

**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 ВРАЧЕЙ**

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

**по основной специальности:** гастроэнтерология  
**по смежным специальностям:** терапия, общая врачебная практика  
(семейная медицина)

**Трудоемкость:** 36 часов  
**Форма освоения:** очная

**Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации**

**Ростов-на-Дону, 2023**

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Современные протоколы диагностики и лечения диффузных заболеваний печени» обсуждена и одобрена на заседании кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

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

Программа рекомендована к утверждению рецензентами:

1. Ткачев Александр Васильевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2. Корочанская Наталья Всеволодовна, д.м.н., профессор, профессор кафедры хирургии №3 ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России. Руководитель гастроэнтерологического центра ГБУЗ Краевая клиническая больница №2 МЗ Краснодарского края Главный гастроэнтеролог МЗ Краснодарского края

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Современные протоколы диагностики и лечения диффузных заболеваний печени» (далее - Программа) разработана рабочей группой сотрудников кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, заведующий кафедрой Яковлев А.А.

Состав рабочей группы:

<b>№№</b>	<b>Фамилия, имя, отчество</b>	<b>Учёная степень, звание</b>	<b>Занимаемая должность</b>	<b>Место работы</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1.	Яковлев Алексей Александрович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2.	Бутова Елена Николаевна	к.м.н.,	Доцент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии	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 -терапевт участковый» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 21 марта 2017г. N 293н., регистрационный номер 1006).
- Приказ Министерства Здравоохранения и социального развития РФ от 23.07.2010 а n 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел" квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" (Зарегистрировано в Министерстве юстиции РФ 25.08.2010 г., регистрационный N 18247)
- 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 31.08.49 Терапия утверждённый приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 9 января 2023г. № 15
- ФГОС ВО по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина), утверждённый приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 9 января 2023г. №16
- 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 –терапия, общая врачебная практика (семейная медицина)

### 1.3. Цель реализации программы

Совершенствование имеющихся профессиональных компетенций и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по специальностям «Гастроэнтерология», «Терапия», «Общая врачебная практика», а именно качественное расширение области знаний, умений и профессиональных навыков, востребованных при диагностике и лечения, диффузных заболеваний печени

Вид профессиональной деятельности: Врачебная практика в области гастроэнтерологии;

Вид профессиональной деятельности: Врачебная практика в области лечебного дела

;

Вид профессиональной деятельности: Врачебная практика в области Общей врачебной практики (семейная медицина).

Уровень квалификации: 7,8

Связь Программы с профессиональным стандартом представлена в таблице 1.

Таблица 1

#### Связь Программы с профессиональным стандартом

<b>Профессиональный стандарт 1:</b> Профессиональный стандарт «Врач - гастроэнтеролог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 11 марта 2019г. N 139н, регистрационный номер 1248).		
<b>ОТФ</b>	<b>Трудовые функции</b>	
	<b>Код ТФ</b>	<b>Наименование ТФ</b>
А: оказание медицинской помощи населению по профилю «Гастроэнтерология»	А/01.8	Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы
	А/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности
<b>Профессиональный стандарт 2:</b> Профессиональный стандарт «Врач - терапевт участковый» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 21 марта 2017г. N 293н, регистрационный номер 1006).		
<b>ОТФ</b>	<b>Трудовые функции</b>	

А: 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	<b>Код ТФ</b>	<b>Наименование ТФ</b>
	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
<p>Квалификационные характеристики: Общая врачебная практика (семейная медицина) На основании Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. N 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения". Зарегистрировано в Минюсте РФ 25 августа 2010 г. Регистрационный N 18247. С изменениями и дополнениями от 9 апреля 2018 г</p>		
<b>ОТФ</b>	<b>Трудовые функции</b>	
	<b>Код ТФ</b>	<b>Наименование ТФ</b>
	КХ	Проведение обследования пациентов с целью установления диагноза
	КХ	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности

#### 1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

#### Планируемые результаты обучения

<b>ПК</b>	<b>Описание компетенции</b>	<b>Код ТФ профстандарта</b>
ПК-1 Диагностики и лечения диффузных	<b>готовность к:</b> диагностики и лечению диффузных заболеваний печени	
	<b>должен знать:</b> порядок оказания медицинской помощи по профилю «гастроэнтерология»; стандарты медицинской помощи по профилю	

