

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРИНЯТО
на заседании ученого совета
ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России
Протокол № 9

«24» 08 2020 г.

УТВЕРЖДЕНО
приказом ректора
«4» 09 2020г.
№ 407

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА

ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ

«Гастроэнтерология»

на тему

**«Современные протоколы диагностики и лечения диффузных
заболеваний печени»**

(СРОК ОБУЧЕНИЯ 36 АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСА)

**Ростов-на-Дону
2020**

Основными компонентами дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей на тему «Современные протоколы диагностики и лечения диффузных заболеваний печени» являются: цель программы, планируемые результаты обучения; учебный план; требования к итоговой аттестации обучающихся; рабочие программы учебных модулей; организационно-педагогические условия реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации; оценочные материалы и иные компоненты.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей на тему «Современные протоколы диагностики и лечения диффузных заболеваний печени» одобрена на заседании кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии
Протокол № 14/20 от « 26 » августа 2020 г.

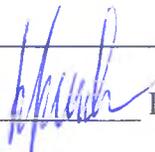
Заведующий кафедрой д.м.н., профессор _____



Яковлев А.А.

2. ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации на тему «Современные протоколы диагностики и лечения диффузных заболеваний печени»
срок освоения 36 академических часа

СОГЛАСОВАНО	
Проректор по последипломному образованию	«26» 08 2020 г.  Брижак З.И.
Декан факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	«26» 08 2020 г.  Бадалянец Д.А.
Начальник управления организации непрерывного образования	«26» 08 2020 г.  Герасимова О.В.
Заведующий кафедрой	«26» 08 2020 г.  Яковлев А.А.

4. Общие положения

4.1. Цель дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей со сроком освоения 36 академических часа по специальностям «Гастроэнтерология» «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)» на тему «Современные протоколы диагностики и лечения диффузных заболеваний печени» заключается в совершенствовании знаний и умений в рамках имеющейся квалификации.

4.2. Актуальность программы: Актуальность профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (повышения квалификации) по специальностям «Гастроэнтерология», Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)» на тему «Современные протоколы диагностики и лечения диффузных заболеваний печени» обусловлена тем, что в современных условиях необходимо повышение качества оказания медицинской помощи. Соответственно необходима подготовка квалифицированного врача-гастроэнтеролога, врача – терапевта, врача общей практики (семейного врача) обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии; формирование умений в освоении новейших технологий и методик в области гастроэнтерологии, обеспечивающих решение профессиональных задач в процессе осуществления всех видов деятельности.

4.3. Задачи программы:

Сформировать знания:

- общие вопросы организации медицинской помощи по профилю "гастроэнтерология";
- порядок оказания медицинской помощи по профилю "гастроэнтерология";
- стандарты медицинской помощи;
- клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;
- особенности регуляции и саморегуляции функциональных систем организма человека в норме и при заболеваниях и (или) состояниях пищеварительной системы;
- методика осмотра и физикального обследования пациента с диффузными заболеваниями печени;
- медицинские показания к проведению лабораторных и инструментальных исследований при диффузных заболеваниях печени;
- методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики диффузных заболеваний печени;
- клиническая картина диффузных заболеваний печени;
- медицинские показания для оказания помощи в неотложной форме при диффузных заболеваниях печени;
- правила назначения лекарственных препаратов, медицинские показания к применению

медицинских изделий при диффузных заболеваниях печени, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии; медицинские показания и медицинские противопоказания к их назначению; побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, вызванные их применением;
- методы организации персонализированного лечения пациентов с диффузными заболеваниями печени;
- методы немедикаментозной терапии, лечебное питание пациентов с диффузными заболеваниями печени в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- неотложные состояния, вызванные диффузными заболеваниями печени.

Сформировать умения:

- производить осмотр пациента с диффузными заболеваниями печени;
- анализировать и интерпретировать результаты физикального обследования пациента (пальпация, перкуссия, аускультация) с диффузными заболеваниями печени;
- формулировать предварительный диагноз и составлять план проведения лабораторных и инструментальных исследований с диффузными заболеваниями печени;
- обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных исследований пациента с диффузными заболеваниями печени;
- интерпретировать результаты инструментального обследования пациента с диффузными заболеваниями печени;
- оценивать тяжесть заболевания и (или) состояния пищеварительной системы пациентов;
- устанавливать диагноз с учетом МКБ пациенту с диффузными заболеваниями печени;
- производить дифференциальную диагностику диффузных заболеваний печени, с учетом МКБ;
- определять медицинские показания для направления в целях оказания медицинской помощи в стационарные условия или условия дневного стационара;
- составлять и обосновывать план лечения пациента с диффузными заболеваниями печени с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- назначать лекарственные препараты, медицинские изделия пациенту с диффузными заболеваниями печени с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- назначать немедикаментозное лечение и лечебное питание пациенту с диффузными заболеваниями печени с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- оказывать медицинскую помощь пациенту при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями печени, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с диффузными заболеваниями печени;
- организовывать и осуществлять профилактику заболеваний печени и проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни.

Сформировать навыки:

- проведение осмотра, интерпретация и анализ результатов осмотра пациента с заболеванием печени;
- оценка тяжести заболевания и (или) состояния пациента с диффузными заболеваниями печени;
- определение диагностических признаков и симптомов заболеваний диффузных заболеваний печени;
- формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований пациента с диффузными заболеваниями печени;
- направление пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы на лабораторные и инструментальные исследования при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- проведение дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы;
- установка диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации

болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ);

- направление пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара;
- разработка плана лечения пациента с учетом клинической картины диффузных заболеваний печени;
- назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий пациентам с диффузными заболеваниями печени в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания пациентам с диффузными заболеваниями печени в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- оказание медицинской помощи в неотложной форме пациенту с диффузными заболеваниями печени;
- оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, немедикаментозной терапии и медицинских изделий у пациента с диффузными заболеваниями печени;
- организация и осуществление профилактики заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы и проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни.

Трудоемкость освоения - 36 академических часа (1 неделя)

Основными компонентами Программы являются:

- общие положения;
- планируемые результаты обучения;
- учебный план;
- календарный учебный график;
- рабочие программы учебных модулей: "Специальные дисциплины";
- организационно-педагогические условия;
- формы аттестации;
- оценочные материалы <1>.

<1> Пункт 9 приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 01 июля 2013 г. N 499 "Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам", (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации от 20 августа 2013 г., регистрационный N 29444) с изменениями, внесенными приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 15 ноября 2013 г. N 1244 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 января 2014 г., регистрационный N 31014).

4.4. Для формирования профессиональных компетенций, необходимых для оказания медицинской помощи больным, в программе отводятся часы на обучающий симуляционный курс

(далее - ОСК).

Обучающий симуляционный курс направленный на формирование специальных профессиональных умений и навыков.

4.5. Содержание Программы построено в соответствии с модульным принципом, структурными единицами модулей являются разделы. Каждый раздел дисциплины подразделяется на темы, каждая тема - на элементы, каждый элемент – на подэлементы. Для удобства пользования Программой в учебном процессе каждая его структурная единица кодируется. На первом месте ставится код раздела дисциплины (например, 1), на втором - код темы (например, 1.1), далее - код элемента (например, 1.1.1), затем - код подэлемента (например, 1.1.1.1). Кодировка вносит определенный порядок в перечень вопросов, содержащихся в Программе, что, в свою очередь, позволяет кодировать контрольно-измерительные (тестовые) материалы в учебно-методическом комплексе (далее - УМК).

