

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 20.06.2020
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ **«Вопросы гепатологии в практике врача-эндокринолога»**

Специальность 31.08.53 Эндокринология

Направленность программы – Эндокринология

Форма обучения очная

Срок получения образования 2 года

Кафедра госпитальной терапии

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

- 1) ФГОС ВО по специальности 31.08.53 Эндокринология, утвержденного Министерством науки и высшего образования РФ «02» февраля 2022 г., приказ № 100.
- 2) Учебного плана по специальности 31.08.53 Эндокринология, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «28» апреля 2023 г., протокол № 4.
- 3) Профессионального стандарта «Врач-эндокринолог», утвержденного Министерством труда и социальной защиты РФ «14» марта 2018 г., приказ № 132н.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

Кафедрой госпитальной терапии «11» мая 2023 г. (протокол № 10)

Заведующий кафедрой д.м.н., доцент Ж.Г. Симонова

Методической комиссией по программам подготовки кадров высшей квалификации «17» мая 2023 г. (протокол № 6)

Председатель методической комиссии И.А. Коковихина

Центральным методическим советом «18» мая 2023 г. (протокол № 6)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчик:

Заведующий кафедрой
госпитальной терапии Ж.Г. Симонова

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП	4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)	4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)	4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП	4
1.4. Объекты профессиональной деятельности	5
1.5. Типы задач профессиональной деятельности	5
1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы	5
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	9
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	10
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	10
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами	10
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	10
3.4. Тематический план лекций	10
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)	11
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	12
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	12
4.1. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	12
4.1.1. Основная литература	12
4.1.2. Дополнительная литература	12
4.2. Нормативная база	13
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	13
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	13
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	14
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	15
5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине	16
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	18
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	19
Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	19
8.1. Выбор методов обучения	19
8.2. Обеспечение обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья печатными и электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья	20
8.3. Проведение текущего контроля и промежуточной аттестации с учетом особенностей нозологий инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	20
8.4. Материально-техническое обеспечение образовательного процесса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	20

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП

1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)

Цель изучения дисциплины (модуля): подготовка квалифицированного врача-ординатора по специальности 31.08.53 Эндокринология, обладающего системой профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в сфере оказания медицинской помощи эндокринологическим больным с поражениями печени.

1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)

1. Сформировать навыки диагностики заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования
2. Сформировать необходимый объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача-эндокринолога, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
3. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-эндокринолога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.
4. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.
5. Подготовить врача-эндокринолога к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при urgentных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
6. Подготовить врача-эндокринолога, владеющего навыками и врачебными манипуляциями по профильной специальности и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.
7. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача эндокринолога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин, имеющего углубленные знания в области поражения печени при эндокринных заболеваниях.
8. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере эндокринологии и поражения печени при эндокринных заболеваниях.
9. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов, способного успешно решать свои профессиональные задачи при поражении печени при эндокринных заболеваниях.
10. Подготовить врача-специалиста, владеющего навыками и врачебными манипуляциями по эндокринологии и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи при поражении печени при эндокринных заболеваниях

1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина «Вопросы гепатологии в практике врача-эндокринолога» относится к блоку Б1. Дисциплины (модули) части, формируемой участниками образовательных отношений. Элективные дисциплины (модули).

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: Эндокринология.

Является предшествующей для изучения дисциплин/прохождения практик: Производственная практика. Клиническая. Поликлиническая.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших рабочую программу дисциплины (модуля), являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

1.5. Типы задач профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины (модуля) направлено на подготовку к решению задач профессиональной деятельности следующих типов:
медицинский.

1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование у выпускника следующих компетенций:

№ п/п	Результаты освоения ОПОП (индекс и содержание компетенции)	Индикатор достижения компетенции	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства		№ раздела дисциплины, № семестра, в которых формируется компетенция
			Знать	Уметь	Владеть	для текущего контроля	для промежуточной аттестации	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	ИД УК 1.1. Критически анализирует проблемную ситуацию в профессиональной деятельности как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними.	методы и приемы медицинского анализа проблем, связанных с заболеваниями печени; методы выявления симптомов, синдромов заболеваний печени, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней	самостоятельно применять методы выявления симптомов, синдромов заболеваний печени, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней	навыками устного и письменного аргументирования постановки предварительного диагноза заболеваний печени с дальнейшим определением маршрутизации для данных пациентов	тестирование, ситуационные задачи, курация пациентов, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	Раздел №1 Семестр № 4
2	ПК-2. Способен проводить	ИД ПК 2.3. Осуществляет	симптомы и синдромы заболеваний печени, при ко-	провести обследование пациентов с заболеваниями печени с	навыками обследования пациентов с заболеваниями печени с	тестирование, ситуа-	тестирование, ситуа-	Раздел №1 Семестр № 4

	<p>обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью установления диагноза</p>	<p>направление пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>торых необходимо направить пациентов на дальнейшее лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>целью установления диагноза и направить пациентов на дальнейшее лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>целью установления диагноза и направления пациентов на дальнейшее лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>ционные задачи, курация пациентов, собеседование</p>	<p>ционные задачи, прием практических навыков, собеседование</p>	
	<p>ИД ПК 2.4. Осуществляет обоснование и постановку диагноза с учетом действующей</p>	<p>этиологию и патогенез, современные классификации клиническую симптоматику заболеваний печени.</p>	<p>выявлять клинические симптомы и синдромы у эндокринологических пациентов с заболеваниями печени. Исползовать</p>	<p>навыками обоснования и постановки диагноза в соответствии с МКБ.</p>	<p>тестирование, ситуационные задачи, курация пациентов,</p>	<p>тестирование, ситуационные задачи, прием практических</p>	<p>Раздел №1 Семестр № 4</p>	

		шей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	Современные методы клинической и параклинической диагностики заболеваний. печени Симптомы и особенности течения заболеваний печени у эндокринологических пациентов.	алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики эндокринологических пациентов с заболеваниями печени в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.		собеседование	навыков, собеседование	
3	ПК-3. Способен назначать лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, контролировать его эффективность и безопасность	ИД ПК 3.1. Разрабатывает план лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими	порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «гастроэнтерология». Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологической помощи при заболеваниях печени.	разрабатывать план лечения эндокринологических пациентов с заболеваниями печени в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стан-	навыками разработки плана лечения эндокринологических пациентов с заболеваниями печени с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам	собеседование, ситуационные задачи, курация пациентов, тестирование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	Раздел №1 Семестр №4

		<p>рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями печени. Современные методы лечения эндокринологических пациентов с заболеваниями печени в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.</p>	<p>дартов медицинской помощи.</p>	<p>оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.</p>			
		<p>ИД ПК 3.2. Назначает лекарственные препараты, немедикаментозную терапию, медицинские изделия, лечебное питание пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с</p>	<p>механизмы действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии и лечебного питания, применяемых у эндокринологических пациентов с заболеваниями печени; показания и медицинские противопоказания к их назначению; возможные осложнения, побочные</p>	<p>обосновывать применение, определять последовательность применения, назначать и анализировать действие лекарственных препаратов, немедикаментозного лечения, медицинских изделий и лечебного питания у эндокринологических пациентов с заболеваниями печени в соответствии с</p>	<p>навыками назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии и лечебного питания эндокринологическим пациентам с заболеваниями печени в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими ре-</p>	<p>собеседование, ситуационные задачи, курация пациентов, тестирование</p>	<p>тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование</p>	<p>Раздел №1 Семестр № 4</p>

	действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, оценивает эффективность и безопасность их применения	действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные. Принципы и методы хирургического лечения заболеваний печени и (или) состояний у эндокринологических пациентов; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные. Принципы и методы оказания медицинской помощи в неотложной форме эндокринологическим пациентам с заболеваниями печени	действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Проводить мониторинг эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии и лечебного питания у эндокринологических пациентов с заболеваниями печени.	ями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Владеть навыками оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии и лечебного питания для эндокринологических пациентов с заболеваниями печени. Владеть навыками оказания медицинской помощи в неотложной форме.			
--	---	---	---	--	--	--	--

Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 1 зачетную единицу, 36 час.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры
		№ 4
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Контактная работа (всего)	24	24
в том числе:		
- лекции (Л)	2	2
- практические занятия (ПЗ)	22	22
Самостоятельная работа (всего)	12	12
в том числе:		

- подготовка к занятиям		3	3
- подготовка к текущему контролю		3	3
- подготовка к промежуточной аттестации		3	3
- курация пациентов, амбулаторный приём с заполнением документации		3	3
Вид промежуточной аттестации	зачет	+	
Общая трудоемкость (часы)		36	36
Зачетные единицы		1	1

Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)

3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела (темы разделов)
1	2	3	4
1.	УК-1, ПК-2, ПК-3	Вопросы гепатологии в практике врача-эндокринолога	<i>Лекции:</i> Болезни печени: вопросы диагностики и лечения; НАЖБП: актуальность, диагностика и лечение. <i>Практические занятия:</i> Токсические и лекарственно – индуцированные заболевания печени; Неалкогольная жировая болезнь печени; Аутоиммунные заболевания печени; Цирроз печени.

3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами

№ п/п	Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин	№ разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин	
		1	+
1	Производственная практика. Клиническая. Поликлиническая		+

3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Л	ПЗ	СРС	Всего часов
1	2	3	4	5	6
1	Вопросы гепатологии в практике врача-эндокринолога	2	22	12	36
	Вид промежуточной аттестации:	зачет			+
	Итого:	2	22	12	36

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)
				сем. № 4
1	2	3	4	5
1	1	Болезни печени: вопросы диагностики и лечения	Болезни печени и желчевыводящих путей: клиника, диагностика заболеваний печени и желчевыводящих путей; лабораторно- ин-	1

			струментальные методы диагностики; лечебная тактика. Особенности течения заболеваний в практике врача-эндокринолога.	
2	1	НАЖБП: актуальность, диагностика и лечение	Неалкогольная жировая болезнь печени: клиника, диагностика; лабораторно-инструментальные методы диагностики; лечебная тактика. Особенности течения заболевания в практике врача-эндокринолога.	1
Итого:				2

3.5. Тематический план практических занятий

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)
				сем. № 4
1	2	3	4	5
1	1	Токсические и лекарственно – индуцированные заболевания печени.	Определение гепатитов, этиология и патогенез. Классификация хронических гепатитов. Клинические проявления хронических гепатитов. Методы диагностики и дифференциальная диагностика хронических гепатитов. Особенности течения токсических и лекарственно – индуцированных гепатитов. Лечение. Особенности течения заболеваний в практике врача-эндокринолога.	4
			Практическая подготовка: курация пациентов, клинические разборы пациентов с акцентом на неясных вопросах.	1
2	1	Неалкогольная жировая болезнь печени.	Определение неалкогольной жировой болезни печени, этиология и патогенез. Клинические проявления. Методы диагностики и дифференциальная диагностика НАЖБП. Особенности течения НАЖБП, факторы риска. НАЖБП и сахарный диабет 2 типа. Лечение. Особенности течения заболеваний в практике врача-эндокринолога.	4
			Практическая подготовка: курация пациентов, клинические разборы пациентов с акцентом на неясных вопросах.	1
3	1	Аутоиммунные заболевания печени.	Определение аутоиммунных заболеваний печени, патогенез. Клинические проявления аутоиммунных заболеваний печени. Методы диагностики и дифференциальная диагностика аутоиммунных заболеваний печени. ПБЦ, патогенез. Клинические проявления, диагностика. Тактика лечения аутоиммунных заболеваний печени. Особенности течения заболеваний в практике врача-эндокринолога.	4
			Практическая подготовка: курация пациентов, клинические разборы пациентов с акцентом на неясных вопросах.	2
4	1	Цирроз печени.	Этиология, патогенез, эпидемиология циррозов печени. Классификация циррозов печени. Клинические проявления циррозов печени. Методы диагностики и дифференциальная диагностика циррозов печени. Портальная гипертензия, стадии, типы. Тактика лечения. Особенности течения заболеваний в практике врача-эндокринолога.	4

			Практическая подготовка: курация пациентов, клинические разборы пациентов с акцентом на неясных вопросах.	1
5	1	Зачетное занятие	Тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	1
Итого:				22

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	4	Вопросы гепатологии в практике врача-эндокринолога	Подготовка к занятиям, подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации, курация пациентов, амбулаторный приём с заполнением документации	12
Итого часов в семестре:				12
Всего часов на самостоятельную работу:				12

Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)

4.1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

4.1.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Гастроэнтерология: национальное руководство	Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л.	2018, М.: ГЭОТАР-Медиа	6	+

4.1.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Гастроэнтерология: национальное руководство	Циммерман Я.С.	2015, М.: "ГЭОТАР-Медиа"	5	+
2	Гастроэнтерология: национальное руководство. Краткое издание	Ивашкин В. Т., Лапина Т. Л.	2018, М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018.	-	+
3.	Заболевания пищеварительного тракта: патогенез и фармакотерапия: учебное пособие. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477021.html	Ходорович Н. А. Шкробнева И.И.	2022, М.: ГЭОТАР-Медиа	-	+
4.	Фармакотерапия заболеваний желудочно-кишечного тракта: руководство для врачей - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477021.html .	Ших Е. В., Дроздов В. Н.	2023, М.: ГЭОТАР-Медиа	-	+

4.2. Нормативная база

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 541н от 23.07.2010 г. «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения"»;
- Приказ Минздрава России от 13.03.2023 №104н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»»;
- Клинические рекомендации «Сахарный диабет 2 типа у взрослых» 2022 г. Российская ассоциация эндокринологов. Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ.
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 906н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "гастроэнтерология"
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 923н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия".

4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

На данных сайтах можно найти сведения по разделу «Организационные и клинические аспекты психиатрии»:

- 1) Федеральный портал «Российское образование» (<http://www.edu.ru>)
- 2) Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (<http://whodc.mednet.ru>)
- 3) Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (<http://www.univadis.ru>)

4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор Microsoft Office (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор Microsoft Office (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
3. Договор Microsoft Office (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).
4. Договор Windows (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)
5. Договор Windows (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
6. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),
7. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 150-249 Node 1 year Educational Renewal License, срок использования с 23.08.2022 до 31.08.2023 г., номер лицензии 280E-220823-071448-673-1647,
8. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный),
9. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),
10. ПО FoxitPhantomPDF Стандарт, 1 лицензия, бессрочная, дата приобретения 05.05.2016 г.

Обучающиеся обеспечены доступом (удаленным доступом) к современным профессиональным базам данных и информационно-справочным системам:

- 1) Научная электронная библиотека e-LIBRARY. Режим доступа: <http://www.e-library.ru/>.
- 2) Справочно-поисковая система Консультант Плюс – ООО «КонсультантКиров».
- 3) «Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ». Режим доступа: <http://elib.kirovgma.ru/>.
- 4) ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ». Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.

- 5) ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа». Режим доступа: <http://www.biblioclub.ru>.
- 6) ЭБС «Консультант врача» - ООО ГК «ГЭОТАР». Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/>
- 7) ЭБС «Айбукс» - ООО «Айбукс». Режим доступа: <http://ibooks.ru>.

4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)

В процессе преподавания дисциплины (модуля) используются следующие специальные помещения:

<i>Наименование специализированных помещений</i>	<i>Номер кабинета, адрес</i>	<i>Оборудование, технические средства обучения, размещенные в специализированных помещениях</i>
учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа	г. Киров, ул. Воровского, 42, корп. 5, учебная комната, корп. 3, каб. 1, 2, 3 кафедра госпитальной терапии	компьютер с выходом в интернет, мультимедиа проектор, экран
учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа	г. Киров, ул. Воровского, 42, корп. 5, учебная комната, корп. 3, каб. 1, 2, 3 кафедра госпитальной терапии	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), компьютеры с выходом в интернет, мультимедиа проектор, экран, наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий (наборы таблиц, мультимедийных наглядных материалов по различным разделам дисциплины, видеофильмы, ситуационные задачи, тестовые задания по изучаемым темам), нормативно-правовые документы
учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций	г. Киров, ул. Воровского, 42, корп. 5, учебная комната, корп. 3, каб. 1, 2, 3 кафедра госпитальной терапии	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические)
учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации	г. Киров, ул. Воровского, 42, корп. 5, учебная комната, корп. 3, каб. 1, 2, 3 кафедра госпитальной терапии	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические)
помещения для самостоятельной работы	читальный зал библиотеки г. Киров, ул. К.Маркса,137 (1 корпус)	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), компьютер с возможностью выхода к сети «Интернет» и доступом в электронную информационно-образовательную среду вуза для работы с нормативно-правовой документацией, в т.ч. электронной базой "Консультант плюс"

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду университета.

Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях и практических занятиях) и самостоятельную работу.

Основное учебное время выделяется на *контактную работу*.

В качестве основных форм организации учебного процесса по дисциплине выступают классические лекционные и практические занятия (с использованием интерактивных технологий обучения), а также самостоятельная работа обучающихся.

При изучении учебной дисциплины (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения по диагностике заболеваний печени у пациентов и тактике при их выявлении.

При проведении учебных занятий кафедра обеспечивает развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерских качеств (путем проведения интерактивных лекций, групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплины (модуля) в форме курса, составленного на основе результатов научных исследований, проводимых Университетом, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей).

Лекции:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении тем: Болезни печени: вопросы диагностики и лечения; НАЖБП: актуальность, диагностика и лечение.

На лекциях излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, к зачету, а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала происходит в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекций смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через постановку проблем обучения и показ путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции является метод проблемного изложения материала.

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области диагностики заболеваний печени у пациентов.

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, демонстрации тематических больных и использования наглядных пособий, отработки практических навыков при решении ситуационных задач, тестовых заданий, разборах клинических больных.

Выполнение практической работы обучающиеся производят как в устном, так и в письменном виде, в виде презентаций и докладов.

Практическое занятие способствует более глубокому пониманию теоретического материала учебной дисциплины, а также развитию, формированию и становлению различных уровней составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

- практикум традиционный по всем темам практических занятий.

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Вопросы гепатологии в практике врача-эндокринолога» и включает подготовку к занятиям, текущему контролю, промежуточной аттестации, курация пациентов, амбулаторный приём с заполнением документации.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Вопросы гепатологии в практике врача-эндокринолога» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины, обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно готовят обзоры научной литературы, проводят курацию пациентов,

оформляют дневники курации и представляют их на занятиях. Обзор научной литературы, написание дневников курации способствуют формированию навыков использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствуют формированию клинического мышления. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме устного опроса в ходе занятий, во время клинических разборов (курация пациентов), решения типовых ситуационных задач, тестового контроля.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием тестового контроля, проверки практических умений, решения ситуационных задач, собеседования.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине

Применение электронного обучения и дистанционных образовательных технологий по дисциплине осуществляется в соответствии с «Порядком реализации электронного обучения и дистанционных образовательных технологий в ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России», введенным в действие 01.11.2017, приказ № 476-ОД.

Дистанционное обучение реализуется в электронно-информационной образовательной среде Университета, включающей электронные информационные и образовательные ресурсы, информационные и телекоммуникационные технологии, технологические средства, и обеспечивающей освоение обучающимися программы в полном объеме независимо от места нахождения.

Электронное обучение (ЭО) – организация образовательной деятельности с применением содержащейся в базах данных и используемой при реализации образовательных программ информации и обеспечивающих ее обработку информационных технологий, технических средств, а также информационно-телекоммуникационных сетей, обеспечивающих передачу по линиям связи указанной информации, взаимодействие обучающихся и преподавателя.

Дистанционные образовательные технологии (ДОТ) – образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (на расстоянии) взаимодействии обучающихся и преподавателя. Дистанционное обучение – это одна из форм обучения.

При использовании ЭО и ДОТ каждый обучающийся обеспечивается доступом к средствам электронного обучения и основному информационному ресурсу в объеме часов учебного плана, необходимых для освоения программы.

В практике применения дистанционного обучения по дисциплине используются методики синхронного и асинхронного обучения.

Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает общение обучающегося и преподавателя в режиме реального времени – on-line общение. Используются следующие технологии on-line: вебинары (или видеоконференции), аудиоконференции, чаты.

Методика асинхронного дистанционного обучения применяется, когда невозможно общение между преподавателем и обучающимся в реальном времени – так называемое off-line общение, общение в режиме с отложенным ответом. Используются следующие технологии off-line: электронная почта, рассылки, форумы.

Наибольшая эффективность при дистанционном обучении достигается при использовании смешанных методик дистанционного обучения, при этом подразумевается, что программа обучения строится как из элементов синхронной, так и из элементов асинхронной методики обучения.

Учебный процесс с использованием дистанционных образовательных технологий осуществляется посредством:

- размещения учебного материала на образовательном сайте Университета;
- сопровождения электронного обучения;
- организации и проведения консультаций в режиме «on-line» и «off-line»;
- организации обратной связи с обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;
- обеспечения методической помощи обучающимся через взаимодействие участников учебного процесса с использованием всех доступных современных телекоммуникационных средств, одобренных локальными нормативными актами;
- организации самостоятельной работы обучающихся путем обеспечения удаленного доступа к образовательным ресурсам (ЭБС, материалам, размещенным на образовательном сайте);
- контроля достижения запланированных результатов обучения по дисциплине обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;
- идентификации личности обучающегося.

Реализация программы в электронной форме начинается с проведения организационной встречи с обучающимися посредством видеоконференции (вебинара).

При этом преподаватель информирует обучающихся о технических требованиях к оборудованию и каналам связи, осуществляет предварительную проверку связи с обучающимися, создание и настройку вебинара. Преподаватель также сверяет предварительный список обучающихся с фактически присутствующими, информирует их о режиме занятий, особенностях образовательного процесса, правилах внутреннего распорядка, графике учебного процесса.

После проведения установочного вебинара учебный процесс может быть реализован асинхронно (обучающийся осваивает учебный материал в любое удобное для него время и общается с преподавателем с использованием средств телекоммуникаций в режиме отложенного времени) или синхронно (проведение учебных мероприятий и общение обучающегося с преподавателем в режиме реального времени).

Преподаватель самостоятельно определяет порядок оказания учебно-методической помощи обучающимся, в том числе в форме индивидуальных консультаций, оказываемых дистанционно с использованием информационных и телекоммуникационных технологий.

При дистанционном обучении важным аспектом является общение между участниками учебного процесса, обязательные консультации преподавателя. При этом общение между обучающимися и преподавателем происходит удаленно, посредством средств телекоммуникаций.

