Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный научно-клинический центр физико-химической медицины
имени академика Ю.М. Лопухина
Федерального медико-биологического агентства»

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат:
2C8707E1F08F79D05736C6EF70CB17E3
Владелец: Лагарькова Мария Андреевна
Действителен: с 08.06.2026 до 01.09.2027

УТВЕРЖДЕНО
Заместитель генерального директора
ФНКЦ ФХМ им. Ю.М. Лопухина
ФМБА России по образованию
чл.-корр. РАН, д.м.н., Загайнова Е.В.

Рабочая программа факультативной дисциплины
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖКТ В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА

Уровень высшего образования: Ординатура
Направление подготовки / специальность: 31.08.36 Кардиология
Форма обучения: Очная

г. Москва
2025 год

1. Место дисциплины в структуре ОПОП

Дисциплина ФТД.02 «Заболевания ЖКТ в практике кардиолога» относится к факультативной части блока ФТД образовательной программы высшего образования (ординатура) по специальности 31.08.36 Кардиология. Дисциплина осваивается в 3-м полугодии (2-й курс).

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине, соотнесенные с компетенциями и индикаторами

Формируемые компетенции (код, содержание)	**Индикатор достижения компетенции** (код, содержание)	**Результаты обучения по дисциплине**	**Наименование оценочного средства: текущий контроль**	**Наименование оценочного средства: промежуточная аттестация**
ОПК-4: Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	*ОПК-4.1: Проводит диагностику.* *ОПК-4.2: Назначает лабораторно-инструментальные исследования.*	*Знать клиническую симптоматику сочетанной кардиогастроэнтерологической патологии, алгоритмы дифференциального диагноза кардиалгий и эзофагоспазма; уметь интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных исследований (ЭГДС, маркеры цитолиза и холестаза, коагулограмму); владеть методикой фенотипического и синдромального анализа проявлений поражения ЖКТ при патологии ССС.*	*Ситуационные задачи*	*Зачет: Контрольные вопросы*
ПК-1: Способен к оказанию медицинской помощи пациентам, страдающим заболеваниями кардиологического профиля.	*ПК-1.1: Обследует кардиологических больных* *ПК-1.2: Оказывает профильную помощь*	*Знать принципы профилактики и лечения лекарственных (НПВП, антиагрегант-индуцированных) поражений желудка и кишечника; проявления застойной гепатопатии; уметь выявлять и купировать скрытые и явные желудочно-кишечные кровотечения у пациентов на агрессивной антитромботической терапии; владеть алгоритмами безопасной гастропротективной и антитромботической терапии у коморбидных кардиологических больных.*	*Ситуационные задачи*	*Зачет: Контрольные вопросы*

ПК-2: Способен к проведению профилактических медицинских осмотров (предварительных и периодических), диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	*ПК-2.1: Проводит профилактические медицинские осмотры (предварительные и периодические), диспансеризации ПК-2.2: Осуществляет диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными*	*Знать порядок диспансерного наблюдения и маршрутизации кардиологических пациентов с сопутствующими хроническими заболеваниями печени и ЖКТ; уметь формировать группы риска развития эрозивно-язвенных осложнений ЖКТ у амбулаторных пациентов, принимающих оральные антикоагулянты; владеть навыками контроля эффективности и безопасности схем вторичной кардиопрофилактики при высоком риске ЖКТ-кровотечений.*	*Ситуационные задачи*	*Зачет: Контрольные вопросы*

3. Структура и содержание дисциплины

3.1 Трудоемкость дисциплины

- Общая трудоемкость: 1 з.е. / 36 академических часов.
- Контактная работа: 15 часов (лекции – 2 часа, семинары/практические – 12 часов, контроль самостоятельной работы (КСР) – 1 час).
- Самостоятельная работа обучающегося (СРО): 21 час.
- Промежуточная аттестация: Зачет (проводится в рамках учебных часов).