4.6. Учебный план определяет состав изучаемых дисциплин с указанием их трудоемкости, объема, последовательности и сроков изучения, устанавливает формы организации учебного процесса и их соотношение (лекции, обучающий симуляционный курс, семинарские и практические занятия, применение дистанционного обучения), конкретизирует формы контроля знаний и умений обучающихся. Планируемые результаты обучения направлены на формирование профессиональных компетенций врача-гастроэнтеролога, врача – терапевта, врача общей практики (семейного врача). В планируемых результатах отражается преимущество с профессиональными стандартами и квалификационной характеристикой должности врача-гастроэнтеролога, врача – терапевта, врача общей практики (семейного врача) <2>.

<2> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. N 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 августа 2010 г., регистрационный N 18247).

4.7. В Программе содержатся требования к аттестации обучающихся. Итоговая аттестация осуществляется посредством проведения экзамена и выявляет теоретическую и практическую подготовку обучающегося в соответствии с целями и содержанием Программы.

4.8. Организационно-педагогические условия реализации Программы включают учебно-методическое обеспечение учебного процесса освоения модулей специальности (тематика лекционных, семинарских и практических занятий).

4.9. Характеристика профессиональной деятельности обучающихся:

Характеристика профессиональной деятельности врача - гастроэнтеролога

- **область профессиональной деятельности**¹ включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения;

¹ Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 N 1070 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (Зарегистрировано в Минюсте России 18.09.2014 N 34090)

- **основная цель вида профессиональной деятельности**²: выявление заболеваний и повреждений органов и систем организма, их лечение и профилактика с использованием эндоскопических оптических, оптико-волоконных и оптико-электронных методов визуализации;

- **обобщенные трудовые функции**: оказание медицинской эндоскопической помощи населению;

- **трудовые функции**:

A/01.8 Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы;

A/02.8 Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности;

A/05.8 Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

A/07.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме

Характеристика профессиональной деятельности врача - терапевта

- **область профессиональной деятельности**³ включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения;

- **основная цель вида профессиональной деятельности**⁴ Сохранение и укрепление здоровья взрослого населения (анализ этиологии, патогенеза и клинических проявлений заболеваний внутренних органов человека, их диагностика, нехирургическое лечение, профилактика заболеваний и организация реабилитации пациентов).

- **обобщенные трудовые функции**:

- Оказание специализированной медико-санитарной помощи населению по профилю «терапия» в амбулаторных условиях;

- Оказание специализированной медицинской помощи населению по профилю «терапия» в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара.

- **трудовые функции**:

- A/01.8 Проведение обследования взрослого населения с целью установления диагноза;

- A/02.8 Назначение лечения пациенту и контроль его эффективности и безопасности;

- A/03.8 Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность;

- A/04.8 Проведение и контроль эффективности мероприятий по диспансерному наблюдению, профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения;

- B/01.8 Проведение обследования пациентов с целью установления диагноза;

- B/02.8 Назначение лечения пациенту и контроль его эффективности и безопасности;

- B/03.8 Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения;

- B/05.8 Оказание медицинской помощи пациентам в неотложной и экстренной форме.

² Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 11 марта 2019 г. N 139н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-гастроэнтеролог"

³ Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от «25» августа 2014 г. N 1092 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.49 Терапия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 22 октября 2014 г., регистрационный N34389)

⁴ Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ № 293н от 21.03.2017 «Об утверждении профессионального стандарта «врач-лечебник (врач-терапевт участковый)»

Характеристика профессиональной деятельности врача общая врачебная практика (семейная медицина).

- **область профессиональной деятельности**⁵ включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения;

- **основная цель вида профессиональной деятельности**⁶ диагностика, лечение и профилактика заболеваний у пациентов, медицинская реабилитация пациентов;

- **обобщенные трудовые функции:** оказание медицинской помощи пациентам;

- **трудовые функции:**

A/01.8 Проведение обследования пациентов с целью установления диагноза;

A/02.8 Назначение лечения пациентам, контроль его эффективности и безопасности;

A/05.8 Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике различных заболеваний и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения.

- **вид программы:** практикоориентированная

4.10. Контингент обучающихся:

- по основной специальности: врачи-гастроэнтерологи,

- по смежным специальностям: врачи - терапевты, врачи общей практики (семейные врачи)

5. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Планируемые результаты обучения направлены на формирование профессиональных компетенций врача-гастроэнтеролога, врача терапевта, врача общей практики (семейный врач)

В планируемых результатах отражается преемственность с профессиональным стандартом и квалификационной характеристикой должности врача-гастроэнтеролога, врача терапевта, врача общей практики (семейный врач)

Характеристика компетенций⁸ врача-гастроэнтеролога, подлежащих совершенствованию

5.1.1. Профессиональные компетенции (далее - ПК):

профилактическая деятельность:

⁵ Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 N 1097 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (Зарегистрировано в Минюсте России 29.10.2014 N 34506)

⁶ Проект Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ "Об утверждении профессионального стандарта "Врач общей практики (семейный врач)" (подготовлен Минтрудом России 27.11.2018)

⁸ Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 N 1070 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (Зарегистрировано в Минюсте России 18.09.2014 N 34090)

- ✓ 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 (ПК-1);
- ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

диагностическая деятельность:

- ✓ 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) (ПК-5);

лечебная деятельность:

- ✓ готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи (ПК-6);

реабилитационная деятельность:

- ✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- ✓ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

Характеристика компетенций ⁹врача-терапевта, подлежащих совершенствованию

5.1.2. Профессиональные компетенции (далее - ПК) по нижеуказанным разделам деятельности:

профилактическая деятельность:

- ✓ 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 (ПК-1);

⁹ Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от «25» августа 2014 г. N 1092 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.49 Терапия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 22 октября 2014 г., регистрационный N34389)

- ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

диагностическая деятельность:

- ✓ 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) (ПК-5);

лечебная деятельность:

- ✓ готовность к ведению и лечению пациентов с заболеваниями терапевтического профиля (ПК-6);

реабилитационная деятельность:

- ✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов с заболеваниями внутренних органов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- ✓ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

Характеристика компетенций¹⁰ врача общей практики, подлежащих совершенствованию

5.1.3 Профессиональные компетенции (далее - ПК):

профилактическая деятельность:

- ✓ 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 (ПК-1);

диагностическая деятельность:

- ✓ 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) (ПК-5);

лечебная деятельность:

- ✓ готовность к ведению и лечению пациентов (ПК-6);

реабилитационная деятельность:

- ✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- ✓ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

¹⁰ Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 N 1097 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (Зарегистрировано в Минюсте России 29.10.2014 N 34506)

5.2. Объем программы: 36 академических часов.

5.3. Форма обучения, режим и продолжительность занятий

Форма обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Очная (с использованием симуляционного оборудования))	6	6	1 неделя

Программа повышения квалификации реализуется с использованием ДОТ и ЭО на дистанционной площадке – «Автоматизированная система ДПО ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России (sdo.rostgmu.ru) (далее - система)». В системе представлены учебные материалы, тестовые задания по темам учебных модулей программ. Система позволяет проводить онлайн-лекции и семинарские занятия в удаленном режиме синхронно взаимодействовать слушателю с преподавателем.

Обучающий симуляционный курс

Ситуации	Проверяемые трудовые функции	Симуляционное и вспомогательное оборудование	Расходные материалы	Задачи симуляции
Физикальное обследование пациента (желудочно-кишечный тракт)				
<p>Норма Гепатомегалия Спленомегалия Гепатоспленомегалия Асцит</p>	<p>A/01.8 Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы</p>	<p>1. Симулятор для отработки навыков физикального обследования органов брюшной полости 2. Стетофонендоскоп 3. Контейнер для сбора отходов класса А 4. Контейнер для сбора отходов класса А</p>	<p>1. Смотровые перчатки различных размеров (S, M, L) 2. Спиртовые салфетки</p>	<p>Демонстрация аккредитуемым умения проводить физикальное обследование желудочно-кишечного тракта.</p>

6. УЧЕБНЫЙ ПЛАН

распределения учебных модулей

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей на тему
«Современные протоколы диагностики и лечения диффузных заболеваний печени»
(срок освоения 36 академических часа)

Код	Наименование разделов модулей	Всего часов	В том числе					Форма контроля
			лекции	ПЗ	СЗ	ОСК	ДО	
Рабочая программа учебного модуля «Специальные дисциплины»								
1.	Болезни печени	34	10	12	12	4	22	ТК
Итоговая аттестация		2						Экзамен
Всего		36	10	12	12	4	22	

ПЗ - практические занятия, СЗ - семинарские занятия.