В содержание консультаций входят:

- разъяснение обучающимся общей технологии применения элементов ЭО и ДОТ, приемов и способов работы с предоставленными им учебно-методическими материалами, принципов самоорганизации учебного процесса;
- советы и рекомендации по изучению программы дисциплины и подготовке к промежуточной аттестации;
- анализ поступивших вопросов, ответы на вопросы обучающихся;
- разработка отдельных рекомендаций по изучению частей (разделов, тем) дисциплины, по подготовке к текущей и промежуточной аттестации.

Также осуществляются индивидуальные консультации обучающихся в ходе выполнения ими письменных работ.

Обязательным компонентом системы дистанционного обучения по дисциплине является электронный учебно-методический комплекс (ЭУМК), который включает электронные аналоги печатных учебных изданий (учебников), самостоятельные электронные учебные издания (учебники), дидактические материалы для подготовки к занятиям, текущему контролю и промежуточной аттестации, аудио- и видеоматериалы, другие специализированные компоненты (текстовые, звуковые,

мультимедийные). ЭУМК обеспечивает в соответствии с программой организацию обучения, самостоятельной работы обучающихся, тренинги путем предоставления обучающимся необходимых учебных материалов, специально разработанных для реализации электронного обучения, контроль знаний. ЭУМК размещается в электронно-библиотечных системах и на образовательном сайте Университета.

Используемые виды учебной работы по дисциплине при применении ЭО и ДОТ:

№ п/п	Виды занятий/работ	Виды учебной работы обучающихся	
		Контактная работа (on-line и off-line)	Самостоятельная работа
1	Лекции	- веб-лекции (вебинары) - видеолекции - лекции-презентации	- работа с архивами проведенных занятий - работа с опорными конспектами лекций - выполнение контрольных заданий
2	Практические, семинарские занятия	- видеоконференции - вебинары - семинары в чате	- работа с архивами проведенных занятий - самостоятельное изучение учебных и методических материалов - решение тестовых заданий и ситуационных задач - работа по планам занятий - самостоятельное выполнение заданий и отправка их на проверку преподавателю
3	Консультации (групповые и индивидуальные)	- видеоконсультации - веб-консультации - консультации в чате	- консультации-форумы (или консультации в чате) - консультации посредством образовательного сайта
4	Контрольные, проверочные, самостоятельные работы	- видеозащиты выполненных работ (групповые и индивидуальные) - тестирование	- работа с архивами проведенных занятий - самостоятельное изучение учебных и методических материалов - решение тестовых заданий и ситуационных задач

При реализации программы или ее частей с применением электронного обучения и дистанционных технологий кафедра ведет учет и хранение результатов освоения обучающимися дисциплины на бумажном носителе и (или) в электронно-цифровой форме (на образовательном сайте, в системе INDIGO).

Текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация обучающихся по учебной дисциплине с применением ЭО и ДОТ осуществляется посредством собеседования (on-line), компьютерного тестирования или выполнения письменных работ (on-line или off-line).

Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) (приложение А)

Изучение дисциплины следует начинать с проработки данной рабочей программы, методических указаний, прописанных в программе, особое внимание уделяется целям, задачам, структуре и содержанию дисциплины.

Успешное изучение дисциплины требует от обучающихся посещения лекций, активной работы на практических занятиях, выполнения всех учебных заданий преподавателя, ознакомления с базовыми учебниками, основной и дополнительной литературой. Лекции имеют в основном обзорный характер и нацелены на освещение наиболее трудных вопросов, а также призваны способствовать формированию навыков работы с научной литературой. Предполагается, что обучающиеся приходят на лекции, предварительно проработав соответствующий учебный материал по источникам, рекомендуемым программой.

Основным методом обучения является самостоятельная работа студентов с учебно-методическими материалами, научной литературой, Интернет-ресурсами.

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесобразное планирование рабочего времени позволяют обучающимся развивать умения и навыки в усвоении и систематизации приобретаемых знаний, обеспечивать высокий уровень успеваемости в период обучения, получить навыки повышения профессионального уровня.

Основной формой промежуточного контроля и оценки результатов обучения по дисциплине является зачет. На зачете обучающиеся должны продемонстрировать не только теоретические знания, но и практические навыки, полученные на практических занятиях.

Постоянная активность на занятиях, готовность ставить и обсуждать актуальные проблемы дисциплины - залог успешной работы и положительной оценки.

Подробные методические указания к практическим занятиям и внеаудиторной самостоятельной работе по каждой теме дисциплины представлены в приложении А.

Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) (приложение Б)

Оценочные средства – комплект методических материалов, нормирующих процедуры оценивания результатов обучения, т.е. установления соответствия учебных достижений запланированным результатам обучения и требованиям образовательной программы, рабочей программы дисциплины.

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

1. Перечня компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.
2. Показателей и критерий оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.
3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.
4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине представлены в приложении Б.

Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

8.1. Выбор методов обучения

Выбор методов обучения осуществляется, исходя из их доступности для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Выбор методов обучения определяется содержанием обучения, уровнем профессиональной подготовки педагогов, методического и материально-технического обеспечения, особенностями восприятия учебной информации обучающимися-инвалидами и обучающимися с ограниченными возможностями здоровья. В образовательном процессе используются социально-активные и рефлексивные методы обучения, технологии социокультурной реабилитации с целью оказания помощи в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в группе.

В освоении дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья большое значение имеет индивидуальная работа. Под индивидуальной работой подразумеваются две формы взаимодействия с преподавателем: индивидуальная учебная работа (консультации), т.е. дополнительное разъяснение учебного материала и углубленное изучение материала с теми обучающимися, которые в этом заинтересованы, и индивидуальная воспитательная работа. Индивидуальные консультации по предмету являются важным фактором, способствующим индивидуализации обучения и установлению воспитательного контакта между преподавателем и обучающимся инвалидом или обучающимся с ограниченными возможностями здоровья.

8.2. Обеспечение обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья печатными и электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья

Подбор и разработка учебных материалов производятся с учетом того, чтобы предоставлять этот материал в различных формах так, чтобы инвалиды с нарушениями слуха получали информацию визуально, с нарушениями зрения – аудиально (например, с использованием программ-синтезаторов речи) или с помощью тифлоинформационных устройств.

Учебно-методические материалы, в том числе для самостоятельной работы обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, предоставляются в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

<i>Категории обучающихся</i>	<i>Формы</i>
С нарушением слуха	- в печатной форме - в форме электронного документа
С нарушением зрения	- в печатной форме увеличенным шрифтом - в форме электронного документа - в форме аудиофайла
С ограничением двигательных функций	- в печатной форме - в форме электронного документа - в форме аудиофайла

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

8.3. Проведение текущего контроля и промежуточной аттестации с учетом особенностей нозологий инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

Для осуществления процедур текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся созданы оценочные средства, адаптированные для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья и позволяющие оценить достижение ими запланированных результатов обучения и уровень сформированности компетенций, предусмотренных рабочей программой дисциплины.

Форма проведения текущего контроля и промежуточной аттестации для обучающихся -инвалидов устанавливается с учетом индивидуальных психофизических особенностей (устно, письменно на бумаге, письменно на компьютере, в форме тестирования и т.п.). При необходимости обучающемуся-инвалиду предоставляется дополнительное время для подготовки ответа на этапе промежуточной аттестации.

Для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья предусмотрены следующие оценочные средства:

<i>Категории обучающихся</i>	<i>Виды оценочных средств</i>	<i>Формы контроля и оценки результатов обучения</i>
С нарушением слуха	Тест	преимущественно письменная проверка
С нарушением зрения	Собеседование	преимущественно устная проверка (индивидуально)
С ограничением двигательных функций	решение дистанционных тестов, контрольные вопросы	организация контроля с помощью электронной оболочки MOODLE, письменная проверка

8.4. Материально-техническое обеспечение образовательного процесса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

1) для инвалидов и лиц с ОВЗ по зрению:

- обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию Университета;
- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
- наличие альтернативной версии официального сайта Университета в сети «Интернет» для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими;

- размещение аудиторных занятий преимущественно в аудиториях, расположенных на первых этажах корпусов Университета;
- размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий, которая выполняется крупным рельефно-контрастным шрифтом на белом или желтом фоне и дублируется шрифтом Брайля;
- предоставление доступа к учебно-методическим материалам, выполненным в альтернативных форматах печатных материалов или аудиофайлов;
- наличие электронных луп, видеоувеличителей, программ не визуального доступа к информации, программ-синтезаторов речи и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями зрения формах;
- предоставление возможности прохождения промежуточной аттестации с применением специальных средств.

2) для инвалидов и лиц с ОВЗ по слуху:

- присутствие сурдопереводчика (при необходимости), оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;
- дублирование звуковой справочной информации о расписании учебных занятий визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров);
- наличие звукоусиливающей аппаратуры, мультимедийных средств, компьютерной техники, аудиотехники (акустические усилители и колонки), видеотехники (мультимедийный проектор, телевизор), электронная доска, документ-камера, мультимедийная система, видеоматериалы.

3) для инвалидов и лиц с ОВЗ, имеющих ограничения двигательных функций:

- обеспечение доступа обучающегося, имеющего нарушения опорно-двигательного аппарата, в здание Университета;
- организация проведения аудиторных занятий в аудиториях, расположенных только на первых этажах корпусов Университета;
- размещение в доступных для обучающихся, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий, которая располагается на уровне, удобном для восприятия такого обучающегося;
- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;
- наличие компьютерной техники, адаптированной для инвалидов со специальным программным обеспечением, альтернативных устройств ввода информации и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата формах;

4) для инвалидов и лиц с ОВЗ с другими нарушениями или со сложными дефектами - определяется индивидуально, с учетом медицинских показаний и ИПРА.

Приложение А к рабочей программе дисциплины (модуля)

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

«Вопросы гепатологии в практике врача-эндокринолога»

Специальность 31.08.53 Эндокринология
Направленность программы – Эндокринология
Форма обучения очная

Раздел 1. Вопросы гепатологии в практике врача-эндокринолога

Тема 1.1. Токсические и лекарственно – индуцированные заболевания печени

Цель: углубление и совершенствование знаний обучающихся о современной терапии, совершенствование умений назначить адекватную терапию пациенту и провести контроль терапии больных с токсическими и лекарственно – индуцированными заболеваниями печени.

Задачи:

1. Изучить, обосновать этапы обследования пациентов с токсическими и лекарственно – индуцированными заболеваниями печени.
2. Совершенствовать составление алгоритма диагностического поиска для пациентов с токсическими и лекарственно – индуцированными заболеваниями печени.
3. Совершенствование тактики ведения пациентов с токсическими и лекарственно – индуцированными заболеваниями печени.
4. Составление алгоритма диагностического поиска для пациентов с токсическими и лекарственно – индуцированными заболеваниями печени и рассмотрение путей выбора лечебной тактики.
5. Углубленно разобрать тактику лечения пациентов с токсическими и лекарственно – индуцированными заболеваниями печени.

Обучающийся должен знать:

- Причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов и синдромов при токсических и лекарственно – индуцированных заболеваниях печени; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики у взрослого населения, принципы дифференциальной диагностики; МКБ.

- Клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств, применяемых при лечении с токсическими и лекарственно – индуцированными заболеваниями печени.

- Методы диагностики, современные методы клинического, лабораторного обследования больных с токсическими и лекарственно – индуцированными заболеваниями печени.

- Выбор целей терапии при токсических и лекарственно – индуцированных заболеваниях печени, особенности питания.

- Классификацию препаратов, применяемых при токсических и лекарственно – индуцированных заболеваниях печени.

- Формы и методы научного познания, взаимоотношения «врач-пациент».

Обучающийся должен уметь:

- Составить план профилактических мер и мероприятий по формированию здорового образа жизни у лиц с токсическими и лекарственно – индуцированными заболеваниями печени.

- Составить план профилактических мер и программу диспансерного наблюдения для лиц с факторами риска развития с токсическими и лекарственно – индуцированными заболеваниями печени.

- Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований, формулировать предварительный диагноз, составлять план дополнительных обследований, формулировать клинический диагноз

- Диагностировать токсические и лекарственно – индуцированные заболевания печени, интерпретировать данные лабораторных исследований у пациентов.

- Формулировать клинический диагноз на основании современной классификации в зависимости от ведущего синдрома, клинических особенностей пациента.

- Использовать методы естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в профессиональной деятельности

Обучающийся должен владеть:

- Навыками составления плана профилактических мероприятий у лиц группы риска по развитию токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени а, мероприятий по формированию здорового образа жизни (с учетом возраста, пола и состояния здоровья пациента).

- Навыками составления плана профилактических мероприятий, программы диспансерного наблюдения у пациентов группы риска по развитию токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени.

- Алгоритмом постановки предварительного и заключительного клинического диагнозов с учетом знаний патогенеза и современных классификаций; навыками составления плана лабораторных обследований.

- Навыками диагностики токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени, формулирования клинического диагноза на основании современной классификации в зависимости от ведущего синдрома, клинических особенностей.

- Методами, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в профессиональной деятельности.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Классификация токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени.

2. Этиологические факторы токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени.

3. Патогенез и эпидемиология токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени.

4. Клинические проявления токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени.

5. Лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени.

6. Алгоритм диагностики токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени, включающий клиническую картину, лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование печени.

7. Дифференциальная диагностика токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени.

8. Стандарты ведения больных с токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени. Немедикаментозные и медикаментозные методы терапии

9. Медикаментозная терапия токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени, особенности терапии.

10. Диспансерное наблюдение больных токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени.

2. Практическая подготовка.

Клинический разбор.

Провести исследование пациента с токсическими и лекарственно – индуцированными заболеваниями печени, провести диагностический поиск, назначить дополнительные методы исследования с целью установления диагноза и выявления основных синдромов заболевания, провести дифференциальный диагноз между отдельными нозологическими заболеваниями и сформулировать предварительный диагноз. Составить индивидуальную программу лечения с учётом активности, течения процесса, наличия противопоказаний. Оценить прогноз.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Предложить план обследования пациента, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные результаты обследования (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить выделенные синдромы.
6. Сформулировать окончательный диагноз.
7. Предложить план лечения пациента.
 - режим, диета
 - медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
 - сопроводительная терапия
8. Назначить сроки диспансерного наблюдения и мероприятия, проводимые в этот период.
9. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Задача

Больная С., 45 лет, предъявляет жалобы на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье. Связи с приемом пищи не отмечает. Боли при движениях в коленных суставах (принимает НПВП). Аппетит сохранен. Масса тела стабильна (60 кг, рост 160см). Стул оформленный, однократно в течение суток.

Из анамнеза: больна в течение 3- 4 мес., после курса терапии по поводу гонартроза (в том числе физиотерапия, НПВП).

Объективно: Кожные покровы обычной окраски. Живот мягкий, безболезненный. Перкуторно жидкости в брюшной полости не определяется. Размеры печени по Курлову: 11х9х8 см, край безболезненный. Селезенка размеров 6х8см.

Допол. методы исследования:

1. ОАК: Нв- 138г/л, Эр.- $3,7 \times 10^{12}$ /л, Ле- $4,5 \times 10^9$ /л, Тр.- 180×10^{12} /л,

2. Общ. билирубин - 20 мкмоль/л, прямой - 4 мкмоль/л

общ. белок - 70 г/л

холестерин – 6,0 ммоль/л

триглицериды -1,2 ммоль/л

глюкоза – 4.6 ммоль/л

АСТ - 150 Е/л, АЛТ - 200 Е/л

Маркеры вирусов В и С отрицательны.

Антитела к антигенам аутоиммунных заболеваний печени - отрицательны.

УЗИ органов брюшной полости – диффузные изменения печени.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Необходимо ли Диспансерное наблюдение пациентки?

Решение:

1. Синдромы: 1) цитолиза, 2) суставной синдром.
2. Предварительный диагноз: Гепатит лекарственной этиологии, акт 2. Гонартроз.
3. Дополнительные методы исследования: 1) ЭГДС; 2) щелочная фосфатаза, ГГТП (для уточнения наличия синдрома холестаза), СРБ; 3) МРТ печени, 4) рентгенография коленных суставов.
4. Лечение: Диета (с ограничением острой пищи, пряностей копченостей).
 - 1) Адеметионин 800мг в\в капельно в течение 14 дней, затем в таблетках 400мг 2 р в день 1 мес с контролем биохимических показателей функции печени 2) эссенциальные фосфолипиды 2 капс 3 раза в день 3 месю; 3) консультация ревматолога по поводу решения вопроса дальнейшей тактики лечения гонартроза.
5. Диспансерное наблюдение по 3 группе.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача № 1

Больной 41 года, поступил с жалобами на кожный зуд, более выраженный в ночное время, желтушность кожных покровов, тяжесть в правом подреберье, не зависящую от приема пищи.

Из анамнеза: больным считает себя в течение 1 года, когда появился зуд кожных покровов. Лечился у дерматолога, без эффекта. Два месяца назад появилась иктеричность склер, умеренная желтушность кожных покровов, тяжесть в правом подреберье. Кожный зуд стал постоянным, более выраженным в ночное время.

Объективно: Кожные покровы желтушные со следами расчесов. Живот вздут, при пальпации болезненный в правом подреберье. Печень по Курлову 11х9х8 см, край плотный, безболезненный. Селезенка 6х8см. Допол. методы исследования:

Общ.билирубин – 95 мкмоль/л,
прямой 15мкмоль/л,
ЩФ - 955 ед/л, АСТ - 150 ед/л
ГГТП - 600 ед/л, АЛТ - 200 ед/л
Маркеры вирусов В и С – отрицательны.
Обнаружены АМА в титре 1: 500.

Вопросы:

1. Выделить синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование
3. Доп.методы исследования и ожидаемые результаты
4. Лечение данной больной
5. Прогноз. Диспансеризация. МСЭ.

Задача № 2

Больной К. 53 лет, водитель автобуса, жалуется на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, периодически тошноту, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, склонность к запорам.

Из анамнеза: считает себя больным в течение года, когда стал отмечать общую слабость, тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита. Похудел на 7 кг за последние 6 месяцев. В течение последних 2 месяцев появилось увеличение живота. Злоупотребляет алкоголем в течение 20 лет.

Общее состояние средней степени тяжести. Кожа бледновато-серого цвета, небольшая желтушность. Единичные сосудистые звездочки на груди. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца

приглушены, ритм правильный, ЧСС 76 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст.

Живот несколько увеличен в объеме, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень увеличена на 3 см от края реберной дуги, поверхность гладкая, край закруглен, плотный, умеренно болезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 15×12×10 см. Размеры селезенки 12×8 см. В боковых отделах живота перкуторно определяется наличие свободной жидкости.

Результаты исследований:

Общий анализ крови: гемоглобин 130 г/л; лейкоциты $4,5 \times 10^9$ /л, эозинофилы 1%, нейтрофилы 77%, лимфоциты 26%. СОЭ 33 мм/час.

Анализ мочи: без патологии.

Биохимические анализы крови: АСТ 52 ЕД/л, АЛТ 48 ЕД/л, общий холестерин 4,0 ммоль/л, билирубин общий 36 ммоль/л, прямой 27 ммоль/л, непрямой 9 ммоль/л, общий белок 64 г/л, альбумины 29 г/л, ПТИ 70%.

Анализ крови на маркеры вирусов: Нbs антиген, Нbe антиген, антитела к Нbc антигену вируса В, антитела к вирусу С не обнаружены.

ЭГДС: пищевод свободно проходим, расширение вен нижней трети пищевода до 4 мм в диаметре, слизистая желудка бледновата, рельеф несколько сглажен, двенадцатиперстная кишка без особенностей. Заключение: варикозное расширение вен нижней трети пищевода.

УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, гепатомегалия, спленомегалия, расширение портальной вены, наличие свободной жидкости.

Вопросы:

1. Выделить синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование
3. Доп.методы исследования и ожидаемые результаты
4. Лечение больного.
5. Прогноз. Диспансеризация. МСЭ.

4. Задания для групповой работы

Решение классических ситуационных задач.

-провести объективный осмотр больного с токсическими и лекарственно – индуцированными заболеваниями печени;

-оценка результатов лабораторных исследований;

-оценить результатов инструментальных методов диагностики;

-произвести анализ МРТ или КТ органов брюшной полости при токсических и лекарственно – индуцированных заболеваниях печени;

-оценить результаты морфологического исследования биоптата печени.

Составить алгоритм диагностики токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени.

Назначить медикаментозную терапию токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Дать характеристику основных синдромов при токсических и лекарственно – индуцированных заболеваниях печени (гепатомегалия, спленомегалия, гиперспленизм, паренхиматозная желтуха, внутрипечёночный холестаза, портальная гипертензия, печёночно-клеточная недостаточность, её внепечёночные проявления, печёночная энцефалопатия, геморрагический синдром, цитоллиз, мезенхимально-воспалительный синдром).

2. Указать патоморфологическую основу гепатомегалий (очаговое поражение печени, застой крови, лимфы, миело-и лимфопролиферативные процессы, дистрофии гепатоцитов, тезауризмозы).

3. Назвать возможности диагностики патологического процесса, сопровождающегося гепатомегалией по данным:

- а) физикального исследования органов.
- б) УЗИ исследования (размеры органа, контуры, структура, эхогенность).

4. Назвать возможности диагностики патологического процесса, сопровождающегося гепатомегалией по данным:

а) МРТ или КТ органов брюшной полости – показания, диагностическая ценность в сравнении с УЗИ.

б) лапароскопия – показания, диагностические возможности.

в) биопсия печени – показания, противопоказания, виды (прицельная, пункционная), морфологические критерии гепатозов, гепатитов, циррозов.

5. Дать определение токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени (критерии диагноза, этиологии, степени активности, особенности течения различных вариантов и их прогноз).

6. Особенности этиотропной или патогенетической терапии токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени.

7. Определение и патогенез синдромов желтухи (гипербилирубинемия) и холестаза (нарушение тока и образования желчи или уменьшение поступления её в ДПК вследствие патологии на каком-либо участке от гепатоцита до фатерова соска).

8. Патогенетические варианты желтух (надпечёночная, печёночная, подпечёночная или холестатическая), клиническая, лабораторная, инструментальная диагностика с проведением дифференциального диагноза желтух.

9. Патогенетические варианты холестаза (острый или хронический; внепечёночный и внутрипечёночный), лабораторная, инструментальная, морфологическая диагностика с проведением дифференциального диагноза, диагностические критерии, возможная нозологическая принадлежность.

10. Диспансерное наблюдение за больными с токсическими и лекарственно – индуцированными заболеваниями печени, прогноз

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Выберите один правильный ответ.