3.2 Содержание дисциплины

Наименование разделов и тем	**Всего (ч)**	**Лекции (ч)**	**Семинары (ч)**	**СРО (ч)**
Раздел 1. Введение в кардиогастроэнтерологию. Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке.	12	1	4	7
Раздел 2. Лекарственные повреждения ЖКТ у кардиологических больных.	13	0	6	7
Раздел 3. Клиническая гепатология и патология ССС.	10	1	2	7
КСР и промежуточная аттестация	1	0	0	0
Итого:	36	2	12	21

3.3 Содержание разделов

Раздел 1. Введение в кардиогастроэнтерологию. Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке. Методы исследования в гастроэнтерологии. Дифференциальная диагностика эзофагоспазма, ГЭРБ и ИБС. Первичные и вторичные дискинезии пищевода. Синдром «пищевода щелкунчика». Спазм кардии.

Раздел 2. Лекарственные повреждения ЖКТ у кардиологических больных. НПВП-гастропатии. Эрозивно-язвенные поражения ЖКТ на фоне приема антиагрегантов и антикоагулянтов. Профилактика ЖКТ-кровотечений в кардиологии (ИПП). Алгоритмы гемостаза и отмены антитромботиков.

Раздел 3. Клиническая гепатология и патология ССС. Застойная гепатопатия («мускатная» печень) и кардиальный фиброз печени при правожелудочковой ХСН. Поражения сердца при системных метаболических и генетических болезнях (Болезнь Вильсона-Коновалова, гемохроматоз).

4. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа обучающихся включает в себя подготовку к контрольным вопросам и заданиям для текущего контроля и промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины приведенным в п. 5.

5. Фонд оценочных средств (ФОС)

5.1 Текущий контроль успеваемости

5.1.1 Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1 (Компетенции ОПК-4, ПК-1)

Условие: Больная Н., 30 лет, поступила с жалобами на выраженное затруднение прохождения жидкой пищи по пищеводу, отрыжку воздухом, интенсивные давящие боли за грудиной, иррадиирующие в межлопаточную область, чувство тяжести в эпигастрии. Анамнез: больна в течение 6 месяцев, первые симптомы возникли остро после тяжелого психоэмоционального стресса (смерть близкого родственника). За это время отметила прогрессирующее снижение массы тела на 8 кг из-за страха приема пищи. Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост – 166 см, вес – 47 кг, ИМТ – 17,0 кг/м² (выраженный дефицит массы тела). Кожные покровы сухие, бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 уд/мин, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. ОАК и биохимия крови – без патологических отклонений. ЭГДС: Пищевод проходим детским эндоскопом с умеренным сопротивлением. Отмечается выраженный спазм розетки кардии. Слизистая оболочка желудка очагово гиперемирована в антральном отделе. Рентгенография пищевода с барием: определяются выраженные сегментарные спастические сокращения стенки пищевода (зубчатые контуры по типу «штопора»), задержка прохождения контрастного вещества в желудок более 5 секунд.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный нозологический диагноз. О каком типе дискинезии пищевода свидетельствуют данные рентгенографии?
2. Проведите дифференциальный диагноз представленного болевого синдрома с ишемической болезнью сердца (стенокардией напряжения). Какие инструментальные тесты необходимо выполнить для окончательного исключения коронарной патологии?
3. Назначьте медикаментозное лечение. Группа каких антиангинальных препаратов (блокаторы кальциевых каналов — дилтиазем) является терапией выбора для расслабления гладкой мускулатуры пищевода при данной патологии? Укажите правила контроля безопасности гемодинамики (ЧСС, АД).

Ситуационная задача №2 (Компетенции ОПК-4, ПК-1)

Условие: Пациентка Оля Д., 17 лет, поступила в отделение с жалобами на нарастающую общую слабость, быструю утомляемость, тупые периодические боли в правом подреберье. Из анамнеза: около 3 месяцев назад при плановом обследовании в поликлинике впервые выявлено изолированное