ОСК – обучающий симуляционный курс.

ДО – дистанционное обучение.

ПК - промежуточный контроль.

ТК - текущий контроль.

7. Календарный учебный график

Учебные модули	1 неделя
	1 неделя (36 часов)
Специальные дисциплины	34
Итоговая аттестация	2

8. Рабочие программы учебных модулей

Рабочая программа учебного модуля
«Специальные дисциплины»

Раздел 1

«Болезни печени»

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
1.1	Основные гепатологические синдромы

1.1.1.	Желтуха
1.1.2.	Дифференциальный диагноз желтух
1.1.3	Холестаз
1.1.4	Портальная гипертензия
1.1.5	Асцит
1.1.6	Печеночная недостаточность
1.2	Неалкогольная жировая болезнь печени
1.2.1	Общие вопросы и классификация
1.2.2	Распространенность
1.2.3	Этиология, патогенез
1.2.4	Диагноз, дифференциальный диагноз
1.2.5	Лечение: диетотерапия, лекарственная терапия
1.3	Хронический вирусный гепатит В
1.3.1	Маркеры гепатита В, дифференциальный диагноз
1.3.2	Стадии HBV-инфекции. Механизмы хронизации
1.3.3	Клинические проявления
1.3.4	Принципы лечения
1.4	Хронический вирусный гепатит С
1.4.1	Маркеры гепатита С, дифференциальный диагноз
1.4.2	Клинические проявления
1.4.3	Внепеченочные проявления
1.4.4	Принципы лечения
1.5	Хронический гепатит Д
1.5.1	Особенности течения
1.5.2	Лечение
1.6	Циррозы печени
1.6.1	Определение и распространение

1.6.2	Этиология и патогенез
1.6.3	Морфогенез
1.6.4	Классификация, активность и компенсация
1.6.5	Основные клинические синдромы
1.6.6	Печеночная недостаточность
1.6.7	Портальная гипертензия
1.6.8	Спленомегалия и синдром гиперспленизма
1.6.9	Асцит
1.6.10	Геморрагический синдром
1.6.11	Системные поражения
1.6.12	Осложнения
1.6.13	Кровотечение из варикозно расширенных вен желудка и пищевода
1.6.14	Гепаторенальный синдром
1.6.15	Печеночная энцефалопатия и кома
1.6.16	Спонтанный бактериальный перитонит
1.6.17	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.6.18	Общие принципы лечения
1.6.19	Диета и режим
1.6.20	Консервативная терапия
1.6.21	Показания к трансплантации печени
1.6.22	Медико-социальная экспертиза и реабилитация
1.6.23	Диспансеризация
1.7	Алкогольные поражения печени
1.7.1	Частота и распространение
1.7.2	Факторы риска
1.7.3	Метаболизм этанола в печени
1.7.4	Особенности морфологических проявлений и клиники отдельных форм

1.7.5	Алкогольная гепатомегалия
1.7.6	Острый алкогольный гепатит
1.7.7	Хронический алкогольный гепатит
1.7.8	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.7.9	Прогноз
1.7.10	Лечение
1.8	Билиарный цирроз печени
1.8.1	Определение и классификация
1.8.2	Этиология и патогенез
1.8.3	Морфологические особенности
1.8.4	Особенности клинических проявлений при первичном и вторичном билиарном циррозе
1.8.5	Дифференциальный диагноз
1.8.6	Исходы
1.8.7	Общие принципы лечения
1.9	Хронический аутоиммунный гепатит
1.9.1	Иммунные механизмы и аутоантитела
1.9.2	Морфологические особенности
1.9.3	Клинические проявления
1.9.4	Внепеченочные проявления
1.9.5	Хронический лекарственный гепатит
1.9.6	Криптогенный гепатит
1.9.7	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.9.8	Общие принципы лечения
1.9.9	Прогноз и исходы
1.10	Болезни накопления и энзимопатии
1.10.1	Определение и классификация
1.10.2	Частота и распространение

1.10.3	Этиология и патогенез
1.10.4	Морфологические особенности
1.10.5	Клинические проявления
1.10.6	Осложнения
1.10.7	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.10.8	Исходы
1.10.9	Общие принципы лечения отдельных нозологических форм

Тематика лекционных занятий

№ раздела	№ лекции	Тема лекции	Кол-во часов
1	1	Неалкогольная жировая болезнь печени	2
1	2	Алкогольные поражения печени	2
1	3	Хронический аутоиммунный гепатит	2
1	4	Циррозы печени	4
Итого			10

Тематика семинарских занятий

№ раздела	№ с	Темы семинаров	Кол-во часов
1	1	Основные гепатологические синдромы	2
1	2	Неалкогольная жировая болезнь печени	2
1	3	Хронические вирусные гепатиты	2
1	4	Циррозы печени	2
1	5	Билиарный цирроз печени	2

1	6	Болезни накопления и энзимопатии	2
Итого			12

Тематика практических занятий

№ раздела	№ Пз	Темы практических занятий	Кол-во часов	Формы текущего контроля
1	1	Физикальное обследование пациента (желудочно-кишечный тракт)(ОСК)	4	Зачет
1	2	Циррозы печени	4	
1	3	Основные гепатологические синдромы	2	
1	4	Неалкогольная жировая болезнь печени	2	
Итого			12	

9. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ

Программа повышения квалификации реализуется с использованием ДОТ и ЭО на дистанционной площадке – «Автоматизированная система ДПО ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России (sdo.rostgmu.ru) (далее - система)». В системе представлены учебные материалы, тестовые задания по темам учебных модулей программ. Система позволяет проводить онлайн-лекции и семинарские занятия в удаленном режиме синхронно взаимодействовать слушателю с преподавателем.

Профессорско-преподавательский состав программы:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество,	Ученая степень, ученое звание	Должность
1	Яковлев Алексей Александрович	д.м.н., профессор	заведующий кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии
2	Бутова Елена Николаевна	к.м.н.	доцент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии
3	Волков Александр Сергеевич	к.м.н.	доцент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии

10. Формы аттестации

10.1. Итоговая аттестация по Программе проводится в форме экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-гастроэнтеролога, врача-терапевта, врача общей практики (семейные врачи). В соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

10.2. Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренным учебным планом.

10.3. Обучающиеся, освоившие программу и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ о дополнительном профессиональном образовании – удостоверение о повышении квалификации.

