

**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 № 2

« 14 » 02 2023 г.

УТВЕРЖДЕНО

приказом ректора
« 15 » 02 2023г.
№ 68

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

**"Заболевания гепатопанкреатобилиарной системы у беременных:
вопросы диагностики и лечения"**

**по основной специальности: гастроэнтерология
по смежным специальностям: акушерство и гинекология, терапия**

Трудоемкость: 36часов

Форма освоения: очная;

Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации

Ростов-на-Дону, 2023

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации "Заболевания гепатопанкреатобилиарной системы у беременных: вопросы диагностики и лечения" обсуждена и одобрена совместном заседании кафедр гастроэнтерологии и эндоскопии и акушерство и гинекологии №3 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

Заведующий кафедрой д.м.н., профессор Яковлев А.А.

Заведующий кафедрой д.м.н., доцент Лебедеко Е.Ю.

Программа рекомендована к утверждению рецензентами:

1. Ткачев Александр Васильевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2. Хворостухина Наталия Федоровна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета Саратовского государственного медицинского университета им. В. И. Разумовского.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации "Заболевания гепатопанкреатобилиарной системы у беременных: вопросы диагностики и лечения " (далее - Программа) разработана рабочей группой сотрудников кафедр гастроэнтерологии и эндоскопии и акушерство и гинекологии №3 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, заведующий кафедрой Яковлев А.А., заведующая кафедрой Лебеденко Е.Ю.

Состав рабочей группы:

№№	Фамилия, имя, отчество	Учёная степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	2	3	4	5
1.	Яковлев Алексей Александрович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2.	Лебеденко Елизавета Юрьевна	д.м.н., доцент	Заведующая кафедрой акушерство и гинекологии №3	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
3.	Бутова Елена Николаевна	к.м.н.,	Доцент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
4.	Гайда Оксана Владимировна	к.м.н.,	Доцент кафедры акушерство и гинекологии №3	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Глоссарий

ДПО - дополнительное профессиональное образование;
ФГОС - Федеральный государственный образовательный стандарт
ПС - профессиональный стандарт
ОТФ - обобщенная трудовая функция
ТФ - трудовая функция
ПК - профессиональная компетенция
ЛЗ - лекционные занятия
СЗ - семинарские занятия;
ПЗ - практические занятия;
СР - самостоятельная работа;
ДОТ - дистанционные образовательные технологии;
ЭО - электронное обучение;
ПА - промежуточная аттестация;
ИА - итоговая аттестация;
УП - учебный план;
АС ДПО - автоматизированная система дополнительного профессионального образования.

КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ.

1. Общая характеристика Программы.

- 1.1. Нормативно-правовая основа разработки программы.
- 1.2. Категории обучающихся.
- 1.3. Цель реализации программы.
- 1.4. Планируемые результаты обучения.

2. Содержание Программы.

- 2.1. Учебный план.
- 2.2. Календарный учебный график.
- 2.3. Рабочие программы модулей.
- 2.4. Оценка качества освоения программы.
 - 2.4.1. Формы промежуточной (при наличии) и итоговой аттестации.
 - 2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.
- 2.5. Оценочные материалы.

3. Организационно-педагогические условия Программы.

- 3.1. Материально-технические условия.
- 3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.
- 3.3. Кадровые условия.

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ.

1.1. Нормативно-правовая основа разработки Программы.

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статья 76.
- Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
- Профессиональный стандарт «Врач -гастроэнтеролог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 11 марта 2019г. N 139н., регистрационный номер 1248).
- Профессиональный стандарт «Врач -акушер-гинеколог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 19 апреля 2021г. N 262н., регистрационный номер 1435).
- Профессиональный стандарт «Врач -терапевт участковый» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 21 марта 2017г. N 293н., регистрационный номер 1006).
- ФГОС ВО по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014г. № 1070.
- ФГОС ВО по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014г. № 1043
- ФГОС ВО по специальности 31.08.49 Терапия утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014г. № 1092
- Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России от 22 июня 2017 г. № 2604.

1.2. Категории обучающихся.

Основная специальность – гастроэнтерология

Смежные специальности – акушерство и гинекология, терапия

1.3. Цель реализации программы

Совершенствование имеющихся профессиональных компетенций и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по специальностям «Гастроэнтерология», «Акушерство и гинекология», «Терапия», а именно качественное расширение области знаний, умений и профессиональных навыков, востребованных при диагностике и лечения, заболеваний гепатопанкреатобилиарной системы у беременных.

Вид профессиональной деятельности по специальностям «Гастроэнтерология»: профилактика, диагностика и лечение заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы; медицинская реабилитация пациентов
Уровень квалификации: 8

Вид профессиональной деятельности по специальностям «Акушерство и гинекология»: Оказание медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с акушерскими осложнениями, гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
Уровень квалификации: 8

Вид профессиональной деятельности по специальностям «Терапия»: сохранение и укрепление здоровья взрослого населения
Уровень квалификации: 7

Связь Программы с профессиональным стандартом представить в таблице 1.

Таблица 1

Связь Программы с профессиональным стандартом

Профессиональный стандарт 1: Профессиональный стандарт «Врач - гастроэнтеролог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 11 марта 2019г. N 139н., регистрационный номер 1248).		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
<i>А: оказание медицинской помощи населению по профилю "гастроэнтерология"</i>	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
– Профессиональный стандарт 2: Профессиональный стандарт «Врач - акушер-гинеколог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 19 апреля 2021г. N 262н., регистрационный номер 1435).		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
<i>А: Оказание медицинской помощи населению по профилю «акушерство и гинекология» в амбулаторных условиях и</i>	A/01.8	Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в

(или) в условиях дневного стационара		амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара
	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности
Профессиональный стандарт 3: Профессиональный стандарт «Врач - терапевт участковый» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 21 марта 2017г. N 293н., регистрационный номер 1006).		
ОТФ Оказание первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника	Трудовые функции	
A:	Код ТФ	Наименование ТФ
	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности

1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

Планируемые результаты обучения

ПК	Описание компетенции	Код ТФ профстандарта
ПК-1 Диагностика заболеваний гепатопанкреатобилиарной систем	готовность к: сбором жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни пациентов в период беременности (его законного представителя) с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы; анализ и интерпретация информации, полученной от пациента в период беременности (его законного представителя) с гепатопанкреатобилиарной системы; проведение осмотра пациентов в период беременности с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы интерпретация и анализ результатов осмотра пациентов в	A/01.8 / A/01.8 / A/02.7

<p>ы в период беременности</p>	<p>период беременности с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы; оценка тяжести заболевания и (или) состояния пациентов в период беременности с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы; формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований пациентов в период беременности с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы; направление пациентов в период беременности с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной 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; направление пациентов в период беременности с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы к врачам-специалистам 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 гепатопанкреатобилиарной системы, акушерских осложнений, гинекологических заболеваний у пациентов в период беременности; установка диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ); направление пациентов в период беременности с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара; определение медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам в период беременности, с заболеваний гепатопанкреатобилиарной системы</p>	
	<p>должен знать: порядок оказания медицинской помощи по профилю «гастроэнтерология», «акушерство и гинекология»; стандарты медицинской помощи по профилю «гастроэнтерология», «акушерство и гинекология»; клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи; анатомо-физиологические особенности в период беременности; методика сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни</p>	

	<p>у пациентов в период беременности, заболеваний гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>методика осмотра и физикального обследования пациентов в период беременности с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>медицинские показания к проведению лабораторных и инструментальных исследований в период беременности с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний гепатопанкреатобилиарной системы в период беременности;</p> <p>клиническая картина заболеваний гепатопанкреатобилиарной системы в период беременности;</p> <p>особенности клинической картины, течения и осложнения заболеваний гепатопанкреатобилиарной системы в период беременности;</p> <p>медицинские показания для направления пациентов в период беременности с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы к врачам-специалистам;</p> <p>медицинские показания для оказания помощи в неотложной форме у пациентов в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>МКБ;</p> <p>симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, которые могут возникнуть в результате инструментальных обследований у пациентов в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы.</p> <p>должен уметь:</p> <p>осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов в период беременности, (ее законного представителя) с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>анализировать и интерпретировать информацию, полученную от пациентов в период беременности (его законного представителя) с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>производить осмотр пациентов в период беременности с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>анализировать и интерпретировать результаты физикального обследования пациентов в период беременности (пальпация, перкуссия, аускультация) с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>формулировать предварительный диагноз и составлять план проведения лабораторных и инструментальных исследований, с определением очередности, объема, содержание диагностических мероприятий для пациентов в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>обосновывать необходимость и объем лабораторных и</p>	
--	---	--

	<p>инструментальных исследований пациенток в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>интерпретировать результаты инструментального обследования пациентов в период беременности с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>обосновывать необходимость направления пациентов в период беременности с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы к врачам-специалистам;</p> <p>оценивать тяжесть заболевания и (или) состояния пищеварительной системы пациентов в период беременности;</p> <p>устанавливать диагноз с учетом МКБ пациентам в период беременности с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>производить дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы, акушерских осложнений, гинекологических заболеваний, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений), с учетом МКБ;</p> <p>определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;</p> <p>определять медицинские показания для направления в целях оказания медицинской помощи в стационарные условия или условия дневного стационара</p> <p>должен владеть:</p> <p>сбором жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни пациентов в период беременности (его законного представителя) с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>анализ и интерпретация информации, полученной от пациента в период беременности (его законного представителя) с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>проведение осмотра пациентов в период беременности с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>интерпретация и анализ результатов осмотра пациентов в период беременности с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>оценка тяжести заболевания и (или) состояния пациентов в период беременности с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований пациентов в период беременности с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>направление пациентов в период беременности с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы на</p>	
--	---	--

	<p>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;</p> <p>направление пациентов в период беременности с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы к врачам-специалистам 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;</p> <p>проведение дифференциальной диагностики заболеваний гепатопанкреатобилиарной системы, акушерских осложнений, гинекологических заболеваний у пациентов в период беременности;</p> <p>установка диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ);</p> <p>направление пациентов в период беременности с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара;</p> <p>определение медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы</p>	
<p>ПК-2 Лечение заболеваний гепатопанкреатобилиарной системы в период беременности</p>	<p>готовность к:</p> <p>разработкой плана лечения пациентов в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития;</p> <p>назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий пациентам в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания пациентам в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p>	<p>A/02.8 / A/02.8 / A/03.7</p>

	<p>оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>оценка эффективности и безопасности применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациентов в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>направление пациентов в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной 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</p>	
	<p>должен знать:</p> <p>правила назначения лекарственных препаратов, медицинские показания к применению медицинских изделий пациентам в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>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;</p> <p>методы организации персонализированного лечения пациентам в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>методы немедикаментозной терапии, лечебное питание пациентам в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>неотложные состояния, у пациентов в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы</p>	
	<p>должен уметь:</p> <p>составлять и обосновывать план лечения пациентам в период беременности, с заболеваниями</p>	

<p>гепатопанкреатобилиарной системы, 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;</p> <p>назначать лекарственные препараты, медицинские изделия пациентам в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы 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;</p> <p>назначать немедикаментозное лечение и лечебное питание пациентам в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы 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;</p> <p>оказывать медицинскую помощь пациентам в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациентов в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>оценивать эффективность и безопасность применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациентов в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>направлять пациентов в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной 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</p>	
--	--

	<p>должен владеть:</p> <p>разработкой плана лечения пациентов в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития;</p> <p>назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий пациентам в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания пациентам в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>оценка эффективности и безопасности применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациентов в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы;</p> <p>направление пациентов в период беременности, с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной 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</p>	
--	---	--

1.5 Форма обучения

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

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план.