повышение трансаминаз до 2-3 норм. Маркеры вирусных гепатитов (A, B, C, фибротест) – отрицательные. Терапия гепатопротекторами эффекта не принесла. Объективно: Состояние средней степени тяжести. Рост – 175 см, вес – 58 кг. Кожные покровы бледные, на лице и спине – угревая сыпь (acne). Периферические лимфоузлы не изменены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 78 уд/мин, АД – 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при глубокой пальпации отмечается умеренная чувствительность в правом подреберье. Печень выступает на +2 см из-под реберной дуги, плотно-эластическая, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Лабораторно: ОАК: эр – $4{,}29 \times 10^{12}$/л, Hb – 135 г/л, лейкоциты – $7{,}6 \times 10^{9}$/л, СОЭ – 3 мм/ч. Биохимия: общий белок – 66 г/л, билирубин общ. – 15,2 мкмоль/л, АЛТ – 161 Ед/л, АСТ – 80,3 Ед/л, ЩФ – 141 Ед/л (норма 42-110), ГГТП – 49 Ед/л (норма 5-35). Уровень альфа-1-антитрипсина – 110 мг/дл (норма). Специфические тесты: Церулоплазмин сыворотки крови снижен – 10,50 мг/дл (норма 22–58). Суточная экскреция меди с мочой повышена – 204,4 мкг/сут (норма < 50). Проба с D-пеницилламином: суточная медь в моче – 799,2 мкг/сут. УЗИ ОБП: Диффузные изменения паренхимы печени, реактивный панкреатит, утолщение стенок желчного пузыря. Эластометрия печени: стадия фиброза F1-2 по METAVIR.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз на основании специфических лабораторных маркеров. Назовите тип наследования и дефектный ген данного заболевания.
2. Вопрос на ОПК-4: Каковы возможные кардиальные проявления и осложнения данного системного нарушения обмена металлов (патогенез повреждения миокарда медью)? Какие исследования сердца необходимо выполнить пациентке?
3. Вопрос на ПК-1: Назначьте патогенетическую диетотерапию и медикаментозное лечение (хелаторы меди). Какие продукты питания категорически запрещены пациентке и почему?

Ситуационная задача №3 (Компетенции ОПК-4, ПК-2)

Пациент К., 67 лет, обратился на амбулаторный прием к кардиологу для планового диспансерного наблюдения. Анамнез заболевания: 6 месяцев назад перенес инфаркт миокарда, выполнено стентирование передней межжелудочковой артерии (ПМЖА). Также страдает постоянной формой фибрилляции предсердий (клинический индекс CHA_2DS_2-VASc = 4 балла). После выписки принимает назначенную схему вторичной кардиопрофилактики. Сопутствующие заболевания: ИБС, гипертоническая болезнь 3 ст. Хронический калькулезный холецистит. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ремиссия более 3 лет. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП): стеатогепатит, минимальная активность. Текущая терапия: Ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут, клопидогрел 75 мг/сут, ривароксабан 20 мг/сут (схема тройной антитромбоцитарной/антикоагулянтной терапии назначена на 6 месяцев, срок завершается через 3 дня). Также принимает периндоприл 5 мг/сут, бисопролол 5 мг/сут, аторвастатин 40 мг/сут. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) на амбулаторном этапе самостоятельно отменил месяц назад, так как «желудок перестал болеть». Жалобы при осмотре: На периодическую тяжесть в правом подреберье, общую слабость, умеренную одышку при быстрой ходьбе. Боли в эпигастрии отрицает. Изменения цвета стула не замечал. Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые бледноватые, чистые. Вес 92 кг, рост 174 см (ИМТ 30,4 кг/м²). Тоны сердца приглушены, аритмичны. ЧСС 84 уд/мин, дефицит пульса 6 уд/мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в правом подреберье и эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Данные обследования (принесенные пациентом): ОАК: Эр – $3{,}8 \times 10^{12}$/л, Hb – 112 г/л (6 месяцев назад при

выписке Hb был 134 г/л), Л – 6,2 × 10⁹/л, Тромб – 182 × 10⁹/л. БАК: АЛТ – 54 Ед/л (норма < 41), АСТ – 48 Ед/л (норма < 37), Общий билирубин – 24 мкмоль/л, Креатинин – 98 мкмоль/л (СКФ по CKD-EPI — 68 мл/мин/1,73 м²). Коагулограмма: МНО – 1,2.