заболеваний печени	<p>«гастроэнтерология»;</p> <p>клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи у пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>методика сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>методика осмотра и физикального обследования пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>медицинские показания к проведению лабораторных и инструментальных исследований с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>клиническая картина заболеваний печени;</p> <p>особенности клинической картины, течения и осложнения диффузных заболеваний печени;</p> <p>медицинские показания для направления пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>медицинские показания для оказания помощи в неотложной форме у пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>МКБ;</p> <p>симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, которые могут возникнуть в результате инструментальных обследований у пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>правила назначения лекарственных препаратов, медицинские показания к применению медицинских изделий пациентам с диффузными заболеваниями печени в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной</p>	<p>A/01.8</p> <p>A/02.8</p> <p>A/02.7</p> <p>A/03.7</p> <p>КХ</p>
--------------------	--	---

	<p>терапии;</p> <p>медицинские показания и медицинские противопоказания к их назначению;</p> <p>побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, вызванные их применением;</p> <p>методы организации персонализированного лечения пациентам с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>методы немедикаментозной терапии, лечебное питание пациентам с диффузными заболеваниями печени в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <hr/> <p><b>должен уметь:</b></p> <p>осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>анализировать и интерпретировать информацию, полученную от пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>производить осмотр пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>анализировать и интерпретировать результаты физикального обследования пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>формулировать предварительный диагноз и составлять план проведения лабораторных и инструментальных исследований, с определением очередности, объема, содержание диагностических мероприятий для пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных исследований пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>интерпретировать результаты инструментального обследования пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>обосновывать необходимость направления</p>	
--	---	--

<p>пациентов с диффузными заболеваниями печени к врачам-специалистам;</p> <p>оценивать тяжесть заболевания и (или) состояния пищеварительной системы пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>устанавливать диагноз с учетом МКБ пациентам с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>производить дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы, с диффузными заболеваниями печени 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>составлять и обосновывать план лечения пациентам с диффузными заболеваниями печени, с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>назначать лекарственные препараты, медицинские изделия пациентам с диффузными заболеваниями печени с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>назначать немедикаментозное лечение и лечебное питание пациентам с диффузными заболеваниями печени с учетом диагноза,</p>	
--	--

	<p>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 с диффузными заболеваниями печени в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>оценивать эффективность и безопасность применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>направлять пациентов с диффузными заболеваниями печени 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><b>должен владеть:</b></p> <p>сбором жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>анализом и интерпретацией информации, полученной от пациента с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>проведением осмотра пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p>	

<p>интерпретацией и анализом результатов осмотра пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>оценкой тяжести заболевания и (или) состояния пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>формулировкой предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>направлением пациентов с диффузными заболеваниями печени 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;</p> <p>направлением пациентов с диффузными заболеваниями печени 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>проведением дифференциальной диагностики у пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>установкой диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ);</p> <p>направлением пациентов с диффузными заболеваниями печени 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 с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>разработкой плана лечения пациентов с</p>	
--	--

	<p>диффузными заболеваниями печени с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития;</p> <p>назначением лекарственных препаратов, медицинских изделий пациентам с диффузными заболеваниями печени в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>назначением немедикаментозной терапии, лечебного питания пациентам с диффузными заболеваниями печени в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>оказанием медицинской помощи в неотложной форме пациентам с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>оценкой эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>оценкой эффективности и безопасности применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациентов с диффузными заболеваниями печени;</p> <p>направлением пациентов с диффузными заболеваниями печени 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

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

## 2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

### 2.1 Учебный план.

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации  
«Современные протоколы диагностики и лечения диффузных заболеваний печени»  
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	Совершенств. ПК	Ф. код
				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
<b>Модуль 1</b> Современные протоколы диагностики и лечения диффузных заболеваний печени																
1.1	Современные протоколы диагностики и лечения диффузных заболеваний печени	34	12		12			22	10	12					ПК-1	
	<b>Всего часов (специальные дисциплины)</b>	34	12		12			22	10	12						
	<b>Итоговая аттестация</b>	2														за
	<b>Всего часов по программе</b>	<b>36</b>	<b>12</b>		<b>12</b>			<b>22</b>	<b>10</b>	<b>12</b>						