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации

" Заболевания гепатопанкреатобилиарной системы у беременных: вопросы диагностики и лечения "

в объёме 36 часов

№№	Наименование модулей	Всего часов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе				Часы с ДОТ и ЭО	В том числе				Стажировка)	Обучающий симуляционный курс	Совершенствуемые ПК	Форма контроля
				ЛЗ	ПЗ	СЗ	СР		ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Модуль 1 Заболевания гепатопанкреатобилиарной системы у беременных: вопросы диагностики и лечения																
1.1	Заболевания печени в период беременности	10	4		2	2		6	4		2				ПК-1 ПК-2	ТК
1.2	Заболевания желчного пузыря и поджелудочной железы в период беременности	12	6		4	2		6	4		2				ПК-1 ПК-2	ТК
1.3	Физиология и патология гестационного процесса	12	2			2		10	10						ПК-1 ПК-2	ТК
	Всего часов (специальные дисциплины)	34	12		6	6		22	18		4					
	Итоговая аттестация	2														Зачет
	Всего часов по программе	36	12		6	6		22	18		4					

2.2. Календарный учебный график.

Учебные занятия проводятся в течение 1 недели: шесть дней в неделю по 6 академических часа в день.

2.3. Рабочие программы учебных модулей.

МОДУЛЬ 1 " Заболевания гепатопанкреатобилиарной системы у беременных: вопросы диагностики и лечения "

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
1.1	Болезни печени в период беременности
1.1.1	Физиологические сдвиги, которыми сопровождается беременность
1.1.2	Неукротимая рвота беременных
1.1.2.1	Характеристика
1.1.2.2	Факторы риска
1.1.2.3	Медикаментозное лечение
1.1.2.4	Немедикаментозные методы лечения
1.1.3	Внутрипечёночный холестаз беременных
1.1.3.1	Этиологические факторы
1.1.3.2	Факторы риска
1.1.3.3	Диагностика
1.1.3.4	Клинические проявления
1.1.3.5	Лабораторные критерии
1.1.3.6	Классификация. Шкала оценки осложнения
1.1.3.7	Лечение. Ведение беременности и родов
1.1.4	Острая жировая дистрофия печени беременных
1.1.4.1	Распространение, классификация Факторы риска
1.1.4.2	Критерии Swansea
1.1.4.3	Дифференциальный диагноз
1.1.4.4	Методы лечения
1.1.5	HELLP-синдром
1.1.5.1	Определение. Факторы риска
1.1.5.2	Диагностика
1.1.5.3	Лечение
1.1.6	Неалкогольная жировая болезнь печени
1.1.7	Хронические вирусные гепатиты
1.2	Заболевания желчного пузыря и поджелудочной железы в период беременности
1.2.1	Желчнокаменная болезнь
1.2.1.1	Определения
1.2.1.2	Этиология и патогенез
1.2.1.3	Механизмы образования желчных камней
1.2.1.4	Клиника
1.2.1.5	Осложнения
1.2.1.6	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.2.1.7	Консервативное лечение
1.2.1.8	Хирургическое лечение и показания к нему
1.2.2	Дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди

1.2.2.1	Определение
1.2.2.3	Диагностика и дифференциальный диагноз
1.2.2.4	Лечение, показания к хирургическому лечению
1.2.3	Панкреатиты
1.2.3.1	Общие вопросы и классификация
1.2.3.2	Определение и распространенность
1.2.3.3	Этиология
1.2.3.4	Патогенез
1.2.3.5	Клиника
1.2.3.6	Осложнения
1.2.3.7	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.2.3.8	Лечение хронического панкреатита в фазе обострения
1.3.3.	«Маски» акушерских осложнений, дифференциальная диагностика с заболеваниями ЖКТ
1.3.3.1	Рвота беременных
1.3.3.2.	Острая жировая дистрофия печени у беременных
1.3.3.3	Внутрипеченочный холестаза при беременности
1.3.3.4.	Преэклампсия

2.4. Оценка качества освоения программы.

2.4.1. Форма и итоговой аттестации.

2.4.1.1. Контроль результатов обучения проводится:

- в виде итоговой аттестации (ИА).

Обучающийся допускается к ИА после освоения рабочих программ учебных модулей в объёме, предусмотренном учебным планом (УП). Форма итоговой аттестации – зачет, который проводится посредством: тестового контроля в АС ДПО, заданий открытого типа на дополнение и решения одной ситуационной задачи (в АС ДПО или письменно)

2.4.1.2. Лицам, успешно освоившим Программу и прошедшим ИА, выдаётся удостоверение о повышении квалификации установленного образца

2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы	высокий уровень профессионального мышления

	к заданию, выполнены		уверенные навыки решения ситуации	
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

Процент правильных ответов	Отметка
91-100	отлично
81-90	хорошо
71-80	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно

2.5. Оценочные материалы.

Оценочные материалы представлены в виде вопросов, тестов и ситуационных задач на электронном носителе, являющимся неотъемлемой частью Программы.

3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

3.1. Материально-технические условия.

3.1.1. Перечень помещений Университета и/или медицинской организации, предоставленных структурному подразделению для образовательной деятельности:

№№	Наименование ВУЗА, учреждения здравоохранения, клинической базы или др.), адрес	Этаж, кабинет
1	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России (кафедра гастроэнтерологии и эндоскопии), Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29 Литер Б-А	5 этаж эндоскопическое отделение, каб. № 511, каб. № 513, каб. № 514
2	ГБУ РО ОКБ №2, г. Ростов-на-Дону, ул.1-й Конной Армии 33 (Патологоанатомическое отделение)	3 этаж, конференц зал ПАО

3.1.2. Перечень используемого для реализации Программы медицинского оборудования и техники:

№№	Наименование медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения и т.д.
1.	Помещение укомплектовано специализированной учебной мебелью: типовые наборы профессиональных моделей с результатами лабораторных и инструментальных методов исследования, мультимедийный презентационный комплекс, компьютерная техника, подключенная к сети «Интернет» с обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду университета.
2.	Мультимедийный презентационный комплекс
3.	Типовые наборы профессиональных моделей с результатами лабораторных и инструментальных методов исследования

3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.

3.2.1. Литература

№№	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы, кол стр..
	Основная литература
1.	Гастроэнтерология. Национальное рук-во: краткое издание / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 480 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».
2.	Акушерство и гинекология № 2 (20),2018 [Электронный ресурс] / - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2018. - ISBN AG-2018-02.
	Дополнительная литература
1	Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. -816 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».
2	Гастроэнтерология: справочник / под ред. А.Ю. Барановского. СПб.:Питер, 2011. – 506 с.
3	Практическая гастроэнтерология. Ф.И. Комаров, М.А. Осадчук, А.М. Осадчук. Москва. МИА. 2010. – 480 с.
4.	Схемы лечения. Акушерство и гинекология :для врачей, студентов, интернов и ординаторов медицинских вузов / под ред. В.Н. Серова. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : Литтерра, 2020. - 368 с. - (Схемы лечения)

3.2.2. Информационно-коммуникационные ресурсы.

№№	Наименование ресурса	Электронный адрес
1	Электронная библиотека РостГМУ.	http://109.195.230.156:9080/opac/
2	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека: ЭБС. – Москва: ООО ГК «ГЭОТАР».	http://www.rosmedlib.ru
3	Консультант Плюс: справочная правовая система.	http://www.consultant.ru
4	Научная электронная библиотека eLIBRARY.	http://elibrary.ru
5	Национальная электронная библиотека.	http://нэб.пф/
6	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России.	http://www.femb.ru/feml/ , http://feml.scsml.rssi.ru
7	КиберЛенинка : науч. электрон. биб-ка.	http://cyberleninka.ru/
8	Архив научных журналов / НЭИКОН.	https://archive.neicon.ru/xmlui/
9	ECO-Vector Journals Portal / Open Journal Systems .	https://journals.eco-vector.com/
10	Журналы открытого доступа на русском языке / платформа EIPub НЭИКОН.	https://elpub.ru/
11	Медицинский Вестник Юга России.	https://www.medicalherald.ru/jour или с сайта РостГМУ
12	Всемирная организация здравоохранения.	http://who.int/ru/
13	Evrika.ru информационно-образовательный портал для врачей.	https://www.evrika.ru/
14	Med-Edu.ru: медицинский видеопортал.	http://www.med-edu.ru/
15	Univadis.ru : международ. мед. портал.	http://www.univadis.ru/
16	DoctorSPB.ru: информ.-справ. портал о медицине.	http://doctorspb.ru/
17	Современные проблемы науки и образования: электрон. журнал.	http://www.science-education.ru/ru/issue/index
18	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России.	http://cr.rosminzdrav.ru/
	Другие открытые ресурсы вы можете найти по адресу: http://rostgmu.ru →Библиотека→Электронный каталог→Открытые ресурсы интернет→далее по ключевому слову...	http://rostgmu.ru

3.2.3. Автоматизированная система (АС ДПО).

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе дополнительного профессионального образования (АС ДПО) sdo.rostgmu.ru.

Основными дистанционными образовательными технологиями Программы являются интернет-технологии с методикой синхронного и/или асинхронного дистанционного обучения. Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает on-line общение, которое реализуется в виде вебинара, онлайн-чата, виртуальный класс. Асинхронное обучение представляет собой offline просмотр записей аудиолекций, мультимедийного и печатного материала. Каждый слушатель получает доступ к учебным материалам портала и к электронной информационно-образовательной среде.

АС ДПО обеспечивает:

- возможность входа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- одновременный доступ не менее 25 процентов обучающихся по Программе;
- доступ к учебному содержанию Программы и электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения;
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов итоговой аттестаций.

3.3. Кадровые условия.

Реализация Программы обеспечивается научно-педагогическими работниками кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии и кафедры акушерства и гинекологии №3 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов.