1. «ЭТАЛОННЫМ» ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ ЛЕКАРСТВЕННОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) повышение трансаминаз
- 2) повышение гамма - глутаминтранспептидазы
- 3) сочетанное повышение трансаминаз и гамма – глутамин транспептидазы
- 4) десахарированный трансферрин
- 5) ничего из вышеперечисленного

2. УКАЖИТЕ ГРУППЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ:

- 1) противоопухолевые
- 2) нестероидные противовоспалительные
- 3) иммуностимуляторы
- 4) противомикробные
- 5) все вышеперечисленные

3. ДЛЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО ТИПА ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЫВОРОТКИ КРОВИ:

- 1) $АЛТ > 2N$ или соотношение $АЛТ / ЩФ \geq 5$
- 2) $ЩФ > 2N$ или соотношение $АЛТ / ЩФ \leq 2$
- 3) $АЛТ > 2N$ и $ЩФ > 2N$; соотношение $АЛТ / ЩФ$ от 2–5

4. ДЛЯ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ТИПА ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЫВОРОТКИ КРОВИ:

- 1) АЛТ > 2N или соотношение АЛТ / ЩФ ≥ 5
- 2) ЩФ > 2N или соотношение АЛТ / ЩФ ≤ 2
- 3) АЛТ > 2N и ЩФ > 2N; соотношение АЛТ / ЩФ от 2–5

5. ОПТИМАЛЬНЫМ СОЧЕТАНИЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) ограничение физической нагрузки, снижение потребления поваренной соли, назначение салуретиков
- 2) назначение салуретиков в сочетании с β -блокаторами
- 3) назначение комбинированной салуретической терапии с обязательным включением верошпирона, ограничение потребления поваренной соли, β -блокаторов

6. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ СОЧЕТАНИЕМ, СОСТАВЛЯЮЩИМ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИЮ БОЛЬНЫХ С ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) кортикостероиды+эссенциальные фосфолипиды
- 2) цитостатики+урсодезоксихолевая кислота
- 3) лактулоза+ L- орнитин –L-аспартат
- 4) пентоксифиллин+витамин E

7. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИСУТСТВУЕТ:

- 1) снижение способности к логическому мышлению
- 2) депрессия, раздражительность
- 3) тремор, гиперрефлексия
- 4) дизартрия
- 5) все вышеперечисленное

8. ОПРЕДЕЛЯЮЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЛЮБОГО ГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) массивная кортикостероидная терапия
- 2) временная заместительная терапия (искусственная печень) с проведением трансплантации печени
- 3) массивная кортикостероидная терапия в сочетании с цитостатиками
- 4) массивная интерферонотерапия

9. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) повышение уровня трансаминаз печени
- 2) повышение уровня щелочной фосфатазы
- 3) результаты биопсии печени
- 4) гиперлипидемия
- 5) гипопротеинемия, гипоальбуминемия

10. В КАЧЕСТВЕ «ГЕПАТОПРОТЕКТИВНЫХ» СВОЙСТВ L-ОРНИТИН L-АСПАРТАТА ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) улучшение портопеченочного кровотока
- 2) эффект «первого прохождения» через печень
- 3) подавление фиброгенеза
- 4) отсутствие токсичности
- 5) все вышеперечисленное

Ответы на тестовые задания

Ответы к тестовым заданиям									
1-5	2-5	3-1	4-2	5-3	6-3	7-5	8-2	9-3	10-5

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

Дополнительная:

1. Циммерман Я.С. Гастроэнтерология: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология: национальное руководство. Краткое издание. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

3. Ходорович Н. А., Шкробнева И.И. Заболевания пищеварительного тракта: патогенез и фармакотерапия: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022.-

URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477021.html>

4. Ших Е. В., Дроздов В. Н. Фармакотерапия заболеваний желудочно-кишечного тракта: руководство для врачей - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. –

URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477021.html>.

Тема 1.2. Неалкогольная жировая болезнь печени.

Цель: углубление и совершенствование знаний обучающихся о современной терапии, совершенствование умений назначить адекватную терапию пациенту и провести контроль терапии больных с неалкогольной жировой болезнью печени.

Задачи:

1. Изучить, обосновать этапы обследования пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени.

2. Совершенствовать составление алгоритма диагностического поиска для пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени.

3. Обучение и совершенствование тактики ведения больных с неалкогольной жировой болезнью печени.

4. Составление алгоритма диагностического поиска для пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени.

5. Рассмотреть, углубленно разобрать тактику лечения пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени.

Обучающийся должен знать:

- Причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов и синдромов при **неалкогольной жировой болезнью печени**; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики у взрослого населения, принципы дифференциальной диагностики; МКБ.

- Клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств, применяемых при лечении **неалкогольной жировой болезнью печени**.

- Методы диагностики, современные методы клинического, лабораторного обследования больных с **неалкогольной жировой болезнью печени**.

- Выбор целей терапии при **неалкогольной жировой болезнью печени**, особенности питания.

- Классификацию препаратов, применяемых при **неалкогольной жировой болезнью печени**.

- Формы и методы научного познания, взаимоотношения «врач-пациент».

Обучающийся должен уметь:

- Составить план профилактических мер и мероприятий по формированию здорового образа жизни у лиц с неалкогольной жировой болезнью печени.

- Составить план профилактических мер и программу диспансерного наблюдения для лиц

с факторами риска развития неалкогольной жировой болезни печени.

- Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований, формулировать предварительный диагноз, составлять план дополнительных обследований, формулировать клинический диагноз

- Диагностировать неалкогольную жировую болезнь печени, интерпретировать данные лабораторных исследований у пациентов.

- Формулировать клинический диагноз на основании современной классификации в зависимости от ведущего синдрома, клинических особенностей пациента.

- Использовать методы естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в профессиональной деятельности.

Обучающийся должен владеть:

- Навыками составления плана профилактических мероприятий у лиц группы риска по развитию неалкогольной жировой болезни печени, мероприятий по формированию здорового образа жизни (с учетом возраста, пола и состояния здоровья пациента).

- Навыками составления плана профилактических мероприятий, программы диспансерного наблюдения у пациентов группы риска по развитию неалкогольной жировой болезни печени.

- Алгоритмом постановки предварительного и заключительного клинических диагнозов с учетом знаний патогенеза и современных классификаций; навыками составления плана лабораторных обследований.

- Навыками диагностики неалкогольной жировой болезни печени, формулирования клинического диагноза на основании современной классификации в зависимости от ведущего синдрома, клинических особенностей.

- Методами научных, медико-биологических и клинических наук в профессиональной деятельности.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Этиологические факторы неалкогольной жировой болезни печени.
2. Патогенез неалкогольной жировой болезни печени.
3. Эпидемиологические данные о неалкогольной жировой болезни печени.
4. Клинические проявления неалкогольной жировой болезни печени
5. Лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование неалкогольной жировой болезни печени.
6. Алгоритм диагностики неалкогольной жировой болезни печени, включающий клиническую картину, лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование печени.
7. Дифференциальная диагностика неалкогольной жировой болезни печени.
8. Стандарты ведения больных с неалкогольной жировой болезнью печени. Немедикаментозные и медикаментозные методы терапии
9. Медикаментозная терапия неалкогольной жировой болезни печени, особенности терапии.
10. Диспансерное наблюдение больных с неалкогольной жировой болезнью печени.

2. Практическая подготовка.

Клинический разбор.

Провести исследование пациента с синдромами гепатомегалии, желтухи, провести диагностический поиск.

Назначить дополнительные методы исследования с целью установления диагноза и выявления основных синдромов заболевания, провести дифференциальный диагноз между отдельными нозологическими заболеваниями.

Сформулировать предварительный диагноз с учетом сопутствующих синдромов, определение маршрутизации для пациента.

Доклад анамнестических сведений, обсуждение совместно с преподавателем диагноза, дифференциального диагноза, тактики обследования и маршрутизации

Составить индивидуальную программу лечения с учётом активности, течения процесса, наличия противопоказаний. Оценить прогноз.

3. Решить ситуационные задачи.

1) Алгоритм разбора задач.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Предложить план обследования пациента, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные результаты обследования (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить выделенные синдромы.
6. Сформулировать окончательный диагноз.
7. Предложить план лечения пациента (режим, диета, медикаментозная терапия: обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов). Сопроводительная терапия.
8. Назначить сроки диспансерного наблюдения и мероприятия, проводимые в этот период.
9. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Задача

Больная М., 60 лет. Жалобы на слабость при повышении АД свыше 150/90 мм.рт.ст. Аппетит снижен. Масса тела в течение 30 лет достаточно стабильна - 96 кг, рост 165 см. (ИМТ = 35кг/м²). Стул регулярный.

Из истории заболевания. Последние 3 года АГ 2 степени. На фоне проводимой гипотензивной терапии отмечает периодическое повышение АД. Безуспешно пытается снизить вес последние два года. Принимает лозартан, аторвастатин. Употребления алкоголем не отмечает. Не курит. Операций не было.

Объективно: Кожные покровы чистые, обычной окраски. АД 167/95 мм.рт.ст. Пульс 76 уд в мин. Живот вздут, при пальпации безболезненный. Печень по Курлову 12х9х8 см, край безболезненный. Селезенка 6х8см.

Допол. методы исследования:

Холестерин – 5,35 ммоль/л, ЛПВП – 1,12 ммоль/л, ЛПНП – 3,41 ммоль/л, ТГ – 1,92 ммоль/л
общ.билирубин - 12мкмоль/л,

прямой -2 мкмоль/л,

глюкоза – 4,5ммоль/л

ЩФ - 65 Е/л, АСТ - 61 Е/л

ГГТП – 44 Е/л, АЛТ – 65 Е/л

АТ к HVB и HVC не обнаружены.

УЗИ органов брюшной полости – гиперэхогенность печени, стеатоз печени.

ЭХОКС – уплотнение стенок аорты, эксцентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка

Вопросы:

1. Выделить синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование
3. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты
4. Определить тактику лечения больного.
5. Выделить факторы риска развития заболевания. Указать профилактические мероприятия.

Прогноз. Диспансеризация. МСЭ.

Решение:

1. Предварительный диагноз: ГБ 2 стадии. Степень АГ 2. Дислипидемия. Ожирение 1 степени. Неалкогольная жировая болезнь печени: стеатоз.
2. Диагноз поставлен на основании анамнеза (ГБ, ожирение, не употребляет алкоголь), выделенных синдромов: 1) УЗИ - признаки поражения печени (стеатоз); 2) артериальной гипертензии; 3) ремоделирование миокарда (ЭХОКС), 4) дислипидемии.
3. Дополнительные методы исследования: 1) МРТ – печени, эластометрия печени; 2) ОАК, ОАМ, креатинин, мочевая кислота, СКФ; 3) ФГДС; 4) УЗИ почек.
4. Лечение: низкокалорийная, гипохолестериновая диета, снижение массы тела, физическая активность. Медикаментозная терапия: лозартан 50 мг, амлодипин 5 мг, розувастатин 20 мг под контролем ферментов печени, эссенциальные фосфолипиды длительно до 3 - 6 мес.
5. Диспансерное наблюдение по 3 группе. Прогноз при соблюдении рекомендаций благоприятный. Рекомендации: контроль снижения веса, соблюдать режим питания и диету, контроль АД.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача № 1

Больная М., 55 лет, предъявляет жалобы на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье, не связанные с приемом пищи. Аппетит сохранен. Масса тела повышена (112кг, рост 166см). Стул оформленный, однократно в течение суток.

Из анамнеза: в течение 10 лет сахарный диабет 2 типа. Ухудшение самочувствия в последний год - утомляемость, плохой сон, вздутие живота, тяжесть в правом подреберии.

Объективно: больная повышенного питания. Кожные покровы обычной окраски. Живот мягкий, в объеме увеличен. Перкуторно жидкости в брюшной полости не определяется. Размеры печени по Курлову: 14x12x8 см, край безболезненный. Селезенка размеров 6x8см.

Допол. методы исследования:

1. ОАК: Нв- 138г/л, Эр.- $3,7 \times 10^{12}$ /л, Ле- $4,5 \times 10^9$ /л, Тр.- 160×10^{12} /л,

2. Общ. билирубин - 18 мкмоль/л, прямой - 3 мкмоль/л

общ. белок - 67 г/л

холестерин – 6,6 ммоль/л

триглицериды -2,2 ммоль/л

глюкоза – 6.6 ммоль/л

АСТ - 150 Е/л, АЛТ - 130 Е/л

АТ к HVB и HVC не обнаружены

Вопросы:

1. Выделить синдромы.

2. Предварительный диагноз и его обоснование.

3. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты.

4. Лечение данной больной.

5. Выделить факторы риска развития заболевания. Указать профилактические мероприятия.

Прогноз. Диспансеризация. МСЭ.

Задача № 2

Больной К., 33 лет. Жалобы на тяжесть в области правого подреберия, не зависящую от приема пищи, невозможность спать на правом боку. Аппетит снижен. Масса тела за последние 3 - 4 года повысилась на 16 кг (на настоящий момент – 119 кг, рост 186 см). Повышение веса связывает со сменой работы – малоподвижный образ жизни). Стул регулярный. Сон плохой.

Из истории заболевания. Больным считает себя в течение полугода, когда стал отмечать дискомфорт в правом подреберии. Лечился самостоятельно - принимал растительные препараты – без эффекта. Злоупотребления алкоголем нет. Не курит. Операций не было.

Объективно: Кожные покровы чистые, обычной окраски. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень по Курлову 15x10x8 см, край безболезненный. Селезенка 6x8см.

Допол. методы исследования:

Холестерин - 6,8 ммоль/л
общ. билирубин – 14 мкмоль/л
прямой - 2 мкмоль/л
глюкоза – 5,2 ммоль/л
ЩФ - 55 Е/л, АСТ - 180 Е/л
ГГТП – 40 Е/л, АЛТ – 150 Е/л
Маркеры вирусов В и С отрицательны.

УЗИ органов брюшной полости - гепатомегалия, повышенная эхогенность печени, признаки жирового стеатоза печени.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии?

4. Задания для групповой работы

Провести объективный осмотр больного с выявляемой гепатомегалией. Оценить результаты лабораторных исследований (ОАК, протеинограмма, протромбиновый индекс, общий билирубин и фракции, трансаминазы, ЩФ, ГГТП, холестерин, амилаза крови и мочи, уровень сахара крови и мочи, креатинин крови, КЩС, ионограмма, группа крови и Rh-фактор, серологические маркёры вируса гепатита В и С, иммунограмма, медь крови, церулоплазмин, антигладкомышечные, АМА, АНА, а-фетопротеин).

Правильно интерпретировать результаты УЗИ, томографии и эндоскопии при гепатомегалии. Определить показания для проведения лапароскопии, оценка её результатов. Определить показания и оценить результаты морфологического исследования печени.

Провести объективный осмотр больного с желтухой и/или холестазом. Оценить результаты лабораторных исследований (ОАК с ретикулоцитами, ОРЭ, пробы Кумбса прямая и непрямая, протеинограмма, протромбиновый индекс, общий билирубин и фракции, трансаминазы, ЩФ, ГГТП, холестерин, амилаза и уровень сахара крови и мочи, креатинин крови, КЩС, ионограмма, группа крови и Rh-фактор, серологические маркёры вируса гепатита В и С, иммунограмма, медь крови, церулоплазмин, антигладкомышечные, АМА, АНА, а-фетопротеин, Са 19-9, РЭА).

Оценить результаты рентгенологического исследования (спленопортография).

Правильно интерпретировать результаты УЗИ, томографии и эндоскопии при желтухах и/или холестазах. Определить показания для проведения лапароскопии, оценка её результатов. Определить показания и противопоказания к морфологическому исследованию печени.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Дать характеристику основных синдромов при неалкогольной жировой болезни печени (гепатомегалия, спленомегалия, гиперспленизм, паренхиматозная желтуха, внутривнутрипечёночный холестаз, портальная гипертензия, печёночно-клеточная недостаточность, её внепечёночные проявления, печёночная энцефалопатия, геморрагический синдром, цитолиз, мезенхимально-воспалительный синдром).

2. Указать патоморфологическую основу гепатомегалий (очаговое поражение печени, застой крови, лимфы, миело-и лимфопролиферативные процессы, дистрофии гепатоцитов, тезауризмозы).

3. Назвать возможности диагностики патологического процесса, сопровождающегося гепатомегалией по данным:

а) физикального исследования органов.

б) УЗИ исследования (размеры органа, контуры, структура, эхогенность).

4. Назвать возможности диагностики патологического процесса, сопровождающегося гепатомегалией по данным:

а) МРТ или КТ органов брюшной полости – показания, диагностическая ценность в сравнении с УЗИ.

б) лапароскопия – показания, диагностические возможности.

в) биопсия печени – показания, противопоказания, виды (прицельная, пункционная), морфологические критерии гепатозов, гепатитов, циррозов.

5. Дать определение неалкогольной жировой болезни печени (критерии диагноза, этиологии, степени активности, особенности течения различных вариантов и их прогноз).

6. Особенности этиотропной или патогенетической терапии неалкогольной жировой болезни печени.

7. Определение и патогенез синдромов желтухи (гипербилирубинемия) и холестаза (нарушение тока и образования желчи или уменьшение поступления её в ДПК вследствие патологии на каком-либо участке от гепатоцита до фатерова соска).

8. Патогенетические варианты желтух (надпечёночная, печёночная, подпечёночная или холестатическая), клиническая, лабораторная, инструментальная диагностика с проведением дифференциального диагноза желтух.

9. Патогенетические варианты холестаза (острый или хронический; внепечёночный и внутрипечёночный), лабораторная, инструментальная, морфологическая диагностика с проведением дифференциального диагноза, диагностические критерии, возможная нозологическая принадлежность.

10. Диспансерное наблюдение за больными с неалкогольной жировой болезнью печени.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Выберите один правильный ответ.

1. **ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ АКТИВНОСТИ ТРАНСАМИНАЗ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ УКАЗЫВАЕТ НА:**

- 1) микронодулярный цирроз
- 2) холестаз
- 3) стеатогепатит
- 4) первичный билиарный цирроз
- 5) аминазиновую желтуху

2. **ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, ГИПЕРГЛИКЕМИЯ, ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ, ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЖЕЛЕЗА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:**

- 1) хронического гепатита вирусной этиологии
- 2) гемохроматоза
- 3) цирроза печени
- 4) гиперфункции надпочечников
- 5) неалкогольной жировой болезни печени

3. **ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ:**

- 1) ожирение
- 2) сахарный диабет второго типа
- 3) метаболический синдром
- 4) гиперхолестеринемия
- 5) все выше перечисленное

4. **ДЛЯ СТАДИИ СТЕАТОЗА ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНЫ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:**

- 1) некроз
- 2) фиброз
- 3) жировая дистрофия
- 4) перестройка архитектоники печени

5. ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ:

- 1) варикозное расширение вен пищевода
- 2) гепатомегалия
- 3) спленомегалия
- 4) асцит
- 5) все вышеперечисленное

6. В КОМПЛЕКСНУЮ ТЕРАПИЮ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВКЛЮЧАТЬ ВСЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ:

- 1) эссенциальные фосфолипиды
- 2) адеметионин
- 3) урсодезоксихолевая кислота
- 4) статины
- 5) глюкокортикостероиды

7. ХАРАКТЕРНОЙ ЧЕРТОЙ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) злокачественное клиническое течение
- 2) выраженная гепатомегалия
- 3) желтуха немеханической природы
- 4) повышение сывороточных липидов
- 5) повышение активности aminотрансфераз

8. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) биопсия печени
- 2) УЗИ органов брюшной полости
- 3) эластография печени
- 4) рентгенография брюшной полости
- 5) компьютерная томография печени

9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ:

- 1) гепатотропные вирусы
- 2) алкоголь
- 3) наследственные заболевания - болезни накопления
- 4) токсические гепатотропные агенты

10. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) жировая дистрофия печени
- 2) гепатомегалия
- 3) спленомегалия
- 4) ожирение
- 5) все перечисленное

Ответы на тестовые задания

Ответы к тестовым заданиям									
1-3	2-2	3-5	4-3	5-5	6-5	7-3	8-1	9-1	10-5

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

Дополнительная:

1. Циммерман Я.С. Гастроэнтерология: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология: национальное руководство. Краткое издание. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

3. Ходорович Н. А., Шкробнева И.И. Заболевания пищеварительного тракта: патогенез и фармакотерапия: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022.

URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477021.html>

4. Ших Е. В., Дроздов В. Н. Фармакотерапия заболеваний желудочно-кишечного тракта: руководство для врачей - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. –

URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477021.html>.

Тема 1.3. Аутоиммунные заболевания печени.

Цель: углубление и совершенствование знаний обучающихся о современной терапии, совершенствование умений назначить адекватную терапию пациенту и провести контроль терапии больных с аутоиммунными заболеваниями печени.

Задачи:

1. Изучить, обосновать этапы обследования пациентов с аутоиммунными заболеваниями печени.
2. Совершенствовать составление алгоритма диагностического поиска для пациентов с аутоиммунными заболеваниями печени.
3. Обучение и совершенствование тактики ведения больных с аутоиммунными заболеваниями печени.
4. Составление алгоритма диагностического поиска для пациентов с аутоиммунными заболеваниями печени.
5. Рассмотреть, углубленно разобрать тактику лечения пациентов с аутоиммунными заболеваниями печени.

Обучающийся должен знать:

- причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов и синдромов при аутоиммунных заболеваниях печени;
- современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики у взрослого населения, принципы дифференциальной диагностики; МКБ;
- клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств, применяемых при лечении аутоиммунными заболеваниями печени;
- методы диагностики, современные методы клинического, лабораторного обследования больных с аутоиммунными заболеваниями печени;
- выбор целей терапии при аутоиммунных заболеваниях печени, особенности питания;
- классификацию препаратов, применяемых при аутоиммунных заболеваниях печени.
- формы и методы научного познания, взаимоотношения «врач-пациент».

Обучающийся должен уметь:

- Составить план профилактических мер и мероприятий по формированию здорового образа жизни у лиц с аутоиммунными заболеваниями печени.
- Составить план профилактических мер и программу диспансерного наблюдения для лиц с факторами риска развития аутоиммунными заболеваниями печени.
- Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований, формулировать предварительный диагноз, составлять план дополнительных обследований, формулировать клинический диагноз
- Диагностировать аутоиммунные заболевания печени, интерпретировать данные лабораторных исследований у пациентов.
- Формулировать клинический диагноз на основании современной классификации в зависимости от ведущего синдрома, клинических особенностей пациента.
- Использовать методы естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в профессиональной деятельности.

