

**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 № 6
«17» 06 2025г.

УТВЕРЖДЕНО
приказом ректора
«20» 06 2025г.
№ 341

**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, 2025

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:

№№	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 13 марта 2025г. № 298.
- 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

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
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		
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 Диагностики и лечения диффузных	готовность к: диагностики и лечению диффузных заболеваний печени	
	должен знать: порядок оказания медицинской помощи по профилю «гастроэнтерология»; стандарты медицинской помощи по профилю	

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

	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 диффузными заболеваниями печени; 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 должен уметь: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов с диффузными заболеваниями печени; анализировать и интерпретировать информацию, полученную от пациентов с диффузными заболеваниями печени; производить осмотр пациентов с диффузными заболеваниями печени; анализировать и интерпретировать результаты физикального обследования пациентов с диффузными заболеваниями печени; формулировать предварительный диагноз и составлять план проведения лабораторных и инструментальных исследований, с определением очередности, объема, содержание диагностических мероприятий для пациентов с диффузными заболеваниями печени; обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных исследований пациентов с диффузными заболеваниями печени; интерпретировать результаты инструментального обследования пациентов с диффузными заболеваниями печени; обосновывать необходимость направления	
--	---	--

	пациентов с диффузными заболеваниями печени к врачам-специалистам; оценивать тяжесть заболевания и (или) состояния пищеварительной системы пациентов с диффузными заболеваниями печени; устанавливать диагноз с учетом МКБ пациентам с диффузными заболеваниями печени; производить дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы, с диффузными заболеваниями печени используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений), с учетом МКБ; определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; определять медицинские показания для направления в целях оказания медицинской помощи в стационарные условия или условия дневного стационара; 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; 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; назначать немедикаментозное лечение и лечебное питание 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; 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; анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациентов с диффузными заболеваниями печени; оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов с диффузными заболеваниями печени; оценивать эффективность и безопасность применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациентов с диффузными заболеваниями печени; 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	
	должен владеть: сбором жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни пациентов с диффузными заболеваниями печени; анализом и интерпретацией информации, полученной от пациента с диффузными заболеваниями печени; проведением осмотра пациентов с диффузными заболеваниями печени;	

	интерпретацией и анализом результатов осмотра пациентов с диффузными заболеваниями печени; оценкой тяжести заболевания и (или) состояния пациентов с диффузными заболеваниями печени; формулировкой предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований пациентов с диффузными заболеваниями печени; 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; 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; проведением дифференциальной диагностики у пациентов с диффузными заболеваниями печени; установкой диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ); направлением пациентов с диффузными заболеваниями печени для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара; определение медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с диффузными заболеваниями печени; разработкой плана лечения пациентов с	
--	--	--

	диффузными заболеваниями печени с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития; 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; 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; оказанием медицинской помощи в неотложной форме пациентам с диффузными заболеваниями печени; оценкой эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов с диффузными заболеваниями печени; оценкой эффективности и безопасности применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациентов с диффузными заболеваниями печени; 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	
--	---	--

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
«Современные протоколы диагностики и лечения диффузных заболеваний печени»
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	Ф
				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 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	
	Всего часов (специальные дисциплины)	34	12		12			22	10	12							
	Итоговая аттестация	2															за
	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 1.1 Современные протоколы диагностики и лечения диффузных заболеваний печени

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
1.1	Современные протоколы диагностики и лечения диффузных заболеваний печени
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	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	ДиагностикаАлгоритм 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 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: http://109.195.230.156:9080/opacg/	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-образовательный медицинский ресурс]. – Москва. - URL: https://webmedinfo.ru/	Открытый 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., профес сор	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	2025
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 HBe 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		
			MPT 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-Коновалова		
			синдрома раздраженного кишечника		
			первичного билиарного цирроза печени		
	*		аутоиммунного гепатита		
1	1	19			
19			Синдром холестаза сопровождается повышением		
			острофазовых белков		
			уровня аспартатаминотрансферазы 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		
			цитолиза		
			рабдомиолиза		
	*		холестаза		
1	1	22			
22			Для синдрома цитолиза при хроническом гепатите любой этиологии характерно повышение уровня		
			прямого билирубина		
	*		трансаминаз		
			холестерина		
			щелочной фосфотазы		
1	1	23			
23			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	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 развиваться вследствие суперинфекции при		
	*		любой форме хронического гепатита В		
			только при HBeAg отрицательном варианте хронического гепатита В		
			только при неактивном носительстве HBs 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/м². Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 мин; АД 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 10 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезёнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,3 \times 10^9/л$; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Hb – 148 г/л; тромбоциты – $217 \times 10^9/л$; СОЭ – 18 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 27 мкмоль/л; непрямой билирубин – 22,5 мкмоль/л; АЛТ – 200 ед/л; АСТ – 204 ед/л; ГГТП – 99 ед/л; ЩФ – 301 ед/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 7,1 г/л; γ -глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопrotein – 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). Исклучена другая (вирусная) этиология хронического гепатита: исследование крови на маркеры гепатита В, С: HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отрицательный. Степень активности хронического алкогольного гепатита определена на основании повышения уровня АЛТ и

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

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

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

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

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

Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

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

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

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

При объективном осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски.

Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. 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. Фиброгастроудоденоскопия: 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 (Гепта-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

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

Предположите наиболее вероятный диагноз.

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

Назовите синдромы поражения внутренних органов.

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

Обоснуйте, почему выделили указанные синдромы.

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

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

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

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

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

Задача №4

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

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

фетопротеин – 3,2 ед/л; ферритин – 53 мкг/л; трансферрин – 2,5 г/л; калий – 3,9 ммоль/л; Na–138 ммоль/л; амилаза – 43 ед/л; железо – 21,3 мкмоль/л; ХС – 5,0 ммоль/л; церулоплазмин – 185 мг/л. ПТИ – 55%. Иммуноферментный анализ (определение маркеров гепатитов В, С, 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 виремии 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 2×10^5 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 порталый 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).