

**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**

**«Актуальные вопросы диагностики и клинические рекомендации по
лечению заболеваний желчевыводящих путей, печени и поджелудочной
железы»**

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 «Актуальные вопросы диагностики и клинические рекомендации по лечению заболеваний желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы» 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 «Актуальные вопросы диагностики и клинические рекомендации по лечению заболеваний желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы» (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:

№№	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.	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, заболеваний желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы

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

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
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
Профессиональный стандарт 2: Профессиональный стандарт «Врач - терапевт участковый» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 21 марта 2017г. N 293н, регистрационный номер 1006).		
ОТФ	Трудовые функции	

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	Код ТФ	Наименование ТФ
	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>		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
	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

ПК	Описание компетенции	Код ТФ профстандарта
ПК-1 Диагностика и лечения заболеваний	готовность к: диагностики и лечению заболеваний желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы	
	должен знать: порядок оказания медицинской помощи по профилю «гастроэнтерология»;	

<p>желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы</p>	<p>стандарты медицинской помощи по профилю «гастроэнтерология»;</p> <p>клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи у пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>методика сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>методика осмотра и физикального обследования пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>медицинские показания к проведению лабораторных и инструментальных исследований с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>клиническая картина заболеваний желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>особенности клинической картины, течения и осложнения заболеваний желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы к врачам-специалистам;</p> <p>медицинские показания для оказания помощи в неотложной форме у пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>МКБ;</p> <p>симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, которые могут возникнуть в результате инструментальных обследований у пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей,</p>	<p>A/01.8</p> <p>A/02.8</p> <p>A/02.7</p> <p>A/03.7</p> <p>KX</p>
--	--	---

	<p>печени и поджелудочной железы; правила назначения лекарственных препаратов, медицинские показания к применению медицинских изделий пациентам с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии; медицинские показания и медицинские противопоказания к их назначению; побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, вызванные их применением; методы организации персонализированного лечения пациентам с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы; методы немедикаментозной терапии, лечебное питание пациентам с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы 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 уметь: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы; анализировать и интерпретировать информацию, полученную от пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы; производить осмотр пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p>	

	<p>анализировать и интерпретировать результаты физикального обследования пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>формулировать предварительный диагноз и составлять план проведения лабораторных и инструментальных исследований, с определением очередности, объема, содержание диагностических мероприятий для пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных исследований пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>интерпретировать результаты инструментального обследования пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>обосновывать необходимость направления пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы к врачам-специалистам;</p> <p>оценивать тяжесть заболевания и (или) состояния пищеварительной системы пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>устанавливать диагноз с учетом МКБ пациентам с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>производить дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы, с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы, 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</p>	
--	--	--

	<p>помощи в стационарные условия или условия дневного стационара;</p> <p>составлять и обосновывать план лечения пациентам с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы, 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 заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы 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 заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы 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 с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы 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 заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p>	
--	---	--

	<p>оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>оценивать эффективность и безопасность применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>направлять пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы 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>сбором жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>анализом и интерпретацией информации, полученной от пациента с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>проведением осмотра пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>интерпретацией и анализом результатов осмотра пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>оценкой тяжести заболевания и (или) состояния пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>формулировкой предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований пациентов с</p>	

заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;

направлением пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы 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;

направлением пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы 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;

проведением дифференциальной диагностики у пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;

установкой диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ);

направлением пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара;

определением медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;

разработкой плана лечения пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития;

	<p>назначением лекарственных препаратов, медицинских изделий пациентам с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы 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 заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы 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 заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>оценкой эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>оценкой эффективности и безопасности применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы;</p> <p>направлением пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы 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 Форма обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Очная	6	6	1 неделя, 6 дней

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план.