11. Оценочные материалы

11.1. Тематика контрольных вопросов:

1. Гемохроматоз. Этиология Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Современные возможности диагностики.
2. Хронический вирусный гепатит С. Эпидемиология. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Стандарты противовирусной терапии.
3. Хронический вирусный гепатит В. Эпидемиология. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Стандарты противовирусной терапии
4. Циррозы печени. Этиопатогенез. Классификация. Основные клинические синдромы.
5. Циррозы печени. Классификация. Диагностика. Стандарты лечения.
6. Циррозы печени Спонтанный бактериальный перитонит
7. Циррозы печени Гепаторенальный синдром Гепатопульмональный синдром Гипонатриемия разведения
8. Резистентный асцит при циррозе печени. Диагноз и дифференциальный диагноз. Стандарт лечения. Диспансеризация.
9. Печеночная энцефалопатия. Этиология Патогенез. Клиническая картина. Диагноз и дифференциальный диагноз. Стандарты лечения.
10. Алкогольная болезнь печени. Эпидемиология. Метаболизм этанола в печени. Особенности морфологических проявлений. Клиника. Диагностика. Лечение.
11. Лекарственные поражения печени. Эпидемиология. Метаболизм лекарственных препаратов в печени. Особенности морфологических проявлений. Клиника. Диагностика. Лечение.
12. Пункционная биопсия печени. Показания. Противопоказания. Тактика ведения после манипуляции.

13. Неалкогольный стеатогепатит. Эпидемиология. Особенности морфологических проявлений. Клиника. Диагностика. Лечение.
14. Аутоиммунный гепатит. Этиология. Патогенез. Классификация. Стандарт лечения.
15. Первичный билиарный цирроз. Эпидемиология Клиника. Диагностика. Лечение
16. Злокачественные опухоли печени. Диагностика. Варианты клинических проявлений. Тактика ведения больных.
17. Болезнь Вильсона-Коновалова. Клиническая симптоматика. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика.
18. Синдром гипербилирубинемии. Клиническое значение и дифференциальная диагностика.
19. Синдром печеночно-клеточной функциональной недостаточности. Клиническое значение. Диагностические критерии.
20. Трансплантация печени. Принципы отбора больных. Показания, противопоказания. Тактика ведение больных после операции.
21. Синдром портальной гипертензии. Клинико-инструментальные критерии. Дифференциальная диагностика.
22. Синдром холестаза. Клиническое значение и дифференциальная диагностика.
23. Гепаторенальный синдром Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Стандарты лечения.
24. Доброкачественные гипербилирубинемии. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Консервативная терапия.
25. Синдромная диагностика заболеваний печени. Холестатический синдром. Синдром цитолиза. Мезенхимально-воспалительный синдром. Желтухи. Геморрагический синдром.

11.2. Задания, выявляющие практическую подготовку

- осуществить сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов (его законного представителя) с диффузными заболеваниями печени;
- анализировать и интерпретировать информацию, полученную от пациентов (его законного представителя) с диффузными заболеваниями печени;
- произвести осмотр пациентов с диффузными заболеваниями печени;
- анализировать и интерпретировать результаты физикального обследования пациентов (пальпация, перкуссия, аускультация) с диффузными заболеваниями печени;
- сформулировать предварительный диагноз и составлять план проведения лабораторных и инструментальных исследований;

- определить очередность, объем, содержание и последовательность диагностических мероприятий для пациентов с диффузными заболеваниями печени;
- обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных исследований у пациентов с диффузными заболеваниями печени;
- интерпретировать результаты инструментального обследования пациентов с диффузными заболеваниями печени;
- оценить тяжесть заболевания и (или) состояния пищеварительной системы пациентов;
- установить диагноз с учетом МКБ;
- произвести дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений), с учетом МКБ;
- определить медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- определить медицинские показания для направления в целях оказания медицинской помощи в стационарные условия или условия дневного стационара;
- составить и обосновывать план лечения пациентов с диффузными заболеваниями печени, с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- назначить лекарственные препараты, медицинские изделия пациентам с диффузными заболеваниями печени, с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- назначить немедикаментозное лечение и лечебное питание пациентов с диффузными заболеваниями печени с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- оказать медицинскую помощь пациенту при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями и (или) состояниями пациентов с диффузными заболеваниями печени, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациентов с диффузными заболеваниями печени;

- оценить эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов и медицинских изделий пациентов с диффузными заболеваниями печени;
- оценить эффективность и безопасность применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациентов с диффузными заболеваниями печени;
- направлять пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы для оказания медицинской помощи в стационарные условия или в условия дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- организовывать и осуществлять профилактику у пациентов с диффузными заболеваниями печени и проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни.

11.3. Примеры тестовых заданий и ситуационных задач:

1. К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ЖЕЛТУХИ ОТНОСЯТ
 - А умеренно напряженный желчный пузырь
 - В прослеживание структуры печёночной дольчатости
 - +С увеличенную в размерах печень диффузно-красного цвета
 - Д плотную консистенцию печени
2. ОРГАНАМИ-МИШЕНЯМИ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЮЩИМИСЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА, ЯВЛЯЮТСЯ
 - А печень и легкие
 - В почки и легкие
 - С сердце и почки
 - Д печень и мозг +
3. МЕСТОМ ОБРАЗОВАНИЯ БИЛИРУБИНА В УРОБИЛИНОГЕН ЯВЛЯЕТСЯ
 - А печень
 - В почки
 - + С кишечник
 - Д кровь
4. ДЛЯ КОНЬЮГИРОВАННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ
 - + А билирубинурия
 - В уробилинурия
 - С гиперальбуминемия
 - Д повышение содержания стеркобилина в кале
5. КОНЬЮГИРОВАННЫЙ БИЛИРУБИН В ОСНОВНОМ ПОСТУПАЕТ В
 - +А желчь
 - В лимфу
 - С кровь
 - Д слюну
6. ОТСУТСТВИЕ ПРЯМОЙ ЗАВИСИМОСТИ МЕЖДУ АКТИВНОСТЬЮ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФОТАЗЫ И СОДЕРЖАНИЕМ БИЛИРУБИНА В КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ
 - А) гепатоцеллюлярном раке
 - В) гемолитической анемии

+ С) метастазах рака в печень

D) остром гепатите

7. СИНТЕЗ АЛЬБУМИНА ПЛАЗМЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В

A) ретикулоэндотелиальной системе

+ B) клетках печени

C) почках

8. ГЛАВНЫМ МЕСТОМ МЕТАБОЛИЗМА АЛКОГОЛЯ В ОРГАНИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

+ A) печень

B) жировая ткань

C) головной мозг

D) желудочно - кишечный тракт

9. ПРИ КАРДИАЛЬНОМ ЦИРРОЗЕ РЕДКО ВСТРЕЧАЕТСЯ

A) увеличенная печень

B) асцит

C) желтуха

+ D) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода

10. К СИМПТОМАМ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ОТНОСЯТ

A) желтуху (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

+ B) желтуху, анорексию, тошноту, мягкую печень, высокую активность трансаминаз и нормальную активность щелочной фосфатазы

C) желтуху, лихорадку, гепатомегалию, почечную недостаточность, кому, изменение ЭЭГ и умеренно повышенную активность трансаминаз

D) желтуху, гепатоспленомегалию, умеренно повышенную активность трансаминаз гипер-у-глобулинемию положительную реакцию на антитела к гладкой мускулатуре

11. ДЛЯ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМОКОМПЛЕКС, ВКЛЮЧАЮЩИЙ

A) желтуху, гепатоспленомегалию, умеренно увеличенные трансаминазы, гипер-у-глобулинемию, положительную реакцию на антитела к гладкой мускулатуре

+ B) гепатомегалию, гиперхолестеринемию, нормальный уровень трансаминаз

C) желтуху, анорексию, тошноту, мягкую печень, высокую активность трансаминаз и нормальную активность щелочной фосфатазы

D) желтуху, боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

12. ДЛЯ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА С ПЕРЕХОДОМ В ЦИРРОЗ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМОКОМПЛЕКС, ВКЛЮЧАЮЩИЙ

A) желтуху, боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

B) гепатомегалию, гиперхолестеринемию, нормальный уровень трансаминаз

+ C) желтуху, гепатоспленомегалию, умеренно увеличенные трансаминазы, гипер-у-глобулинемию, положительную реакцию на антитела к гладкой мускулатуре