## 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 1.1 Современные протоколы диагностики и лечения диффузных заболеваний печени

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
<b>1.1</b>	Современные протоколы диагностики и лечения диффузных заболеваний печени
<b>1.1.1</b>	<b>Диагностические и лечебные аспекты заболеваний печени.</b>
1.1.1.1.	Основные причины хронических заболеваний печени
1.1.1.2	Клинические проявления. Жалобы Данные осмотра
1.1.1.3	Клиническое значение лабораторных показателей в диагностике заболеваний печени
1.1.1.4	Лабораторные синдромы при заболеваниях печени
1.1.1.5	Инструментальное обследование
1.1.1.6	Лечении хронических заболеваний печени
1.1.1.7	Диффузные заболевания печени и гипераммониемия
<b>1.1.2</b>	<b>Неалкогольная жировая болезнь печени</b>
1.1.2.1	Общие вопросы и классификация
1.1.2.2	Распространенность
1.1.2.3	Этиология, патогенез
1.1.2.4	Диагноз, дифференциальный диагноз
1.1.2.5	Лечение: диетотерапия, лекарственная терапия
1.1.2.6	НАЖБ и кардиальные риски
<b>1.1.3</b>	<b>Вирусные гепатиты</b>
1.1.3.1	Маркеры вирусных гепатитов, дифференциальный диагноз
1.1.3.2	Острый вирусный гепатит В
1.1.3.3	Хронический вирусный гепатит В
1.1.3.4	Хронический вирусный гепатит С
1.1.3.5	Клинические проявления
1.1.3.6	Принципы лечения
<b>1.1.4</b>	<b>Циррозы печени</b>
1.1.4.1	Определение и распространение
1.1.4.2	Этиология и патогенез
1.1.4.3	Морфогенез
1.1.4.4	Классификация, активность и компенсация
1.1.4.5	Основные клинические синдромы
1.1.4.6	Печеночная недостаточность
1.1.4.7	Портальная гипертензия

1.1.4.8	Спленомегалия и синдром гиперспленизма
1.1.4.9	Асцит
1.1.4.10	Геморрагический синдром
1.1.4.11	Системные поражения
1.1.4.12	Осложнения
1.1.4.13	Кровотечение из варикозно расширенных вен желудка и пищевода
1.1.4.14	Гепаторенальный синдром
1.1.4.15	Печеночная энцефалопатия и кома
1.1.4.16	Спонтанный бактериальный перитонит
1.1.4.17	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.1.4.18	Общие принципы лечения
1.1.4.19	Диета и режим
1.1.4.20	Консервативная терапия
1.1.4.21	Показания к трансплантации печени
1.1.4.22	Медико-социальная экспертиза и реабилитация
1.1.4.23	Диспансеризация
<b>1.1.5</b>	<b>Алкогольные поражения печени</b>
1.1.5.1	Частота и распространение
1.1.5.2	Факторы риска
1.1.5.3	Метаболизм этанола в печени
1.1.5.4	Особенности морфологических проявлений и клиники отдельных форм
1.1.5.5	Алкогольная гепатомегалия
1.1.5.6	Острый алкогольный гепатит
1.1.5.7	Хронический алкогольный гепатит
1.1.5.8	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.1.5.9	Прогноз
1.1.5.10	Лечение
<b>1.1.6</b>	<b>Хронический аутоиммунный гепатит</b>
1.1.6.1	Иммунные механизмы и аутоантитела
1.1.6.2	Морфологические особенности
1.1.6.3	Клинические проявления
1.1.6.4	Внепеченочные проявления
1.1.6.5	Хронический лекарственный гепатит
1.1.6.6	Криптогенный гепатит
1.1.6.7	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.1.6.8	Общие принципы лечения
1.1.6.9	Прогноз и исходы
<b>1.1.7</b>	<b>Лекарственные поражения печени</b>
1.1.7.1	Определение Эпидемиология
1.1.7.2	Классификация лекарственных поражений печени
1.1.7.3	Факторы риска
1.1.7.4	Клинико-морфологические формы