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации
«Актуальные вопросы диагностики и клинические рекомендации по лечению
заболеваний желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы»
в объеме 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 Актуальные вопросы диагностики и клинические рекомендации по лечению заболеваний желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы																
1.1	Актуальные вопросы диагностики и клинические рекомендации по лечению заболеваний желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы	34	12		12			22	10	12					ПК-1	
	Всего часов (специальные дисциплины)	34	12		12			22	10	12						
	Итоговая аттестация	2														зачет
	Всего часов по программе	36	12		12			22	10	12						

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. Актуальные вопросы диагностики и клинические рекомендации по лечению заболеваний желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
1.1	Актуальные вопросы диагностики и клинические рекомендации по лечению заболеваний желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы
1.1.1	Диагностические и лечебные аспекты заболеваний печени.
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
1.1.2	Неалкогольная жировая болезнь печени
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
1.1.3	Хронические вирусные гепатиты
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
1.1.4	Циррозы печени
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
1.1.5	Алкогольные поражения печени
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
1.1.6	Хронический аутоиммунный гепатит
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
1.1.7	Лекарственные поражения печени
1.1.7.1	ОпределениеЭпидемиология
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
1.1.8	Болезни печени у беременных
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 холестаза беременных
1.1.8.6	Острая жировая дистрофия печени беременных
1.1.8.7	HELLP-синдром
1.1.9	Желчнокаменная болезнь
1.1.9.1	Определения
1.1.9.2	Этиология и патогенез
1.1.9.3	Механизмы образования желчных камней
1.1.9.4	Клиника
1.1.9.5	Осложнения
1.1.9.6	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.1.9.7	Эндоскопическая диагностика заболеваний билиарной системы
1.1.9.8	Консервативное лечение
1.1.9.9	Хирургическое лечение и показания к нему
1.1.9.10	Эндоскопические методы лечения билиарной системы
1.1.10	Полипы желчного пузыря
1.1.10.1	Определение. Распространенность
1.1.10.2	Причины возникновения полипа в желчном пузыре
1.1.10.3	Классификация
1.1.10.4	Холестероз. Холестериновые полипы
1.1.10.5	Воспалительные полипы
1.1.10.6	Аденома и аденомиоматоз
1.1.10.7	Симптомы
1.1.10.8	Методы диагностики
1.1.10.9	Алгоритм наблюдения. Тактика ведения пациентов
1.1.11	Функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди
1.1.11.1	Определение. Актуальность Эпидемиология
1.1.11.2	Функциональная билиарная боль
1.1.11.3	Функциональные расстройства желчного пузыря
1.1.11.4	Функциональные расстройство билиарного сфинктера Одди
1.1.11.5	Функциональное расстройство панкреатического сфинктера

1.1.11.6	Диагностика заболеваний билиарного тракта
1.1.11.7	Лечения
1.1.12	Панкреатиты (хронические)
1.1.12.1	Общие вопросы и классификация
1.1.12.2	Определение и распространенность
1.1.12.3	Этиология
1.1.12.4	Патогенез
1.1.12.5	Клиника
1.1.12.6	Осложнения
1.1.12.7	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.1.12.8	Лечение хронического панкреатита в фазе обострения
1.1.12.9	Показания к хирургическому лечению
1.1.12.10	Эндоскопические методы лечения панкреатобилиарной системы

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	Хронический гепатит В и D [Электронный ресурс] / Абдурахманов Д.Т. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. -288 с.- Доступ из ЭБС «Консультант врача».
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: http://109.195.230.156:9080/opac/	Доступ неограничен
2	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : Электронная библиотечная система. – Москва: ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением. Комплексный медицинский консалтинг». - URL: http://www.rosmedlib.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
3	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
4	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки
5	Федеральный центр электронных образовательных ресурсов. - URL: http://srtv.fcior.edu.ru/	Открытый доступ
6	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: https://femb.ru/femb/	Открытый доступ
7	Cochrane Library: офиц. сайт; раздел «Open Access». - URL: https://cochranelibrary.com/about/open-access	Контент открытого доступа
8	Кокрейн Россия: российское отделение Кокрановского сотрудничества / РМАНПО. – URL: https://russia.cochrane.org/	Контент открытого доступа
9	Вебмединфо.ру : сайт [открытый информационно-	Открытый