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, модуля, имеющих сертификат специалиста по специальностям «Гастроэнтерология», «Акушерство и гинекология», в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100%

Доля научно-педагогических работников, имеющих ученую степень и/или ученое звание, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100%

Доля работников из числа руководителей и работников организации, деятельность которых связана с направленностью реализуемой Программы (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), в общем числе работников, реализующих Программу, составляет 100%

Профессорско-преподавательский состав программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество,	Ученая степень, ученое звание	Должность	Место работы (основное/совмещение)
1	Яковлев Алексей Александрович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2	Лебеденко Елизавета Юрьевна	д.м.н., доцент	Заведующая кафедрой акушерство и гинекологии №3	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2	Бутова Елена Николаевна	к.м.н.	Доцент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

3	Волков Александр Сергеевич	к.м.н.	Доцент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
4	Михельсон Артур Александрович	к.м.н. доцент	Доцент кафедры акушерства и гинекологии №3	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
5	Гайда Оксана Владимировна	к.м.н. доцент	Доцент кафедры акушерства и гинекологии №3	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
6	Феоктистова Татьяна Евгеньевна	к.м.н. доцент	Доцент кафедры акушерства и гинекологии №3	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**1. Оформление тестов фонда тестовых заданий.**

к дополнительной профессиональной программе
повышения квалификации врачей " Заболевания гепатопанкреатобилиарной
системы у беременных: вопросы диагностики и лечения " со сроком освоения
36 академических часов по специальности «гастроэнтерология», «акушерство
и гинекология», «терапия»

1	Кафедра	гастроэнтерологии и эндоскопии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
4	Зав.кафедрой	Яковлев А.А.
5	Ответственный составитель	Бутова Е.Н.
6	E-mail	gastro@rostgmu.ru
7	Моб. телефон	+79185572934
8	Кабинет №	511
9	Учебная дисциплина	Гастроэнтерология
10	Учебный предмет	Гастроэнтерология
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	Гастроэнтерология, акушерство и гинекология, терапия
13	Форма обучения	Все
14	Модуль	Заболевания гепатопанкреатобилиарной системы у беременных: вопросы диагностики и лечения
15	Тема	1.1-1.3.3
16	Подтема	все
17	Количество вопросов	110
18	Тип вопроса	<i>single</i>
19	Источник	-

Список тестовых заданий

1	1	1			
1			2-4 кратное повышение уровня щелочной фосфатазы и церулоплазмينا в сыворотке крови беременных связаны		
	*		с повышением их синтеза в плаценте		
			с холестаазом		
			с цитолизом		
			с острой жировой дистрофией беременных		
1	1	2			
2			Уровни билирубина, γ -глутамилтранспептидазы (γ -ГТ), сывороточных аминотрансфераз (АСТ, АЛТ) и γ – глобулинов при нормально протекающей беременности		
	*		не повышаются.		
			повышается до 1,5-2 норм		
			АЛТ повышается до 2 норм		
			АСТ, АЛТ и γ – глобулины повышаются до 2 норм		
			АСТ и АЛТ повышается до 2 норм		
1	1	3			
3			Хронические заболевания печени и желчевыводящих путей встречаются у		
	*		у 3% беременных		
			у 5% беременных		
			у 10% беременных		
			у 25% беременных		
1	1	4			

4			Частота холецистэктомии по поводу желчекаменной болезни при беременности составляет около		
			около 5- 7%.		
			около 1 - 3%.		
	*		около 0,1 - 0,3%.		
			около 0,5 - 0,8%.		
1	1	5			
5			К 1 группе заболеваний, обусловленных беременностью относятся		
	*		внутрипеченочный холестаз беременных, острая жировая печень беременных, а также поражение печени при hyperemesis gravidarum, преэклампсии / эклампсии, HELLP-синдроме и остром разрыве печени		
			острая жировая печень беременных, а также поражение печени при hyperemesis gravidarum, преэклампсии / эклампсии, HELLP-синдроме и остром разрыве печени		
			поражение печени при hyperemesis gravidarum, преэклампсии / эклампсии, HELLP-синдроме и остром разрыве печени		
			внутрипеченочный холестаз беременных, острая жировая печень беременных		
1	1	6			
6			К 2 группе заболеваний, имеющих особенности протекания у беременных относятся		
	*		заболевания билиарного тракта, гепатит, вызванный вирусом		

			простого герпеса, гепатит Е, а также синдром Бадда-Киари		
			заболевания билиарного тракта		
			заболевания билиарного тракта, гепатит, вызванный вирусом простого герпеса		
			синдром Бадда-Киари		
1	1	7			
7			К 3 группе заболеваний, не связанных с протеканием беременности, относятся:		
	*		острый вирусный гепатит, обострение или манифестация предшествующего заболевания печени.		
			обострение или манифестация предшествующего заболевания печени.		
			острый вирусный гепатит		
			синдром Бадда-Киари		
1	1	8			
8			Обострение хронического холецистита у подавляющего большинства беременных регистрируется:		
			во втором триместре		
			в первом триместре		
	*		в третьем триместре		
1	1	9			
9			У 50% беременных с неукротимой рвотой через 1-3 недели от появления тяжелой рвоты развиваются нарушения функции печени, характеризующиеся		
	*		появлением желтухи, потемнением мочи и, иногда, кожным зудом.		
			появлением кожного зуда		
			появлением желтухи		

			появлением желтухи, потемнением мочи		
1	1	10			
10			Факторами риска развития неукротимой рвоты беременных являются:		
	*		возраст моложе 25 лет, избыток веса, многоплодная беременность.		
			возраст моложе 25 лет		
			возраст моложе 25 лет, избыток веса		
			многоплодная беременность.		
			избыток веса, многоплодная беременность.		
1	1	11			
11			Лабораторными маркерами, подтверждающими нарушение функции печени при неукротимой рвоте беременных, являются:		
	*		умеренное увеличение билирубина, аминотрансфераз (аланиновой и аспарагиновой) и щелочной фосфатазы.		
			умеренное увеличение аминотрансфераз (аланиновой и аспарагиновой) и щелочной фосфатазы.		
			умеренное увеличение билирубина и щелочной фосфатазы.		
			умеренное увеличение щелочной фосфатазы.		
			умеренное увеличение аминотрансфераз (аланиновой и аспарагиновой)		
1	1	12			
12			Внутрипеченочный холестаз беременных - относительно		

			доброкачественное холестатическое заболевание, которое обычно развивается в		
	*		в III триместре		
			в II триместре		
			в I триместре		
			в любом триместре		
1	1	13			
13			Распространенность внутрипеченочного холестаза беременных варьирует в различных географических зонах и этнических группах и в среднем достигает		
			достигает 5% - 7%.		
	*		достигает 1,5% - 2%.		
			достигает 0,5% - 1%.		
			достигает 5% - 10%.		
			достигает 10% - 20%.		
1	1	14			
14			Внутрипеченочный холестаз беременных манифестирует кожным зудом во _____ триместрах беременности без наличия первичных кожных высыпаний.		
	*		во 2 - 3 триместрах		
			во 2 триместре		
			во 3 триместре		
			во 1 - 3 триместрах		
			во 1 триместре		
1	1	15			
15			Риск рецидива внутрипеченочного холестаза беременных при последующих беременностях составляет:		

	*		45% - 70% случаев.		
			5% - 10% случаев.		
			15% - 20% случаев.		
			25% - 30% случаев.		
			100% случаев.		
1	1	16			
16			Принципы ведения беременных с хроническими панкреатитами заключаются:		
	*		в минимизация лекарственной терапии, назначения диеты с ограничением жиров, свежих овощей и фруктов, повышенным содержанием белков до 150 г в сутки (в основном за счет животных белков), частым (не менее 5 раз в день малыми порциями) приемом пищи, приготовленной в отварном или запеченном виде		
			в минимизация лекарственной терапии		
			в минимизация лекарственной терапии, назначения диеты с ограничением жиров, свежих овощей и фруктов		
			приемом пищи, приготовленной в отварном или запеченном виде		
			частым (не менее 5 раз в день малыми порциями) приемом пищи, приготовленной в отварном или запеченном виде		
1	1	17			
17			Буферные невсасывающиеся антациды назначаются при изжоге		
	*		перед едой и через 30–40 минут после приема пищи и перед сном.		
			через 30–40 минут после приема пищи и перед сном.		
			перед едой		

			перед сном.		
			перед едой и перед сном.		
1	1	18			
18					
			HELLP-синдром клинически характеризуется:		
	*		артериальной гипертонией за счет нарушения механизма регуляции артериального давления, рецидивирующим абдоминальным болевым синдромом, желтухой, отеками, рвотой, появлением судорог.		
			рецидивирующим абдоминальным болевым синдромом, желтухой, отеками, рвотой, появлением судорог.		
			желтухой, отеками, рвотой, появлением судорог.		
			артериальной гипертонией за счет нарушения механизма регуляции артериального давления		
			отеками, рвотой, появлением судорог.		
1	1	19			
19			Глюкокортикостероиды применяются у беременных		
	*		страдающих аутоиммунными заболеваниями, а также перенесших трансплантацию органов.		
			страдающих аутоиммунными заболеваниями		
			перенесших трансплантацию органов.		
			хроническом вирусном гепатите		
			болезни Вильсона		
1	1	20			

20			Урсодеоксихолевая кислота может успешно применяться по крайней мере		
			во I-II триместрах.		
			в I триместре.		
	*		во II-III триместрах.		
			в III триместре.		
			в любом триместрах.		
1	1	21			
21			Когда, происходит нормализация измененных показателей крови ?		
	*		в первые 4-6 недель		
			в первые 2-3 недели		
			в первые 8-12 недель		
			в первые 12-24 недель		
			в первые 1-2 недели		
1	1	22			
22			Лабораторные отклонения от нормальных значений регистрируются в ____ триместре беременности		
	*		в III триместре беременности		
			в II триместре беременности		
			в I триместре беременности		
			в I-II триместрах беременности		
			в II - III триместре беременности		
1	1	23			
23			Основные причины острой печеночной недостаточности, связанные с беременностью -		
	*		преэклампсия и HELLP-синдром, острая жировая дистрофия печени (ОЖДП) и холестатический гепатоз беременных		
			HELLP-синдром, острая жировая дистрофия печени (ОЖДП) и		

			холестатический гепатоз беременных		
			острая жировая дистрофия печени (ОЖДП) и холестатический гепатоз беременных		
			преэклампсия и HELLP-синдром		
1	1	24			
24			Продукция прогестерона к концу беременности возрастает в ___++ раз,		
	*		возрастает в 20 -40 раз		
			возрастает в 10 раз		
			возрастает в 30 -60 раз		
			возрастает в 40 -80 раз		
			возрастает в 10 -20 раз		
1	1	25			
25			Продукция эстрогенов может увеличиваться, к концу беременности в _____		
	*		1000 раз.		
			100 раз.		
			10 раз.		
			600 раз.		
			2000 раз.		
1	1	26			
26			Специфического лечения HELLP-синдрома		
	*		не существует, наиболее эффективно досрочное родоразрешение.		
			Ингибиторы АПФ		
			ИПП		
			прокинетики		
			антациды		
1	1	27			
27			Лечение Д-пеницилламином и препаратами цинка при болезни		

			Вильсона при наступлении беременности улучшает :		
	*		улучшает функциональное состояние печени и восстанавливает репродуктивную способность больной, создает условия для деторождения.		
			создает условия для деторождения.		
			улучшает функциональное состояние печени		
			восстанавливает репродуктивную способность больной, создает условия для деторождения.		
1	1	28			
28			Беременная пациентка с портальной гипертензией должна наблюдаться		
	*		гинекологом, гастроэнтерологом, перинатологом		
			гинекологом		
			гастроэнтерологом, перинатологом		
			перинатологом		
1	1	29			
29			Беременной пациентки с портальной гипертензией с целью снижения потенциального риска для матери и плода рекомендуется проведение		
			Наложения обходных шунтов (TIPS)		
			назначение β -блокаторов.		
			эндоскопической облитерации вен пищевода,		
	*		эндоскопической облитерации вен пищевода, при наличии противопоказаний – назначение β -блокаторов.		
1	1	30			

30		Беременность у больных с аутоиммунным гепатитом на фоне ремиссии, поддерживаемой иммуносупрессивной терапией, в том числе на стадии компенсированного цирроза печени без признаков портальной гипертензии -		
	*	не представляет большого риска для женщины при условии тщательного наблюдения, коррекции терапии.		
		не представляет большого риска для женщины при условии тщательного наблюдения, коррекции терапии.		
		представляет большой риск для женщины		
		представляет большой риск для женщины и плода		
		представляет большой риск для плода		

Задания открытого типа на дополнение ПК-1

1. Появление пальмарной эритемы и «сосудистых звездочек» на коже во время беременности обусловлены влиянием повышенных уровней _____ и _____.

