисков при изменении карьерной траектории? А. Незамедлительно прекратить текущую профессиональную деятельность. Б. Провести оценку собственных компетенций, определить цели и составить план профессионального развития. В. Ориентироваться исключительно на мнение коллег. Г. Выбрать программу обучения без анализа требований рынка труда.
		Какое мероприятие наиболее эффективно способствует профилактике профессионального выгорания медицинского работника? А. Увеличение продолжительности рабочего дня. Б. Отказ от ежегодного отпуска. В. Соблюдение рационального режима труда и отдыха, применение здоровьесберегающих технологий. Г. Выполнение профессиональных обязанностей без распределения нагрузки.
		Какой из перечисленных способов профессионального развития относится к непрерывному медицинскому образованию? А. Регулярное освоение дополнительных образовательных программ и повышение квалификации. Б. Выполнение только должностных обязанностей без обучения. В. Отказ от участия в научно-практических мероприятиях. Г. Использование только знаний, полученных при обучении в вузе.
		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
		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
		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
		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
ПК-2		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.
		В основе НЭРБ не может лежать повышенная экспозиция в пищеводе: А. Кислого болюса. Б. Слабокислого болюса. В. Щелочного болюса. Г. Нейтрального болюса
		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		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.
		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		При лечении больных ГЭРБ не следует назначать: А. Препарат висмута Б. Ингибиторы протонной помпы. В. Алгинат. Г. Спазмолитик. Д. Альфаокс. Е. Ребамипид. Ж. Прокинетики. З. Антациды.

		Доказанным наименьшим межлекарственным взаимодействием из ИПП обладает: А. Омепразол. Б. Лансопразол. В. Пантопразол. Г. Рабепразол. Д. Эзомепразол
		Установить, что из всех прокинетики наиболее безопасным, с наименьшим числом побочных эффектов является: А. метоклопрамид. Б. Итоприда гидрохлорид. В. Домперидон
		Установить, что из числа нижеперечисленных спазмолитиков минимальным всасыванием и минимальным количеством побочных эффектов обладают: А. Гиосцина бутилбромид. Б. Дротаверин. В. Папаверин. Г. Пинаверия бромид.
ОПК-9		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.
		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.
		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
		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.

	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.
	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
	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.
	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
	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
	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
	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.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Этап ГИА/Формулировка задания
		Этап 2
Тема 1. Базовая сердечно - легочная реанимация взрослых и поддержание проходимости дыхательных путей		
		Задание закрытого типа
УК-1, ОПК-9	1.	Базовая сердечно - легочная реанимация взрослых и поддержание проходимости дыхательных путей Выполните последовательность действий при сценарии № 1 «Полное нарушение проходимости верхних дыхательных путей у пострадавшего, вызванное инородным телом с последующей остановкой дыхания и кровообращения (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, подлежащий дефибриляции)»
УК-1, ОПК-9	2	Базовая сердечно - легочная реанимация взрослых и поддержание проходимости дыхательных путей Выполните последовательность действий при сценарии № 2 «Полное нарушение проходимости верхних дыхательных путей у пострадавшего, вызванное инородным телом с последующей остановкой дыхания и кровообращения (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, не подлежащий дефибриляции)»
	3	Базовая сердечно - легочная реанимация взрослых и поддержание проходимости дыхательных путей Выполните последовательность действий при сценарии №3 «Остановка дыхания и кровообращения у пострадавшего с их восстановлением после реанимационных мероприятий, сопровождающимся отсутствием сознания (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, подлежащий дефибриляции)»
	4.	Базовая сердечно - легочная реанимация взрослых и поддержание проходимости дыхательных путей Выполните последовательность действий при сценарии №4 «Остановка дыхания и кровообращения у пострадавшего с их восстановлением после реанимационных мероприятий, сопровождающимся отсутствием сознания (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, не подлежащий дефибриляции)»
УК-1, УК-3, ОПК-4,ОПК-9	1	Экстренная медицинская помощь. Выполните последовательность действий при сценарии № 1 «Острый коронарный синдром (ОКС1), кардиогенный шок»
	2	Экстренная медицинская помощь. Выполните последовательность действий при сценарии №2