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

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 " Актуальные вопросы диагностики и
клинические рекомендации по лечению заболеваний желчевыводящих путей,
печени и поджелудочной железы " 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	Актуальные вопросы диагностики и клинические рекомендации по лечению заболеваний желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы
15	Тема	1.1.1-1.1.12.
16	Подтема	все
17	Количество вопросов	30
18	Тип вопроса	<i>single</i>
19	Источник	-

Список тестовых заданий

1	1	1			
1			Характерным проявлением обострения хронического бескаменного холецистита является		
			локальное напряжение брюшной стенки в правом подреберье		
			лейкопения		
			выявление симптомов раздражения брюшины		
	*		боль в правом подреберье		
1	1	2			
2			Одним из основных факторов патогенеза хронического холецистита является		
	*		дисфункция желчного пузыря		
			нарушение моторики пищевода		
			замедление опорожнения желудка		
			преобладание в рационе питания белковой пищи		
1	1	3			
3			Для хронического бескаменного холецистита характерно		
			преобладание заболевания среди мужчин		
			образование конкрементов в просвете желчного пузыря		
	*		хроническое воспаление желчного пузыря		
1	1	4			
4			Ширина холедоха в норме составляет (в см)		
			до 0,4		
			1,4-2,0		
	*		0,5-0,7		
			0,8-1,3		

1	1	5			
5			Холецистография противопоказана больным		
			с идиосинক্রазией к пищевому белку		
	*		с идиосинক্রазией к йоду		
			после вирусного гепатита		
			с непереносимостью жиров		
1	1	6			
6			Отсутствие видимости желчного пузыря после введения йодированных соединений означает		
			снижение всасывания в кишечнике		
			снижение функций печени		
			снижение функции поджелудочной железы		
	*		патологию желчного пузыря		
1	1	7			
7			При дифференциальном диагнозе внепеченочной холестатической желтухи на почве холедохолитиаза и рака головки поджелудочной железы в пользу рака говорит		
	*		симптом Курвуазье		
			повышение температуры		
			спленомегалия		
			отсутствие зуда		
1	1	8			
8			Положительная реакция мочи на желчные пигменты выявляется при		
	*		обтурационной желтухе		
			ядерной желтухе новорожденных		
			аутоиммунной гемолитической желтухе		
			синдроме Жильбера		

1	1	9			
9			Препаратом, вызывающим образование билиарного сладжа, является		
	*		цефтриаксон		
			амоксциллин		
			платифиллин		
			бускопан		
1	1	10			
10			Появление болей на высоте вдоха при поколачивании по передней брюшной стенке в области проекции желчного пузыря называют симптомом		
	*		Василенко		
			Ортнера		
			Мерфи		
			Захарьина		
1	1	11			
11			Для оценки класса цирроза печени по шкале Чайлд-Пью используют определение уровня		
			креатинина		
			тромбоцитов		
	*		альбумина		
			холестерина		
1	1	12			
12			Применение препаратов интерферона альфа для лечения хронического гепатита С часто вызывает		
			эозинофилию		
			тромбоцитоз		
	*		лейкопению		
			нейтрофилез		

1	1	13			
13			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	14			
14			Чаще переходит в хроническую форму вирусные гепатит		
			А		
			Е		
			В		
	*		С		
1	1	15			
15			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		
1	1	16			
16			Высокий уровень трансаминаз в сыворотке крови указывает на		
			микронодулярный цирроз печени		
			аминазиновую желтуху		
			первичный билиарный цирроз		
	*		острый вирусный гепатит		
1	1	17			
17			К решающим факторам в постановке диагноза хронического		