Ответ: появление пальмарной эритемы и «сосудистых звездочек» на коже во время беременности обусловлены влиянием повышенных уровней эстрогенов и прогестерона.

2. ___- ___ кратное _____ уровня щелочной фосфатазы и церулоплазмينا в сыворотке крови беременных связаны с повышением их синтеза в плаценте.

Ответ: 2-4 кратное повышение уровня щелочной фосфатазы и церулоплазмينا в сыворотке крови беременных связаны с повышением их синтеза в плаценте

3. _____ содержания желчных кислот, холестерина, триглицеридов в сыворотке крови у беременных, а также концентрации факторов свертывания крови обусловлены влиянием _____ уровней эстрогенов и прогестерона.

Ответ: повышение содержания желчных кислот, холестерина, триглицеридов в сыворотке крови, а также концентрации факторов свертывания крови обусловлены влиянием повышенных уровней эстрогенов и прогестерона.

4. _____ уровней общего белка и альбумина являются следствием _____ объема циркулирующей крови и простого эффекта разведения.

Ответ: снижение уровней общего белка и альбумина являются следствием увеличения объема циркулирующей крови и простого эффекта разведения.

5. Лабораторные отклонения от нормальных значений регистрируются в _____ триместре беременности, а нормализация измененных показателей происходит в первые _____ недель после родов.

Ответ: лабораторные отклонения от нормальных значений регистрируются в III триместре беременности, а нормализация измененных показателей происходит в первые 4-6 недель после родов.

6. Уровни билирубина, γ -глутамилтранспептидазы (γ -ГТ), сывороточных аминотрансфераз (АСТ, АЛТ) и γ – глобулинов при нормально протекающей беременности _____.

Ответ: уровни билирубина, γ -глутамилтранспептидазы (γ -ГТ), сывороточных аминотрансфераз (АСТ, АЛТ) и γ – глобулинов при нормально протекающей беременности не повышаются.

7. При физиологической беременности повышение объема циркулирующей крови и повышение внутрибрюшного давления, связанное с увеличением беременной матки, сопровождаются _____ портального венозного давления.

Ответ: при физиологической беременности повышение объема циркулирующей крови и повышение внутрибрюшного давления, связанное с увеличением беременной матки, сопровождаются увеличением портального венозного давления.

8. Максимальное увеличение портального венозного давления наблюдается в конце ____ – в начале ____ триместра беременности, а также во _____ периоде родов.

Ответ: максимальное увеличение портального венозного давления наблюдается в конце II – в начале III триместра беременности, а также во втором периоде родов.

9. При гистологическом исследовании печени у беременных возможны неспецифические изменения, выражающиеся в небольшом повышении содержания _____, _____ в гепатоцитах.

Ответ: При гистологическом исследовании печени у беременных возможны неспецифические изменения, выражающиеся в небольшом повышении содержания гликогена, жировых вакуолей в гепатоцитах.

10. Хронические заболевания печени и желчевыводящих путей встречаются у ____% беременных, частота холецистэктомии по поводу желчекаменной болезни при беременности составляет около ____ - ____%.

Ответ: хронические заболевания печени и желчевыводящих путей встречаются у 3% беременных, частота холецистэктомии по поводу желчекаменной болезни при беременности составляет около 0,1 - 0,3%.

11. _____ расслабляет гладкую мускулатуру желчного пузыря и желчевыводящих путей, что приводит к развитию гипомоторной дисфункции билиарной системы, которая регистрируется у ___/___ беременных в ___ триместре, в остальных случаях гипомоторная дисфункция отмечается во ___ и в _____ триместрах.

Ответ: прогестерон расслабляет гладкую мускулатуру желчного пузыря и желчевыводящих путей, что приводит к развитию гипомоторной дисфункции билиарной системы, которая регистрируется у 1/3 беременных в I триместре, в остальных случаях гипомоторная дисфункция отмечается во II и в III триместрах.

12. Во время беременности возникают условия, способствующие нарушению функции печени и жёлчевыводящих путей, что связано с _____ нагрузки на печень в связи с _____ жизнедеятельности плода,

мобилизацией энергетических ресурсов и необходимостью _____ обменных процессов.

Ответ: во время беременности возникают условия, способствующие нарушению функции печени и жёлчевыводящих путей, что связано с повышением нагрузки на печень в связи с обезвреживанием продуктов жизнедеятельности плода, мобилизацией энергетических ресурсов и необходимостью усиления обменных процессов.

13. Высокая частота заболеваний жёлчевыводящих путей у беременных объясняется _____ продукции стероидных гормонов, которые _____ печенью. Беременность становится _____ фактором, _____ способствующим _____ заболевания.

Ответ: высокая частота заболеваний жёлчевыводящих путей у беременных объясняется увеличением продукции стероидных гормонов, которые метаболизируются печенью. Беременность становится провоцирующим фактором, способствующим развитию заболевания.

14. Классификация заболеваний печени, возникающих в период беременности включает _____ группы заболеваний.

Ответ: классификация заболеваний печени, возникающих в период беременности включает 3 группы заболеваний.

15. Внутривнутрипеченочный холестаз беременных, острая жировая печень беременных, а также поражение печени при hyperemesis gravidarum, преэклампсии / эклампсии, HELLP-синдроме и остром разрыве печени относятся к _____ группе заболеваний, _____ беременностью.

Ответ: внутривнутрипеченочный холестаз беременных, острая жировая печень беременных, а также поражение печени при hyperemesis gravidarum, преэклампсии / эклампсии, HELLP-синдроме и остром разрыве печени относятся к 1 группе заболеваний, обусловленных беременностью.

16. Основные причины острой печеночной недостаточности, связанные с беременностью- _____

Ответ: Острая печеночная недостаточность - редкое, но потенциально смертельное осложнение беременности. Основные причины острой печеночной недостаточности, связанные с беременностью - преэклампсия

и HELLP-синдром, острая жировая дистрофия печени (ОЖДП) и холестатический гепатоз беременных - приводят к весьма тяжелым осложнениям беременности и высоким репродуктивным потерям (материнская и перинатальная смертность достигает 20-30%)

17. Заболевания билиарного тракта, гепатит, вызванный вирусом простого герпеса, гепатит E, а также синдром _____ - _____ относятся к _____ группе заболеваний, имеющих _____ у беременных.

Ответ: заболевания билиарного тракта, гепатит, вызванный вирусом простого герпеса, гепатит E, а также синдром Бадда-Киари относятся к 2 группе заболеваний, имеющих особенности протекания у беременных.

18. К _____ квалификационной группе заболеваний, _____ с протеканием _____ беременности, _____ относятся: _____, _____ или _____ предсуществующего заболевания печени.

Ответ: к 3 квалификационной группе заболеваний, не связанных с протеканием беременности, относятся: острый вирусный гепатит, обострение или манифестация предсуществующего заболевания печени.

19. Обострение хронического холецистита у подавляющего большинства беременных регистрируется в _____ триместре беременности и характеризуются тупыми, ноющими, распирающими или острыми болями в _____ подреберье, иррадиирующими в _____ верхнеплечевой пояс.

Ответ: обострение хронического холецистита у подавляющего большинства беременных регистрируется в третьем триместре беременности и характеризуются тупыми, ноющими, распирающими или острыми болями в правом подреберье, иррадиирующими в правый верхнеплечевой пояс.

20. Появление болей в животе, возникающих во второй половине беременности, _____% женщин связывают с _____ плода.

Ответ: появление болей в животе, возникающих во второй половине беременности, 25% женщин связывают с шевелением плода

21. У _____% беременных с неукротимой рвотой через _____ - _____ недели от появления тяжелой рвоты развиваются нарушения функции печени,

характеризующиеся появлением _____, потемнением _____ и, иногда, _____.

Ответ: у 50% беременных с неукротимой рвотой через 1-3 недели от появления тяжелой рвоты развиваются нарушения функции печени, характеризующиеся появлением желтухи, потемнением мочи и, иногда, кожным зудом.

22. Факторами риска развития неукротимой рвоты беременных являются: возраст _____ 25 лет, избыток _____, _____ беременность. Частота развития неукротимой рвоты беременных составляет _____ - _____%.

Ответ: факторами риска развития неукротимой рвоты беременных являются: возраст моложе 25 лет, избыток веса, многоплодная беременность. Частота развития неукротимой рвоты беременных составляет 0,02 - 0,6%.

23. Лабораторными маркерами, подтверждающими нарушение функции печени при неукротимой рвоте беременных, являются: умеренное увеличение _____, аминотрансфераз (_____ и _____) и _____ фосфатазы.

Ответ: лабораторными маркерами, подтверждающими нарушение функции печени при неукротимой рвоте беременных, являются: умеренное увеличение билирубина, аминотрансфераз (аланиновой и аспарагиновой) и щелочной фосфатазы.

24. Внутрипеченочный холестаза беременных - относительно _____ заболевание, которое обычно развивается в _____ триместре, самостоятельно разрешается через несколько _____ после родов, и часто рецидивирует при последующих беременностях.

Ответ: внутрипеченочный холестаза беременных - относительно доброкачественное холестатическое заболевание, которое обычно развивается в III триместре, самостоятельно разрешается через несколько дней после родов, и часто рецидивирует при последующих беременностях.

25. В основе развития внутрипеченочного холестаза беременных лежит врожденная конституциональная неполноценность _____ систем печени, обуславливающая развитие необычной _____

реакции на высокие концентрации продуцируемых во время беременности _____ и _____.

Ответ: в основе развития внутрипеченочного холестаза беременных лежит врожденная конституциональная неполноценность транспортных систем печени, обуславливающая развитие необычной холестатической реакции на высокие концентрации продуцируемых во время беременности эстрогенов и прогестерона.

26. Распространенность внутрипеченочного холестаза беременных варьирует в различных географических зонах и этнических группах и в среднем достигает ____% - ____%.

Ответ: распространенность внутрипеченочного холестаза беременных варьирует в различных географических зонах и этнических группах и в среднем достигает 1,5% - 2%.