Обучающийся должен владеть:

- Навыками составления плана профилактических мероприятий у лиц группы риска по развитию аутоиммунных заболеваний печени, мероприятий по формированию здорового образа жизни (с учетом возраста, пола и состояния здоровья пациента).
- Навыками составления плана профилактических мероприятий, программы диспансерного наблюдения у пациентов группы риска по развитию аутоиммунных заболеваний печени.
- Алгоритмом постановки предварительного и заключительного клинических диагнозов с учетом знаний патогенеза и современных классификаций; навыками составления плана лабораторных обследований.
- Навыками диагностики аутоиммунными заболеваниями печени, формулирования клинического диагноза на основании современной классификации в зависимости от ведущего синдрома, клинических особенностей.
- Методами научных, медико-биологических и клинических наук в профессиональной деятельности.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Патогенез аутоиммунных заболеваний печени.
2. Эпидемиологические данные об аутоиммунных заболеваниях печени. Определение аутоиммунный гепатит. Определение первичный билиарный цирроз.
3. Клинические проявления аутоиммунного гепатита.
4. Лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование аутоиммунного гепатита.
5. Клинические проявления первичного билиарного цирроза (ПБЦ), лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование ПБЦ.
6. Алгоритм диагностики аутоиммунных заболеваний печени, включающий клиническую картину, лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование печени.
7. Дифференциальная диагностика аутоиммунных заболеваний печени.
8. Стандарты ведения больных с аутоиммунными заболеваниями печени. Немедикаментозные и медикаментозные методы терапии.
9. Медикаментозная терапия аутоиммунных заболеваний печени, особенности терапии.
10. Диспансерное наблюдение больных с аутоиммунными заболеваниями печени.

2. Практическая подготовка.

Клинический разбор.

Провести исследование пациента, провести диагностический поиск.

Назначить дополнительные методы исследования с целью установления диагноза и выявления основных синдромов заболевания, провести дифференциальный диагноз между отдельными нозологическими заболеваниями.

Сформулировать предварительный диагноз с учетом сопутствующих синдромов, определение маршрутизации для пациента.

Доклад анамнестических сведений, обсуждение совместно с преподавателем диагноза, дифференциального диагноза, тактики обследования и маршрутизации

Составить индивидуальную программу лечения с учётом активности, течения процесса, наличия противопоказаний. Оценить прогноз.

3. Решить ситуационные задачи.

1) Алгоритм разбора задач.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Предложить план обследования пациента, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные результаты обследования (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить выделенные синдромы.
6. Сформулировать окончательный диагноз.
7. Предложить план лечения пациента (режим, диета, медикаментозная терапия: обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов). Сопроводительная терапия.
8. Назначить сроки диспансерного наблюдения и мероприятия, проводимые в этот период.
9. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Задача

Больная Т., 56 лет, поступила с жалобами на выраженный кожный зуд, более выраженный в ночное время, желтушность кожных покровов, тяжесть в правом подреберье, не зависимую от приема пищи, периодически возникающие носовые и десневые кровотечения, боли в костях, нарушение сумеречного зрения. Больной считает себя в течение 3 лет, когда появился зуд кожных покровов. Лечилась различными средствами наружного применения без эффекта. Полгода назад появилась иктеричность склер, умеренная желтушность кожных покровов, тяжесть в правом подреберье, постоянный кожный зуд.

Объективно: Кожные покровы желтушные со следами расчесов. Живот вздут, при пальпации болезненный в правом подреберье. Определяется наличие свободной жидкости в брюшной полости. Печень по Курлову 15x12x10 см, край плотный, безболезненный. Селезенка 11x9см.

Допол. методы исследования:

Общ.билирубин - 115мкмоль/л, прямой -25мкмоль/л, ЩФ - 1000 ед/л , АСТ - 150 ед/л, ГГТП - 500 ед/л, АЛТ - 95 ед/л .

Маркеры вирусов В и С - отрицательны.

Обнаружены АМА, титр 1: 500, ANA, титр 1: 300

ЭГДС: варикозно - расширенные вены пищевода 2 ст.

Вопросы:

1. Выделить синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование
3. Доп.методы исследования и ожидаемые результаты
4. Лечение данной больной
5. Прогноз. Диспансеризация. МСЭ.

Решение:

1. Синдромы: а) Внутрипеченочный холестаза; б) гепатолиенальный; в) цитолиза; г) мальабсорбции жирорастворимых витаминов.
2. Предварительный диагноз: Первичный билиарный цирроз, класс В по классификации Child-

Pugh (субкомпенсированный). Портальная гипертензия.

3. Дополнительные методы исследования: а) биохимические показатели крови: протромбин, альбумин, общий белок, коагулограмма; б) УЗИ печени, МРТ печени и ЖВП (оценить внутрипеченочные протоки, диаметр холедоха); в) биопсия печени.
4. Лечение: режим 2, диета с ограничением жира до 40-50 г/сут, УДХК 13-15 мг/кг/сут, гептрал по 800 мг в/в 10 дн. Затем, по 1 т (400 мг) x 2 р/день до 3 месяцев, заместительная терапия жирорастворимых витаминов (ретинол 100000 мг 1 р в месяц в/м; эргокальциферол 300 мЕ в сут., токоферол 30 мг/сут, викасол 10 мг 1 р/сут. в/м 10 дней, затем 1 раз в месяц)
5. Диспансерное наблюдение по 3 группе. Прогноз неблагоприятный, решение вопроса о трудоспособности через МСЭ.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача № 1

Больной 52 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в правом подреберье, головокружение, резкую слабость, кал черного цвета. В анамнезе в течение 5 лет диагностируется цирроз печени в исходе хронического гепатита С. Дважды был госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с симптомами декомпенсации заболевания (прогрессировал асцит). После выписки диету не соблюдал, рекомендуемые медикаментозные препараты не принимал, употреблял алкоголь. Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные с желтушным оттенком, печеночный запах изо рта, несколько заторможен, на вопросы отвечает нечетко, отмечаются «провалы» памяти. Пульс 110 ударов в минуту, малого наполнения и напряжения, ритмичен, АД 95/50 мм рт.ст. Печень увеличена на 5 см из-под края реберной дуги, край острый, селезенка - на 4-5 см ниже реберной дуги, плотная, имеется умеренное количество свободной жидкости в брюшной полости.

Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$; лейкоциты $6,5 \times 10^9/л$; гемоглобин 75 г/л; тромбоциты $102 \times 10^9/л$; СОЭ 23 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин 25 мкмоль/л; АЛТ 30 ед/л; АСТ 35 ед/л; ГГТП 53 ед/л; ЩФ 80 ед/л; глюкоза 5,1 ммоль/л; ПТИ 55%. Вопросы.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Доп. методы исследования и ожидаемые результаты.
4. Лечение данного больного.
5. Прогноз.

Задача №2

Больная А., 20 лет, поступила в стационар с жалобами на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье, на желтушность склер. С детства отмечала иктеричность склер, усиливающуюся после психоэмоциональных нагрузок, физических нагрузок.

Объективно: кожные покровы слегка желтушны, склеры иктеричны, со стороны легочной и сердечно-сосудистой систем отклонений нет. Язык влажный, с желтоватым налетом, живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10x8x7 см, край гладкий, эластичный, селезенка не пальпируется.

Лабораторные данные:

Общие анализы мочи и крови без особенностей.

Общ. билирубин 45 мкмоль/л, прямой 5,0 мкмоль/л

АсТ - 22 усл.ед.

АлТ - 17 усл.ед.

Щ.Ф. - 110 усл.ед.

ГГТП - 15 усл.ед.

Маркеры вирусного гепатита В и С не обнаружены.

Вопросы:

1. Выделить синдромы.

2. Предварительный диагноз и его обоснование.
3. Доп. методы исследования и ожидаемые результаты.
4. Лечение данного больного.
5. Прогноз.

4. Задания для групповой работы

Провести объективный осмотр больного с выявляемой гепатомегалией. Оценить результаты лабораторных исследований (ОАК, протеинограмма, протромбиновый индекс, общий билирубин и фракции, трансаминазы, ЩФ, ГГТП, холестерин, амилаза крови и мочи, уровень сахара крови и мочи, креатинин крови, КЩС, ионограмма, группа крови и Rh-фактор, серологические маркёры вируса гепатита В и С, иммунограмма, медь крови, церулоплазмин, антигладкомышечные, АМА, АНА, а-фетопротеин).

Правильно интерпретировать результаты УЗИ, томографии и эндоскопии при гепатомегалии. Определить показания для проведения лапароскопии, оценка её результатов. Определить показания и оценить результаты морфологического исследования печени.

Провести объективный осмотр больного с желтухой и/или холестазом. Оценить результаты лабораторных исследований. Оценить результаты рентгенологического исследования (сплено-портография).

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Дать характеристику основных синдромов при аутоиммунных заболеваниях печени (гепатомегалия, спленомегалия, гиперспленизм, паренхиматозная желтуха, внутрипечёночный холестаз, портальная гипертензия, печёночно-клеточная недостаточность, её внепечёночные проявления, печёночная энцефалопатия, геморрагический синдром, цитоллиз, мезенхимально-воспалительный синдром).

2. Указать патоморфологическую основу гепатомегалий (очаговое поражение печени, застой крови, лимфы, миело-и лимфопролиферативные процессы, дистрофии гепатоцитов, тезауризмозы).

3. Назвать возможности диагностики патологического процесса, сопровождающегося гепатомегалией по данным:

а) физикального исследования органов.

б) УЗИ исследования (размеры органа, контуры, структура, эхогенность).

4. Назвать возможности диагностики патологического процесса, сопровождающегося гепатомегалией по данным:

а) МРТ или КТ органов брюшной полости – показания, диагностическая ценность в сравнении с УЗИ.

б) лапароскопия – показания, диагностические возможности.

в) биопсия печени – показания, противопоказания, виды (прицельная, пункционная), морфологические критерии гепатозов, гепатитов, циррозов.

5. Дать определение аутоиммунного гепатита, ПБЦ (критерии диагноза, этиологии, степени активности, особенности течения различных вариантов и их прогноз).

6. Особенности этиотропной или патогенетической терапии аутоиммунных заболеваний печени.

7. Определение и патогенез синдромов желтухи (гипербилирубинемия) и холестаза (нарушение тока и образования желчи или уменьшение поступления её в ДПК вследствие патологии на каком-либо участке от гепатоцита до фатерова соска).

8. Патогенетические варианты желтух (надпечёночная, печёночная, подпечёночная или холестатическая), клиническая, лабораторная, инструментальная диагностика с проведением дифференциального диагноза желтух.

9. Патогенетические варианты холестаза (острый или хронический; внепечёночный и внутрипечёночный), лабораторная, инструментальная, морфологическая диагностика с проведением дифференциального диагноза, диагностические критерии, возможная нозологическая принадлежность.
10. Диспансерное наблюдение за больными с аутоиммунными заболеваниями печени.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ТЕСТОМ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) проведение динамической сцинтиграфии
- 2) определение трансаминаз
- 3) определение щелочной фосфатазы
- 4) определение конъюгированного билирубина
- 5) определение неконъюгированного билирубина
- 6) определение гаммаглутаминтранспептидазы

2. ИЗ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ МЕНЬШЕ ВСЕГО ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ СТРАДАЕТ

- 1) фибриноген
- 2) тромбин
- 3) фактор V
- 4) антигемофильный глобулин
- 5) фактор VII
- 6) фактор VIII

3. ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ БЕЛКОВ ВЫЯВЛЯЕТ

- 1) повышение альбумина
- 2) значительное увеличение β_1 -глобулина
- 3) повышение γ -глобулина
- 4) отсутствие β -глобулина
- 5) отсутствие β_2 -глобулина

4. ПРИЧИНОЙ РЕФРАКТЕРНОСТИ АСЦИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) синдром Бадда–Киари
- 2) спонтанный бактериальный перитонит
- 3) неадекватные дозы диуретиков
- 4) прогрессирование поражения паренхимы печени
- 5) прием НПВП

5. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ТЕСТОМ ПРИ СИНДРОМЕ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) определение билирубина в сыворотке крови
- 2) проведение динамической сцинтиграфии с радиофармпрепаратом
- 3) определение АСТ в сыворотке крови
- 4) определение щелочной фосфатазы в сыворотке крови
- 5) определение количества гранулоцитов и тромбоцитов в крови

6. ХАРАКТЕРНОЙ ЧЕРТОЙ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) злокачественное клиническое течение
- 2) выраженная гепатомегалия
- 3) желтуха немеханической природы
- 4) повышение сывороточных липидов
- 5) повышение активности аминотрансфераз

7. ДЛЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВАЯ КИСЛОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ В ДОЗЕ:

- 1) 5-10 мг/кг/сут
- 2) 13-15 мг/кг/сут
- 3) 15-25 мг/кг/сут

8. ПОДПЕЧЕНОЧНАЯ ЖЕЛТУХА ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1) стенозе большого дуоденального сосочка
- 2) склерозирующем холангите
- 3) холедохолитиазе
- 4) доброкачественной стриктуре желчного протока
- 5) опухолях билиарной системы

9. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- 1) зонд Блекмора
- 2) переливание крови с целью возмещения потерь
- 3) ингибиторы протонной помпы
- 4) блокаторы H₂-рецепторов
- 5) склеротерапию

10. ДЛЯ СПОНТАННОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПЕРИТОНИТА ПРИ ПОСТЦИРРОТИЧЕСКОМ АСЦИТЕ ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) лихорадка
- 2) абдоминальные боли
- 3) нарастание асцита
- 4) углубление энцефалопатии
- 5) парез кишечника
- 6) положительный симптом Щеткина-Блюмберга

Ответы на тестовые задания

Ответы к тестовым заданиям									
1-3,6	2-4,6	3-3	4-3,5	5-5	6-3	7-2	8-1,2,3,4,5	9-1,3,5	10-1,2,3,4,5,

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

Дополнительная:

1. Циммерман Я.С. Гастроэнтерология: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

2. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология: национальное руководство. Краткое издание. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

3. Ходорович Н. А., Шкробнева И.И. Заболевания пищеварительного тракта: патогенез и фармакотерапия: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022.

URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477021.html>

4. Ших Е. В., Дроздов В. Н. Фармакотерапия заболеваний желудочно-кишечного тракта: руководство для врачей - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. –

URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477021.html>.

Тема 1.4. Цирроз печени

Цель: углубление и совершенствование знаний обучающихся о современной терапии, совершенствование умений назначить адекватную терапию пациенту и провести контроль терапии больных с циррозом печени.

Задачи:

1. Изучить, обосновать этапы обследования пациентов с циррозом печени.
2. Совершенствовать составление алгоритма диагностического поиска для пациентов с циррозом печени.
3. Обучение и совершенствование тактики ведения больных с циррозом печени.
4. Составление алгоритма диагностического поиска для пациентов с циррозом печени.
5. Рассмотреть, углубленно разобрать тактику лечения пациентов с циррозом печени.

Обучающийся должен знать:

причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов и синдромов при циррозе печени;

современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики у взрослого населения, принципы дифференциальной диагностики; МКБ;

клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств, применяемых при лечении цирроза печени;

методы диагностики, современные методы клинического, лабораторного обследования больных с циррозом печени;

выбор целей терапии при циррозе печени, особенности питания;

классификацию препаратов, применяемых при циррозе печени.

формы и методы научного познания, взаимоотношения «врач-пациент».

Обучающийся должен уметь:

- Составить план профилактических мер и мероприятий по формированию здорового образа жизни у лиц с циррозом печени.

- Составить план профилактических мер и программу диспансерного наблюдения для лиц с факторами риска развития цирроза печени.

- Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований, формулировать предварительный диагноз, составлять план дополнительных обследований, формулировать клинический диагноз

- Диагностировать цирроз печени, интерпретировать данные лабораторных исследований у пациентов.

- Формулировать клинический диагноз на основании современной классификации в зависимости от ведущего синдрома, клинических особенностей пациента.

- Использовать методы естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в профессиональной деятельности.

Обучающийся должен владеть:

- Навыками составления плана профилактических мероприятий у лиц группы риска по развитию цирроза печени, мероприятий по формированию здорового образа жизни (с учетом возраста, пола и состояния здоровья пациента).

- Навыками составления плана профилактических мероприятий, программы диспансерного наблюдения у пациентов группы риска по развитию цирроза печени.

- Алгоритмом постановки предварительного и заключительного клинического диагнозов с учетом знаний патогенеза и современных классификаций; навыками составления плана лабораторных обследований.

- Навыками диагностики цирроза печени, формулирования клинического диагноза на основании современной классификации в зависимости от ведущего синдрома, клинических особенностей.

- Методами научных, медико-биологических и клинических наук в профессиональной деятельности.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

1. Этиологические факторы, классификация цирроза печени.

2. Эпидемиологические данные о циррозе печени. Определение цирроза печени. Патогенез.

3. Клинические проявления цирроза печени. Основные синдромы.

4. Лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование цирроза печени.

5. Алгоритм диагностики цирроза печени, включающий клиническую картину, лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование печени.

6. Дифференциальная диагностика цирроза печени.

7. Стандарты ведения больных с циррозом печени. Немедикаментозные и медикаментозные методы терапии.

8. Медикаментозная терапия цирроза печени, особенности терапии.

9. Осложнения цирроза печени. Принципы терапии.
10. Диспансерное наблюдение больных с циррозом печени.

2. Практическая подготовка.

Клинический разбор.

Провести исследование пациента, провести диагностический поиск.

Назначить дополнительные методы исследования с целью установления диагноза и выявления основных синдромов заболевания, провести дифференциальный диагноз между отдельными нозологическими заболеваниями.

Сформулировать предварительный диагноз с учетом сопутствующих синдромов, определение маршрутизации для пациента.

Доклад анамнестических сведений, обсуждение совместно с преподавателем диагноза, дифференциального диагноза, тактики обследования и маршрутизации

Составить индивидуальную программу лечения с учётом активности, течения процесса, наличия противопоказаний. Оценить прогноз.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач.

1. Выделить **клинические синдромы**.
2. Сформулировать **предварительный диагноз**.
3. Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные **результаты обследования** (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить **выделенные синдромы**.
6. Сформулировать **окончательный диагноз**.
7. Предложить **план лечения пациента**.
 - режим, диета
 - медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
 - сопроводительная терапия
8. Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.
9. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Задача

Больной Т., 42 лет, госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объеме, отеки на нижних конечностях в области стоп и голеней.

В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 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. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отеки стоп и нижней трети голеней. В легких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены.

Живот увеличен в объеме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лежа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезенки – 15см×12 см.

Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча темно-желтая.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,1×10¹²/л; Hb - 122 г/л; цветовой показатель – 0,9; тромбоциты – 98×10⁹/л, лейкоциты – 3,2×10⁹/л, эозинофилы 46– 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч. Биохимические анализы: общий билирубин – 130 мкмоль/л, прямой билирубин – 100 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л.

Фиброгастродуоденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст.

Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры четкие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезенка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезенки – 66,1 см². Свободная жидкость в брюшной полости.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие возможны осложнения данного заболевания?

Решение:

1. Цирроз печени алкогольной этиологии, класс С по Чайлд-Пью. Портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, ВРВ пищевода I ст.). Гиперспленизм (анемия, лейкопения, тромбоцитопения). Печеночная энцефалопатия I ст.

2 У больного выявлены желтуха, цитоллиз, «печеночные знаки»: «сосудистые звездочки», синдром портальной гипертензии (гепатоспленомегалия, асцит, варикозное расширение вен пищевода, передней брюшной стенки, расширение портальной вены), признаки печеночной 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 печеночной энцефалопатии. Тромбоцитопения в данной ситуации связана с гиперспленизмом.

3. 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. Рентгенограмма легких.

4. 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). Высокие очистительные клизмы с лактулозой. 2. Прием невсасывающихся антибиотиков (рифаксимин 1200 мг/сут. 7-10 дней). Уменьшение токсического действия аммиака: орнитин-аспартат 5 г по 1-2 пакетика гранул, растворенных в воде 3 раза в день после еды. Мочегонная терапия: спиронолактон 50–200 мг/сут, фуросемид 40- 80 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 вене: пропранолол (анаприлин) 40 мг.

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

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача № 1

Больной 49 лет предъявляет жалобы на выраженную слабость, постоянную сонливость, похудание на 6 кг за полгода, десневые и носовые кровотечения, увеличение живота в объеме, зуд.

Из анамнеза – длительное злоупотребление алкоголем. Состояние средней тяжести. При осмотре выявляется желтушность кожи, слизистых, склер, сосудистые звездочки 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 объеме. При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня реберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры – 13 см × 11 см × 6 см. Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см.

Белок общий - 59 г/л, альбумины - 28,5 г/л, глобулины - 52%, гаммаглобулины –28,5%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите синдромы поражения внутренних органов.
3. Обоснуйте, почему выделили указанные синдромы.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
5. Какие группы препаратов следует назначить больному?

Задача № 2

Мужчина 49 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, метеоризм.

Из анамнеза: считает себя больным в течение нескольких месяцев, когда после очередного алкогольного эксцесса появились указанные жалобы. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем злоупотребляет около 15 лет.

Состояние средней тяжести. Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны. Лицо гиперемировано. Околоушные железы увеличены. Гиперемия кистей в области тенора и гипотенора. Умеренная гинекомастия. Контрактура Дюпюитрена справа. Пастозность голеней. В легких - дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Границы относительной тупости сердца в норме. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Пульс 88 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации вздут, чувствительный в правом подреберье. Определяется притупление перкуторного звука в отлогих отделах живота. Пропальпировать печень и селезенку не удастся. Размеры печени по Курлову: 14x12x10 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований:

Общий анализ крови: гемоглобин - 106 г/л, лейкоциты $4,6 \times 10^9$, эритроциты $3,3 \times 10^{12}$, тромбоциты 135×10^9 СОЭ 20 мм/ч.

Биохимия крови: общий белок 78 г/л, альбумин 3,1 г/%, холестерин 3,2 ммоль/л, креатинин 88 ммоль/л, глюкоза 5,2 ммоль/л, общий билирубин 63 ммоль/л, непрямой билирубин 12 ммоль/л, АЛТ 74 ЕД/л, АСТ 258 ЕД/л, ЩФ 403 ЕД/л, ГГТП 304,2 ЕД/л, амилаза 255 ЕД/л.

Серологические исследования на маркеры вирусных гепатитов отрицательны.

УЗИ ОБП: небольшой асцит, гепатоспленомегалия, диаметр воротной 1,4 см, селезеночной – 0,9 см. Диффузные изменения поджелудочной железы.

ЭГДС: варикозно-расширенные вены пищевода I степени. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Выраженный гастрит, дуоденит.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 88 в минуту, нормальное положение ЭОС. Кал на скрытую кровь – отриц.

Общий анализ мочи: в пределах нормы.

Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR), цирроз печени.