1.1.7.5	Классификация
1.1.7.6	Диагностика Алгоритм действий
1.1.7.7	Лечение
1.1.7.8	Профилактика гепатотоксических реакций
<b>1.1.8</b>	<b>Болезни печени у беременных</b>
1.1.8.1	Изменения лабораторных показателей во время физиологической беременности
1.1.8.2	Выяснение жалоб и анамнеза, физикальный осмотр и детализация лабораторный данных
1.1.8.3	Диагностический алгоритм в зависимости от сроков беременности
1.1.8.4	Неукротимая рвота беременных
1.1.8.5	Внутрипечёночный холестаз беременных
1.1.8.6	Острая жировая дистрофия печени беременных
1.1.8.7	HELLP-синдром

## **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 рабочей программы учебно модуля в объёме, предусмотренном учебным планом (УП). Форма итоговой аттестации – зачет, который проводится посредством: тестового контроля в АС ДПО 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 к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
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

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 руководство: краткое издание / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015 - 480 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». – текст: электронный (ЭР)
2.	Гастроэнтерология: руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015 - 813 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». – текст: электронный (1, ЭР)
	Дополнительная литература
2	Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение: руководство для врачей / под ред. А.В. Калинина, А.Ф. Логинова, А.И. Хазанова. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – М.:МЕДпресс-информ, 2011.-864 с.
3	Практическая гастроэнтерология. Ф.И. Комаров, М.А. Осадчук, А.М. Осадчук. Москва. МИА. 2010.-480 с.

#### 3.2.2. Информационно-коммуникационные ресурсы.

	ЭЛЕКТОРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
1	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: <a href="http://109.195.230.156:9080/opac/">http://109.195.230.156:9080/opac/</a>	Доступ неограничен
2	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : Электронная библиотечная система. – Москва: ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением. Комплексный медицинский консалтинг». - URL: <a href="http://www.rosmedlib.ru">http://www.rosmedlib.ru</a> + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
3	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: <a href="http://elibrary.ru">http://elibrary.ru</a>	Открытый доступ
4	Национальная электронная библиотека. - URL: <a href="http://нэб.рф/">http://нэб.рф/</a>	Доступ с компьютеров библиотеки
5	Федеральный центр электронных образовательных ресурсов. - URL: <a href="http://srtv.fcior.edu.ru/">http://srtv.fcior.edu.ru/</a>	Открытый доступ
6	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: <a href="https://femb.ru/femb/">https://femb.ru/femb/</a>	Открытый доступ
7	Cochrane Library: офиц. сайт; раздел «Open Access». - URL: <a href="https://cochranelibrary.com/about/open-access">https://cochranelibrary.com/about/open-access</a>	Контент открытого доступа
8	Кокрейн Россия: российское отделение Кокрановского сотрудничества / РМАНПО. – URL: <a href="https://russia.cochrane.org/">https://russia.cochrane.org/</a>	Контент открытого доступа

9	<b>Вебмединфо.ру</b> : сайт [открытый информационно-образовательный медицинский ресурс]. – Москва. - URL: <a href="https://webmedinfo.ru/">https://webmedinfo.ru/</a>	Открытый доступ
10	<b>МЕДВЕСТНИК</b> : портал российского врача [библиотека, база знаний]. - URL: <a href="https://medvestnik.ru">https://medvestnik.ru</a>	Открытый доступ
11	<b>Научное наследие России: электронная библиотека /</b> МСЦ РАН. - URL: <a href="http://www.e-heritage.ru/">http://www.e-heritage.ru/</a>	Открытый доступ
12	<b>Президентская библиотека</b> : сайт. - URL: <a href="https://www.prlib.ru/collections">https://www.prlib.ru/collections</a>	Открытый доступ
13	<b>Lvrach.ru</b> : мед. науч.-практич. портал [крупнейший проф. ресурс для врачей и мед. сообщества, созданный на базе науч.-практич. журнала «Лечащий врач»]. - URL: <a href="https://www.lvrach.ru/">https://www.lvrach.ru/</a>	Открытый доступ
14	<b>ScienceDirect</b> : офиц. сайт; раздел «Open Access» / Elsevier. - URL: <a href="https://www.elsevier.com/open-access/open-access-journals">https://www.elsevier.com/open-access/open-access-journals</a>	Контент открытого доступа
15	<b>Медицинский Вестник Юга России</b> : электрон. журнал / РостГМУ. - URL: <a href="http://www.medicalherald.ru/jour">http://www.medicalherald.ru/jour</a>	Открытый доступ
16	<b>Южно-Российский журнал терапевтической практики /</b> РостГМУ. – URL: <a href="http://www.therapeutic-j.ru/jour/index">http://www.therapeutic-j.ru/jour/index</a>	Открытый доступ
17	<b>Рубрикатор</b> клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: <a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/">https://cr.minzdrav.gov.ru/</a>	Открытый доступ