27. Наиболее часто внутрипеченочный холестаз беременных возникает в _____ триместре беременности, когда уровень половых гормонов достигает своего максимума: продукция прогестерона к концу беременности возрастает в ____ - ____ раз, а концентрация эстрогенов может увеличиваться в _____ раз.

Ответ: наиболее часто внутрипеченочный холестаз беременных возникает в третьем триместре беременности, когда уровень половых гормонов достигает своего максимума: продукция прогестерона к концу беременности возрастает в 20 - 40 раз, а концентрация эстрогенов может увеличиваться в 1000 раз.

28. Внутрипеченочный холестаз беременных манифестирует _____ во _____ - _____ триместрах беременности без наличия первичных кожных _____.

Ответ: внутрипеченочный холестаз беременных манифестирует кожным зудом во 2 - 3 триместрах беременности без наличия первичных кожных высыпаний.

29. Желтуха при внутрипеченочном холестазе беременных возникает в ____% случаев и присоединяется через ____ - ____ недели после появления зуда, неинтенсивная, и сопровождается _____ мочи, _____ кала.

Ответ: желтуха при внутрипеченочном холестазах беременных возникает в 20% случаев и присоединяется через 1-4 недели после появления зуда, неинтенсивная, и сопровождается потемнением мочи, осветлением кала.

30. Стеаторея, развивающаяся при _____ формах внутрипеченочного холестаза беременных, приводит к нарушению _____ в кишечнике _____ витаминов, в особенности, витамина _____, что проявляется снижением уровня _____ и увеличением _____ времени.

Ответ: стеаторея, развивающаяся при тяжелых формах внутрипеченочного холестаза беременных, приводит к нарушению всасывания в кишечнике жирорастворимых витаминов, в особенности, витамина К, что проявляется снижением уровня протромбина и увеличением протромбинового времени.

31. Снижение уровня _____ и увеличение _____ времени при внутрипеченочном холестазах беременных может быть причиной _____ кровотечений в послеродовом периоде.

Ответ: снижение уровня протромбина и увеличением протромбинового времени при внутрипеченочном холестазах беременных может быть причиной коагулопатических кровотечений в послеродовом периоде.

32. У пациенток с внутрипеченочным холестазом беременных _____ риск желчнокаменной болезни при повторных беременностях.

Ответ: у пациенток с внутрипеченочным холестазом беременных повышен риск желчнокаменной болезни при повторных беременностях.

33. Риск рецидива внутрипеченочного холестаза беременных при последующих беременностях составляет _____% - _____% случаев.

Ответ: риск рецидива внутрипеченочного холестаза беременных при последующих беременностях составляет 45% - 70% случаев.

34. Несмотря на выраженные клинические проявления в виде _____ кожного зуда, доставляющего значительный дискомфорт, в целом заболевание для матери прогностически _____ в связи с его полным разрешением в послеродовом периоде.

Ответ: несмотря на выраженные клинические проявления в виде интенсивного кожного зуда, доставляющего значительный дискомфорт, в

целом заболевание для матери прогностически благоприятно в связи с его полным разрешением в послеродовом периоде.

35. Беременные с внутрипеченочным холестаазом беременных составляют группу риска по развитию _____ осложнений, среди которых наиболее частыми являются: _____ роды, дистресс-синдром, _____ воды, внутриутробная _____ плода.

Ответ: беременные с внутрипеченочным холестаазом беременных составляют группу риска по развитию _____ осложнений, среди которых наиболее частыми являются: преждевременные роды, дистресс-синдром, мекониальные воды, внутриутробная гибель плода.

36. В основе патогенеза образования желчных камней в период беременности ведущую роль играют два ключевых механизма: изменения химического состава желчи с _____ ее холестерином, с одной стороны, и нарушением его _____ функции с развитием _____ явлений в желчном пузыре, с другой.

Ответ: в основе патогенеза образования желчных камней в период беременности ведущую роль играют два ключевых механизма: изменения химического состава желчи с перенасыщением ее холестерином, с одной стороны, и нарушением его моторно-эвакуаторной функции с развитием застойных явлений в желчном пузыре, с другой.

37. Гендер-ассоциированными факторами, влияющими на реализацию механизмов образования _____ у женщин детородного возраста, являются _____ гормоны: _____ и _____.

Ответ: гендер-ассоциированными факторами, влияющими на реализацию механизмов образования билиарных конкрементов у женщин детородного возраста, являются половые гормоны: эстрогены и прогестерон.

38. Корреляция между частотой развития желчекаменной болезни и частотой беременностей и родов подтверждается только при беременностях, наступивших в _____ возрасте, тогда когда концентрация женских половых гормонов _____.

Ответ: корреляция между частотой развития желчекаменной болезни и частотой беременностей и родов подтверждается только при

беременностях, наступивших в молодом возрасте, тогда когда концентрация женских половых гормонов максимальна.

39. Факторы риска развития желчекаменной болезни, связанные с числом беременностей и возрастом их наступления, _____. Так у женщин, имевших 4 родов до 25-летнего возраста, риск образования холестериновых камней превышает этот риск у нерожавших женщин того же возраста в ___ раз.

Ответ: факторы риска развития желчекаменной болезни, связанные с числом беременностей и возрастом их наступления, суммируются. Так у женщин, имевших 4 родов до 25-летнего возраста, риск образования холестериновых камней превышает этот риск у нерожавших женщин того же возраста в 12 раз.

Задания открытого типа на дополнение ПК-2

1. Нередко в _____ триместре беременности обострение хронического панкреатита проходит под маской _____. Симптомы диспепсии, возникающие до _____ недель беременности, характерны для _____, в то время как диспепсия, возникающая после _____ недель, рассматривается как обострение или манифестация хронического заболевания _____ системы.

Ответ: нередко в первом триместре беременности обострение хронического панкреатита проходит под маской раннего токсикоза. Симптомы диспепсии, возникающие до 12 недель беременности, характерны для раннего токсикоза, в то время как диспепсия, возникающая после 12 недель, рассматривается как обострение или манифестация хронического заболевания гепатобилиарной системы.

2. Принципы ведения беременных с хроническими панкреатитами заключаются в _____ лекарственной терапии, назначения диеты с ограничением _____, свежих _____ и _____, _____ содержанием белков до _____ г в сутки (в основном за счет _____ белков), частым (не менее _____ раз в день малыми порциями) приемом пищи, приготовленной в _____ или _____ виде.

Ответ: принципы ведения беременных с хроническими панкреатитами заключаются в минимизация лекарственной терапии, назначения диеты с ограничением жиров, свежих овощей и фруктов, повышенным содержанием белков до 150 г в сутки (в основном за счет животных белков), частым (не менее 5 раз в день малыми порциями) приемом пищи, приготовленной в отварном или запеченном виде

3. Беременность накладывает определенные ограничения на лекарственную терапию. В этой связи ингибиторы _____ и блокаторы _____ рецепторов противопоказаны при беременности.

Ответ: беременность накладывает определенные ограничения на лекарственную терапию. В этой связи ингибиторы протонной помпы и

блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов противопоказаны при беременности.

4. При тяжелом течении панкреатита или при наличии _____ поражений желудочно-кишечного тракта возможно парентеральное применение _____ или _____.

Ответ: при тяжелом течении панкреатита или при наличии язвенных поражений желудочно-кишечного тракта возможно парентеральное применение омепразола или фамотидина.

5. При обострении хронического панкреатита у беременных показано назначение _____. Предпочтение отдается _____ мебеверину (дюспаталин, спарекс, ниаспам) – по _____ мг _____ в сутки за 20 минут до еды в течение ____ – _____ недель.

Ответ: при обострении хронического панкреатита у беременных показано назначение спазмолитиков. Предпочтение отдается селективному спазмолитику мебеверину (дюспаталин, спарекс, ниаспам) – по 200 мг дважды в сутки за 20 минут до еды в течение 3–4 недель.

6. При обострении хронического панкреатита у беременных назначаются панкреатические ферменты, содержащие только _____, в разовой дозе _____ Ед, за _____ минут до еды с целью достижения _____ эффекта.

Ответ: при обострении хронического панкреатита у беременных назначаются панкреатические ферменты, содержащие только панкреатин, в разовой дозе 25000 Ед, за 40 минут до еды с целью достижения обезболивающего эффекта.

7. При достижении клинического улучшения _____ разовая доза панкреатических ферментов до _____ Ед. и _____ приема ферментных препаратов – ферменты назначаются _____ или _____ приема пищи, в течение не менее ____ – _____ недель.

Ответ: при достижении клинического улучшения уменьшается разовая доза панкреатических ферментов до 10000 Ед. и время приема ферментных препаратов – ферменты назначаются перед или во время приема пищи, в течение не менее 3-4 недель.

8. Учитывая практически всегда присутствующую дисфункцию _____ системы, показано назначение препаратов, способствующих разрешению _____. В зависимости от клинической ситуации назначается _____ или препараты _____ кислоты, или препараты экстракта _____.

Ответ: учитывая практически всегда присутствующую дисфункцию гепатобилиарной системы, показано назначение препаратов, способствующих разрешению холестаза. В зависимости от клинической ситуации назначается адеметионин или препараты урсодезоксихолевой кислоты, или препараты экстракта артишоков.

9. Буферные невсасывающиеся антациды назначаются при изжоге _____ и через _____ – _____ минут после приема пищи и _____ сном.

Ответ: буферные невсасывающиеся антациды назначаются при изжоге перед едой и через 30–40 минут после приема пищи и перед сном.

10. При осложнении хронического панкреатита у беременной в сроке до _____ недель: синдромом _____ роста кишечника, воспалительным процессом в кишечнике, а также при наличии _____ поражений и отсутствии эффекта от базисной терапии, назначается амоксициллин по _____ мг _____ раза в сутки в течение _____ - _____ дней.

Ответ: при осложнении хронического панкреатита у беременной в сроке до 18 недель синдромом избыточного бактериального роста кишечника, воспалительным процессом в кишечнике, а также при наличии системных поражений и отсутствии эффекта от базисной терапии, назначается амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки в течение 7-10 дней.

11. При осложненном течении хронического панкреатита после _____ недель беременности возможно назначение _____ по 250 мг 4 раза в сутки.

Ответ: при осложненном течении хронического панкреатита после 18 недель беременности возможно назначение метронидазола по 250 мг 4 раза в сутки.

12. При отсутствии синдрома избыточного бактериального роста в кишечнике основными способами воздействия на микрофлору кишечника является применение _____ и _____. Учитывая _____ действие препарата _____ (_____) целесообразно его включение в состав комплексной терапии _____ кишечника у беременных.

Ответ: при отсутствии синдрома избыточного бактериального роста в кишечнике основными способами воздействия на микрофлору кишечника является применение пробиотиков и пребиотиков. Учитывая пребиотическое действие препарата лактолозы (дюфалака) целесообразно его включение в состав комплексной терапии дисбактериоза кишечника у беременных.

13. При беременности ____–____ недель с осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом (привычное невынашивание: две замершие беременности, два самопроизвольных выкидыша) прием _____ по 20 мг/сут per os может сопровождаться развитием острого _____ гепатита, индуцированный _____, обладающими _____ потенциальной _____.