D) желтуху, анорексию, тошноту, мягкую печень, высокую активность трансаминаз и нормальную активность щелочной фосфатазы

13. ОСТРАЯ ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

+ A) желтухой

B) длительным анамнезом

C) значительной гепатомегалией

D) спленомегалией

14. СОСУДИСТЫЕ ЗВЕЗДОЧКИ» И «ПЕЧЕНОЧНЫЕ ЛАДОНИ» МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ

A) сидеропеническим синдромом

B) в нарушении синтетической функции печени

C) с геморрагическим синдромом

+ D) гиперэстрогемией

15. ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА ПЕЧЕНОЧНОКЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

+А геморрагический синдром

В портальная гипертензия

с гепатолиенальный синдром

D гиперспленизм

16. ПРИЧИНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

А анаэробный сепсис

в переливание несовместимой крови

с врожденная гемолитическая анемия

+D синдром Жильбера

17. ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А гиперспленизмом

В кровотечением

с желтухой

+D упорным асцитом

18. ПАТОГНОМОНИЧНЫМИ АУТО-АНТИТЕЛАМИ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

А ANA

В ANCA

С ASMA

+D AMA

19. НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕГО БИЛИРУБИНА КРОВИ СОСТАВЛЯЮТ (ВМКОЛЬ/Л)

А 2,5-8,33

В 7,62-12,88

+с 8,55-20,52

D 3,64-6,78

20. СОЧЕТАНИЕ УРОБИЛИНОГЕНУРИИ С БИЛИРУБИНУРИЕЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А надпеченочной желтухи

В инфаркта почки

+с печеночной желтухи

D застойной почки

21. ЖЕЛТУХУ, ОБУСЛОВЛЕННУЮ ВНЕ- ИЛИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ, НАЗЫВАЮТ

А гепатоцеллюлярной

В паренхиматозной

С гемолитической

+D обтурационной

22. ПЕРВЫМ ЛАБОРАТОРНО ОБНАРУЖИВАЕМЫМ НАРУШЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А удлинение протромбинового времени

+В повышение активности трансаминаз

С гипербилирубинемия

D гипоальбуминемия

23. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ДЕБЮТА АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА?

А минимальный цитолиз (повышение АЛТ, АСТ до 3-норм), Ig G и гамма-глобулины в норме

В повышение АЛТ, АСТ до 3-норм

С холестатический синдром (повышение ЩФ >в 2 раза или ГГТП в 4 раза)

+D цитолитический синдром высокой степени активности (повышение АЛТ, АСТ>5-10 норм), гипергаммаглобулинемия, повышение Ig G

24. ЛКОГОЛЬНЫЙ СТЕАТОГЕПАТИТ У ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ В БОЛЬШИХ КОЛИЧЕСТВАХ, МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАН С ПОМОЩЬЮ

- +А АшТеста
- В НешТеста
- С СтеатоТеста
- D ФиброТеста

25. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ТЕСТОМ ПРИ СИНДРОМЕ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

- А определение щелочной фосфатазы в сыворотке крови
- +В определение количества гранулоцитов и тромбоцитов в крови
- С динамическая сцинтиграфия с радиофармпрепаратом
- D определение билирубина в сыворотке крови

26. ПРИ ОСТРЫХ ГЕПАТИТАХ ПРОИСХОДИТ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

- А щелочной фосфатазы
- +В аланинаминотрансферазы
- С лактатдегидрогеназы
- D аспартатаминотрансферазы

27. В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ УРОВЕНЬ АМИНОТРАНСФЕРАЗ

- +А резко понижен
- В резко повышен
- С нормальный или незначительно понижен
- D нормальный или незначительно повышен

28. ДЛЯ РЕПЛИКАЦИИ ВИРУСА ГЕПАТИТА «В» ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ СЫВОРОТОЧНЫХ МАРКЕРОВ

- А анти HBe
- В анти HBs
- +С HBe Ag
- D анти HBc IgG

29. К МЕЛКОУЗЛОВОМУ ЦИРРОЗУ ПЕЧЕНИ ОБЫЧНО ПРИВОДИТ

- А) перенесенный вирусный гепатит
- В) жировой гепатоз
- С) заболевания желчевыводящих путей
- + D) злоупотребление алкоголем

30. Оптимальной схемой противовирусной терапии вирусного гепатита "С" является

- А) фосфоглив внутривенно струйно курсами
- В) интерферон+рибавирин
- С) интерферон+рибавирин+глицирризиновая кислота
- + D) безинтефероновый режим

Ситуационные задачи

Задача №1

Мужчина 40 года обратился к врачу с жалобами на тупые ноющие боли в области правого подреберья, общую слабость, повышенную утомляемость, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд. Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 15 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; эффекта от принимаемых препаратов не отметил. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Операций, гемотрансфузий не было. При осмотре:

состояние удовлетворительное; рост 178 см, вес 79 кг, ИМТ 24,9кг/м². Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 мин; АД 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 10 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезёнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,3 \times 10^9/л$; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Hb – 148 г/л; тромбоциты – $217 \times 10^9/л$; СОЭ – 18 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 27 мкмоль/л; непрямого билирубин – 22,5 мкмоль/л; АЛТ – 200 ед/л; АСТ – 204 ед/л; ГГТП – 99 ед/л; ЩФ – 301 ед/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 7,1 г/л; γ -глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопроtein – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ – 84%. Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отриц. Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале Metavir)

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ответ: Хронический гепатит алкогольной этиологии, синдром цитолиза, холестаза, умеренной степени активности, стадия F2 (умеренный фиброз) по METAVIR.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ: Диагноз «хронический алкогольный гепатит» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, тупую ноющую боль в правом подреберье, тошноту, снижение аппетита, периодический кожный зуд; данных анамнеза (пациент злоупотребляет алкоголем в течение 15 лет); данных объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, «пальмарной» эритемы, гепатомегалии). Подтверждают диагноз «хронический алкогольный гепатит» данные лабораторных исследований (повышение АЛТ, АСТ, ГГТП, общего билирубина, щелочной фосфатазы) Исключена другая (вирусная) этиология хронического гепатита: исследование крови на маркеры гепатита В, С: HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отрицательный. Степень активности хронического алкогольного гепатита определена на основании повышения уровня АЛТ и АСТ (в 5 раз по сравнению с нормой). Стадия хронического алкогольного гепатита F2 установлена на основании данных эластометрии печени (по шкале METAVIR), умеренный фиброз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Ответ. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (для исключения очаговых образований печени, признаков портальной гипертензии, сопутствующей патологии);

ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и/или желудка;

дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления признаков портальной гипертензии.

Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

Ответ. Рекомендуются соблюдение диеты. Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао.

Целесообразно назначение диеты, богатой белками (не менее 1 г на 1 кг массы тела), с высокой энергетической ценностью (не менее 2000 ккал/сут), с достаточным содержанием витаминов (особенно группы В, фолиевой и липоевой кислот) и микроэлементов – цинка и селена, дефицит которых наиболее часто наблюдается при злоупотреблении алкоголем. Пациенту показано назначение Адеметионина (Гептрал) в дозе 1600 мг в сутки в течение 4-8 недель. Применение экзогенного адеметионина позволяет снизить накопление и отрицательное воздействие

токсических метаболитов на гепатоциты, стабилизировать вязкость клеточных мембран, активизировать работу связанных с ними ферментов.