Тест связи чисел – в пределах нормы.

Вопросы:

1. Выделите клинические и лабораторные синдромы, имеющиеся у больного.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение

4. Задания для групповой работы

Провести объективный осмотр больного с циррозом печени. Оценить результаты лабораторных исследований (ОАК, протеинограмма, протромбиновый индекс, общий билирубин и фракции, трансаминазы, ЩФ, ГГТП, холестерин, амилаза крови и мочи, уровень сахара крови и мочи, креатинин крови, КЩС, ионограмма, группа крови и Rh-фактор, серологические маркёры вируса гепатита В и С). Правильно интерпретировать результаты УЗИ, МРТ, ЭГДС. Определить показания для проведения лапароскопии, оценка её результатов. Определить показания и оценить результаты морфологического исследования печени.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Дать характеристику основных синдромов при заболеваниях печени (гепатомегалия, спленомегалия, гиперспленизм, паренхиматозная желтуха, внутрипечёночный холестаза, портальная гипертензия, печёночно-клеточная недостаточность и её внепечёночные проявления, печёночная энцефалопатия, геморрагический синдром, цитолиз, мезенхимально-воспалительный синдром).

2. Указать патоморфологическую основу гепатомегалий (очаговое поражение печени, застой крови, лимфы, миело-и лимфопролиферативные процессы, дистрофии гепатоцитов, тезауризмозы).

3. Назвать возможности диагностики патологического процесса, сопровождающегося гепатомегалией по данным:

а) физикального исследования органов.

б) УЗИ исследования (размеры органа, контуры, структура, эхогенность).

в) компьютерная томография – показания, диагностическая ценность в сравнении с УЗИ.

г) лапароскопия – показания, диагностические возможности.

е) биопсия печени – показания, противопоказания, виды (прицельная, пункционная), морфологические критерии гепатозов, гепатитов, циррозов.

4. Дать определение хронических гепатитов (критерии диагноза, этиологии, степени активности, особенности течения различных вариантов и их прогноз).

5. Особенности этиотропной или патогенетической терапии хронических гепатитов; диспансерное наблюдение за больными с хроническими диффузными болезнями печени, прогноз.

6. Определение и патогенез синдромов желтухи (гипербилирубинемия) и холестаза (нарушение тока и образования желчи или уменьшение поступления её в ДПК вследствие патологии на каком-либо участке от гепатоцита до фатерова соска).

7. Патогенетические варианты желтух (надпечёночная, печёночная, подпечёночная или холестатическая), клиническая, лабораторная, инструментальная диагностика с проведением дифференциального диагноза желтух.

8. Патогенетические варианты холестаза (острый или хронический; внепечёночный и внутрипечёночный), лабораторная, инструментальная, морфологическая диагностика с проведением дифференциального диагноза, диагностические критерии, возможная нозологическая принадлежность.

9. Пигментные гепатозы (семейные гипербилирубинемии Жильбера, Криглера-Наяра, Ротора, Дабина-Джонсона); дифференциальный диагноз синдрома Жильбера и гемолитических анемий, диагностика, тактика ведения пациентов, прогноз заболевания.

10. Первичный билиарный цирроз печени – клиника, диагностика, особенности течения, тактика ведения больных, прогноз.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ОСНОВНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) некроз гепатоцитов
- 2) фиброз печени
- 3) наличие узлов регенерации
- 4) лимфогистиоцитарная инфильтрация долек
- 5) все перечисленное

2. К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) вирусного гепатита В
- 2) злоупотребления алкоголем
- 3) болезни Вильсона–Коновалова
- 4) вирусного гепатита А

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) латентная печеночная эцефалопатия
- 2) кровотечение из расширенных вен пищевода;
- 3) спонтанный бактериальный перитонит
- 4) гепатоцеллюлярная карцинома
- 5) сепсис

4. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) выраженный фиброз печени
- 2) наличие телец Каунсельмена
- 3) наличие телец Мэллори
- 4) нейтрофильная инфильтрация портальных трактов
- 5) гидropическая дистрофия гепатоцитов

5. ДЛЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИНДРОМЫ:

- 1) печеночно-клеточной недостаточности
- 2) портальной гипертензии
- 3) печеночная эцефалопатия
- 4) гепатоспленомегалии

6. К ВНЕПЕЧЕНОЧНЫМ ПРИЗНАКАМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) ксантомы
- 2) пальмарная эритема
- 3) гинекомастия
- 4) липомы

7. К ОСНОВНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
- 2) спонтанный бактериальный перитонит
- 3) диастаз прямых мышц живота
- 4) асцит

8. В ЛЕЧЕНИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭЦЕФАЛОПАТИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- 1) альбумин
- 2) лактулоза
- 3) орнитин

4) рифаксимин

5) фуросемид

9. ПРИЗНАКАМИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМИ ЗАПОДОЗРИТЬ СПОНТАННЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПЕРИТОНИТ, ЯВЛЯЮТСЯ:

1) увеличение объема асцита

2) появление боли в животе

3) развитие рефрактерного асцита

4) усугубление печеночной эцефалопатии

5) повышение температуры

10. РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА (ЦИРРОЗА) ЯВЛЯЕТСЯ:

1) желтуха

2) генерализованный зуд

3) геморрагии

4) асцит

5) артралгии

Ответы на тестовые задания

Ответы к тестовым заданиям									
1-3	2-4	3-2	4-3	5- 1,2,3,4	6-4	7-1,2,4	8-2,3,4	9- 2,3,4,5	10-2

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

Дополнительная:

1. Циммерман Я.С. Гастроэнтерология: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

2. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология: национальное руководство. Краткое издание. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

3. Ходорович Н. А., Шкробнева И.И. Заболевания пищеварительного тракта: патогенез и фармакотерапия: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022.

URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477021.html>

4. Ших Е. В., Дроздов В. Н. Фармакотерапия заболеваний желудочно-кишечного тракта: руководство для врачей - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. –

URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477021.html>.

Зачетное занятие.

Цель: оценка знаний, умений, навыков по дисциплине и контроль освоения результатов.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Тестирование – примерные задания представлены в приложении Б.

2. Решение ситуационных задач – примерные задания представлены в приложении Б.

3. Собеседование – примерные задания представлены в приложении Б.

4. Практические навыки – примерные задания представлены в приложении Б.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Подготовка к зачетному занятию.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

Дополнительная:

1. Циммерман Я.С. Гастроэнтерология: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

2. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология: национальное руководство. Краткое издание. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.
3. Ходорович Н. А., Шкробнева И.И. Заболевания пищеварительного тракта: патогенез и фармако-терапия: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022.
URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477021.html>
4. Ших Е. В., Дроздов В. Н. Фармакотерапия заболеваний желудочно-кишечного тракта: руководство для врачей - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023.
URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477021.html>.

Кафедра госпитальной терапии

Приложение Б к рабочей программе дисциплины (модуля)

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся
по дисциплине (модулю)

«Вопросы гепатологии в практике врача-эндокринолога»

Специальность 31.08.53 Эндокринология
Направленность программы – Эндокринология
Форма обучения очная

1. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания		Оценочное средство	
	не зачтено	зачтено	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
<i>УК-1</i> Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте				
<i>ИД УК 1.1</i> Критически анализирует проблемную ситуацию в профессиональной деятельности как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними.				
Знать	Не знает методы и приемы медицинского анализа проблем, связанных с заболеваниями печени; методы выявления симптомов, синдромов заболеваний печени, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней	Знает методы и приемы медицинского анализа проблем, связанных с заболеваниями печени; методы выявления симптомов, синдромов заболеваний печени, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней	тестирование, ситуационные задачи, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование
Уметь	Не умеет самостоятельно применять методы выявления симптомов, синдромов заболеваний печени, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней	Умеет самостоятельно применять методы выявления симптомов, синдромов заболеваний печени, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней	ситуационные задачи, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование
Владеть	Не владеет навыками устного и письменного аргументирования постановки предварительного диагноза заболеваний печени с дальнейшим определением маршрутизации для данных пациентов	Владеет навыками устного и письменного аргументирования постановки предварительного диагноза заболеваний печени с дальнейшим определением маршрутизации для данных пациентов	собеседование, тестирование, ситуационные задачи, курация пациентов	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование
<i>ПК-2</i> Способен проводить обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью установления диагноза				

ИД ПК 2.3 Осуществляет направление пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи				
Знать	Фрагментарные знания симптомов и синдромов заболеваний печени, при которых необходимо направить пациентов на дальнейшее лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	Сформированные полноценные систематизированные знания симптомов и синдромов заболеваний печени, при которых необходимо направить пациентов на дальнейшее лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	собеседование, тестирование, ситуационные задачи, курация пациентов	тестирование, собеседование, ситуационные задачи
Уметь	Не сформированное умение проведения обследования пациентов с заболеваниями печени с целью установления диагноза и направить пациентов на дальнейшее лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	Сформированное умение проведения обследования пациентов с заболеваниями печени с целью установления диагноза и направить пациентов на дальнейшее лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	собеседование, тестирование, ситуационные задачи, курация пациентов	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков
Владеть	Фрагментарное владение навыками обследования пациентов с заболеваниями печени с целью установления диагноза и направления пациентов на дальнейшее лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	Успешное и систематическое владение навыками обследования пациентов с заболеваниями печени с целью установления диагноза и направления пациентов на дальнейшее лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	курация пациентов	прием практических навыков

ИД ПК 2.4. Осуществляет обоснование и постановку диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем				
Знать	Фрагментарные знания этиологии и патогенеза, современных классификаций, клинической симптоматики заболеваний печени, современных методов клинической и параклинической диагностики заболеваний печени, симптомов и особенностей течения заболеваний печени у эндокринологических пациентов	Сформированные систематические знания этиологии и патогенеза, современных классификаций, клинической симптоматики заболеваний печени, современных методов клинической и параклинической диагностики, симптомов и особенностей течения заболеваний у эндокринологических пациентов	собеседование, тестирование, ситуационные задачи, курация пациентов	тестирование, собеседование, ситуационные задачи
Уметь	Частично освоенное умение выявлять клинические симптомы и синдромы у эндокринологических пациентов с заболеваниями печени, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики эндокринологических пациентов с заболеваниями печени в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	Сформированное умение выявлять клинические симптомы и синдромы у эндокринологических пациентов с заболеваниями печени, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики эндокринологических пациентов с заболеваниями печени в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	собеседование, тестирование, ситуационные задачи, курация пациентов	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков
Владеть	Фрагментарное владение навыками обоснования и постановки диагноза в соответствии с МКБ	Успешное и систематическое владение навыками обоснования и постановки диагноза в соответствии с МКБ	курация пациентов	прием практических навыков
ПК-3. Способен назначать лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, контролировать его эффективность и безопасность				
ИД ПК 3.1. Разрабатывает план лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи				
Знать	Фрагментарные знания порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «гастроэнтерология», стандартов первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях печени; клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями печени.	Сформированные систематические знания порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «гастроэнтерология», стандартов первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях печени, клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи	собеседование, тестирование, ситуационные задачи, курация пациентов	тестирование, собеседование, ситуационные задачи

	Фрагментарные знания современных методов лечения эндокринологических пациентов с заболеваниями печени в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	мощи пациентам с заболеваниями печени. Сформированные систематические знания современных методов лечения эндокринологических пациентов с заболеваниями печени в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи		
Уметь	Частично освоенное умение разрабатывать план лечения эндокринологических пациентов с заболеваниями печени в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	Сформированное умение разрабатывать план лечения эндокринологических пациентов с заболеваниями печени в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	собеседование, тестирование, ситуационные задачи, курация пациентов	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков
Владеть	Фрагментарное владение навыками разработки плана лечения эндокринологических пациентов с 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	Успешное и систематическое владение навыками разработки плана лечения эндокринологических пациентов с 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	курация пациентов	прием практических навыков
ИД ПК 3.2. Назначает лекарственные препараты, немедикаментозную терапию, медицинские изделия, лечебное питание пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, оценивает эффективность и безопасность их применения				
Знать	Фрагментарные знания механизмов действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии и лечебного питания, применяемых у эндокринологических пациентов с заболеваниями печени; показания и медицинские противопоказания к их назначению; возможные осложнения, побочные	Сформированные систематические знания механизмов действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии и лечебного питания, применяемых у эндокринологических пациентов с заболеваниями печени; показания и медицинские противопоказания к их назначению; возможные осложнения,	собеседование, тестирование, ситуационные задачи, курация пациентов	тестирование, собеседование, ситуационные задачи

	<p>действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные.</p> <p>Фрагментарные знания принципов и методов хирургического лечения заболеваний печени и (или) состояний у эндокринологических пациентов; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные.</p> <p>Фрагментарные знания принципов и методов оказания медицинской помощи в неотложной форме эндокринологическим пациентам с заболеваниями печени</p>	<p>побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные.</p> <p>Сформированные систематические знания принципов и методов хирургического лечения заболеваний печени у эндокринологических пациентов; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные.</p> <p>Сформированные систематические знания принципов и методов оказания медицинской помощи в неотложной форме эндокринологическим пациентам с заболеваниями печени</p>		
Уметь	<p>Частично освоенное умение обосновывать применение, определять последовательность применения, назначать и анализировать действие лекарственных препаратов, немедикаментозного лечения, медицинских изделий и лечебного питания у эндокринологических пациентов с заболеваниями печени в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Частично освоенное умение проводить мониторинг эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии и лечебного питания у эндокринологических пациентов с заболеваниями печени</p>	<p>Сформированное умение обосновывать применение, определять последовательность применения, назначать и анализировать действие лекарственных препаратов, немедикаментозного лечения, медицинских изделий и лечебного питания у эндокринологических пациентов с заболеваниями печени в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Сформированное умение проводить мониторинг эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии и лечебного питания у эндокринологических пациентов с заболеваниями печени</p>	<p>собеседование, тестирование, ситуационные задачи, курация пациентов</p>	<p>тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков</p>
Владеть	<p>Фрагментарное владение навыками назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии и лечебного питания эндокринологическим пациентам с заболеваниями печени в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами</p>	<p>Успешное систематическое владение навыками назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии и лечебного питания эндокринологическим пациентам с заболеваниями печени в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиниче-</p>	<p>курация пациентов</p>	<p>прием практических навыков</p>

<p>лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Фрагментарное применение навыков оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии и лечебного питания для эндокринологических пациентов с заболеваниями печени.</p> <p>Фрагментарное применение навыков оказания медицинской помощи в неотложной форме</p>	<p>скими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Успешное систематическое применение навыков оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии и лечебного питания для эндокринологических пациентов с заболеваниями печени.</p> <p>Успешное систематическое применение навыков оказания медицинской помощи в неотложной форме</p>		
---	---	--	--

2. Типовые контрольные задания и иные материалы

2.1. Примерный комплект типовых заданий для оценки сформированности компетенций, критерии оценки

Код компетенции	Комплект заданий для оценки сформированности компетенций
<p>УК-1</p>	<p>Примерные вопросы к зачету (с №1 по №15 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Классификация токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени. 2. Этиологические факторы токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени. 3. Патогенез и эпидемиология токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени. 4. Клинические проявления токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени. 5. Лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени. 6. Алгоритм диагностики токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени, включающий клиническую картину, лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование печени. 7. Дифференциальная диагностика токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени. 8. Стандарты ведения больных с токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени. Немедикаментозные и медикаментозные методы терапии 9. Медикаментозная терапия токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени, особенности терапии. 10. Этиологические факторы неалкогольной жировой болезни печени, патогенез неалкогольной жировой болезни печени. 11. Эпидемиологические данные о неалкогольной жировой болезни печени, клинические проявления неалкогольной жировой болезни печени 12. Лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование неалкогольной жировой болезни печени.

13. Алгоритм диагностики неалкогольной жировой болезни печени, включающий клиническую картину, лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование печени.

14. Дифференциальная диагностика неалкогольной жировой болезни печени.

15. Стандарты ведения больных с неалкогольной жировой болезнью печени. Немедикаментозные и медикаментозные методы терапии

Примерные вопросы к собеседованию текущего контроля

(с №1 по №10 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))

1. Характеристика основных синдромов при токсических и лекарственно – индуцированных заболеваниях печени.

2. Патоморфологическая основа гепатомегалии. Диагностика патологического процесса, сопровождающегося гепатомегалией по данным физикального исследования и инструментальных методов.

3. Возможности диагностики патологического процесса, сопровождающегося гепатомегалией при НАЖБП, по данным МРТ или КТ органов брюшной полости – показания, диагностическая ценность в сравнении с УЗИ.

4. Возможности диагностики патологического процесса, сопровождающегося гепатомегалией при НАЖБП, по данным лапароскопии и биопсии – показания, диагностические возможности.

5. Морфологические критерии гепатоза, гепатита, фиброза, цирроза печени.

6. Определение токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени (критерии диагноза, этиологии, степени активности, особенности течения различных вариантов и их прогноз).

7. Особенности этиотропной или патогенетической терапии токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени.

8. Характеристика основных синдромов при неалкогольной жировой болезни печени, этиологические факторы.

9. Определение неалкогольной жировой болезни печени, критерии диагноза.

10. Особенности течения неалкогольной жировой болезни печени, прогноз.

Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации (закрытого типа)

1 уровень:

Вариант 1

1. ОСНОВНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) некроз гепатоцитов
- 2) фиброз печени
- 3) наличие узлов регенерации
- 4) лимфогистиоцитарная инфильтрация долек
- 5) все перечисленное

2. К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) вирусного гепатита В
- 2) злоупотребления алкоголем
- 3) болезни Вильсона–Коновалова
- 4) вирусного гепатита А

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) латентная печеночная эцефалопатия
 - 2) кровотечение из расширенных вен пищевода;
 - 3) спонтанный бактериальный перитонит
 - 4) гепатоцеллюлярная карцинома
 - 5) сепсис
4. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) выраженный фиброз печени
 - 2) наличие телец Каунсельмена
 - 3) наличие телец Мэллори
 - 4) нейтрофильная инфильтрация портальных трактов
 - 5) гидрорическая дистрофия гепатоцитов
5. ДЛЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИНДРОМЫ:
- 1) печеночно-клеточной недостаточности
 - 2) портальной гипертензии
 - 3) печеночная эцефалопатия
 - 4) гепатоспленомегалии
6. К ВНЕПЕЧЕНОЧНЫМ ПРИЗНАКАМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НЕ ОТНОСЯТСЯ:
- 1) ксантомы
 - 2) пальмарная эритема
 - 3) гинекомастия
 - 4) липомы
7. К ОСНОВНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСЯТСЯ:
- 1) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
 - 2) спонтанный бактериальный перитонит
 - 3) диастаз прямых мышц живота
 - 4) асцит
8. В ЛЕЧЕНИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭЦЕФАЛОПАТИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ:
- 1) альбумин
 - 2) лактулоза
 - 3) орнитин
 - 4) рифаксимин
 - 5) фуросемид
9. ПРИЗНАКАМИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМИ ЗАПОДОЗРИТЬ СПОНТАННЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПЕРИТОНИТ, ЯВЛЯЮТСЯ:
- 1) увеличение объема асцита
 - 2) появление боли в животе
 - 3) развитие рефрактерного асцита
 - 4) усугубление печеночной эцефалопатии
 - 5) повышение температуры
10. РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА (ЦИРРОЗА) ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) желтуха
 - 2) генерализованный зуд
 - 3) геморрагии

- 4) асцит
- 5) артралгии

11. ПРИЧИНОЙ РЕФРАКТЕРНОСТИ АСЦИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) синдром Бадда–Киари
- 2) спонтанный бактериальный перитонит
- 3) неадекватные дозы диуретиков
- 4) прогрессирование поражения паренхимы печени
- 5) прием НПВП

12. МАКСИМАЛЬНАЯ ДОЗА ФУРОСЕМИДА, ПРИМЕНЯЕМАЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АСЦИТА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ, СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 80 мг
- 2) 120 мг
- 3) 160 мг
- 4) 240 мг
- 5) 400–500 мг

13. ДЛЯ СИНДРОМА ГИПЕРСПЛЕНИЗМА НЕ ХАРАКТЕРНА:

- 1) ретикулоцитопения
- 2) анемия
- 3) лейкопения
- 4) тромбоцитопения

14. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭЦЕФАЛОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) судорожные припадки
- 2) астериксис
- 3) очаговая симптоматика со стороны ЦНС
- 4) нарушение цикла сон–бодрствование
- 5) изменение ЭЭГ

15. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ТЕСТОМ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) проведение динамической сцинтиграфии
- 2) определение трансаминаз
- 3) определение щелочной фосфатазы
- 4) определение конъюгированного билирубина
- 5) определение неконъюгированного билирубина
- 6) определение гаммаглутаминтранспептидазы

16. ИЗ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ МЕНЬШЕ ВСЕГО ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ СТРАДАЕТ

- 1) фибриноген
- 2) тромбин
- 3) фактор V
- 4) антигемофильный глобулин
- 5) фактор VII
- 6) фактор VIII

17. ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ БЕЛКОВ ВЫЯВЛЯЕТ

- 1) повышение альбумина
- 2) значительное увеличение β 1-глобулина

- 3) повышение γ -глобулина
- 4) отсутствие β –глобулина
- 5) отсутствие β 2-глобулина

18. ПРИЧИНОЙ РЕФРАКТЕРНОСТИ АСЦИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) синдром Бадда–Киари
- 2) спонтанный бактериальный перитонит
- 3) неадекватные дозы диуретиков
- 4) прогрессирование поражения паренхимы печени
- 5) прием НПВП

19. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ТЕСТОМ ПРИ СИНДРОМЕ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) определение билирубина в сыворотке крови
- 2) проведение динамической сцинтиграфии с радиофармпрепаратом
- 3) определение АСТ в сыворотке крови
- 4) определение щелочной фосфатазы в сыворотке крови
- 5) определение количества гранулоцитов и тромбоцитов в крови

20. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПАРАЦЕНТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ:

- 1) лихорадки у больного циррозом печени с асцитом
- 2) нарастания симптомов печеночной энцефалопатии у больного циррозом печени с асцитом
- 3) синдрома гиперспленизма
- 4) признаков перитонита
- 5) желудочно-кишечного кровотечения

Ответы к тестовым заданиям

Ответы к тестовым заданиям									
1-3	2-4	3-2	4-3	5- 1,2,3,4	6-4	7- 1,2,4	8-2,3,4	9- 2,3,4,5	10-2
11-3,5	12 -3	13 - 1	14 – 2,4,5	15- 3,6	16 -4,6	17 -3	18 -3,5	19-5	20-3

2 уровень:

1. СООТВЕТСТВИЕ СИМПТОМОВ ВЫЯВЛЕННОМУ ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ СОСТОЯНИЮ:

1. иктеричность склер, желтизна кожных покровов, кожный зуд	А. увеличение желчных кислот в крови на фоне холестаза
2. упорная изжога, ощущение кислоты во рту	Б. язвенный дефект ДПК
	В. нарушение толерантности к углеводам
	Г. эзофагеально-гастральный рефлюкс
	Д. внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы

Варианты ответов:

- 1) 1-А, 2-Г*
- 2) 1-Б, 2-Г
- 3) 1-Г, 2-В
- 4) 1-В, 2-Д
- 5) 1-А, 2-Д

2. СООТВЕТСТВИЕ ПРИЗНАКОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ:

1. дисфагия, одинофагия	А. язвенная болезнь желудка
2. кожный зуд, желтуха, синдром цитолиза, серологические маркеры аутоиммунного поражения печени	Б. гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
	В. аутоиммунный гепатит
	Г. дискинезия желчевыводящих путей
	Д. функциональная диспепсия

Варианты ответов:

- 1) 1-А, 2-Г
- 2) 1-Б, 2-В*
- 3) 1-В, 2-Д
- 4) 1-Г, 2-В
- 5) 1-Д, 2-А

СООТВЕТСТВИЕ ОСНОВНОГО НАПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ УКАЗАННОЙ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. антисекреторная терапия	А. хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью
2. ферментативная заместительная терапия	Б. алкогольная болезнь печени
3. отказ от алкоголя	В. хронический гастрит
	Г. хронический холецистит
	Д. аутоиммунный гепатит

Варианты ответов:

- 1) 1-А, 2-В, 3-Д
- 2) 1-В, 2-А, 3-Б*
- 3) 1-А, 2-д, 3-В
- 4) 1-Г, 2-В, 3-А
- 5) 1-Д, 2-А, 3-Г

3 уровень:**Выберите правильные варианты ответов.****Задача №1**

Больная, 64 лет, предъявляет жалобы на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье невозможность спать на правом боку. Аппетит сохранен. Масса тела стабильна (78 кг, рост 160см). Стул оформленный, однократно в течение суток.