Ответ: при беременности 27–28 недель с осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом (привычное невынашивание: две замершие беременности, два самопроизвольных выкидыша) прием дидрогестерона по 20 мг/сут per os может сопровождаться развитием острого лекарственного гепатита, индуцированный гестагенами, обладающими потенциальной гепатотоксичностью.

14. Для лечения внутрипеченочного холестаза беременных рекомендовано назначение _____, являющегося _____ холестатического действия эстрогенов и _____ выраженность холестаза.

Ответ: для лечения внутрипеченочного холестаза беременных рекомендовано назначение адеметионина, являющегося антагонистом холестатического действия эстрогенов и снижающего выраженность холестаза.

15. Для лечения внутрипеченочного холестаза беременных с _____
рекомендовано контролировать содержание витаминов в плазме крови,
т.к дефицит _____ (витамина _____) и _____ кислоты может
снизить содержание адеметионина у пациентов группы риска.

Ответ: для лечения внутрипеченочного холестаза беременных с анемией
рекомендовано контролировать содержание витаминов в плазме крови, т.к
дефицит цианокобаламина (витамина B₁₂) и фолиевой кислоты может
снизить содержание адеметионина у пациентов группы риска.

16. Если у беременных с внутрипеченочным _____ и _____
обнаружена недостаточность _____, рекомендован прием
_____ и _____ кислоты до начала лечения
адеметионином или одновременный прием с адеметионином.

Ответ: если у беременных с внутрипеченочным холестазом и анемией
обнаружена недостаточность витаминов, рекомендован прием
цианокобаламина и фолиевой кислоты до начала лечения адеметионином
или одновременный прием с адеметионином.

17. При выявлении явных клинико-лабораторных и инструментальных
симптомов, характерных для острой _____ печени
беременных рекомендовано скорейшее родоразрешение, вплоть до
_____, без чего материнская смертность достигает ___%, а
после родов – варьируется от ___ до ___%.

Ответ: при выявлении явных клинико-лабораторных и инструментальных
симптомов, характерных для острой жировой дистрофии печени
беременных рекомендовано скорейшее родоразрешение, вплоть до
кесарева сечения, без чего материнская смертность достигает 80%, а после
родов – варьируется от 8 до 33%.

18. HELLP-синдром клинически характеризуется артериальной
гипертонией за счет нарушения механизма регуляции артериального
давления, рецидивирующим _____ синдромом,
_____, отеками, рвотой, появлением судорог. Специфического
лечения HELLP-синдрома не существует. В лечении используют
_____, _____ и ее компонентов.

Ответ: HELLP-синдром клинически характеризуется артериальной гипертонией за счет нарушения механизма регуляции артериального давления, рецидивирующим абдоминальным болевым синдромом, желтухой, отеками, рвотой, появлением судорог. Специфического лечения HELLP-синдрома не существует. В лечении используют глюкокортикостероиды, трансфузии крови и ее компонентов.

19. Специфического лечения HELLP-синдрома не существует. Наиболее эффективно _____.

Ответ: специфического лечения HELLP-синдрома не существует. Наиболее эффективно досрочное родоразрешение.

20. При наличии у беременной женщины холелитиаза или калькулезного холецистита беременность усугубляет течение болезни, способствует длительному застою желчи в желчном пузыре и росту конкрементов, особенно _____ беременности, когда давление в брюшной полости резко возрастает и нарушается отток желчи. Все это приводит к тому, что исходно скрытое течение холелитиаза (до беременности) приобретает клинически выраженный характер с приступами желчной колики и диспепсическими явлениями (горечь во рту, тошнота и рвота и др.). При возникновении показаний к холецистэктомии ей _____ родоразрешение.

Ответ: при наличии у беременной женщины холелитиаза или калькулезного холецистита беременность усугубляет течение болезни, способствует длительному застою желчи в желчном пузыре и росту конкрементов, особенно во вторую половину беременности, когда давление в брюшной полости резко возрастает и нарушается отток желчи. Все это приводит к тому, что исходно скрытое течение холелитиаза (до беременности) приобретает клинически выраженный характер с приступами желчной колики и диспепсическими явлениями (горечь во рту, тошнота и рвота и др.). При возникновении показаний к холецистэктомии ей должно предшествовать родоразрешение.

21. Болезнь Вильсона развивается, как правило, в _____ возрасте, сопровождается самопроизвольными абортами или бесплодием. Однако

лечение _____ и препаратами _____ при наступлении беременности у этих больных улучшает функциональное состояние печени и восстанавливает _____ способность больной, создает условия для _____.

Ответ: болезнь Вильсона развивается, как правило, в молодом возрасте, сопровождается самопроизвольными абортами или бесплодием. Однако лечение Д-пеницилламином и препаратами цинка при наступлении беременности у этих больных улучшает функциональное состояние печени и восстанавливает репродуктивную способность больной, создает условия для деторождения.

22. Беременная пациентка с портальной гипертензией должна наблюдаться гинекологом, _____, перинатологом. С целью снижения потенциального риска для матери и плода рекомендуется проведение _____ вен пищевода, при наличии противопоказаний – назначение _____.

Ответ: беременная пациентка с портальной гипертензией должна наблюдаться гинекологом, гастроэнтерологом, перинатологом. С целью снижения потенциального риска для матери и плода рекомендуется проведение эндоскопической облитерации вен пищевода, при наличии противопоказаний – назначение β -блокаторов.

23. Беременность у больных с _____ гепатитом на фоне ремиссии, поддерживаемой _____ терапией, в том числе на стадии компенсированного цирроза печени без признаков портальной гипертензии, _____ риска для женщины при условии тщательного наблюдения, коррекции терапии.

Ответ: беременность у больных с аутоиммунным гепатитом на фоне ремиссии, поддерживаемой иммуносупрессивной терапией, в том числе на стадии компенсированного цирроза печени без признаков портальной гипертензии, не представляет большого риска для женщины при условии тщательного наблюдения, коррекции терапии.

24. _____ применяются у беременных, страдающих _____ заболеваниями, а также перенесших _____ органов. Накопленный значительный опыт свидетельствует о

безопасности применения _____ и _____ доз _____ у беременных, однако существует _____ риск рождения детей с незаращением твердого неба, особенно при применении высоких доз в _____ триместре.

Ответ: глюкокортикостероиды применяются у беременных, страдающих аутоиммунными заболеваниями, а также перенесших трансплантацию органов. Накопленный значительный опыт свидетельствует о безопасности применения низких и средних доз кортикостероидов у беременных, однако существует невысокий риск рождения детей с незаращением твердого неба, особенно при применении высоких доз в I триместре.

25. При _____ гепатите азатиоприн по возможности должен быть отменен во время беременности и может применяться лишь в тех случаях, когда заболевание матери не контролируется _____.

Ответ: при аутоиммунном гепатите азатиоприн по возможности должен быть отменен во время беременности и может применяться лишь в тех случаях, когда заболевание матери не контролируется глюкокортикостероидами.

26. При внутрипеченочном холестазае в _____ триместре беременности применение _____ кислоты не только облегчает зуд и улучшает состояние матери, не вызывая при этом побочных эффектов, но и существенно _____ прогноз для плода.

Ответ: при внутрипеченочном холестазае в III триместре беременности применение урсодезоксихолевой кислоты не только облегчает зуд и улучшает состояние матери, не вызывая при этом побочных эффектов, но и существенно улучшает прогноз для плода.

27. При _____ формах поражения печени, а также хроническом гепатите различной этиологии (аутоиммунном, вирусном или лекарственном), сопровождающемся синдромом _____, _____ проявлений холестаза, обусловленное влиянием эстрогенов, наблюдается во _____ - _____ триместрах, что приводит к увеличению риска _____ плода, мертворождений.

Ответ: при холестатических формах поражения печени, а также хроническом гепатите различной этиологии (аутоиммунном, вирусном или лекарственном), сопровождающемся синдромом холестаза, нарастание

проявлений холестаза, обусловленное влиянием эстрогенов, наблюдается во II-III триместрах, что приводит к увеличению риска недонашивания плода, мертворождений.

28. Данные литературы свидетельствуют, что поражениях печени, сопровождающихся нарастанием признаков _____ во время беременности, _____ кислота может успешно применяться по крайней мере во ____ - _____ триместрах.

Ответ: данные литературы свидетельствуют, что поражениях печени, сопровождающихся нарастанием признаков холестаза во время беременности, урсодеоксихолевая кислота может успешно применяться по крайней мере во II-III триместрах.

29. Поражение печени при болезни _____ - _____, в том числе на стадии цирроза в отсутствие выраженных признаков _____, _____ показанием к прерыванию беременности.

Ответ: поражение печени при болезни Вильсона-Коновалова, в том числе на стадии цирроза в отсутствие выраженных признаков портальной гипертензии, не является показанием к прерыванию беременности.

30. Болезнь _____ - _____ (или гепатоцеребральная дистрофия) при беременности диктует необходимость _____ медьэлиминирующей терапии на протяжении беременности, так как полная ее отмена может привести к _____ для жизни женщины обострению заболевания. Рекомендуется _____ дозы Д-пенициллина в ____ - _____ раза в период беременности.

Ответ: болезнь Вильсона-Коновалова (или гепатоцеребральная дистрофия) при беременности диктует необходимость продолжения медьэлиминирующей терапии на протяжении беременности, так как полная ее отмена может привести к опасному для жизни женщины обострению заболевания. Рекомендуется снижение дозы Д-пенициллина в 3-4 раза в период беременности.

31. Учитывая особенности течения хронического _____ гепатита у беременных, а также _____ эффекты интерферона-

альфа, проведение противовирусной терапии ___ рекомендуется во время беременности.

Ответ: учитывая особенности течения хронического вирусного гепатита у беременных, а также антипролиферативные эффекты интерферона-альфа, проведение противовирусной терапии не рекомендуется во время беременности.

32. Портальная _____ у больных циррозом печени вирусной и невирусной этиологии сопровождается _____ расширением вен пищевода, создающих высокий риск кровотечения из вен пищевода, что связано с повышением _____ давления, а также с частым развитием у беременных рефлюкс-эзофагита. Беременным, имеющим высокий риск _____ из вен пищевода, прерывание беременности _____ на ранних ее сроках (до ___ недель).

Ответ: портальная гипертензия у больных циррозом печени вирусной и невирусной этиологии сопровождается варикозным расширением вен пищевода, создающих высокий риск кровотечения из вен пищевода, что связано с повышением портального давления, а также с частым развитием у беременных рефлюкс-эзофагита. Беременным, имеющим высокий риск кровотечения из вен пищевода, прерывание беременности должно предлагаться на ранних ее сроках (до 12 недель).

33. При возникновении беременности у больной с _____ гепатитом на фоне текущего проведения _____ терапии, эта терапия должна продолжаться, т.к. переход на монотерапию может вызвать ухудшение течения заболевания. При этом риск развития нарушений _____ плода будет _____, чем риск обострения заболевания у матери при переходе на монотерапию.