### 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](http://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 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов.

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, модуля, имеющих сертификат специалиста по специальностям «Гастроэнтерология», 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	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

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

к дополнительной профессиональной программе  
повышения квалификации врачей " Современные протоколы диагностики и  
лечения диффузных заболеваний печени " со сроком освоения 36  
академических часов по специальности «гастроэнтерология», «терапия»,  
«общая врачебная практика (семейная медицина)»

1	Кафедра	гастроэнтерологии и эндоскопии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной пере-подготовки специалистов
3	Адрес (база)	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
4	Зав. кафедрой	Яковлев А.А.
5	Ответственный составитель	Бутова Е.Н.
6	Е-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, терапия, общая врачебная практика (семейная медицина)
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Современные протоколы диагностики и лечения диффузных заболеваний печени
15	Тема	1.1.1-1.1.8
16	Подтема	все
17	Количество вопросов	30
18	Тип вопроса	<i>single</i>
19	Источник	-

### Список тестовых заданий

1	1	1			
1			Портальная гипертензия при заболеваниях печени приводит к варикозному расширению вен		
			корня языка		
			верхней трети пищевода		
	*		нижней трети пищевода		
			ротоглотки		
1	1	2			
2			Для острого алкогольного гепатита характерно преобладающее повышение активности в крови		
			аланинаминотрансферазы		
			алкогольдегидрогеназы		
			лактатдегидрогеназы		
	*		гаммаглутамилтранспептидазы		
1	1	3			
3			Для острого алкогольного гепатита характерен		
			лимфоцитоз		
	*		нейтрофилез		
			тромбоцитоз		
			агранулоцитоз		
1	1	4			
4			Тяжесть острого алкогольного гепатита до начала лечения оценивается по шкале		
			Лилль		
			Чайлда-Пью		
	*		MELD		
			Конна		
1	1	5			
5			При хроническом гепатите В в крови обнаруживается HBS антиген и		
	*		повышенный или нормальный уровень АЛТ и ДНК к HBV		

			повышенный или нормальный уровень АЛТ, антитела к НВе антигену при отсутствии ДНК к HBV		
			повышенный уровень АЛТ и наличие высокого титра антител к HBs антигену		
			антитела класса IgM к HBcor антигену при отсутствии ДНК к HBV		
1	1	6			
6			Для оценки класса цирроза печени по шкале Чайлд-Пью используют определение уровня		
			креатинина		
			тромбоцитов		
	*		альбумина		
			холестерина		
1	1	7			
7			Для оценки класса цирроза печени по шкале Чайлд-Пью используют определение уровня		
			степень расширения воротной вены по данным УЗИ		
	*		степень энцефалопатии		
			концентрацию альбумина в асцитической жидкости		
			степень варикоза вен пищевода		
1	1	8			
8			Применение препаратов интерферона альфа для лечения хронического гепатита С часто вызывает		
			эозинофилию		
			тромбоцитоз		
	*		лейкопению		
			нейтрофилез		
1	1	9			
9			Для снижения давления в воротной		