Вопросы:

1. Оцените риск развития эрозивно-язвенных осложнений и ЖКТ-кровотечений у данного амбулаторного пациента. Какие факторы риска (как кардиологические, так и сопутствующие со стороны ЖКТ и печени) присутствуют у больного?
2. Проанализируйте текущую схему вторичной кардиопрофилактики. Безопасна ли она на данный момент? С чем может быть связано снижение уровня гемоглобина, и какие лабораторно-инструментальные тесты необходимы для контроля безопасности?
3. Так как период тройной антитромботической терапии (6 месяцев) завершается, предложите оптимальную и безопасную схему дальнейшей кардиопрофилактики с учетом высокого риска ЖКТ-кровотечений и коморбидного фона пациента. Требуется ли назначение гастропротективной терапии, и если да, то какой группы/препарата?
4. Определите тактику ведения и маршрутизации пациента. Специалисты какого профиля должны быть привлечены к наблюдению? С какой кратностью пациент должен посещать кардиолога и проходить обследования в рамках диспансерного наблюдения?

5.2 Критерии оценивания текущей успеваемости

Критерии оценивания (оценочное средство – Задачи).

Оценка	**Критерии оценивания**
зачтено	ординатор правильно решил задачу, дал полный и развернутый ответ
не зачтено	обучающийся не справился с предложенной ситуационной задачей, не может правильно интерпретировать ее решение и не справляется с дополнительным заданием.

5.3 Промежуточная аттестация (Зачет)

5.3.1 Контрольные вопросы по компетенциям

- ОПК-4**:** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и ИБС: алгоритм дифференциальной диагностики кардиалгий и истинной стенокардии напряжения.
- ОПК-4**:** Абдоминальная (гастралгическая) форма острого инфаркта миокарда: клинические проявления, анатомические предпосылки (нижняя стенка ЛЖ) и диагностические ошибки на догоспитальном этапе.
- ПК-1**:** Синдром хронической абдоминальной ишемии («брюшная жаба»): этиология, патогенез, клиника, методы ультразвуковой и ангиографической верификации.
- ПК-1**:** Острый мезентериальный тромбоз у пациентов с фибрилляцией предсердий как проявление системного тромбоэмболизма: диагностические маркеры и тактика экстренной помощи.
- ПК-1**:** НПВП-индуцированные и аспирин-индуцированные гастропатии у кардиологических больных: механизмы повреждения слизистой оболочки ЖКТ, факторы риска и стратификация по шкалам.

5.4 Шкала оценивания промежуточной аттестации

Критерии оценивания (оценочное средство – Контрольные вопросы).

Оценка	**Критерии оценивания**
зачтено	Обучающийся хорошо посещает занятия, на занятиях участвует в обсуждениях, формирует вопросы, высказывает свою точку зрения в дискуссиях. Ответил на вопросы тестирования.
не зачтено	Частые пропуски занятий, на занятиях не активен. Имеет неудовлетворительные результаты тестирования.

6. Учебно-методическое и информационное обеспечение

Основная литература:

1. Ивашкин В. Т., Лапина Т. Л. Гастроэнтерология: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 464 с.

2. Моисеев В. С., Мартынов А. И., Мухин Н. А. Внутренние болезни: учебник в 2 т. Т. 1. — 3-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 958 с.

Дополнительная литература:

1. Клинические рекомендации по кардиологии и коморбидным болезням / под ред. Ф. И. Белялова. – 11-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 416 с. – ISBN 978-5-9704-6040-5.

7. Материально-техническое обеспечение

Практическая подготовка организована в аудиториях ФНКЦ ФХМ, имеющих доступ к ЭИОС центра и сети Интернет. В рамках практических занятий используются диагностические базы клинических отделений (эндоскопические стойки ЭГДС и колоноскопии, аппараты УЗИ органов брюшной полости, лабораторные комплексы для ИФА и ПЦР-диагностики).

Программа составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по направлению подготовки / специальности 31.08.36 Кардиология.

Автор: кандидат медицинских наук Калачнюк Татьяна Николаевна.

Программа одобрена на заседании ученого совета от 27.03.2025 г., протокол № 3.