			гепатита относят		
			ипербилирубинемиию		
			данные анамнеза о перенесенном вирусном гепатите		
	*		данные гистологического исследования печени		
			выявление в сыворотке крови австралийского антигена		
1	1	18			
18					
			Цирроз печени от хронического вирусного гепатита отличается наличием		
			паренхиматозной желтухи		
			холестатического синдрома		
			цитолитического синдрома		
	*		портокавальных и кава-кавальных анастомозов		
1	1	19			
19			К характерным клиническим чертам хронического панкреатита относят		
	*		недостаточность функции внешней секреции (гипоферментемию)		
			желтуху		
			повышение аминотрансфераз		
			гепатомегалию		
			характерным клиническим чертам хронического панкреатита относят		
1	1	20			
20			Основным клиническим симптомом рака головки поджелудочной железы является		
	*		желтуха		
			похудание		
			рвота		
			боль		
1	1	21			

21			"Мишенью" для эластазы являются		
			эфиры холестерина		
	*		нейтральные аминокислоты		
			триглицериды		
			ароматические аминокислоты		
1	1	22			
22			Показателем наиболее значимым для оценки нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы, является		
	*		стеаторея		
			амилаза мочи		
			липаза крови		
			амилаза крови		
1	1	23			
23			Уровень фекальной эластазы, свидетельствующий о тяжелой внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, составляет (в мкг/г)		
			150		
			250		
			350		
	*		50		
1	1	24			
24			Общий желчный проток и проток поджелудочной железы открываются в		
	*		нисходящей части двенадцатиперстной кишки		
			просвет поперечно-ободочной кишки		
			горизонтальных отделах двенадцатиперстной кишки		
			антральном отделе желудка		
1	1	25			

25			Печеночная недостаточность у больных хроническим гепатитом диагностируется на основании снижения		
	*		альбумина		
			гамма-глобулина		
			бета-глобулина		
1	1	26			
26			Для синдрома цитолиза при хроническом гепатите любой этиологии характерно повышение уровня		
			прямого билирубина		
	*		трансаминаз		
			холестерина		
			щелочной фосфотазы		
1	1	27			
27			Наиболее ранним и чувствительным показателем синдрома цитолиза при заболеваниях печени является		
	*		повышение активности аланиновой аминотрансферазы		
			повышение уровня холестерина		
			снижение уровня альбумина		
			повышение уровня щелочной фосфотазы		
1	1	28			
28			Портальная гипертензия при заболеваниях печени приводит к варикозному расширению вен		
			корня языка		
			верхней трети пищевода		
	*		нижней трети пищевода		
			ротоглотки		
1	1	29			
29			Развитию желчных камней способствует		

	*		наследственная предрасположенность		
			емолитическая желтуха		
			наличие аллергических факторов		
1	1	30			
30			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		

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

Задача №1

Мужчина 29 лет госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение областной больницы с диагнозом обострение хронического панкреатита. При поступлении предъявлял жалобы на интенсивную боль в эпигастрии с иррадиацией в левое подреберье, тошноту, непереносимость жирной пищи. Ранее, в 2003, 2005, 2007 и 2008 гг., госпитализировался со сходными симптомами. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) обнаруживали изменения поджелудочной железы, билиарный сладж. В межприступный период сохранялось удовлетворительное самочувствие. Не курит, алкоголь употребляет эпизодически (2~3 раза в месяц). Работает программистом. Отец с 30-летнего возраста страдал хроническим панкреатитом, умер в 47 лет от рака поджелудочной железы.

Какой вариант хронического панкреатита по этиологическому фактору наиболее вероятен?

Ответ: Наследственный. Отец с 30-летнего возраста страдал хроническим панкреатитом, умер в 47 лет от рака поджелудочной железы.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ: Жалобы на интенсивную боль в эпигастрии с иррадиацией в левое подреберье, тошноту, непереносимость жирной пищи. Ранее, госпитализировался со сходными симптомами. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) обнаруживали изменения поджелудочной железы, билиарный сладж. В межприступный период сохранялось удовлетворительное самочувствие. Не курит, алкоголь употребляет

эпизодически (2~3 раза в месяц). Отец с 30-летнего возраста страдал хроническим панкреатитом, умер в 47 лет от рака поджелудочной железы.

Какие признаки характерны для наследственного панкреатита?