			вене у пациентов с циррозом печени рекомендовано длительное применение		
			антагонистов кальциевых каналов		
	*		неселективных бета-блокаторов		
			альфа1-адреноблокаторов		
			ингибиторов рецепторов к ангиотензину		
1	1	10			
10			Чаще переходит в хроническую форму вирусные гепатит		
			А		
			Е		
			В		
	*		С		
1	1	11			
11			У больного с неалкогольным стеатогепатитом следует выполнять контроль эффективности программы профилактики фиброза и цирроза печени с помощью		
			МРТ исследования степени фиброза		
			КТ исследования степени фиброза		
	*		фибротеста		
			ультразвукового исследования степени фиброза		
1	1	12			
12			Высокий уровень трансаминаз в сыворотке крови указывает на		
			микронодулярный цирроз печени		
			аминазиновую желтуху		
			первичный билиарный цирроз		
	*		острый вирусный гепатит		
1	1	13			
13			Для верификации гемохроматоза наиболее достоверной диагностической процедурой		

			является		
			ректальная биопсия		
	*		биопсия печени		
			биопсия кожи		
			биопсия тонкой кишки		
1	1	14			
14			Гепатомегалия, гипергликемия, гиперпигментация кожи, повышение уровня железа в сыворотке крови характерны для		
			гиперфункции надпочечников		
			болезни Вильсона-Коновалова		
			хронического гепатита вирусной этиологии		
	*		гемохроматоза		
1	1	15			
15			К решающим факторам в постановке диагноза хронического гепатита относят		
			гипербилирубинемия		
			данные анамнеза о перенесенном вирусном гепатите		
	*		данные гистологического исследования печени		
			выявление в сыворотке крови австралийского антигена		
1	1	16			
16			Цирроз печени от хронического вирусного гепатита отличается наличием		
			паренхиматозной желтухи		
			холестатического синдрома		
			цитолитического синдрома		
	*		портокавальных и кава-кавальных анастомозов		
1	1	17			
17			Наследственным заболеванием,		

			протекающим с нарушением конъюгации непрямого билирубина и имеющим доброкачественное течение, является синдром		
			Вильсона-Коновалова		
			Найяра-Криглера		
			Ротора		
	*		Жильбера		
1	1	18			
18					
			Повышение IGG4 более всего характерно для		
			болезни Вильсона-Коновалого		
			синдрома раздраженного кишечника		
			первичного билиарного цирроза печени		
	*		аутоиммунного гепатита		
1	1	19			
19			Синдром холестаза сопровождается повышением		
			острофазовых белков		
			уровня аспаратаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы		
	*		активности щелочной фосфатазы		
			активности кислой фосфатазы, сорбитдегидрогеназы		
1	1	20			
20			Лабораторным показателем, характеризующим синдром Жильбера, является		
			увеличение содержания в крови трансаминаз		
	*		увеличение в крови неконъюгированного билирубина		
			наличие билирубина в моче		
			повышение уровня ретикулоцитов более 15 промилле		

1	1	21			
21			Желтушные кожные покровы, зуд кожи, темный цвет мочи, светлый цвет кала в сочетании с повышенным уровнем ЩФ, ГГТП позволяют диагностировать синдром		
			гемолиза		
			цитоллиза		
			рабдомиолиза		
	*		холестаза		
1	1	22			
22			Для синдрома цитоллиза при хроническом гепатите любой этиологии характерно повышение уровня		
			прямого билирубина		
	*		трансаминаз		
			холестерина		
			щелочной фосфотазы		
1	1	23			
23			Наиболее ранним и чувствительным показателем синдрома цитоллиза при заболеваниях печени является		
	*		повышение активности аланиновой аминотрансферазы		
			повышение уровня холестерина		
			снижение уровня альбумина		
			повышение уровня щелочной фосфотазы		
1	1	24			
24			Печеночная недостаточность у больных хроническим гепатитом диагностируется на основании снижения		
	*		альбумина		
			гамма-глобулина		