При обращении к врачу через месяц после лечения пациент отметил улучшение самочувствия: исчезли слабость, повышенная утомляемость, тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом. При объективном осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Селезёнка не увеличена. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямой билирубин – 16 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 38 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; ЩФ – 125 ед/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор

Ответ. В результате проведенного лечения отмечена положительная динамика: наблюдается отсутствие болевого, диспепсического, астенического синдромов. Исчезли желтушность кожных покровов, иктеричность склер, телеангиэктазии, «пальмарная» эритема. Отмечена также положительная биохимическая динамика показателей: снижение общего билирубина, АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ. Так как при УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени, рекомендуется продолжить прием Адеметионина (Гептрал) в дозе 1600 мг в сутки внутрь в течение 1 месяца.

Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога.

Задача №2

Больной М. 39 лет госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объеме, отеки на нижних конечностях в области стоп и голеней. Анамнез: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних нескольких месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет крепкие спиртные напитки (водку по 300 г ежедневно) в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было. Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. Склеры глаз иктеричны. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Отеки стоп и нижней трети голеней. В легких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объеме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке в околопупочной области определяются расширенные, извитые вены. В положении лежа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову – 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезенки – 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча темно-желтая. Общий анализ крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$; Нв – 124 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – $96 \times 10^9/л$, лейкоциты – $3,4 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч. Биохимические анализы: общий билирубин – 133 мкмоль/л, прямой билирубин – 102 мкмоль/л, АЛТ – 121 Ед/л, АСТ – 162 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л. Фиброгастроэнтероэнтерокопия: варикозное расширение вен пищевода I ст. Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры четкие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 17 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Холедох не расширен. Селезёнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезенки – 36,1 см². Свободная жидкость в брюшной полости.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ответ. Цирроз печени алкогольной этиологии, класс С по Чайлду-Пью. Портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, ВРВ пищевода I ст.). Гиперспленизм (тромбоцитопения). Печёночная энцефалопатия I ст.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ. У больного выявлены желтуха, цитолиз, «печёночные знаки»: малиновые ладони, «сосудистые звёздочки», синдром портальной гипертензии (гепатоспленомегалия, асцит, варикозное расширение вен пищевода, передней брюшной стенки, расширение портальной вены), признаки печёночной недостаточности (гипоальбуминемия, гипокоагуляция). По данным УЗИ – паренхима печени, неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Алкогольный анамнез свидетельствует о наиболее вероятной этиологии цирроза печени. Класс С выставлен согласно классификации Чайльд-Пью – 11 баллов. Снижение скорости теста связывания чисел свидетельствует о I степени печёночной энцефалопатии. Тромбоцитопения в данной ситуации связана с гиперспленизмом.

Составьте план дополнительного обследования пациента.

Ответ. Анализы крови: коагулограмма, общий белок, креатинин, мочевины, калий, натрий, ГГТ, ЩФ, амилаза, маркеры вирусных гепатитов HBsAg, антитела к HCV, ВИЧ-инфекции. Общий анализ мочи, копрограмма. ЭКГ. Рентген лёгких.

Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении. Обоснуйте свой выбор

Ответ. Отказ от алкоголя. Диета с содержанием белка 1,0 г/кг/сут. Калорийность пищи - 1800–2500 ккал/сут. Ограничение содержания соли до 5,2 г/сут. Санация кишечника с целью уменьшения эндотоксинемии. Лактулоза - 15-45 мл 2-3 раза в сутки (стул до 2-3 раз в сутки). Возможен приём не всасывающихся антибиотиков (Рифаксимин 1200 мг/сут. 7-10 дней). Высокие очистительные клизмы. Уменьшение токсического действия аммиака. L- Орнитин-L-аспартат (Гепа-Мерц) - 5 г по 1-2 пакетика гранул, растворённых в воде × 3 раза в день после еды.

Мочегонная терапия. Спиринолактон - 50–200 мг/сут. Фуросемид - 40 мг/сут (повышение дозы на 40 мг каждые 7 дней до 160 мг/сут, критерий эффективности - уменьшение массы тела на 2 кг/нед.). Снижение давления в портальной вены. Анаприлин - 40 мг 1 раза в сутки.

Адеметионина (Гептрал) в дозе 1600 мг в сутки в течение 4-8 недель. Применение экзогенного адеметионина позволяет снизить накопление и отрицательное воздействие токсических метаболитов на гепатоциты, стабилизировать вязкость клеточных мембран, активизировать работу связанных с ними ферментов.

Какие возможны осложнения данного заболевания?

Ответ. Печёночная энцефалопатия. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Гепаторенальный синдром. Инфекционные осложнения (спонтанный бактериальный перитонит, пневмония, инфекции мочевыводящих путей и др.).

Задача №3

Больной 48 лет предъявляет жалобы на десневые и носовые кровотечения, увеличение живота в объёме, кожный зуд, слабость, постоянную сонливость, похудание на 6 кг за 6 месяцев. В анамнеза длительное злоупотребление алкоголем. Состояние средней тяжести. При осмотре выявляется желтушность кожи, слизистых, склер, сосудистые звёздочки 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 объёме. При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня рёберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры - 13×11×6 см. Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см. Белок общий - 59 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, гамма-глобулины – 28,5%.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ответ. Предварительный диагноз «цирроз печени токсического генеза, класс «В» по Child-Pugh. Портальная гипертензия. Асцит».

Назовите синдромы поражения внутренних органов.

Ответ. Синдром портальной гипертензии, синдром печёчно-клеточной недостаточности, синдром паренхиматозной желтухи, мезенхимально-воспалительный синдром
Обоснуйте, почему выделили указанные синдромы.

Ответ. 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 28,5 г/л. Синдром паренхиматозной желтухи проявляется наличием зуда, желтушностью кожи, склер, слизистых. О наличии мезенхимально-воспалительного синдрома свидетельствуют диспротеинемия, гипергаммаглобулинемия, увеличение селезёнки.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Ответ. Для подтверждения диагноза необходимо выполнить фиброэзофагогастроскопию с оценкой состояния вен пищевода и кардиального отдела желудка, ректороманоскопию с оценкой вен прямой кишки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости для определения размеров печени, её структуры, размеров селезёнки, количества асцитической жидкости в брюшной полости и плевральных полостях. Необходимо исследовать все функциональные печёчные пробы (АЛТ, АСТ, билирубин, протромбин, холестерин, щелочная фосфатаза, ГГТП), ОАК с определением числа тромбоцитов, выполнить серологическое исследование крови на наличие антител к вирусам гепатита В, D и С для исключения возможных вирусных гепатотропных инфекций. Желательно определить уровень альфа-фетопротеина для исключения гепатоцеллюлярной карциномы и уровень ферритина для исключения гемохроматоза печени.
Какие группы препаратов следует назначить больному?

Ответ. Неселективные бета-блокаторы. Мочегонные. Альбумин. Гепатопротекторы. Ферменты. Профилактическое назначение антибиотиков.