Ответ. А) аутосомно-доминантное наследование

Б) нарастание частоты и выраженности рецидивов

В) высокий риск развития рака поджелудочной железы

Каков патогенетический механизм развития панкреатита при мутации гена катионического трипсиногена?

Ответ. Устойчивость трипсиногена к гидролизу, неконтролируемая каскадная самоактивация трипсина с последующей активацией трипсином других панкреатических проферментов и аутолизом ткани поджелудочной железы.

Какова относительная частота наследственного панкреатита с аутосомно-доминантным наследованием в этиологической структуре хронических панкреатитов?

Ответ. Частота наследственного панкреатита с аутосомно-доминантным наследованием в этиологической структуре хронических панкреатитов -5%

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. Мочепускание 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 см². Свободная жидкость в брюшной полости.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

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

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

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

Составьте план дополнительного обследования пациента.

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

Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении.

Обоснуйте свой выбор

Ответ. Отказ от алкоголя. Диета с содержанием белка 1,0 г/кг/сут. Калорийность пищи - 1800–2500 ккал/сут. Ограничение содержания соли до 5,2 г/сут. Санация кишечника с целью уменьшения эндотоксинемии. Лактулоза - 15-45 мл 2-3 раза в сутки (стул до 2-3 раз в сутки). Возможен приём 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. Спиронолактон - 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

Женщина 45 лет 15 лет страдает жёлчнокаменной болезнью (ЖКБ). Заболевание манифестировало приступом жёлчной колики, развившимся через 1,5 мес после родов. Приступ купирован консервативными методами лечения. В последующие годы за медицинской помощью не обращалась. Регулярно проводила недельные курсы голодания, в течение которых худеет на 6-7 кг. С 18 лет курит по 20 сигарет в день. Поводом обращения к врачу послужили появившиеся тупые боли в правом подреберье почти постоянного характера.

Действие каких факторов могло способствовать развитию ЖКБ у данной пациентки?:

Ответ. Женский пол, беременность, быстрое похудание

При УЗИ органов брюшной полости выявлено резкое утолщение стенок желчного пузыря. Определялись множественные конкременты, количество и размеры которых четко оценить не удалось. Для уточнения диагноза выполнена магнитно-резонансная томография. Описание: на фоне сниженной почти до нуля интенсивности сигнала от жёлчи визуализируются 7 камней диаметром до 1 см. Стенки жёлчного пузыря резко утолщены и уплотнены. Что такое «фарфоровый» жёлчный пузырь, как часто он наблюдается при ЖКБ и какими осложнениями опасен?

Ответ. Под термином «фарфоровый» жёлчный пузырь понимается кальцификация стенок жёлчного пузыря, обычно сопутствующая ЖКБ. При холецистэктомии данный патологический феномен встречается в 0,4–0,9% случаев. «Фарфоровый» жёлчный пузырь представляет собой предраковое состояние. Ассоциация с раком жёлчного пузыря составляет 12–60%.

Какова оптимальная лечебная тактика в данной ситуации?

Ответ. Холецистэктомия

Сформулируйте диагноз.

Ответ. ЖКБ, хронический рецидивирующий калькулезный холецистит (множественные конкременты желчного пузыря) с приступами желчных колик

Задача №4

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

Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья. За медицинской помощью не обращался. Периодически принимал эссенциале форте по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после значительной физической нагрузки усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Принимал баралгин, положительного эффекта не наблюдалось. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост-177 см, вес -79 кг, ИМТ 25,2кг/м². Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 72 в 1 мин; АД-130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$; нейтрофилы – $4,5 \times 10^9/л$; лимфоциты – $1,3 \times 10^9/л$; Нб – 144г/л; тромбоциты – $230 \times 10^9/л$; СОЭ – 20 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 36 мкмоль/л; непрямой билирубин – 29,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 6,5 мкмоль/л; АЛТ – 225 ед/л; АСТ – 150 ед/л; ГГТП – 83 ед/л; ЩФ – 143 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 72 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; альбумин – 39 г/л; общий белок – 71 г/л; альфа-1-глобулины – 3,0 г/л; альфа-2-глобулины – 5,5 г/л; бета-глобулины – 6,0 г/л; γ -глобулины – 17,5 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротеин – 3,2 ед/л; ферритин – 53 мкг/л; трансферрин – 2,5 г/л; калий – 3,9 ммоль/л; Na – 138 ммоль/л; амилаза – 43 ед/л; железо – 21,3 мкмоль/л; ХС – 5,0 ммоль/л; церулоплазмин – 185 мг/л. ПТИ – 55%. Иммуноферментный анализ (определение маркеров гепатитов В, С, Дв сыворотке крови): HBsAg (+); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти-HBe (+); анти-HBcIgM