			бета-глобулина		
			альфа1-глобулина		
1	1	25			
25			Синдром Жильбера проявляется повышением уровня прямого билирубина		
			гаммаглутамилтранспептидазы		
	*		непрямого билирубина		
			щелочной фосфотазы		
1	1	26			
26			У больного с выраженным атеросклерозом брюшной аорты и ее ветвей можно предполагать развитие ишемического гепатита, если повышение АЛТ произошло после		
			гипертонического криза гипокинетического характера		
	*		эпизода артериальной гипотонии		
			гипертонического криза гиперкинетического характера		
			начала приема ловастатина в дозе более 40 мг в сутки		
1	1	27			
27			Вирусный гепатит D может развиться вследствие суперинфекции при		
	*		любой форме хронического гепатита В		
			только при HBeAg отрицательном варианте хронического гепатита В		
			только при неактивном носителе HBeAg антигена		
			только при неактивном HBeAg+ варианте хронического гепатита В		
1	1	28			
28			В диагностике цирроза печени		

			решающим является		
			неспецифическая кокковая флора		
			ирригоскопия		
	*		эластометрия		
			ультразвуковое исследование		
			рентгенография		
1	1	29			
29			Признаком острой печеночной недостаточности является		
	*		геморрагический синдром		
			уртикарная сыпь		
			артралгия		
			кожный зуд		
1	1	30			
30			После проведения курса вакцинации против гепатита В в сыворотке крови выявляется		
			anti-HBe		
			anti-HBcore IgM		
			anti-Hbcore IgG		
	*		anti-HBs		

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

#### Задача №1

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

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

*Предположите наиболее вероятный диагноз.*

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

*Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*

*Ответ:* Диагноз «хронический алкогольный гепатит» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, тупую ноющую боль в правом подреберье, тошноту, снижение аппетита, периодический кожный зуд; данных анамнеза (пациент злоупотребляет алкоголем в течение 15 лет); данных объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, «пальмарной» эритемы, гепатомегалии).

Подтверждают диагноз «хронический алкогольный гепатит» данные лабораторных исследований (повышение АЛТ, АСТ, ГГТП, общего билирубина, щелочной фосфатазы) Исключена другая (вирусная) этиология хронического гепатита: исследование крови на маркеры гепатита В, С: HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отрицательный. Степень активности хронического алкогольного гепатита определена на основании повышения уровня АЛТ и

АСТ (в 5 раз по сравнению с нормой). Стадия хронического алкогольного гепатита F2 установлена на основании данных эластометрии печени (по шкале METAVIR), умеренный фиброз.

*Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.*

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

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

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

*Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.*

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

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

*При обращении к врачу через месяц после лечения пациент отметил улучшение самочувствия: исчезли слабость, повышенная утомляемость, тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом.*

*При объективном осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски.*

*Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Селезенка не увеличена. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови: общий билирубин – 18*

*мкмоль/л; непрямой билирубин – 16 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0*

*мкмоль/л; АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 38 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; ЩФ – 125 ед/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?*

*Обоснуйте Ваш выбор*

*Ответ.* В результате проведенного лечения отмечена положительная динамика: наблюдается отсутствие болевого, диспепсического, астенического синдромов. Исчезли желтушность кожных покровов, иктеричность склер, телеангиэктазии, «пальмарная» эритема. Отмечена также положительная биохимическая динамика показателей: снижение общего билирубина, АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ. Так как при УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в

паренхиме печени, рекомендуется продолжить прием Адеметионина (Гептрал) в дозе 1600 мг в сутки внутрь в течение 1 месяца.  
Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога.

### Задача №2

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

*Предположите наиболее вероятный диагноз.*

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

*Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*

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

*Составьте план дополнительного обследования пациента.*

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

*Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении.*

*Обоснуйте свой выбор*

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

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

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

*Какие возможны осложнения данного заболевания?*

*Ответ.* Печёночная энцефалопатия. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Гепаторенальный синдром.

Инфекционные осложнения (спонтанный бактериальный перитонит, пневмония, инфекции мочевыводящих путей и др.).

### Задача №3

Больной 48 лет предъявляет жалобы на десневые и носовые кровотечения, увеличение живота в объёме, кожный зуд, слабость, постоянную сонливость, похудание на 6 кг за 6 месяцев. В анамнеза длительное злоупотребление алкоголем. Состояние средней тяжести. При осмотре выявляется желтушность кожи, слизистых, склер, сосудистые звёздочки в области шеи, груди, пальмарная эритема, контрактура Дюпюитрена. Имеется атрофия мышц верхнего плечевого пояса, дефицит веса (вес 58 кг при росте 177 см – ИМТ - 17). Определяются подкожные гематомы на руках и ногах. Живот увеличен в объёме. При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня рёберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры - 13×11×6 см. Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см. Белок общий - 59 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, гамма-глобулины – 28,5%.