Задача №4

Мужчина 45 лет жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту. Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья. За медицинской помощью не обращался. Периодически принимал эссенциале форте по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после значительной физической нагрузки усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Принимал баралгин, положительного эффекта не наблюдалось. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост-177 см, вес -79 кг, ИМТ 25,2кг/м². Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 72 в 1 мин; АД-130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$; нейтрофилы – $4,5 \times 10^9/л$; лимфоциты – $1,3 \times 10^9/л$; моноциты – $0,44 \times 10^9/л$; эозинофилы – $0,2 \times 10^9/л$; базофилы – $0,06 \times 10^9/л$; Hb – 144г/л; тромбоциты – $230 \times 10^9/л$; СОЭ – 20 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 36 мкмоль/л; непрямой билирубин – 29,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 6,5 мкмоль/л; АЛТ – 225 ед/л; АСТ – 150 ед/л; ГГТП – 83 ед/л; ЩФ – 143 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 72 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; альбумин – 39 г/л; общий белок – 71 г/л; альфа-1-глобулины – 3,0 г/л; альфа-2-глобулины – 5,5 г/л; бета-глобулины – 6,0 г/л; γ -глобулины – 17,5 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротеин –

3,2 ед/л; ферритин – 53 мкг/л; трансферрин – 2,5 г/л; калий – 3,9 ммоль/л; Na–138 ммоль/л; амилаза – 43 ед/л; железо – 21,3 мкмоль/л; ХС – 5,0 ммоль/л; церулоплазмин – 185 мг/л. ПТИ – 55%. Иммуноферментный анализ (определение маркеров гепатитов В, С, Дв сыворотке крови): HBsAg (+); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти-HBe (+); анти-HBcIgM (-); анти-HDV (-); анти-HCV (-); анти-ВИЧ – отрицательный. Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса G в сыворотке крови-7,0 г/л; - молекулярно-биологические исследования: ПЦР: ДНК ВГВ – положительный; количественный анализ ДНК ВГВ – 61000 МЕ/мл. Кал на скрытую кровь – отриц. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR) При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений; ЭКГ – без патологических изменений; тест связи чисел – в пределах нормы.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ответ. Цирроз печени, ассоциированный с HBV-инфекцией, класс А по Child-Pugh (компенсированный).

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ. Диагноз «цирроз печени, ассоциированного с HBV-инфекцией, класс А по Child-Pugh» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, тупую боль в правом подреберье; данных анамнеза, объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, гепатомегалии). Подтверждают вирусную этиологию цирроза печени данные исследований: (выявление HBsAg; анти-HBcIgG; анти-HBe; ПЦР ДНКВГВ - положительный, уровень ДНК ВГВ (61000 МЕ/мл); исключена другая этиология цирроза печени: (исследование крови на маркеры гепатита С, D: анти-HCV – отрицательный; анти-HDV - отрицательный), а также исключено злоупотребление алкоголем, приём гепатотоксичных лекарственных средств. Класс А ЦП установлен на основании классификации Child-Pugh. Согласно классификационным критериям (печёночная энцефалопатия, асцит не определены, общий билирубин – 35 мкмоль/л, альбумин – 39 г/л, ПТИ – 55%) определено 5 баллов, что соответствует классу А по Child-Pugh. Диагноз цирроза печени подтверждается данными эластометрии печени: F4 (по шкале METAVIR), что соответствует циррозу печени. Зарегистрировано изменение биохимических показателей крови: повышение АЛТ, АСТ, общего билирубина, ГГТП, гамма-глобулинов, снижение ПТИ. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Ответ. ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка;
- спиральная компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) для получения более точной информации о форме, структуре и размерах печени. При использовании контрастного усиления возможно дифференцировать наиболее часто встречающуюся очаговую патологию печени (кисты, гемангиомы, метастазы);
- дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления портальной гипертензии.

Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

Ответ. Рекомендовано соблюдение диеты: исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, солёное, кофе, газированные напитки, какао.

Рекомендована противовирусная терапия (ПВТ), так как у больных циррозом печени В назначать ПВТ требуется при любом определяемом уровне виремии независимо от активности АлАТ. Среди аналогов нуклеозидов/нуклеотидов предпочтение следует отдавать Энтекавиру и Тенофовиру, поскольку они обладают высокой противовирусной активностью, и к ним редко развивается резистентность. Энтекавир (нуклеозидный аналог Гуанозина) внутрь в дозе 0,5 мг/сут в течение 48 недель. Активность АЛТ необходимо оценивать каждые 3 месяца в процессе лечения и после его окончания. При лечении аналогами нуклеозидов/нуклеотидов мониторинг уровня ДНК HBV должно проводиться 1 раз в 3 месяца как минимум в течение первого года лечения.

Через 6 месяцев постоянного лечения концентрация ДНК ВГВ – 10 МЕ/мл.- Серологическое исследование (ИФА): HBsAg (-); анти-HBs (+); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти-HBe (+); анти-HBcIgM (-).-Биохимия крови: АЛТ – 78 ед/л, АСТ – 52 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; общий билирубин – 34 мкмоль/л; ПТИ – 60%; креатинин – 72 мкмоль/л. Общий анализ крови – в пределах нормы. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор

Ответ. У пациента получен вирусологический ответ, так как концентрация ДНК ВГВ составила 10 МЕ/мл. Отмечена положительная динамика биохимических показателей (снижение АЛТ, АСТ, ГГТП, общего билирубина) и серологический ответ по HBsAg (клиренс HBsAg с формированием анти-HBsAg). Продолжить противовирусную терапию Энтекавиром внутрь в дозе 0,5 мг/сут до 48 недель. После окончания лечения провести биохимический анализ крови, количественный анализ ДНК HBV, затем 1 раз в 6 месяцев. Несмотря на вирусологическую ремиссию на фоне приема аналогов нуклеозидов/нуклеотидов, пациенты с ЦП должны мониторироваться на предмет развития гепатоцеллюлярной карциномы. Соблюдение диеты, диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога.

Задача №5

Мужчина 33 лет обратился по поводу выявления у него в процессе обследования при подготовке к пластической операции антител к вирусу гепатита С. Из анамнеза выяснено, что в возрасте 20–25 лет регулярно употреблял внутривенные наркотики, в настоящее время достигнута стойкая наркологическая ремиссия. Злоупотребление алкоголем отрицает. В общем анализе крови отмечены незначительный лейкоцитоз – $10,4 \times 10^3$ /мкл, повышение СОЭ до 30 мм/ч. В биохимическом анализе крови активность АлАТ увеличена до 125 ед./л (норма до 40 ед./л), АсАТ до 172 ед./л (норма до 40 ед./л), ГГТП до 152 ед./л (норма до 50 ед./л). Обнаружена сывороточная HCV РНК в количестве 2×10^5 копий/мл, генотип 3а.

Какие изменения в анализах крови не характерны для типичного течения хронического гепатита С

Ответ. Лейкоцитоз, увеличение СОЭ, коэффициент де Ритиса >1 (преобладание активности АсАТ над таковой у АлАТ), повышение активности ГГТП не характерны для типичного течения хронического гепатит

Что в первую очередь необходимо выполнить для уточнения диагноза? Обоснуйте

Ответ. Уточнение алкогольного анамнеза. Выявленные изменения показателей крови наиболее характерны для алкогольного гепатита. Следует принимать во внимание, что для облегчения наркотической абстиненции многие больные начинают злоупотреблять спиртными напитками, что нередко ведет к формированию алкогольной зависимости. Поэтому у данного пациента следует более тщательно собрать алкогольный анамнез, включая расспрос родственников и использование специальных анкет. В установлении точного диагноза помогает также биопсия печени.

Многочисленные беседы с пациентом, его женой и матерью позволили выяснить, что на протяжении последних 8 лет он употреблял в среднем по 500 мл водки 3–4 раза в неделю. Употребление алкоголя прекратил после выявления антиHCV, т. е. приблизительно за месяц до консультации. С целью подтверждения диагноза и определения стадии болезни выполнена пункционная биопсия печени. Заключение: утолщенный портальный тракт с выраженной лимфоидной инфильтрацией, лимфоидным узелком, фиброзными изменениями, переходящими в фиброзную септу. В окружающих гепатоцитах преимущественно гидротическая дистрофия. Сформулируйте диагноз.

Ответ. Хронический гепатит смешанной этиологии (HCV РНК генотип 3а + алкоголь) с низкой гистологической активностью и умеренным фиброзом.

Целесообразно ли проведение противовирусной терапии этому пациенту?

Ответ. Да. У пациента хорошие шансы на достижение устойчивого вирусологического ответа. Целесообразно убедить его в необходимости прекращения злоупотребления алкоголем, возможно, при помощи нарколога.

Кому рекомендуется скрининговое обследование на гепатит С

Ответ.