Из анамнеза: больна в течение последних 6- 8 мес. В анамнезе ГБ. Получает гипотензивную терапию, статины.

Объективно: Кожные покровы обычной окраски. Живот мягкий, безболезненный. Перкуторно жидкости в брюшной полости не определяется. Размеры печени по Курлову: 11х9х8 см, край безболезненный. Селезенка размеров 6х8см.

Допол. методы исследования:

1. ОАК: Нв- 144г/л, Эр.- $3,9 \times 10^{12}$ /л, Ле- $4,4 \times 10^9$ /л, Тр.- 170×10^{12} /л,

2. Общ. билирубин - 16 мкмоль/л, прямой - 4 мкмоль/л

общ. белок - 70 г/л

холестерин – 5,5 ммоль/л

триглицериды -2,0 ммоль/л

глюкоза – 4.6 ммоль/л

АСТ - 100 Е/л, АЛТ -90 Е/л

Маркеры вирусос В и С отрицательны.

Антитела к антигенам аутоиммунных заболеваний печени - отрицательны.

УЗИ органов брюшной полости – диффузные изменения печени, признаки стеатоза

печени.

Вопросы:

1. Сформулировать предварительный диагноз

- а) гепатит лекарственной этиологии
- б) дискинезия желчевыводящих путей
- в) хронический холецистит
- г) неалкогольный стеатогепатит*

2. Дифференциальная диагностика проводится со всем перечисленным, кроме

- а) дискинезия желчевыводящих путей *
- б) аутоиммунный гепатит
- в) неалкогольный стеатогепатит
- г) вирусный гепатит

3. Лечение включает в себя все, кроме

- а) диета
- б) адеметионин
- в) УДХК
- г) глюкокортикостероиды*

Задача №2

Больная М., 55 лет, предъявляет жалобы на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье, не связанные с приемом пищи. Аппетит сохранен. Масса тела повышена (112кг, рост 166см). Стул оформленный, однократно в течение суток.

Из анамнеза: в течение 10 лет сахарный диабет 2 типа. Ухудшение самочувствия в последний год - вздутие живота, тяжесть в правом подреберии.

Объективно: большая повышенного питания. Кожные покровы обычной окраски. Живот мягкий, в объеме увеличен. Перкуторно жидкости в брюшной полости не определяется. Размеры печени по Курлову: 12x10x8 см, край безболезненный. Селезенка размеров 6x8см.

Допол. методы исследования:

1. ОАК: Нв- 138г/л, Эр.- $3,7 \times 10^{12}$ /л, Ле- $4,5 \times 10^9$ /л, Тр.- 160×10^{12} /л,

2. Общ. билирубин - 18 мкмоль/л, прямой - 3 мкмоль/л

общ. белок - 67 г/л

холестерин – 6,8 ммоль/л

триглицериды -2,5 ммоль/л

глюкоза – 6,0 ммоль/л

АСТ - 150 Е/л, АЛТ - 130 Е/л

АТ к HVB и HVC не обнаружены

УЗИ органов брюшной полости - повышенная эхогенность печени, признаки жирового стеатоза печени.

Вопросы:

1. Сформулировать предварительный диагноз

- а) хронический холецистит
- б) НАЖБП: стеатогепатит*
- в) хронический панкреатит
- г) дискинезия желчевыводящих путей

2. Дифференциальная диагностика проводится со всеми заболеваниями, кроме

- а) лекарственно- индуцированный гепатит
- б) аутоиммунный гепатит
- в) токсический гепатит
- г) хронический калькулезный холецистит*

3. Лечение включает все перечисленное, кроме

- а) гепатопротекторы
- б) липоевая кислота

- в) витамин Е
- г) глюкокортикостероиды*

Тестовые задания открытого типа

1) Назовите три наиболее важные причины развития НАЖБП и три основных направления НАЖБП.

Ответ: ожирение, сахарный диабет 2 типа, гиперлипидемия. Направления: диета, физическая активность, гепатопротекторы.

2) Назовите три заболевания, которые относят к аутоиммунным заболеваниям печени.

Ответ: аутоиммунный гепатит, первичный билиарный цирроз, первичный склерозирующий холангит.

3) Укажите два наиболее ценных диагностических критерия первичного билиарного цирроза:

Ответ: обнаружение антимитохондриальных антител в титре выше 1:40, характерные изменения в пунктате печени.

4) Точный диагноз болезни Вильсона – Коновалова можно поставить на основании четырех критериев. Укажите их

Ответ: отчетливое снижение концентрации церулоплазмينا, кольцо Кайзера – Флейшера (при осмотре окулистом с обязательным использованием щелевой лампы), повышенная суточная экскреция меди с мочой, определение повышенного содержания меди в сухом остатке печени.

5) Укажите пять признаков печеночной энцефалопатии II степени.

Ответ: легкая заторможенность (летаргичность), апатия, нарушение ориентации во времени, гиперактивные рефлексy, монотонная речь.

6) Существует ли «эталонный» маркер диагностики алкогольной болезни печени? Укажите два, наиболее характерных изменения биохимических показателей сыворотки крови.

Ответ: 1. Нет. 2. Соотношение ферментов Аспартаттрансаминазы (АСТ) и Аланин трансферазы (АЛТ) $AsAT > AlAT$, повышение активности гаммаглутамилтранс пептидазы (ГГТП).

7) Какой степени тяжести цирроза печени и, по какой шкале, соответствует сумма баллов, равная 5-6? Укажите.

Ответ: степени тяжести - класс А (компенсированный цирроз печени), по шкале Чайльд-Пью.

8) Перечислите четырех биохимические показателя сыворотки крови, характерных для печеночного цитолитического синдрома.

Ответ: повышение активности аланиновой аминотрансферазы, повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы, повышения активности альдолазы, повышение уровня сывороточного железа

9) Для диагностики холестатического синдрома имеют значение четыре биохимических показателя сыворотки крови. Укажите.

Ответ: повышение активности щелочной фосфатазы крови, повышение прямого (связанного) билирубина крови, повышение холестерина, повышение активности гамма-глутамилтранспептидазы

10) Перечислите четыре признака, характерных для гемохроматоза.

Ответ: гепатомегалия, гипергликемия, гиперпигментация кожи, повышение уровня железа в сыворотке крови.

Примерные ситуационные задачи

Задача 1

Больная С., 45 лет, предъявляет жалобы на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье. Связи с приемом пищи не отмечает. Боли при движениях в коленных суставах (принимает НПВП). Appetit сохранен. Масса тела стабильна (60 кг, рост 160см). Стул оформленный, однократно в течение суток.

Из анамнеза: больна в течение 3- 4 мес, после курса терапии по поводу гонартроза (в том числе физиотерапия, НПВП).

Объективно: Кожные покровы обычной окраски. Живот мягкий, безболезненный. Перкуторно жидкости в брюшной полости не определяется. Размеры печени по Курлову: 11х9х8 см, край безболезненный. Селезенка размеров 6х8см.

Допол. методы исследования:

1. ОАК: Нв- 138г/л, Эр.- $3,7 \times 10^{12}$ /л, Ле- $4,5 \times 10^9$ /л, Тр.- 180×10^{12} /л,

2. Общ. билирубин - 20 мкмоль/л, прямой - 4 мкмоль/л

общ. белок - 70 г/л

холестерин – 6,0 ммоль/л

триглицериды -1,2 ммоль/л

глюкоза – 4.6 ммоль/л

АСТ - 150 Е/л, АЛТ - 200 Е/л

Маркеры вирусов В и С отрицательны.

Антитела к антигенам аутоиммунных заболеваний печени - отрицательны.

УЗИ органов брюшной полости – диффузные изменения печени.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии.

Обоснуйте свой выбор.

5. Необходимо ли Диспансерное наблюдение пациентки?

Решение:

1. Синдромы: 1) цитолитический, 2) суставной синдром.

2. Предварительный диагноз: Гепатит лекарственной этиологии, акт 2. Гонартроз.

3. Дополнительные методы исследования: 1) ЭГДС; 2) щелочная фосфатаза, ГГТП (для уточнения наличия синдрома холестаза), СРБ; 3) МРТ печени, 4) рентгенография коленных суставов.

4. Лечение: Диета (с ограничением острой пищи, пряностей копченостей).

1) Адеметионин 800мг в\в капельно в течение 14 дней, затем в таблетках 400мг 2 р в день 1 мес с контролем биохимических показателей функции печени 2) эссенциальные фосфолипиды 2 капс 3 раза в день 3 мес; 3) консультация ревматолога по поводу решения вопроса дальнейшей тактики лечения гонартроза.

5. Диспансерное наблюдение по 3 группе.

Задача 2

Больная М., 60 лет. Жалобы на слабость при повышении АД свыше 150/90 мм.рт.ст. Appetit снижен. Масса тела в течение 30 лет достаточно стабильна - 96 кг, рост 165

см. (ИМТ = 35кг/м²). Стул регулярный.

Из истории заболевания. Последние 3 года АГ 2 степени. На фоне проводимой гипотензивной терапии отмечает пеориодическое повышение АД. Безуспешно пытается снизить вес последние два года. Принимает лозартан, аторвастатин. Употребления алкоголя не отмечает. Не курит. Операций не было.

Объективно: Кожные покровы чистые, обычной окраски. АД 167/95 мм.рт.ст. Пульс 76 уд в мин. Живот вздут, при пальпации безболезненный. Печень по Курлову 12x9x8 см, край безболезненный. Селезенка бх8см.

Допол. методы исследования:

Холестерин – 5,35 ммоль/л, ЛПВП – 1,12 ммоль/л, ЛПНП – 3,41 ммоль/л, ТГ – 1,92 ммоль/л, общ.билирубин - 12мкмоль/л,

прямой -2 мкмоль/л,

глюкоза – 4,5ммоль/л

ЩФ - 65 Е/л, АСТ - 61 Е/л

ГГТП – 44 Е/л, АЛТ – 65 Е/л

АТ к HVB и HVC не обнаружены.

УЗИ органов брюшной полости – гиперэхогенность печени, стеатоз печени.

ЭХОКС – уплотнение стенок аорты, эксцентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка

Вопросы:

1. Выделить синдромы.

2. Предварительный диагноз и его обоснование

3. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты

4. Определить тактику лечения больного.

5. Выделить факторы риска развития заболевания. Указать профилактические мероприятия. Прогноз. Диспансеризация. МСЭ.

Решение:

1. Предварительный диагноз: ГБ 2 стадии. Степень АГ 2. Дислипидемия. Ожирение 1 степени. Неалкогольная жировая болезнь печени: стеатоз.

2. Диагноз поставлен на основании анамнеза (ГБ, ожирение, не употребляет алкоголь), выделенных синдромов: 1) УЗИ - признаки поражения печени (стеатоз); 2) артериальной гипертензии; 3) ремоделирование миокарда (ЭХОКС), 4) дислипидемии.

3. Дополнительные методы исследования: 1) МРТ – печени, эластометрия печени; 2) ОАК, ОАМ, креатинин, мочевая кислота, СКФ; 3) ФГДС; 4) УЗИ почек.

4. Лечение: низкокалорийная, гипохолестериновая диета, снижение массы тела, физическая активность. Медикаментозная терапия: лозартан 50 мг, амлодипин 5 мг, розувастатин 20 мг под контролем ферментов печени, эссенциальные фосфолипиды длительно до 3 - 6 мес.

5. Диспансерное наблюдение по 3 группе. Прогноз при соблюдении рекомендаций благоприятный. Рекомендации: контроль снижения веса, соблюдать режим питания и диету, контроль АД.

Задача 3

Больная Т., 36 лет, поступила с жалобами на выраженный кожный зуд, более выраженный в ночное время, желтушность кожных покровов, тяжесть в правом подреберье, не зависимую от приема пищи, периодически возникающие носовые и десневые кровотечения, боли в костях, нарушение сумеречного зрения. Больной считает себя в течение 3 лет, когда появился зуд кожных покровов. Лечилась различными средствами наружного применения без эффекта. Полгода назад появилась иктеричность склер, умеренная желтушность кожных покровов, тяжесть в правом подреберье, постоянный кожный зуд.

Объективно: Кожные покровы желтушные со следами расчесов. Живот вздут, при

	<p>пальпации болезненный в правом подреберье. Определяется наличие свободной жидкости в брюшной полости. Печень по Курлову 15x12x10 см, край плотный, безболезненный. Селезенка 11x9см.</p> <p>Допол. методы исследования: Общ.билирубин - 115мкмоль/л, прямой -25мкмоль/л, ЩФ - 1000 ед/л , АСТ - 150 ед/л, ГГТП - 500 ед/л, АЛТ - 95 ед/л .</p> <p>Маркеры вирусов В и С - отрицательны. Обнаружены АМА, титр 1: 500, АНА, титр 1: 300</p> <p>ЭГДС: варикозно - расширенные вены пищевода 2 ст.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выделить синдромы. 2. Предварительный диагноз и его обоснование 3. Доп.методы исследования и ожидаемые результаты 4. Лечение данной больной 5. Прогноз. Диспансеризация. МСЭ. <p>Решение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Синдромы: а) Внутрпеченочный холестаза; б) гепатолиенальный; в) цитолиза; г) мальабсорбции жирорастворимых витаминов. 2. Предварительный диагноз: Первичный билиарный цирроз, класс В по классификации Child-Pugh (субкомпенсированный). Портальная гипертензия: ВРВ 2ст, гепатомегалия, спленомегалия, асцит. ПКН. 3. Дополнительные методы исследования: а) ОАК, биохимические показатели крови: протромбин, альбумин, общий белок, коагулограмма; б) УЗИ печени, МРТ печени и ЖВП (оценить внутрпеченочные протоки, диаметр холедоха); в) биопсия печени. 4. Лечение: режим 2, диета с ограничением жира до 40-50 г/сут, УДХК 13-15 мг/кг/сут, гептрал по 800 мг в/в 10 дн. Затем, по 1 т (400 мг) x 2 р/день до 3 месяцев, заместительная терапия жирорастворимых витаминов (ретинол 100000 мг 1 р в месяц в/м; эргокальциферол 300 МЕ в сут., токоферол 30 мг/сут, викасол 10 мг 1 р/сут. в/м 10 дней, затем 1раз в месяц) 5. Диспансерное наблюдение по 3 группе. Прогноз неблагоприятный, решение вопроса о трудоспособности через МСЭ. <p>Примерные практические навыки Провести обследование пациента, провести диагностический поиск. Назначить дополнительные методы исследования с целью установления диагноза и выявления основных синдромов заболевания, провести дифференциальный диагноз между отдельными нозологическими заболеваниями. Сформулировать предварительный диагноз с учетом сопутствующих синдромов, определение маршрутизации для пациента.</p> <p>Примерные задания при курации пациентов</p> <ul style="list-style-type: none"> • В ходе беседы выделить ведущие симптомы и синдромы • Поставить предварительный диагноз • Назвать необходимые для постановки диагноза дополнительные методы обследования
<p>ПК-2</p>	<p>Примерные вопросы к зачету (с №16 по №30 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Медикаментозная терапия неалкогольной жировой болезни печени, особенности терапии. 2. Диспансерное наблюдение больных с неалкогольной жировой болезнью печени. 3. Определение аутоиммунный гепатит. Определение первичный билиарный цирроз.

- Патогенез аутоиммунных заболеваний печени. Эпидемиологические данные об аутоиммунных заболеваниях печени.
4. Клинические проявления аутоиммунного гепатита. Лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование аутоиммунного гепатита.
 5. Клинические проявления первичного билиарного цирроза (ПБЦ), лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование ПБЦ.
 6. Алгоритм диагностики аутоиммунных заболеваний печени, включающий клиническую картину, лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование печени.
 7. Дифференциальная диагностика аутоиммунных заболеваний печени.
 8. Стандарты ведения больных с аутоиммунными заболеваниями печени. Немедикаментозные и медикаментозные методы терапии.
 9. Медикаментозная терапия аутоиммунных заболеваний печени, особенности терапии.
 10. Этиологические факторы, классификация цирроза печени. Эпидемиологические данные о циррозе печени. Определение цирроза печени. Патогенез.
 11. Клинические проявления цирроза печени. Основные синдромы.
 12. Портальная гипертензия, клинические проявления, стадии.
 13. Типы портальной гипертензии, ее клинические проявления, принципы терапии.
 24. Лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование цирроза печени.
 15. Алгоритм диагностики цирроза печени, включающий клиническую картину, лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование печени.

**Примерные вопросы к собеседованию текущего контроля
(с №11 по №20 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))**

1. Эпидемиологические данные о течении неалкогольной жировой болезни печени, актуальность проблемы.
2. Особенности патогенетической терапии неалкогольной жировой болезни печени.
3. Принципы медикаментозной терапии неалкогольной жировой болезни печени.
4. Характеристика основных синдромов при аутоиммунных заболеваниях печени. Патоморфологическая основа поражения печени.
5. Диагностики патологического процесса, сопровождающегося гепатомегалией при аутоиммунных заболеваниях печени, по данным физикального исследования органов и УЗ – исследования.
6. Диагностика патологического процесса, сопровождающегося гепатомегалией при аутоиммунных заболеваниях печени, по данным МРТ или КТ органов брюшной полости – показания, диагностическая ценность.
7. Диагностика патологического процесса, сопровождающегося гепатомегалией при аутоиммунных заболеваниях печени, под данным биопсии печени – показания, противопоказания.
8. Определение аутоиммунного гепатита, критерии диагноза, этиологии, степени активности, особенности течения, прогноз.
9. Определение ПБЦ, критерии диагноза, этиологии, степени активности, особенности течения, прогноз.
10. Особенности патогенетической терапии аутоиммунных заболеваний печени

Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации (закрытого типа)

1 уровень:

1. К РНК-содержащим вирусам относятся:

- А. Вирус гепатита А
- Б. Вирус гепатита В
- В. Вирус гепатита С
- Г. Вирус гепатита D
- Д. Вирус гепатита Е

2.К ДНК-содержащим вирусам относятся:

- А. Вирус гепатита А
- Б. Вирус гепатита В
- В. Вирус гепатита С
- Г. Вирус гепатита D
- Д. Вирус гепатита Е

3.Фекально-оральный механизм передачи характерен для следующих видов вирусных гепатитов:

- А. Гепатит А
- Б. Гепатит В
- В. Гепатит С
- Г. Гепатит D
- Д. Гепатит Е

4. Парентеральным путем распространяются:

- А. Гепатит А
- Б. Гепатит В
- В. Гепатит С
- Г. Гепатит D
- Д. Гепатит Е

5.К аутоиммунным заболеваниям печени относятся все перечисленные, кроме:

- А. АИГ
- Б. ПБЦ
- В. ПСХ
- Г. Гемохроматоз
- Д. Перекрестные аутоиммунные синдромы

6.Первичным билиарным циррозом болеют преимущественно:

- А. Мужчины
- Б. Женщины

7.Критериями диагностики АИГ являются:

- А. Отсутствие связи с вирусной инфекцией
- Б. Наличие специфических аутоантител
- В. Быстрый положительный эффект от терапии кортикостероидами и иммуносупрессивными препаратами
- Г. Верно все перечисленное

8. Прием 40 – 80 мл этанола в день вызывает развитие АБП

- А. Через 3 – 5 лет
- Б. Через 5 – 10 лет
- В. Через 10 – 12 лет

9. Верно ли утверждение, что продолжительное ежедневное употребление алкоголя более опасно, чем периодический прием в опасных дозах:

- А. Да
- Б. Нет

10. АБП чаще развивается у лиц:
- А. С малой степенью алкогольной зависимости
 - Б. У лиц с высокой степенью алкогольной зависимости.
11. Выберите 2 наиболее ценных диагностических критерия ПБЦ:
- А. Интенсивный кожный зуд, клиническое подозрение на основании наличия внепеченочных проявлений (сухой синдром, ревматоидный артрит и др.).
 - Б. Повышение уровня ферментов холестаза в 2–3 раза по сравнению с нормой.
 - В. Нормальные внепеченочные желчные ходы при УЗИ.
 - Г. Обнаружение антимитохондриальных антител в титре выше 1:40
 - Д. Повышение уровня IgM в сыворотке крови.
 - Е. Характерные изменения в пунктате печени.
12. Прогнозируемая выживаемость пациентов с ПБЦ определяется:
- А. Выраженностью цитолиза
 - Б. Выраженностью гипербилирубинемии
 - В. Титром антимитохондриальных антител
13. Для АБП характерно следующее изменение лабораторных показателей:
- А. АсАТ>АлАТ
 - Б. АсАТ<АлАТ
 - В. Повышение активности ГГТП
14. Точный диагноз болезни Вильсона – Коновалова можно поставить на основании следующих критериев:
- А. Отчетливое снижение концентрации церулоплазмينا
 - Б. Кольцо Кайзера – Флейшера (при осмотре окулистом с обязательным использованием щелевой лампы)
 - В. Повышенная суточная экскреция меди с мочой
 - Г. Определение повышенного содержания меди в сухом остатке печени.
 - Д. Верно все перечисленное
15. Самым надежным критерием диагностики идиопатического гемохроматоза является:
- А. Повышение уровня сывороточного железа
 - Б. Повышение насыщения трансферрина железом
 - В. Повышение концентрации ферритина в сыворотке крови.
16. Продолжительность «светлого промежутка» после отравления парацетамолом составляет:
- А. Несколько часов
 - Б. Двое суток
 - В. 3-5 суток
17. Болезнь или синдром Бадда-Киари характеризуется следующей формой портальной гипертензии:
- А. Надпеченочная
 - Б. Внутripеченочная
 - В. Подпеченочная
 - Г. Смешанная

18. У пациента клинически выявляется легкая заторможенность (летаргичность), апатия, нарушение ориентации во времени, гиперактивные рефлексы, монотонная речь. Определите стадию печеночной энцефалопатии:

- А. Латентная ПЭ
- Б. ПЭ I ст.
- В. ПЭ II ст.
- Г. ПЭ III ст.
- Д. ПЭ IV ст.