Ответ: при возникновении беременности у больной с аутоиммунным гепатитом на фоне текущего проведения комбинированной терапии, эта терапия должна продолжаться, т.к. переход на монотерапию может вызвать ухудшение течения заболевания. При этом риск развития нарушений внутриутробного развития плода будет ниже, чем риск обострения заболевания у матери при переходе на монотерапию

34. Пациенткам на стадии _____ печени должно быть предложено прерывание беременности на ранних ее сроках (до ____ недель), хотя она может быть сохранена при настойчивом желании женщины, если цирроз печени не сопровождается признаками декомпенсации и выраженной _____, сопровождающейся высоким риском жизнеугрожающего кровотечения (чаще развивается во ____ или начале ____ триместра беременности). Материнская смертность в этих ситуациях достигает ____ - ____%.

Ответ: Пациенткам на стадии цирроза печени должно быть предложено прерывание беременности на ранних ее сроках (до 12 недель), хотя она может быть сохранена при настойчивом желании женщины, если цирроз печени не сопровождается признаками декомпенсации и выраженной портальной гипертензией, сопровождающейся высоким риском жизнеугрожающего кровотечения (чаще развивается во II или начале III триместра беременности). Материнская смертность в этих ситуациях достигает 50-90%.

35. Базисными препаратами, применяемыми для лечения аутоиммунных заболеваний печени являются _____ ----

Ответ: Базисными препаратами, применяемыми для лечения аутоиммунных заболеваний печени являются иммуносупрессивные препараты, чаще глюкокортикостероиды и урзодезоксихолевая кислота. Другие средства применяются по строгим показаниям.

36. Основным препаратом для лечения синдрома _____ у беременных с первичным склерозирующим холангитом, аутоиммунным гепатитом, а также с первичным билиарным циррозом является _____ кислота, назначаемая в дозе ____ - ____ мг/кг массы тела в сутки в ____ - ____ приема. Препарат назначается только в последние _____ беременности.

Ответ: основным препаратом для лечения синдрома холестаза у беременных с первичным склерозирующим холангитом, аутоиммунным гепатитом, а также с первичным билиарным циррозом является урсодезоксихолевая кислота, назначаемая в дозе 10-15 мг/кг массы тела в сутки в 2-3 приема. Препарат назначается только в последние два триместра беременности.

37. В лечении беременных пациенток с первичным склерозирующим холангитом и первичным билиарным циррозом наряду с урсодеоксихолевой кислотой используются _____, препараты _____ с витамином _____ и дезинтоксикационная терапия.

Ответ: в лечении беременных пациенток с первичным склерозирующим холангитом и первичным билиарным циррозом наряду с урсодеоксихолевой кислотой используются энтеросорбенты, препараты кальция с витамином Д3 и дезинтоксикационная терапия.

38. Острый холецистит при беременности сопровождается болями в животе, лихорадкой, тошнотой, рвотой, лейкоцитозом. Лечение начинается с внутривенного введения _____ растворов, анальгетиков, спазмолитиков и _____ средств.

Ответ: острый холецистит при беременности сопровождается болями в животе, лихорадкой, тошнотой, рвотой, лейкоцитозом. Лечение начинается с внутривенного введения регидратационных растворов, анальгетиков, спазмолитиков и антибактериальных средств.

39. Предпочтительным хирургическим доступом к холецистэктомии во время беременности является _____. По возможности рекомендуется избегать хирургических полостных вмешательств в _____ триместре из-за потенциального риска самопроизвольного выкидыша. Оптимальным для хирургического лечения признан _____ триместр беременности. В _____ триместре беременности выполнение холецистэктомии может сопровождаться техническими сложностями из-за _____, риск осложнений со стороны плода считается _____.

Ответ: предпочтительным хирургическим доступом к холецистэктомии во время беременности является лапароскопический. По возможности рекомендуется избегать хирургических полостных вмешательств в I триместре из-за потенциального риска самопроизвольного выкидыша. Оптимальным для хирургического лечения признан II триместр беременности. В III триместре беременности выполнение холецистэктомии может сопровождаться техническими сложностями из-за увеличенной матки, риск осложнений со стороны плода считается минимальным.

40. В лечении синдрома «_____» аутоиммунный гепатит / первичный билиарный цирроз (первичный склерозирующий холангит) используется комбинация _____ (от _____ мг/сутки) с _____ кислотой (____ - _____ мг/сутки) на срок ____ - ____ месяца (иногда _____ кислота назначается _____).

Ответ: в лечении синдрома «перекреста» аутоиммунный гепатит / первичный билиарный цирроз (первичный склерозирующий холангит) используется комбинация преднизолона (от 20 мг/сутки) с урсодезоксихолевой кислотой (13 - 15 мг/сутки) на срок 3 - 6 месяца (иногда урсодезоксихолевая кислота назначается пожизненно).

41. Лечение болезней печени и желчных путей при беременности проводится теми же лекарственными средствами, что и до беременности, но следует по возможности отказаться от лекарств, обладающих _____ действием. При вирусных гепатитах _____ терапия при наличии беременности ____ _____.

Ответ: лечение болезней печени и желчных путей при беременности проводится теми же лекарственными средствами, что и до беременности, но следует по возможности отказаться от лекарств, обладающих гепатотоксическим действием. При вирусных гепатитах противовирусная терапия при наличии беременности не проводится.

2. Оформление фонда ситуационных задач (для проведения экзамена в АС ДПО).

Задача 1

В женскую консультацию обратилась пациентка, 27 лет, первобеременная, срок беременности 30 недель 3 дня, отмечает жалобы на

появления кожного зуда на стопах, ладонях, и в области живота, зуд усиливается в ночное время, бессонница, слабость, сутки назад обратила внимание на изменения цвета кожных покровов, они приобрели желтоватый оттенок.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, температура 36,5, кожные покровы желтушны. Желтушность склер. В легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД на левой руке- 125 /75., на правой 127 /76. Пульс 68 уд. в минуту. Печень и селезенка не увеличены.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

- a. Беременность 30 недель Острый вирусный гепатит;
- b. Беременность 30 недель Цирроз печени;
- c. Беременность 30 недель Аутоиммунный гепатит;
- d. Беременность 30 недель Внутрпеченочный холестаза при беременности; *
- e. Беременность 30 недель Острая жировая дистрофия печени

2. Какие лабораторные и физикальные обследования вы назначите данной больной?

- a. При необходимости уточнения диагноза или при спорной картине, полученной при УЗИ, рекомендовано проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) или компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости. Рекомендован контроль состояния плода с помощью методов функциональной диагностики: ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного кровотока и / или кардиотокографии плода (КТГ) минимум 2 раза в неделю; *
- b. еженедельное исследование уровня желчных кислот в крови, определение активности аспаратаминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ) в крови, исследование уровня общего билирубина и билирубина связанного (конъюгированного) в крови; *

с. определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме, проведение ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости беременным с аномальными биохимическими тестами; *

d. Пункция биопсия печени

3. Перечислите возможные методы терапии:

a. Назначение препаратов УДХК; *

b. Назначение адеметионина;*

с. Назначение эссенциальных фосфолипидов;

d. Витамин К может быть рекомендован только при нарушении показателей МНО и ПТИ*

4. Какие возможны осложнения внутрипеченочного холестаза беременных:

a. Внутриутробная гибель: поражение надпочечников и печени; *

b. Преждевременные роды; *

с. Малабсорбция у матери; *

d. Послеродовое кровотечение *

Задача 2

Пациентка К., 35 лет, срок беременности 37 недель.

Жалобы на общую слабость, тошноту, рвоту, изжогу, недомогание, резкую потерю аппетита, периодические боли в верхней половине живота. В течение последних двух недель отмечает появление отеков и повышение АД 140 / 90 мм.рт.ст, 150 / 100 мм.рт.ст. Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледно-розовой окраски с желтушным оттенком, склеры иктеричны. На нижних конечностях незначительные отеки. Живот мягкий, чувствительный в эпигастрии. Печень не пальпируется, перкуторно нижняя граница печени на 1 см выше реберной дуги. Матка в нормальном тоне, плод в головном предлежании, сердцебиение плода ясное ритмичное.

Лабораторные методы исследования: общий анализ крови: Нв - 91 г/л, Нт 31%, тромбоциты - 124000; коагулограмма: фибриноген - 1,7 г/л, ПТИ -

63%, АЧТВ - 65, Биохимия крови: общ. билирубин - 92,7, прямой - 76,4, непрямой - 16,3, АЛТ - 0,85, АСТ - 0,60, общий белок - 62 г/л, креатинин - 130 мкм/л, маркеры гепатита В и С – отрицательны.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

- a. Беременность 37 недель Острый вирусный гепатит;
- b. Беременность 37 недель Цирроз печени;
- c. Беременность 37 недель Аутоиммунный гепатит;
- d. Беременность 37 недель Внутрпеченочный холестаз при беременности;
- e. Беременность 37 недель Острая жировая дистрофия печени*

2. Какая тактика ведения беременной?

- a. Экстренная госпитализация и родоразрешение; *
- b. Плановая госпитализация и родоразрешение;
- c. Госпитализация не требуется;
- e. Назначение диуретиков, Антацидов, УДХК

3. Факторами риска острой жировой дистрофии печени беременных являются:

- a. анамнез нарушения окисления ЖК и синдрома Reye у детей; *
- b. старший возраст беременных; *
- c. многоплодная беременность; *
- d. низкий ИМТ, прием нестероидных противовоспалительных препаратов; *
- e. преэклампсия, плод мужского пола *

Задача 3

Больная С., 32 лет, беременность 30-31 неделя, бихориальная, биамниотическая двойня госпитализирована отделение патологии беременных.

При расспросе отрицала наличие хронических заболеваний, но отмечала изжогу и метеоризм, возникающие после погрешности в диете до и во время беременности. Около 3-х дней назад после погрешности в диете (приняла в пищу соленую кильку с жареной картошкой) у женщины возникла рвота, сначала съеденной пищей, а позднее – кофейной гущей до 20 раз в день, в связи с чем была госпитализирована по месту жительства в отделение патологии беременных. При осмотре – состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД= 110 / 70 мм рт. ст. ЧСС=80 ударов в минуту Живот мягкий, умеренно болезнен при пальпации в проекции головки поджелудочной железы. Печень на 2,5 см выступает из под правой реберной дуги. Отеки нижних конечностей. Поджелудочная железа болезненна при исследовании.

Результаты обследования:

ЭГДС – рефлюкс–эзофагит 3 степени: острые эрозии средней и нижней трети пищевода. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Гастроэзофагеальный рефлюкс. Дуоденогастральный рефлюкс.

УЗИ – диффузные изменения поджелудочной железы, увеличение размеров и изменения структуры поджелудочной железы в виде неровных и нечетких контуры, расширение селезеночной вены до 13 мм в воротах селезенки. В клинических анализах определялось пониженное количество гемоглобина до 88 г/л, гематокрита до 25,3, гипербилирубинемия до 30,6 мкмоль/л, гипопропротеинемия до 55,4 г/л.

ВОПРОСЫ

1. Какой диагноз у беременной?