(-); анти-HDV (-); анти-HCV (-); анти-ВИЧ – отрицательный. Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса G в сыворотке крови-7,0 г/л; - молекулярно-биологические исследования: ПЦР: ДНК ВГВ – положительный; количественный анализ ДНК ВГВ – 61000 МЕ/мл. Кал на скрытую кровь – отриц. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR) При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений; ЭКГ – без патологических изменений; тест связи чисел – в пределах нормы.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

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

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

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

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

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

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

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

Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

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

Рекомендована противовирусная терапия (ПВТ), так как у больных циррозом печени В назначать ПВТ требуется при любом определяемом уровне 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

Женщина 41 год жалобы на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приёма жирной, жареной пищи, физической нагрузки; боль иррадирует в правое плечо, правую лопатку, правую половину шеи; отмечает горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул, снижение аппетита.

Из анамнеза. Считает себя больной в течение трех лет, когда впервые появились общая слабость, боль ноющего характера в области правого подреберья, усиливающаяся после погрешностей в диете, физической

нагрузки, горечь во рту, отрыжка воздухом, неустойчивый стул (с тенденцией к запорам). За медицинской помощью не обращалась. При появлении болевого синдрома принимала аллохол, панкреатин, анальгин; отмечала временное улучшение самочувствия. Настоящее обострение в течение месяца, когда после употребления большого количества жирной пищи появились боли в области правого подреберья, горечь во рту, отрыжка воздухом. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдала желчнокаменной болезнью.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост 170 см, вес – 72 кг; ИМТ 24,9 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 70 в 1 мин; АД – 125/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см; пальпация печени затруднена из-за болезненности, преимущественно в точке желчного пузыря. Определяется болезненность в точке Маккензи, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа. Селезёнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований:

Общий анализ крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $11,3 \times 10^9/л$; нейтрофилы сегментоядерные – 75%; нейтрофилы палочкоядерные – 2%; лимфоциты – 19%; моноциты – 3%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; Нв – 141 г/л; тромбоциты – $215 \times 10^9/л$; СОЭ – 19 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямого билирубин – 17,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 26 ед/л; АСТ – 22 ед/л; ГГТП – 22 ед/л; ЩФ – 104 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; амилаза – 42 ед/л; ХС – 5,2 ммоль/л.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность не повышена, структура не изменена. Желчный пузырь увеличен (до 3,5 см в поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке; выявлено диффузное утолщение его стенок до 5 мм, их уплотнение. Ductuscholedochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность не повышена. Панкреатический проток не расширен. Дуоденальное зондирование (микроскопическое исследование желчи): в порции «В» выявлено скопление слизи, лейкоцитов, клеточного эпителия, кристаллы холестерина, билирубинат кальция.

Общий анализ мочи: в пределах нормы. ЭКГ - без патологических изменений; эзофагогастродуоденоскопия – без патологических изменений; иммуноферментный анализ на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, токсакароз – отрицательный. Кал на яйца глист (трижды) – отрицательный.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ответ. Хронический бескаменный холецистит бактериальной этиологии, фаза обострения.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ. Диагноз «хронический бескаменный холецистит бактериальной этиологии, фаза обострения» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема жирной, жареной пищи, иррадиирующую в правое плечо, правую лопатку; горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул; (типичны для хронического холецистита).