19. Критерием компенсированного цирроза по шкале Чайльд-Пью является сумма баллов равная:

- А. 5-6 баллам
- Б. 7-9 баллам
- В. 10-15 баллам

20. Терапия альфа-интерфероном больных ХГВ требует мониторингового контроля:

- А. ТТГ
- Б. СТГ
- В. Кортизола

21. Для патогенетической терапии ПБЦ урсодезоксихолевая кислота применяется в дозировке:

- А. 5-10 мг/кг/сут
- Б. 13-15 мг/кг/сут
- В. 15-25 мг/кг/сут

Ответы к тестовым заданиям:

Ответы к тестовым заданиям									
1-А,В,Д	2-Б,Г	3-А,Д	4-Б,В,Г	5-Г	6-Б	7-Г	8-В	9-А	10-А
11 -Г,Е	12 -Б	13 - А,В	14 - Д	15 - А	16- Б	17- А	18- В	19 -А	20-А

2 уровень:

1. СООТВЕТСТВИЕ УКАЗАННОЙ КОМБИНАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЛЕЧЕНИЮ ПРЕДСТАВЛЕННОЙ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ

1. омепразол, амоксициллин, кларитромицин	А. хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью
2. мебеверин, креон, омепразол	Б язвенная болезнь ДПК, ассоциированная с <i>Helicobacter pylori</i>
3. фенобарбитал, желчегонные препараты, сорбенты	В. хронический бескаменный холецистит
	Г. функциональная гипербилирубинемия по типу синдрома Жильбера
	Д. язвенный колит

Варианты ответов:

- 1) 1-а, 2-в, 3-д
- 2) 1-в, 2-б, 3-а
- 3) 1-б, 2-а, 3-г*
- 4) 1-г, 2-д, 3-б
- 5) 1-д, 2-г, 3-в

2. СООТВЕТСТВИЕ КРИТЕРИЕВ УКАЗАННОЙ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ:

1. язвенный дефект, стрессовая ситуация, боли в животе	А. хронический панкреатит с внешне-секреторной недостаточностью
2. прием НПВП, тяжесть в эпигастрии, язвенный дефект	аутоиммунный гепатит
3. кожный зуд, желтуха, синдром цитоллиза, положительные маркеры аутоиммунного поражения печени	В. хронический бескаменный холецистит
	Г. стресс - язва
	Д. НПВП-индуцированная гастропатия

Варианты ответов:

- 1) 1-а, 2-в, 3-д
- 2) 1-в, 2-б, 3-а
- 3) 1-б, 2-а, 3-г
- 4) 1-г, 2-д, 3-б*
- 5) 1-д, 2-г, 3-в

3. СООТВЕТСТВИЕ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ УКАЗАННЫМ ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ:

1. цирроз печени	А. кисты поджелудочной железы, тромбоз селезеночной вены, сахарный диабет
2. хронический панкреатит	Б. портальная гипертензия, асцит, печеночная энцефалопатия, желудочно-кишечные кровотечения
3. желчно-каменная болезнь	В. механическая желтуха
	Г. кровотечение, малигнизация, перфорация
	Д. кишечное кровотечение, абсцесс

Варианты ответов:

- 1) 1-а, 2-в, 3-д
- 2) 1-в, 2-б, 3-а
- 3) 1-б, 2-а, 3-в*
- 4) 1-г, 2-д, 3-в
- 5) 1-д, 2-г, 3-в

3 уровень:

Выберите правильные варианты ответов.

Задача №1.

Больная А., 20 лет, поступила в стационар с жалобами на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье, на желтушность склер. С детства отмечала иктеричность склер, усиливающуюся после психоэмоциональных нагрузок, физических нагрузок.

Объективно: кожные покровы слегка желтушны, склеры иктеричны, со стороны легочной и сердечно-сосудистой систем отклонений нет. Язык влажный, с желтоватым налетом, живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10x8x7 см, край гладкий, эластичный, селезенка не пальпируется.

Лабораторные данные:

Общие анализы мочи и крови без особенностей.

Общ. билирубин 45 мкмоль/л, прямой 5,0 мкмоль/л

АсТ - 22 усл.ед.

АлТ - 17 усл.ед.

Щ.Ф. - 110 усл.ед.

ГГТП - 15 усл.ед.

Маркеры вирусного гепатита В и С не обнаружены.

Вопросы:

1. Сформулировать предварительный диагноз

- а) синдром Жильбера*
- б) аутоиммунный гепатит
- в) хронический холецистит
- г) дискинезия желчевыводящих путей

2. Дифференциальная диагностика проводится со всем перечисленным, кроме

- а) гемолитическая анемия
- б) аутоиммунный гепатит
- в) дискинезия желчевыводящих путей
- г) язвенная болезнь ДПК*

3. Основным направлением лечения является:

- а) фенобарбитал*
- б) спазолитики
- в) ферменты
- г) глюкокортикостероиды

Задача №2.

Больная Т., 56 лет, поступила с жалобами на выраженный кожный зуд, более выраженный в ночное время, желтушность кожных покровов, тяжесть в правом подреберье, не зависимую от приема пищи, периодически возникающие носовые и десневые кровотечения, боли в костях, нарушение сумеречного зрения. Больной считает себя в течение 3 лет, когда появился зуд кожных покровов. Лечилась различными средствами наружного применения без эффекта. Полгода назад появилась иктеричность склер, умеренная желтушность кожных покровов, тяжесть в правом подреберье, постоянный кожный зуд.

Объективно: Кожные покровы желтушные со следами расчесов. Живот вздут, при пальпации болезненный в правом подреберье. Определяется наличие свободной жидкости в брюшной полости. Печень по Курлову 15x12x10 см, край плотный, безболезненный. Селезенка 11x9см.

Допол. методы исследования:

Общ.билирубин - 115мкмоль/л, прямой -25мкмоль/л, ЩФ - 1000 ед/л, АСТ - 150 ед/л, ГГТП - 500 ед/л, АЛТ - 95 ед/л .

Маркеры вирусов В и С - отрицательны.

Обнаружены АМА, титр 1: 500, ANA, титр 1: 300

ЭГДС: варикозно - расширенные вены пищевода 2 ст.

Вопросы:

1. Сформулировать предварительный диагноз

- а) Первичный билиарный цирроз (ПБЦ)*
- б) неалкогольный стеатогепатит
- в) лекарственный гепатит
- г) дискинезия желчевыводящих путей

2. Дифференциальная диагностика проводится со всем перечисленным, кроме

- а) неалкогольный стеатогепатит
- в) лекарственный гепатит
- б) болезнь Коновалова - Вильсона
- в) дискинезия желчевыводящих путей*

3. Основным направлением медикаментозной терапии является:

- а) Урсодезоксихолевая кислота*
- б) спазолитики
- в) эссенциальные фосфолипиды
- г) глюкокортикостероиды

Тестовые задания открытого типа

1) Представьте основные симптомы, которые соответствуют первичному билиарному циррозу.

Ответ: желтуха, кожный зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокая активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина

2) Укажите симптомокомплекс, который соответствует вирусному гепатиту.

Ответ: желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы.

3) Представьте симптомокомплекс, который соответствует острой дистрофии печени.

Ответ: желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз

4) Укажите критерии третьего уровня гипогликемии.

Ответ: Глюкоза плазмы менее 3 ммоль/л с нарушением когнитивных функций, требующим помощи другого лица для купирования.

5) Наследственный тип болезни Жильбера обычно характеризуется...

Ответ: снижением способности печени к конъюгации билирубина

6) Перечислите четыре фактора, которые имеют значение в развитии асцит при циррозе печени.

Ответ: портальная гипертензия, гипоальбуминемия, увеличение продукции печеночной лимфы, увеличение активности ренин-альдостероновой системы и продукции вазопрессина

7) При назначении каких препаратов и для лечения какого синдрома учитывается уровень калия?

Ответ: при назначении мочегонных препаратов для лечения отечно-асцитического синдрома у больных циррозом печени

8) Биохимический синдром цитолиза характеризуется изменениями следующих показателей.

Ответ: аспартаттрансаминаза (АСТ,) аланинтрансаминаза (АЛТ)

9) Перечислите три основных цели применения парацентеза у больных с асцитом.

Ответ: для диагностических целей, для компенсации дыхательных расстройств, для быстрого устранения асцита

10) Какой показатель является специфическим при гепатоцеллюлярной карциноме?

Ответ: значительное повышение уровня альфа-фетопротеина.

Примерные ситуационные задачи

Задача 1.

Больной Т., 42 лет, госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объеме, отеки на нижних конечностях в области стоп и голеней.

В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 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. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отеки стоп и нижней трети голеней. В легких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены.

Живот увеличен в объеме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лежа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезенки – 15см×12 см.

Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча темно-желтая.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$; Hb - 122 г/л; цветовой показатель – 0,9; тромбоциты – $98 \times 10^9/л$, лейкоциты – $3,2 \times 10^9/л$, эозинофилы 46– 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч. Биохимические анализы: общий билирубин – 130 мкмоль/л, прямой билирубин – 100 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст.

Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры четкие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезенка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезенки – $66,1 \text{ см}^2$. Свободная жидкость в брюшной полости.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие возможны осложнения данного заболевания?

Решение:

1. Цирроз печени алкогольной этиологии, класс С по Чайлд-Пью. Портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, ВРВ пищевода I ст.). Гиперспленизм (анемия, лейкопения, тромбоцитопения). Печеночная энцефалопатия I ст.

2 У больного выявлены желтуха, цитолиз, «печеночные знаки»: «сосудистые звездочки», синдром портальной гипертензии (гепатоспленомегалия, асцит, варикозное расширение вен пищевода, передней брюшной стенки, расширение портальной вены),

признаки печеночной 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 печеночной энцефалопатии. Тромбоцитопения в данной ситуации связана с гиперспленизмом.

3. Анализ 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. Рентгенограмма легких.

4. 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). Высокие очистительные клизмы с лактулозой. 2. Прием невсасывающихся антибиотиков (рифаксимин 1200 мг/сут. 7-10 дней). Уменьшение токсического действия аммиака: орнитин-аспартат 5 г по 1-2 пакетика гранул, растворенных в воде 3 раза в день после еды. Мочегонная терапия: спиронолактон 50–200 мг/сут, фуросемид 40- 80 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 вене: пропранолол (анаприлин) 40 мг.

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

Задача 2.

Больной 49 лет предъявляет жалобы на выраженную слабость, постоянную сонливость, похудание на 6 кг за полгода, десневые и носовые кровотечения, увеличение живота в объеме, зуд.

Из анамнеза – длительное злоупотребление алкоголем. Состояние средней тяжести. При осмотре выявляется желтушность кожи, слизистых, склер, сосудистые звездочки 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 объеме. При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня реберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры – 13 см × 11 см × 6 см. Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см.

Белок общий - 59 г/л, альбумины - 28,5 г/л, глобулины - 52%, гаммаглобулины – 28,5%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите синдромы поражения внутренних органов.
3. Обоснуйте, почему выделили указанные синдромы.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
5. Какие группы препаратов следует назначить больному?

Решение:

1. Алкогольный цирроз печени, класс В по Чайльд-Пью. Портальная гипертензия: гепатомегалия, спленомегалия, асцит 2 ст.
2. Синдром портальной гипертензии, синдром печеночно-клеточной недостаточности, мезенхимально-воспалительный синдром.
3. О синдроме портальной гипертензии свидетельствуют увеличение живота в объеме, наличие выпота в брюшной полости при перкуссии живота, увеличение размеров селезенки. О синдроме печеночно-клеточной недостаточности свидетельствует кровоточивость слизистых, гематомы на конечностях, наличие сосудистых звездочек на верхней половине туловища, пальмарная эритема, снижение уровня альбумина до 28,5 г/л.

О наличии мезенхимально-воспалительного синдрома свидетельствуют диспротеинемия, гипергаммаглобулинемия.

4. Для подтверждения диагноза необходимо выполнить: ОАК с определением числа тромбоцитов; функциональные печёночные пробы (АЛТ, АСТ, билирубин, протромбин, холестерин, щелочная фосфатаза); серологическое исследование крови на наличие антител к вирусам гепатита В, D и С для исключения возможных вирусных гепатотропных инфекций; желательны уровень альфа-фетопротеина для исключения гепатоцеллюлярной карциномы; уровень ферритина для исключения гемохроматоза печени. ЭГДС с оценкой состояния вен пищевода и кардиального отдела желудка, ректороманоскопию с оценкой вен прямой кишки; УЗИ органов брюшной полости для определения размеров печени, ее структуры, размеров селезенки, количества асцитической жидкости в брюшной полости и плевральных полостях, диаметр воротной и селезеночной вен.

5. Неселективные бета-блокаторы. Диуретики. Альбумин. Гепатопротекторы (адеметинон). Профилактическое назначение антибиотиков.

Задача 3

Мужчина 55 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, метеоризм.

Из анамнеза: считает себя больным в течение нескольких месяцев, когда после очередного алкогольного эксцесса появились указанные жалобы. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем злоупотребляет около 15 лет.

Состояние средней тяжести. Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны. Лицо гиперемировано. Околоушные железы увеличены. Гиперемия кистей в области тенора и гипотенора. Умеренная гинекомастия. Контрактура Дюпюитрена справа. Пастозность голеней. В легких - дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Границы относительной тупости сердца в норме. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Пульс 88 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации вздут, чувствительный в правом подреберье. Определяется притупление перкуторного звука в отлогих отделах живота. Пропальпировать печень и селезенку не удается. Размеры печени по Курлову: 14x12x10 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований:

Общий анализ крови: гемоглобин - 106 г/л, лейкоциты $4,6 \times 10^9$, эритроциты $3,3 \times 10^{12}$, тромбоциты 135×10^9 СОЭ 20 мм/ч.

Биохимия крови: общий белок 78 г/л, альбумин 3,1 г/%, холестерин 3,2 ммоль/л, креатинин 88 ммоль/л, глюкоза 5,2 ммоль/л, общий билирубин 63 ммоль/л, непрямой билирубин 12 ммоль/л, АЛТ 74 ЕД/л, АСТ 258 ЕД/л, ЩФ 403 ЕД/л, ГГТП 304,2 ЕД/л, амилаза 255 ЕД/л.

Серологические исследования на маркеры вирусных гепатитов отрицательны.

УЗИ ОБП: небольшой асцит, гепатоспленомегалия, диаметр воротной 1,4 см, селезеночной – 0,9 см. Диффузные изменения поджелудочной железы.

ЭГДС: варикозно-расширенные вены пищевода I степени. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Выраженный гастрит, дуоденит.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 88 в минуту, нормальное положение ЭОС.

Кал на скрытую кровь – отриц.

Общий анализ мочи: в пределах нормы.

Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR), цирроз печени.

Тест связи чисел – в пределах нормы.

Вопросы:

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выделите клинические и лабораторные синдромы, имеющиеся у больного. 2. Сформулируйте диагноз. 3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза? 4. Назначьте лечение. <p>Решение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. У больного определяются следующие синдромы: астеновегетативный (повышенная утомляемость, слабость); диспепсический (метеоризм, дискомфорт в животе); отечно-асцитический (пастозность голеней, асцит); синдром портальной гипертензии (варикозно-расширенные вены пищевода, спленомегалия, асцит, гиперспленизм); цитолитический (повышение уровня трансаминаз, гипербилирубинемия); синдром печеночно-клеточной недостаточности (гипоальбуминемия, гипохолестеринемия). 2. Цирроз печени алкогольной этиологии, умеренной активности, класс В по Чайлд-Пью. Портальная гипертензия: варикозное расширение вен пищевода I степени, асцит 2 степени, спленомегалия, гиперспленизм). 3. Коагулограмма, пункционная биопсия печени. 4. Обязательное условие - отказ от алкоголя. Полноценное питание с энергетической ценностью не менее 2000 Ккал/сут. Диуретики: фуросемид 40 мг в сутки, спиронолактон 100 мг в сутки под контролем диуреза, окружности живота, веса больного. Применение препаратов, снижающих портальную гипертензию: неселективные b-адреноблокаторы пропранолол 10-320 мг в сутки (урежения ЧСС до 55-60 в минуту). Профилактика печеночной энцефалопатии: лактулоза 25-30 мл (стул должен быть 2-3 раза в сутки); селективная деконтаминация кишечника – рифаксимин 1200 мг/сут. Применение гепатопротекторов, например, урсодезоксихолевой кислоты, в дозе 500-1000 мг/сут.
	<p>Примерные практические навыки</p> <p>Провести обследование пациента, провести диагностический поиск. Назначить дополнительные методы исследования с целью установления диагноза и выявления основных синдромов заболевания, провести дифференциальный диагноз между отдельными нозологическими заболеваниями. Сформулировать предварительный диагноз с учетом сопутствующих синдромов, определение маршрутизации для пациента</p>
	<p>Примерные задания при курации пациентов</p> <p>В ходе беседы выделить ведущие симптомы и синдромы Поставить предварительный диагноз Назвать необходимые для постановки диагноза дополнительные методы обследования</p>
<p>ПК-3</p>	<p>Примерные вопросы к зачету (с №31 по №45 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дифференциальная диагностика цирроза печени. 2. Стандарты ведения больных с циррозом печени. Немедикаментозные и медикаментозные методы терапии. 3. Медикаментозная терапия цирроза печени, особенности терапии. 4. Осложнения цирроза печени. Принципы терапии. 5. Печеночная энцефалопатия, стадии, принципы терапии. 6. Диспансерное наблюдение больных с циррозом печени. 7. Показания и противопоказания к биопсии печени. 8. Определение понятия «алкогольная болезнь печени». Перечислите морфологические критерии АБП. Основные клинические проявления острого алкогольного гепатита. 9. Факторы риска для развития алкогольной болезни печени, морфологические стадии

развития. Принципы терапии.

10. Генетически детерминированные заболевания печени, принципы терапии.
11. Типы пигментных гепатозов, принципы терапии.
12. Диагностические критерии болезни Вильсона-Коновалова.
13. Патогенетические варианты желтух, клиническая, лабораторная, инструментальная диагностика с проведением дифференциального диагноза желтух.
14. Патогенетические варианты холестаза, лабораторная, инструментальная, морфологическая диагностика с проведением дифференциального диагноза, диагностические критерии, возможная нозологическая принадлежность.
15. Алгоритм диагностики патологического процесса, сопровождающегося гепатомегалией.