- Реципиентам крови и ее компонентов, органов и тканей (при подозрении на инфицирование ВГС и в течение 6 мес после переливания компонентов крови). Беременным (в I и III триместрах беременности).
- Персоналу медицинских организаций (при приеме на работу и далее 1 раз в год, дополнительно — по показаниям).
- Пациентам центров и отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, гематологии (при поступлении и при необходимости по клиническим и эпидемиологическим показаниям).
- Пациентам перед поступлением на плановые хирургические вмешательства, перед проведением химиотерапии (не ранее 30 дней до поступления или начала терапии).
- Больным хроническими заболеваниями, в том числе с поражением печени (в процессе первичного клинико-лабораторного обследования, дополнительно — по показаниям).
- Пациентам наркологических и кожно-венерологических диспансеров, кабинетов, стационаров, исключая больных дерматомикозами и чесоткой (при постановке на учет и далее не реже 1 раза в год, дополнительно — по показаниям).
- Опекаемым и персоналу учреждений с круглосуточным пребыванием детей или взрослых (при поступлении и далее не реже 1 раза в год, дополнительно — по показаниям).
- Контактным лицам в очагах острого и хронического гепатита С (не реже 1 раза в год; через 6 мес после разобщения или выздоровления (смерти) больного ХГС).
- Лицам, относящимся к группам риска по заражению ВГС (при выявлении факторов риска):
 - потребителям инъекционных наркотиков и их половым партнерам;
 - лицам, оказывающим услуги сексуального характера, и их половым партнерам;
 - мужчинам, практикующим секс с мужчинами;
 - лицам с большим количеством случайных половых партнеров.
- Лицам, находящимся в местах лишения свободы (при поступлении в учреждение, дополнительно — по показаниям).
- Донорам крови (ее компонентов), органов и тканей, спермы (при каждой донации или каждом взятии донорского материала).
- Детям в возрасте до 12 мес, рожденным от инфицированных ВГС матерей, в возрасте 2, 6 (при отсутствии РНК ВГС в возрасте 2 мес и 12 мес);
- Больным с иммунодефицитом (больные онкологическими заболеваниями, пациенты на гемодиализе, пациенты на лечении иммунодепрессантами и др.)
- Больным, имеющим заболевание печени неясной этиологии (в процессе первичного клинико-лабораторного обследования).

12. Литература

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение: руководство для врачей / под ред. А.В. Калинина, А.Ф. Логинова, А.И. Хазанова. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. -864 с.
2. Первичный билиарный цирроз: учебное пособие. Е.В. Голованова.- Центр. науч.-исследоват. ин-т гастроэнтерологии.- Москва:4ТЕ Арт, 2011.-32 с.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Гастроэнтерология. Национальное руководство: краткое издание [Электронный ресурс] / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 480 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».

2. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. -816 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».
3. Первичный билиарный цирроз: учебное пособие. Е.В. Голованова.- Центр. науч.-исследоват. ин-т гастроэнтерологии.- Москва:4TE Арт, 2011.-32 с.
4. Хронический гепатит В и D [Электронный ресурс] / Абдурахманов Д.Т. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. -288 с.- Доступ из ЭБС «Консультант врача».
5. Практическая гастроэнтерология. Ф.И. Комаров, М.А. Осадчук, А.М. Осадчук.Москва.МИА.2010.-480 с.

	ЭЛЕКТОРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
1.	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/oracg/	Доступ неограничен
2.	Консультант студента : ЭБС. – Москва : ООО «ИПУЗ». - URL: http://www.studmedlib.ru	Доступ неограничен
3.	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : ЭБС. – Москва : ООО ГК «ГЭОТАР». - URL: http://www.rosmedlib.ru	Доступ неограничен
4.	UpToDate : БД / Wolters Kluwer Health. – URL: www.uptodate.com	Доступ неограничен
5.	Консультант Плюс : справочная правовая система. - URL: http://www.consultant.ru	Доступ с компьютеров университета
6.	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
7.	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки
8.	Scopus / Elsevier Inc., Reed Elsevier. – Philadelphia: Elsevier B.V., PA. – URL: http://www.scopus.com/ (Нацпроект)	Доступ неограничен
9.	Web of Science / Clarivate Analytics. - URL: http://apps.webofknowledge.com (Нацпроект)	Доступ неограничен
10.	MEDLINE Complete EBSCO / EBSCO. – URL: http://search.ebscohost.com (Нацпроект)	Доступ неограничен
11.	ScienceDirect. Freedom Collection / Elsevier. – URL: www.sciencedirect.com по IP-адресам РостГМУ. (Нацпроект)	Доступ неограничен
12.	БД издательства Springer Nature. - URL: http://link.springer.com/ по IP-адресам РостГМУ. (Нацпроект)	Доступ неограничен
13.	Wiley Online Library / John Wiley & Sons. - URL: http://onlinelibrary.wiley.com по IP-адресам РостГМУ. (Нацпроект)	Доступ с компьютеров университета
14.	Единое окно доступа к информационным ресурсам. - URL: http://window.edu.ru/	Открытый доступ
15.	Российское образование. Федеральный образовательный портал. - URL: http://www.edu.ru/index.php	Открытый доступ
16.	ENVOС.RU English vocabulary]: образовательный сайт для изучающих англ. яз. - URL: http://envoc.ru	Открытый доступ
17.	Словари онлайн. - URL: http://dic.academic.ru/	Открытый доступ

18.	WordReference.com : онлайнновые языковые словари. - URL: http://www.wordreference.com/enru/	Открытый доступ
19.	История.РФ. - URL: https://histrf.ru/	Открытый доступ
20.	Юридическая Россия : федеральный правовой портал. - URL: http://www.law.edu.ru/	Открытый доступ
21.	Официальный интернет-портал правовой информации. - URL: http://pravo.gov.ru/	Открытый доступ
22.	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: http://www.femb.ru/feml/ , http://feml.scsml.rssi.ru	Открытый доступ
23.	Medline (PubMed, USA). – URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/	Открытый доступ
24.	Free Medical Journals. - URL: http://freemedicaljournals.com	Открытый доступ
25.	Free Medical Books. - URL: http://www.freebooks4doctors.com/	Открытый доступ
26.	International Scientific Publications. – URL: https://www.scientific-publications.net/ru/	Открытый доступ
27.	КиберЛенинка : науч. электрон. биб-ка. - URL: http://cyberleninka.ru/	Открытый доступ
28.	Архив научных журналов / НЭИКОН. - URL: https://archive.neicon.ru/xmlui/	Открытый доступ
29.	Журналы открытого доступа на русском языке / платформа EIPub НЭИКОН. – URL: https://elpub.ru/	Открытый доступ
30.	Медицинский Вестник Юга России. - URL: https://www.medicalherald.ru/jour или с сайта РостГМУ	Открытый доступ
31.	Всемирная организация здравоохранения. - URL: http://who.int/ru/	Открытый доступ
32.	Evrika.ru информационно-образовательный портал для врачей. – URL: https://www.evrika.ru/	Открытый доступ
33.	Med-Edu.ru: медицинский видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/	Открытый доступ
34.	Univadis.ru: международ. мед. портал. - URL: http://www.univadis.ru/	Открытый доступ
35.	DoctorSPB.ru: информ.-справ. портал о медицине. - URL: http://doctorspb.ru/	Открытый доступ
36.	Современные проблемы науки и образования : электрон. журнал. - URL: http://www.science-education.ru/ru/issue/index	Открытый доступ
37.	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: http://cr.rosminzdrav.ru/#!/	Открытый доступ
38.	Образование на русском : портал / Гос. ин-т русс. яз. им. А.С. Пушкина. - URL: https://pushkininstitute.ru/	