*Предположите наиболее вероятный диагноз.*

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

*Назовите синдромы поражения внутренних органов.*

*Ответ.* Синдром портальной гипертензии, синдром печёчно-клеточной недостаточности, синдром паренхиматозной желтухи, мезенхимально-воспалительный синдром

*Обоснуйте, почему выделили указанные синдромы.*

*Ответ.* О синдроме портальной гипертензии свидетельствуют увеличение живота в объёме, наличие выпота в брюшной полости при перкуссии живота, увеличение размеров селезёнки. О синдроме печёчно-клеточной недостаточности свидетельствует кровоточивость слизистых, гематомы на конечностях, наличие сосудистых звёздочек на верхней половине туловища, пальмарная эритема, снижение уровня альбумина до 28,5 г/л. Синдром паренхиматозной желтухи проявляется наличием зуда, желтушностью кожи, склер, слизистых. О наличии мезенхимально-воспалительного синдрома свидетельствуют диспротеинемия, гипергаммаглобулинемия, увеличение селезёнки.

*Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.*

*Ответ.* Для подтверждения диагноза необходимо выполнить фиброэзофагогастроскопию с оценкой состояния вен пищевода и кардиального отдела желудка, ректороманоскопию с оценкой вен прямой кишки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости для определения размеров печени, её структуры, размеров селезёнки, количества асцитической жидкости в брюшной полости и плевральных полостях. Необходимо исследовать все функциональные печёночные пробы (АЛТ,

АСТ, билирубин, протромбин, холестерин, щелочная фосфатаза, ГГТП), ОАК с определением числа тромбоцитов, выполнить серологическое исследование крови на наличие антител к вирусам гепатита В, D и С для исключения возможных вирусных гепатотропных инфекций. Желательно определить уровень альфа-фетопротеина для исключения гепатоцеллюлярной карциномы и уровень ферритина для исключения гемохроматоза печени. *Какие группы препаратов следует назначить больному?*

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

#### Задача №4

Мужчина 45 лет жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту.

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

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

*Предположите наиболее вероятный диагноз.*

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

*Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*

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

*Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.*

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

- спиральная компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) для получения более точной информации о форме, структуре и размерах печени. При использовании контрастного усиления возможно дифференцировать наиболее часто встречающуюся очаговую патологию печени (кисты, гемангиомы, метастазы);

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

*Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.*

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

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

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

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

### **Задача №5**

Мужчина 33 лет обратился по поводу выявления у него в процессе обследования при подготовке к пластической операции антител к вирусу гепатита С. Из анамнеза выяснено, что в возрасте 20–25 лет регулярно

употреблял внутривенные наркотики, в настоящее время достигнута стойкая наркологическая ремиссия. Злоупотребление алкоголем отрицает. В общем анализе крови отмечены незначительный лейкоцитоз –  $10,4 \times 10^3/\text{мкл}$ , повышение СОЭ до 30 мм/ч. В биохимическом анализе крови активность АлАТ увеличена до 125 ед./л (норма до 40 ед./л), АсАТ до 172 ед./л (норма до 40 ед./л), ГГТП до 152 ед./л (норма до 50 ед./л). Обнаружена сывороточная HCV РНК в количестве  $2 \times 10^5$  копий/мл, генотип 3а.

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

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

*Что в первую очередь необходимо выполнить для уточнения диагноза? Обоснуйте*

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

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

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

*Целесообразно ли проведение противовирусной терапии этому пациенту?*

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

*Кому рекомендуется скрининговое обследование на гепатит С*

*Ответ.*

- Реципиентам крови и ее компонентов, органов и тканей (при подозрении на инфицирование ВГС и в течение 6 мес после переливания компонентов крови). Беременным (в I и III триместрах беременности).

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