Подтверждают диагноз «хронический холецистит» данные анамнеза, объективного осмотра (умеренная болезненность при пальпации в области правого подреберья, болезненность в точке Макензи, положительные симптомы Ортнера, Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского справа).

В общем анализе крови выявлены воспалительные изменения: лейкоцитоз (до $11,3 \times 10^9/\text{л}$); повышение СОЭ - до 19 мм/ч.

При УЗИ органов брюшной полости визуализируется увеличенный до 3,5 см, деформированный желчный пузырь с перегибом в шейке, что свидетельствует о хроническом процессе. Выявлено утолщение (до 5 мм) и уплотнение стенок желчного пузыря, что характерно для хронического холецистита.

Подтверждают диагноз «хронический холецистит» данные дуоденального зондирования (при микроскопии желчи определяются скопления слизи, лейкоцитов и клеточного эпителия).

Исключена паразитарная этиология хронического холецистита: (иммуноферментный анализ на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, токсакароз – отрицательный); а также отрицательный результат анализа кала на яйца глист (трижды).

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Ответ. В план обследования необходимо включить ультразвуковую холецистографию для уточнения функциональной способности желчного пузыря; бактериологическое исследование желчи для определения возбудителя хронического холецистита.

Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

Ответ. Рекомендовано соблюдение диеты «щадящая». Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао, орехи. Показан частый дробный прием пищи (до 5-6 раз в день). Важным является снижение в пищевом рационе доли животных жиров и увеличение растительных. Для предупреждения застоя желчи и улучшения пассажа химуса по кишечнику блюда обогащаются пищевыми волокнами в виде пшеничных отрубей.

Пациентке показано назначение антибактериальных препаратов:

фторхинолоны: Ципрофлоксацин по 500 мг два раза в сутки после еды в течение 7 дней.

Коррекция антибактериальной терапии проводится после получения посева желчи на микрофлору и определения ее чувствительности к антибиотику.

Для купирования болевого синдрома показано назначение селективного миотропного спазмолитика Мебеверина гидрохлорида (Дюспаталин) в дозе 200 мг 2 раза в сутки в течение 2-4 недель или тримебутина малеат (тримедат) по 200 мг 3 раза в день за 20-30 минут до еды-2-4 недели

При повторном обращении к врачу через 1 месяц после лечения пациентка отмечает улучшение самочувствия, исчезновение общей слабости, болей в правом подреберье, горечи во рту, тошноты, отрыжки воздухом, нормализацию стула. Объективно: язык влажный, не обложен; живот мягкий, безболезненный. Симптомы Ортнера, Кери, Мерфи, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа – отрицательные. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови - в пределах нормы. При УЗИ органов брюшной полости – патологических изменений не выявлено. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ответ. У пациентки в результате лечения отмечена положительная динамика. Исчезли проявления астенического, болевого, диспепсического синдромов. При объективном обследовании – «пузырные» симптомы отрицательные. Воспалительные изменения в крови нивелировались. По данным УЗИ органов брюшной полости также отмечена положительная динамика. Пациентке рекомендовано соблюдение диеты. Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао, орехи, изделия из теста (особенно сдобного), кремы, мясные бульоны. Исключить продукты, содержащие большое количество холестерина (печень, мозги, яичные желтки, бараний и говяжий жиры и др.). Показан частый дробный прием пищи (до 5-6 раз в день). Для предупреждения застоя желчи и улучшения пассажа химуса по кишечнику блюда обогащаются пищевыми волокнами в виде пшеничных отрубей. Энергетическая ценность рациона должна составлять 2500-2900 ккал с оптимальным содержанием белков, жиров, углеводов и витаминов. Избегать физического и эмоционального перенапряжения. В фазе ремиссии показана лечебная гимнастика, а также санаторно-курортное лечение, которое проводят в Ессентуках, Железноводске, Пятигорске, Трускавце, Белокурихе, Моршине, Джермуке и др. Диспансерное наблюдение у терапевта, гастроэнтеролога.