а. Беременность 30–31 неделя. Бихориальная, биамниотическая двойня. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс–эзофагит 3 степени, острые эрозии средней и нижней трети пищевода. Хронический панкреатит, обострение. Холестатический гепатоз беременной. Анемия 2 степени сочетанного генеза;

*

в. Беременность 30–31 неделя. Бихориальная, биамниотическая двойня. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс–эзофагит 3 степени, острые эрозии средней и нижней трети пищевода;

д. Беременность 30–31 неделя. Бихориальная, биамниотическая двойня. Хронический панкреатит, обострение. Холестатический гепатоз беременной. Анемия 2 степени сочетанного генеза;

е. Беременность 30–31 неделя. Бихориальная, биамниотическая двойня. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс–эзофагит 3 степени, острые эрозии средней и нижней трети пищевода. Анемия 2 степени сочетанного генеза

2. Какая тактика ведения беременной?

а. Дробное питание (бульоны, протертые супы, вязкие каши), щадящий режим, инфузии физиологических растворов, омепразол 20 мг + 200 мл физиологического раствора внутривенно, перед едой и после еды, креон 25000 Ед за 40 минут до еды 3 раза в сутки., мебеверин (дюспаталин, нияспам, спарекс) 0,2 по 1 капсула 2 раза в сутки, жидкие препараты железа внутрь; *

в. Дробное питание (бульоны, протертые супы, вязкие каши), щадящий режим, мебеверин (дюспаталин, нияспам, спарекс) 0,2 по 1 капсула 2 раза в сутки, жидкие препараты железа внутрь;

с. Дробное питание (бульоны, протертые супы, вязкие каши), щадящий режим, инфузии физиологических растворов, омепразол 20 мг + 200 мл физиологического раствора внутривенно;

д. Дробное питание (бульоны, протертые супы, вязкие каши), щадящий режим, инфузии физиологических растворов, омепразол 20 мг + 200 мл физиологического раствора внутривенно, перед едой и после еды, креон 25000 Ед за 40 минут до еды 3 раза в сутки;

е. Дробное питание (бульоны, протертые супы, вязкие каши), щадящий режим креон 25000 Ед за 40 минут до еды 3 раза в сутки, жидкие препараты железа внутрь;

Задача 4

Больная С., 25 лет, обратилась в женскую консультацию с диагнозом: аутоиммунный гепатит 1-го типа, малосимптомное течение, активность 1-2 степени.

Из анамнеза: наблюдается в течение 3 лет. Первые симптомы (слабость, тяжесть в правом подреберье) появились в начале 2019 г. на фоне применения гормональных контрацептивов. При обследовании выявлено повышение СОЭ, АЛТ до 3 норм, АСТ до 2 норм, диспротеинемия, гипоальбуминемия, гипер-γ-глобулинемия. Был диагностирован «лекарственный гепатит». На фоне лечения (дезинтоксикация, гепатопротекторы, витамины, панкреатин) состояние несколько улучшилось, однако активность трансаминаз не снижалась. В динамике было выявлено прогрессирующее повышение ANA. В связи с подозрением на аутоиммунный гепатит гепатопротекторы были отменены, назначен преднизолон 20 мг/сутки, на фоне которого состояние больной заметно улучшилось и активность трансаминаз нормализовалась на 14-й день лечения. После этого преднизолон был постепенно отменен в течение 3 мес. В связи с малосимптомностью клиники больной была проведена биопсия печени, но результат был сомнительный (аутоиммунный гепатит?), поэтому было рекомендовано повторить биопсию при активизации процесса. Повторная биопсия печени, проведенная на фоне 3-кратного повышения уровня аминотрансаминаз и роста ANA, подтвердила диагноз аутоиммунный гепатит. При последующем наблюдении отмечалось повышение активности сывороточных трансаминаз до 3 норм, в связи с чем

доза преднизолона повышалась до 40 мг/сутки с постепенным ее снижением вплоть до полной отмены в течение 6 месяцев.

В связи с настойчивым желанием пациентки иметь ребенка и отмечаемой клинико-биохимической ремиссией процесса, в течение 4 месяцев после прекращения приема глюкокортикостероидов, было принято решение о пролонгировании развившейся беременности. На 12-й неделе беременности пациентку прооперировали в связи с острым флегмонозным аппендицитом, в послеоперационном периоде назначался цефалоспориин 3-го поколения. На сроке 18 недель произошел выкидыш, после чего состояние больной вновь ухудшилось, увеличились размеры печени, активность аминотрансфераз увеличилась в 3,5 раза. Был назначен преднизолон в дозе 30 мг/сутки на 3 недели с последующим снижением дозы до поддерживающей (10 мг), однако в процессе динамического наблюдения дважды приходилось возвращаться к предшествующим более высоким дозам. В итоге отменить преднизолон удалось лишь спустя 4 месяца.

Повторная беременность наступила на фоне клинико-биохимической ремиссии аутоиммунного гепатита, протекала без осложнений и закончилась своевременными родами методом кесарева сечения (по акушерским показаниям) здорового мальчика. Спустя 2 недели после родов отмечалось повышение уровня аминотрансфераз до 2,5 норм.

ВОПРОСЫ

1. Какой диагноз у роженицы?
 - a. Аутоиммунный гепатит 1-го типа, рецидив в раннем послеродовом периоде, активность 1 степени; *
 - b. Лекарственный гепатит;
 - c. Аутоиммунный гепатит 1-го типа, рецидив в раннем послеродовом периоде, активность 2 степени;

- d. Внутрипеченочный холестаз при беременности;
- e. Острая жировая дистрофия печени

2. Определите тактику лечения больной?

- a. Полный отказ от кормления грудью. Назначение преднизолона в суточной дозе 25 мг под контролем активности aminотрансфераз. При нормализации активности aminотрансфераз постепенная отмена преднизолона; *
- b. Полный отказ от кормления грудью. Назначение преднизолона в суточной дозе 10 мг под контролем активности aminотрансфераз. При нормализации активности aminотрансфераз постепенная отмена преднизолона;
- c. Полный отказ от кормления грудью. Назначение преднизолона в суточной дозе 60 мг под контролем активности aminотрансфераз. При нормализации активности aminотрансфераз постепенная отмена преднизолона;

Задача 5

Пациентка 33 лет, первобеременная со сроком беременности 34 недели двойней после экстракорпорального оплодотворения, поступила с жалобами на боли в эпигастральной области. Критериями диагностики HELLP-синдрома служили лабораторные данные: гемолиз, тромбоцитопения в динамике, уровни лактатдегидрогеназы, непрямого билирубина, аспаратаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, протеинурия. С учетом развития HELLP-синдрома пациентка была родоразрешена в экстренном порядке путем кесарева сечения под эндотрахеальным наркозом, на тело матки наложены компрессионный шов по Б-Линчу и 2 циркулярных шва. Стабилизация состояния пациентки после родоразрешения наступила к 4-м суткам. На протяжении этого времени получала антигипертензивную, магниезальную, антибактериальную терапию, была проведена трансфузия концентрата тромбоцитов, эритроцитарной взвеси, свежезамороженной плазмы, также получала глюкокортикоиды и с 3-х суток – низкомолекулярные

гепарины для профилактики тромбоэмболических осложнений. Через 10 дней после поступления основные лабораторные показатели нормализовались и больная выписана в удовлетворительном состоянии домой.

ВОПРОСЫ

1. С какой целью на тело матки были наложены швы?

а. Профилактическое наложение компрессионных швов (по Б-Линчу и 2 циркулярных шва) на матку позволяет уменьшить кровопотерю во время и после родоразрешения и тем самым разорвать порочный круг: большую кровопотерю – компенсаторную инфузию жидкости – риск отека легких, и увеличить вероятность благоприятного исхода для женщины с сохранением ее репродуктивной функции; *

б. Профилактическое наложение компрессионных швов (по Б-Линчу и 2 циркулярных шва) на матку позволяет уменьшить риск преждевременных родов;

с. Профилактическое наложение компрессионных швов (по Б-Линчу и 2 циркулярных шва) на матку позволяет уменьшить антенатальной гибели плода

2. Типичные лабораторные результаты в диагностики HELLP-синдрома?

а. признаки гемолитической анемии, тромбоцитопения $<100\ 000$ клеток/мкл, повышение активности АСТ и аланинаминотрансферазы (АЛТ), протеинурия;*

б. признаки тромбоцитопения $<100\ 000$ клеток/мкл, повышение активности АСТ и аланинаминотрансферазы (АЛТ), протеинурия;

с. повышение активности АСТ и аланинаминотрансферазы (АЛТ), протеинурия;

д. признаки гемолитической анемии, тромбоцитопения $<100\ 000$ клеток/мкл;

3. Факторами риска HELLP-синдром:

а. первородящие пациентки старшего возраста; *

б. наличие преэклампсии, семейный анамнез преэклампсии; *

- с. многоплодная беременность, многоводие; *
- д. наличие сахарного диабета; *
- е. наличие артериальной гипертонии *

Задача 6

В женскую консультацию обратилась пациентка, 30 лет, первобеременная, срок беременности 9 недель 3 дня, отмечает жалобы на тошноту, рвота до 4–5 раз в день, апатия и снижение трудоспособности. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, температура 36,5С, кожные покровы чистые. В легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД на левой руке- 125\75мм рт ст., на правой 127\76мм рт ст. Пульс 68 уд. в минуту. Язык обложен белым налетом. Печень и селезенка не увеличены.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
 - а. Беременность 9 недель Рвота беременных; *
 - б. Беременность 9 недель Острым аппендицит;
 - с. Беременность 9 недель Кишечная непроходимость;
 - д. Беременность 9 недель Пищевое отравление;
 - е. Беременность 9 недель Язвенная болезнь желудка

2. С какими заболеваниями ЖКТ необходимо провести дифференциальную диагностику?
 - а. Заболевания ЖКТ (острым аппендицитом; кишечной непроходимостью; пищевым отравлением; грыжей пищеводного отверстия диафрагмы; острым панкреатитом; язвенной болезнью желудка); *
 - б. Заболевания ЖКТ (грыжей пищеводного отверстия диафрагмы; острым панкреатитом; язвенной болезнью желудка);
 - с. Заболевания ЖКТ (острым аппендицитом; кишечной непроходимостью;

пищевым отравлением);

е. Заболевания ЖКТ (острым аппендицитом; острым панкреатитом; язвенной болезнью желудка)

3. Тактика ведения?

а. ОАК; ОАМ; анализ мочи на определение кетоновых тел; биохимический анализ крови (билирубин, остаточный азот, мочеви́на, электролиты - калий, натрий, хлориды, общий белок и белковые фракции, трансаминазы, глюкоза, креатинин), показатели кислотно-основного состояния крови; УЗИ органов брюшной полости; *

б. показатели кислотно-основного состояния крови; УЗИ органов брюшной полости;

с. ОАК; ОАМ; анализ мочи на определение кетоновых тел; биохимический анализ крови (билирубин, остаточный азот, мочеви́на, электролиты - калий, натрий, хлориды, общий белок и белковые фракции, трансаминазы, глюкоза, креатинин);

д. ОАК; ОАМ; анализ мочи на определение кетоновых тел; показатели кислотно-основного состояния крови; УЗИ органов брюшной полости;