		«Острый коронарный синдром (ОКС2), отёк легких»
УК-1, УК-3, ОПК-4,ОПК-9	3	Экстренная медицинская помощь. Выполните последовательность действий при сценарии №3 «Анафилактический шок (АШ)»
УК-1, УК-3, ОПК-4,ОПК-9	4	Экстренная медицинская помощь. Выполните последовательность действий при сценарии №4 «Желудочно-кишечное кровотечение»
УК-1, УК-3, ОПК-4,ОПК-9	5	Экстренная медицинская помощь. Выполните последовательность действий при сценарии №5 «Бронхообструктивный синдром на фоне бронхиальной астмы (БОС)»
	6	Экстренная медицинская помощь. Выполните последовательность действий при сценарии №6 «Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)»
	7	Экстренная медицинская помощь. Выполните последовательность действий при сценарии №7 «Спонтанный пневмоторакс (обструктивный шок)»
	8	Экстренная медицинская помощь. Выполните последовательность действий при сценарии №8 «Гипогликемия»
	9	Экстренная медицинская помощь. Выполните последовательность действий при сценарии №9 «Гипергликемия»

Тема 3. Консультирование

УК-1, УК-3, УК-4			1.	Поздоровался с пациентом
			2.	Позаботился о комфорте пациента
			3.	Представился и объяснил свою роль

			5.	Уточнил предпочитаемую пациентом форму обращения
			6.	Согласовал с пациентом оформление добровольного согласия на медицинское вмешательство
			7.	Выявил причину обращения пациента на консультацию с открытого вопроса
			8.	Предоставил возможность пациенту завершать свои ответы на протяжении всей консультации
			9.	Обобщал сказанное пациентом
			10.	Убедился, что выявил полный перечень причин для обращения на консультацию
			11.	Согласовал план консультации с пациентом
			12.	Уточнял дополнительную информацию из анамнеза жизни и заболевания пациента с использованием открытых вопросов
			13.	Уточнял детали (по мере необходимости) с помощью более направленных и закрытых вопросов
			14.	Применял логичный переход к дополнительным вопросам, не использовал серию вопросов
			15.	Выявлял мысли / опасения / ожидания пациента относительно состояния / обследования / лечения
			16.	Проинформировал пациента о результатах осмотра / обследования
			17.	Назвал предполагаемый / установленный диагноз или рекомендованные назначения
			18.	Назвал возможные причины состояния / заболевания
			19.	Назвал приемы и способы лечения / профилактики или особенности проведения процедуры / метода вмешательства
			20.	Предоставил пациенту информацию, основанную на достоверных, актуальных и значимых медицинских источниках
			21.	Спрашивал, с какой информацией пациент уже знаком
			22.	Спрашивал, что пациент хотел бы узнать по обсуждаемому вопросу
			23.	Предоставлял пациенту возможность задавать вопросы по мере их появления, а не только в конце разъяснения
			24.	Разъяснял информацию пациенту доступно для его понимания, кратко и небольшими «порциями»
			25.	Подвел кратко итоги консультации
			26.	Убедился в понимании и запоминании пациентом информации
			27.	Уточнил план дальнейших действий пациента

			28.	Обозначил завершение консультации
			29.	Использовал предпочитаемую пациентом форму обращения на протяжении всей консультации
			30.	Реагировал на мысли / тревоги / ожидания пациента
			31.	Демонстрировал заботу о пациенте в ходе всей консультации
Тема 4 Физикальное обследование пациента (желудочно-кишечный тракт)				
УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2		1. Норма 2. Гепатомегалия, желтуха 3. Спленомегалия 4. Гепатоспленомегалия, желтуха 5. Асцит и гепатомегалия, желтуха		
Тема 5. Пальцевое ректальное исследование и физикальное обследование желудочно-кишечного тракта при асците				
УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2		1. Асцит и гепатомегалия Норма 2. Асцит и гепатомегалия Следы ахоличного кала 3. Асцит и гепатомегалия Геморроидальные узлы 4. Асцит и крупноузловой цирроз печени Норма 5. Асцит и крупноузловой цирроз печени Следы ахоличного кала 6. Асцит и крупноузловой цирроз печени Геморроидальные узлы		

Код и наименование компетенции	Этап ГИА/Формулировка задания
	Этап 3
ПК-2	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. •ФКС воспалительные изменения распространяются от прямой кишки до селезёночного изгиба, проксимальные отделы толстой кишки без патологии. •Гистологическое исследование биоптатов: выраженная лимфо-плазмодитарная 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.
	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 (пьеzo) 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.
	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 Candida (преимущественно Candida albicans). 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.
ПК-1	Перечислите «симптомы красных флагов», исключающие диагноз ФГИР
	Перечислите какие физиологические механизмы лежат в основе всех ФГИР?
	Какие лабораторные тесты требуют выполнить отечественные клинические рекомендации для установления диагноза СРК?
ОПК-9	Перечислите показания к колэктомии при язвенном колите