**Примерные вопросы к собеседованию текущего контроля
(с №21 по №30 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))**

1. Определение и патогенез синдромов желтухи и холестаза.
2. Патогенетические варианты желтух (надпечёночная, печёночная, подпечёночная или холестатическая), клиническая, лабораторная, инструментальная диагностика с проведением дифференциального диагноза желтух.
3. Патогенетические варианты холестаза (острый или хронический; внепечёночный и внутрипечёночный), лабораторная, инструментальная, морфологическая диагностика с проведением дифференциального диагноза, диагностические критерии, возможная нозологическая принадлежность.
4. Диспансерное наблюдение за больными с аутоиммунными заболеваниями печени.
5. Этиологические факторы, классификация цирроза печени. Определение цирроза печени. Патогенез.
6. Клинические проявления цирроза печени, синдромы. Дифференциальная диагностика цирроза печени
7. Портальная гипертензия, клинические проявления.
8. Стадии и типы портальной гипертензии, ее клинические проявления, принципы терапии.
9. Лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование цирроза печени.
10. Алгоритм диагностики цирроза печени, включающий клиническую картину, лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование

Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации (закрытого типа)

1 уровень:

1. Препарат выбора в лечение больных болезнью Вильсона-Коновалова – это:
 - А. Преднизолон
 - Б. Д-пеницилламин
 - В. Урсодезоксихолевая кислота
 - Г. Азатиоприн
2. Возможность применения специфического антидота – N-ацетилцистеина – существует только в случае отравления:
 - А. Парацетамолом
 - Б. Метамизолом
 - В. Индометацином
 - Г. Нимесулидом

3. У пациентов с печеночной энцефалопатией целесообразно ограничение в рационе:
А. Углеводов Б. Жиров В. Белков
4. В качестве простого, но надежного критерия эффективности лактулозы у больных ПЭ рассматривается увеличение частоты стула до:
А. 1-2 раз в сутки
Б. 2-3 раз в сутки
В. более 3 раз в сутки
5. Назначения антибиотиков больным с ПЭ необходимо:
А. Для усиления эффекта лактулозы
Б. У пациентов, не переносящих стандартную терапию
В. И в том, и в другом случае.
6. Увеличение активности щелочной фосфатазы наблюдается:
А. При внутриспеченочном холестазах
Б. При вирусном гепатите
В. При первичном раке печени
Г. При гемолитической анемии
Д. Верно 1) и 3)
7. Для печеночного цитолитического синдрома характерны все перечисленные биохимические изменения, кроме:
А. Повышения активности аланиновой аминотрансферазы
Б. Повышения активности аспарагиновой аминотрансферазы
В. Повышения активности альдолазы
Г. Повышения уровня сывороточного железа
Д. Снижения всех показателей
8. Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного цитолитического синдрома является:
А. Повышение активности аланиновой аминотрансферазы
Б. Повышение активности альдолазы
В. Повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы
Г. Гипоальбуминемия
Д. Повышение уровня сывороточного железа
9. В диагностике холестатического синдрома имеют значение все перечисленные показатели, кроме:
А. Повышения активности щелочной фосфатазы крови
Б. Повышения прямого (связанного) билирубина крови
В. Повышения холестерина
Г. Повышения активности g-глутамилтранспептидазы
Д. Повышения непрямого (свободного) билирубина крови
10. Причиной жировой дистрофии печени не может быть:
А. Вирусный гепатит
Б. Беременность
В. Сахарный диабет
Г. Лечение кортикостероидами
Д. Голодание
11. Синдром мезенхимального воспаления характеризуется увеличением в крови:

- А. γ -глобулинов
- Б. Холестерина
- В. Активности щелочной фосфатазы
- Г. Билирубина
- Д. Альбумина

12. Гепатомегалия, гипергликемия, гиперпигментация кожи, повышение уровня железа в сыворотке крови характерны:

- А. Для хронического гепатита вирусной этиологии
- Б. Для гемохроматоза
- В. Для цирроза печени
- Г. Для гиперфункции надпочечников
- Д. Для болезни Вильсона-Коновалова

13. Из хронических заболеваний печени классическим показанием для иммуносупрессивной терапии является:

- А. Вторичный билиарный цирроз
- Б. Хронический активный гепатит
- В. Хронический аутоиммунный гепатит
- Г. Новообразования печени
- Д. Ничего из перечисленного

14. Главным местом метаболизма алкоголя в организме является:

- А. Жировая ткань
- Б. Почки
- В. Печень
- Г. Головной мозг
- Д. Желудочно-кишечный тракт

15. Хроническая алкогольная интоксикация приводит:

- А. К жировой дистрофии
- Б. К хроническому персистирующему и активному гепатиту
- В. К циррозу печени
- Г. Ко всему перечисленному *
- Д. верно 2) и 3)

16. Переход хронического активного гепатита в ЦП характеризует:

- А. Варикозное расширение вен пищевода
- Б. Спленомегалия
- В. Желтуха
- Г. Гипоальбуминемия
- Д. Верно 1) и 2)

17. Для цирроза печени не характерны морфологические изменения:

- А. Некроз
- Б. Фиброз
- В. Жировая дистрофия
- Г. Регенерация
- Д. Перестройка архитектоники печени

18. При циррозе печени можно обнаружить:

- А. Снижение зрения
- Б. Увеличение околоушных желез

- В. Ригидность ушных раковин
- Г. Высокое небо
- Д. Контрактуры Дюпюитрена

19. Характерной чертой первичного билиарного цирроза печени является:

- А. Злокачественное клиническое течение
- Б. Выраженная гепатомегалия
- В. Желтуха немеханической природы
- Г. Повышение сывороточных липидов
- Д. Повышение активности аминотрансфераз

20. При диагностике первичного билиарного цирроза необходимо исключить:

- А. Вирусный цирроз печени с холестазом
- Б. Хронический склерозирующий холангит и перихолангит
- В. Механическую желтуху
- Г. Все перечисленное
- Д. Ничего из перечисленного

Ответы к тестовым заданиям

1-Б	2-А	3-В	4-Б	5-В	6-Д	7-Д	8-А	9-Д	10-А
11 -А	12-Б	13 -В	14 - В	15 –Г	16-Д	17- В	18- Д	19 -В	20-Г

2 уровень:

1. СООТВЕТСТВИЕ УКАЗАННОГО СИМПТОМОКОМПЛЕКСА ПРЕДСТАВЛЕННОЙ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ

1. Желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз	А. первичный билиарный цирроз
2. Желтуха, кожный зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина	Б острая дистрофия печени
3. Желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-г-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре	В. хронический бескаменный холецистит
	Г. аутоиммунный гепатит
	Д. вирусный гепатит

Варианты ответов:

- 1) 1-а, 2-в, 3-д
- 2) 1-в, 2-б, 3-а
- 3) 1-б, 2-а ,3-г*
- 4) 1-г, 2-д, 3-б
- 5) 1-д, 2-г, 3-в

2.СООТВЕТСТВИЕ СИМПТОМОВ УКАЗАННОЙ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ:

1. Желтуха, кожный зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина	А. хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью
2. прием НПВП, тяжесть в эпигастрии, язвенный дефект	Б. язвенная болезнь ДПК, ассоциированная с <i>Helicobacter pylori</i>
3. рецидивирующее течение, язвенный дефект, <i>Helicobacter pylori</i>	В. хронический бескаменный холецистит

Г. первичный билиарный цирроз
Д. НПВП-индуцированная гастропатия

Варианты ответов:

- 1) 1-а, 2-в, 3-д
- 2) 1-в, 2-б, 3-а
- 3) 1-б, 2-а, 3-г
- 4) 1-г, 2-д, 3-б*
- 5) 1-д, 2-г, 3-в

3. СООТВЕТСТВИЕ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ УКАЗАННЫМ ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ:

1. цирроз печени	А. кисты поджелудочной железы, панкреонекроз, остеопароз
2. хронический панкреатит	Б. портальная гипертензия, асцит, печеночная энцефалопатия, желудочно-кишечные кровотечения
3. гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	В. пищевод Баррета, аденокарцинома пищевода
	Г. механическая желтуха, асцит
	Д. портальная гипертензия, печеночно-клеточная недостаточность

Варианты ответов:

- 1) 1-а, 2-в, 3-д
- 2) 1-в, 2-б, 3-а
- 3) 1-б, 2-а, 3-в*
- 4) 1-г, 2-д, 3-в
- 5) 1-д, 2-г, 3-в

3 уровень

Выберите правильные варианты ответов.

Задача №1.

Больной 44 лет, жалуется на выраженный кожный зуд, слабость, быструю утомляемость, плохой аппетит, пожелтение кожи. Снижение массы тела на 14 кг за год. Стул регулярный, неоформленный.

Из анамнеза: считает себя больным в течение года, когда стал отмечать общую слабость, кожный зуде, снижение аппетита. Алкоголем не злоупотребляет. Не курит. Общее состояние удовлетворительное. Кожа с желтушным оттенком. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 76 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Живот не увеличен, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень увеличена на 2 см от края реберной дуги, поверхность гладкая, край закруглен, умеренно болезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 14×11×10 см. Размеры селезенки 6×8 см.

Результаты исследований:

Общий анализ крови: гемоглобин 125 г/л; лейкоциты $4,5 \times 10^9$ /л, эозинофилы 1%, нейтрофилы 77%, лимфоциты 26%. СОЭ 45 мм/час.

Биохимические анализы крови: АСТ 152 ЕД/л, АЛТ 200 ЕД/л, общий холестерин 4,0 ммоль/л, билирубин общий 46 ммоль/л, прямой 12 ммоль/л, ЩФ 900 ЕД/л, ГГТП 1000 ЕД/л, Анализ крови на маркеры вирусов: Hbs антиген, Hbe антиген, антитела к Hbc антигену вируса В, антитела к вирусу С не обнаружены.

ЭГДС: патологии нет

УЗИ органов брюшной полости: гепатомегалия.

Вопросы:

1. Сформулировать предварительный диагноз

- а) цирроз печени токсической (алкогольной) этиологии

- б) неалкогольный стеатогепатит
- в) лекарственный гепатит
- г) аутоиммунный гепатит *

2. Дифференциальная диагностика проводится со всем перечисленным, кроме

- а) неалкогольный стеатогепатит
- б) лекарственный гепатит
- в) первичный билиарный цирроз
- г) дискинезия желчевыводящих путей*

3. Основным направлением медикаментозной терапии является:

- а) УДХК*
- б) спазмолитики
- в) ферменты
- г) антациды

Задача № 2

Больной С., 50 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные боли ноющего характера в правом подреберье, не связанные с приемом пищи, на слабость, утомляемость, желтушность кожных покровов, десневые и носовые кровотечения, неприятный запах изо рта, вздутие живота, более выраженное в вечернее время. Отмечает снижение внимания, памяти. Аппетит снижен. Масса тела снижена на 5 кг за последние 2 мес. Стул неоформленный, до 2 раз в сутки, без примесей.

Из анамнеза. 7 лет назад перенес острый вирусный гепатит В. После выписки из стационара через некоторое время стали беспокоить тупые боли в правом подреберье, тяжесть и дискомфорт в области правого подреберья, появилась иктеричность склер. Был пролечен амбулаторно с положительным эффектом. В последний год отмечено ухудшение самочувствия - появились слабость, утомляемость, вздутие живота, кровоточивость десен, ухудшение внимания, памяти.

Объективно: Больной пониженного питания. Желтушность кожных покровов и склер, на передней поверхности грудной клетки - телеангиоэктазии. Ладони малиновой окраски. Живот увеличен в объеме, вздут, перкуторно определяется жидкость в брюшной полости. Размеры печени по Курлову: 16x12x10 см, край острый, плотный, безболезненный. Селезенка размеров 12x10см.

Допол. методы исследования:

1. ОАК: Нв- 100г/л, Эр.- $2,7 \times 10^{12}$ /л, Ле- $2,2 \times 10^9$ /л, Тр.- 120×10^{12} /л,
2. Общ.билирубин - 100 мкмоль/л, прямой - 75 мкмоль/л, общ.белок - 50 г/л, холестерин - 2,8 ммоль/л, АСТ - 200 усл.ед/ АЛТ - 150 усл.ед, HBsAg положит, anti-HCV отриц.

Вопросы:

1. Наиболее вероятно, что у больного:

- А. неалкогольный стеатогепатит
- Б. лекарственный гепатит
- В. Первичный билиарный цирроз
- Г. Цирроз печени вирусной этиологии*

2. Дифференциальная диагностика проводится со всем перечисленным, кроме

- а) неалкогольный стеатогепатит
- б) лекарственный гепатит
- в) первичный билиарный цирроз
- г) дискинезия желчевыводящих путей*

3. Основным направлением медикаментозной терапии на данном этапе для пациента:

- а) гепатопротекторы*
- б) спазмолитики
- в) ферменты

г) антациды

Тестовые задания открытого типа

1. Укажите три противопоказания к проведению диагностического парацентаза у больного циррозом печени и асцитом.

Ответ: лихорадка, нарастание симптомов печеночной энцефалопатии, синдром гиперспленизма.

2. У больных циррозом печени L-орнитин – L- аспартат обезвреживает аммиак на каком уровне и при каком состоянии?

Ответ: на уровне печеночных клеток, при печеночной энцефалопатии.

3. При лечении какого синдрома при циррозе печени необходимо соблюдать правило: объем выделенной жидкости не должен превышать объема выпитой, и насколько объем выделенной жидкости не должен превышать объема выпитой?

Ответ: при лечении отечно-асцитического синдрома, на 400-500 мл.

4. На каком уровне и при каком состоянии лактулоза обезвреживает аммиак у больных циррозом печени?

Ответ: на уровне кишечника, при таком осложнении как печеночная энцефалопатия.

5. Назовите четыре рациональных мероприятия при лечении асцита при циррозе печени.

Ответ: соблюдение диеты с ограничением поваренной соли до 5 г; ограничение суточного потребления жидкости до 1 литра, если содержание натрия в сыворотке больше 130 ммоль/л; увеличение суточного диуреза; применение внутрь от 100 до 400 мг верошпирона с учетом суточного диуреза.

6. Укажите три направления контроля рациональной терапии диуретиками при отечно-асцитическом синдроме, связанном с циррозом печени.

Ответ: взвешивание больного, измерение суточного диуреза, определение натрия и калия в сыворотке крови

7. Укажите три предшествующих состояния, способствующих развитию печеночной энцефалопатии при тяжелых заболеваниях печени.

Ответ: лихорадка, желудочно-кишечные кровотечения, белковая нагрузка на организм

8. Представьте три заболевания, которые следует исключить при диагностике первичного билиарного цирроза.

Ответ: вирусный цирроз печени с холестазом, желчно-каменная болезнь, хронический склерозирующий холангит.

9. Назовите четыре основных признака гемохроматоза.

Ответ: гепатомегалия, гипергликемия, гиперпигментация кожи, повышение уровня железа в сыворотке крови

10. Причиной развития каких трех морфологических изменений печени может привести хроническая алкогольная интоксикация, укажите.

Ответ: жировая дистрофия печени, хронический гепатит, цирроз печени

Примерные ситуационные задачи

Задача 1.

Больной 52 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в правом подреберье, головокружение, резкую слабость, кал черного цвета.

В анамнезе: в течение 5 лет диагностируется цирроз печени в исходе хронического гепатита С. Дважды был госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с симптомами декомпенсации заболевания (прогрессировал асцит). После выписки диету не соблюдал, рекомендуемые медикаментозные препараты не принимал, употреблял алкоголь.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные с желтушным оттенком, печеночный запах изо рта, несколько заторможен, на вопросы отвечает нечетко, отмечаются «провалы» памяти. Пульс 110 ударов в минуту, малого наполнения и напряжения, ритмичен, АД 95/50 мм рт.ст.

Печень увеличена на 5 см из-под края реберной дуги, край острый, селезенка - на 4-5 см ниже реберной дуги, плотная, имеется умеренное количество свободной жидкости в брюшной полости.

Результаты исследований:

общий анализ крови: эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$; лейкоциты $6,5 \times 10^9/л$; гемоглобин 75г/л; тромбоциты $102 \times 10^9/л$; СОЭ 23 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин 25 мкмоль/л; АЛТ 30 ед/л; АСТ 35 ед/л; ГГТП 53 ед/л; ЩФ 80 ед/л; глюкоза 5,1 ммоль/л; ПТИ 55%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Какие неотложные мероприятия рекомендуете?
4. Как осуществляется вторичная профилактика кровотечения?
4. Какая очевидная причина декомпенсации процесса?

Решение:

1. Цирроз печени в исходе хронического гепатита С, класс С по ЧайлПью (декомпенсация). Портальная гипертензия: спленомегалия, асцит 2 ст., Печеночная энцефалопатия 3 ст.
2. Осложнение: кровотечение из варикознорасширенных вен пищевода или язвенного поражения желудка, возможно это проявление энтероколопатии.
3. Лечение: гемостатическая терапия, переливание эритроцитарной массы, сандостатин болюсно 250 мкг, затем капельно 250–500 мкг/ч до остановки кровотечения. Эндоскопическое лигирование сосудов. Лечение печеночной энцефалопатии: лактулоза 25-30 мл, сифонные клизмы с лактулозой 300 мл на 700 мл физраствора, L-орнитин-L-аспартат (гепа-мерц) 20 г в/в капельно 7 дней, затем per os; селективная деконтаминация кишечника – рифаксимин 1200 мг/сут длительно. Антибиотикотерапия для предупреждения СБП: цефтриаксон 2 г/сут внутривенно в течение 7 дней.
4. Вторичная профилактика кровотечения: после остановки кровотечения длительный прием неселективных бета-блокаторов (пропранолол 10-320 мг/сутки) до снижения частоты сердечных сокращений в покое до 55 ударов в минуту.
5. Отсутствие терапии во время ремиссии заболевания, прием алкоголя.

Задача 2

Больной К. 53 лет, водитель автобуса, жалуется на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, периодически тошноту, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, склонность к запорам.

Из анамнеза: считает себя больным в течение года, когда стал отмечать общую слабость, тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита. Похудел на 7 кг за последние 6 месяцев. В течение последних 2 месяцев появилось увеличение живота. Злоупотребляет алкоголем в течение 20 лет.

Общее состояние средней степени тяжести. Кожа бледновато-серого цвета, небольшая

желтушность. Единичные сосудистые звездочки на груди. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 76 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Живот несколько увеличен в объеме, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень увеличена на 3 см от края реберной дуги, поверхность гладкая, край закруглен, плотный, умеренно болезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 15×12×10 см. Размеры селезенки 12×8 см. В боковых отделах живота перкуторно определяется наличие свободной жидкости.

Результаты исследований:

Общий анализ крови: гемоглобин 130 г/л; лейкоциты $4,5 \times 10^9$ /л, эозинофилы 1%, нейтрофилы 77%, лимфоциты 26%. СОЭ 33 мм/час.

Анализ мочи: без патологии.

Биохимические анализы крови: АСТ 52 ЕД/л, АЛТ 48 ЕД/л, общий холестерин 4,0 ммоль/л, билирубин общий 36 ммоль/л, прямой 27 ммоль/л, непрямой 9 ммоль/л, общий белок 64 г/л, альбумины 29 г/л, ПТИ 70%.

Анализ крови на маркеры вирусов: Hbs антиген, Hbe антиген, антитела к Hbc антигену вируса В, антитела к вирусу С не обнаружены.

ЭГДС: пищевод свободно проходим, расширение вен нижней трети пищевода до 4 мм в диаметре, слизистая желудка бледновата, рельеф несколько сглажен, двенадцатиперстная кишка без особенностей. Заключение: варикозное расширение вен нижней трети пищевода.

УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, гепатомегалия, спленомегалия, расширение портальной вены, наличие свободной жидкости.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Представьте рекомендации по лечению пациента.
4. Профилактика осложнений.

Решение:

1. Цирроз печени алкогольный, класс В по Чайлд-Пью (субкомпенсированный). Портальная гипертензия: расширение варикозных вен пищевода 2 ст, асцит 2 ст, спленомегалия.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб (общая слабость, быстрая утомляемость, снижение аппетита, периодически тошнота, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота), анамнеза (злоупотребляет алкоголем) и отсутствия маркеров вирусного поражения печени. Индекс тяжести по Чайлд-Пью класс В – по сумме баллов (характеризующих уровень билирубина, протромбинового индекса, альбумина, наличия энцефалопатии и асцита). Сумма баллов составила 8.

3. Отказ от алкоголя. Назначение гепатопротекторов, предпочтительно адеметионина, так как эффект этого препарата при алкогольном циррозе доказан. Лечение асцита должно включать ограничение поваренной соли до 6,9 г в сутки, диуретики (спиронолактон 100 мг/сутки, фуросемид 40 мг/сутки) под контролем ежедневной оценки массы тела. При отсутствии положительного эффекта постепенное повышение дозы спиронолактона до 400 мг/сутки, фуросемида – до 160 мг/сутки. По мере уменьшения асцита дозу диуретиков необходимо снижать до поддерживающей. Необходимо назначить лактулозу (в среднем 30-60 мл/сутки) с индивидуальным подбором дозы (до частоты стула 2-3 раза в сутки).

4. Профилактика кровотечения из ВРВ пищевода: постоянный прием неселективных бета-блокаторов (пропранолол 10-320 мг/сутки) до снижения частоты сердечных сокращений в покое до 55 ударов в минуту

Задача 3.

Больная 53 лет, находится в отделении хирургии. Жалуется на желтушность кожи и слизистых, кожный зуд, усиливающийся при контакте с водой, неприятный привкус

	<p>во рту, слабость, недомогание, периодически субфебрилитет. Ранее была практически здорова. В течение последнего полугодия беспокоил сильный кожный зуд, в течение последних 2 месяцев появилась и нарастает желтуха, выявлен субфебрилитет. Была госпитализирована в инфекционное отделение, где диагноз инфекционных гепатитов был отвергнут, и больная с подозрением на механическую желтуху переведена в хирургическое отделение. При обследовании в хирургическом отделении (ЭГДС, УЗИ, КТ) механическая природа желтухи исключена. В биохимическом анализе крови определяется повышение билирубина, преимущественно за счет прямой фракции, АЛТ и АСТ увеличены в 2 раза, резко увеличено содержание холестерина. Протромбин, креатинин, мочевины, протеинограмма в пределах нормы.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Представьте рекомендации по тактике обследования. 4. Лечение пациента. <p>Решение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Аутоиммунный гепатит, акт 2. 2. Диагноз поставлен на основании жалоб (желтушность кожи и слизистых, кожный зуд, усиливающийся при контакте с водой, неприятный привкус во рту, слабость, недомогание, периодически субфебрилитет), анамнеза и отсутствия маркеров вирусного поражения печени. 3. Биопсия печени, серологическое исследование аутоиммунного поражения. 4. Диета. Гепатопротекторы (УДХК)
	<p>Примерные практические навыки</p> <p>Провести обследование пациента, провести диагностический поиск. Назначить дополнительные методы исследования с целью установления диагноза и выявления основных синдромов заболевания, провести дифференциальный диагноз между отдельными нозологическими заболеваниями. Сформулировать предварительный диагноз с учетом сопутствующих синдромов, определение маршрутизации для пациента</p>
	<p>Примерные задания при курации пациентов</p> <p>В ходе беседы выделить ведущие симптомы и синдромы Поставить предварительный диагноз Назвать необходимые для постановки диагноза дополнительные методы обследования</p>

Критерии оценки зачетного собеседования, собеседования текущего контроля:

Оценка «зачтено» выставляется обучающемуся, если он обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, усвоил основную и знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой; усвоил взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявил творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала; владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении ситуационных заданий, безошибочно ответил на основной и дополнительные вопросы на зачете.

Оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся, если он обнаружил пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустил принципиальные ошибки при ответе на основной и дополнительные вопросы; не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании образовательной организации без дополнительных занятий по дисциплине.

Критерии оценки тестовых заданий:

«зачтено» - не менее 71 балла правильных ответов;
«не зачтено» - 70 баллов и менее правильных ответов.

Критерии оценки ситуационных задач:

«зачтено» - обучающийся решил задачу в соответствии с алгоритмом, дал полные и точные ответы на все вопросы задачи, представил комплексную оценку предложенной ситуации, сделал выводы, привел дополнительные аргументы, продемонстрировал знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, нормативно-правовых актов; предложил альтернативные варианты решения проблемы;

«не зачтено» - обучающийся не смог логично сформулировать ответы на вопросы задачи, сделать выводы, привести дополнительные примеры на основе принципа межпредметных связей, продемонстрировал неверную оценку ситуации.

Критерии оценки практических навыков:

«зачтено» - обучающийся обладает теоретическими знаниями и владеет методикой выполнения практических навыков, демонстрирует их выполнение, в случае ошибки может исправить при коррекции их преподавателем;

«не зачтено» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

Критерии оценки курации пациентов:

«зачтено» - обучающийся устанавливает контакт с пациентом, выявляет в ходе беседы симптомы, объединяет их в синдромы, устанавливает предварительный диагноз, называет необходимые для постановки диагноза дополнительные методы обследования.

«не зачтено» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний, умений и владений, не может выявить симптомы, определить ведущий синдром и поставить предположительный диагноз и называет отдельные дополнительные методы обследования.

2.2. Примерные вопросы к зачету, собеседованию текущего контроля

Примерные вопросы к зачету

1. Классификация токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени.
2. Этиологические факторы токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени.
3. Патогенез и эпидемиология токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени.
4. Клинические проявления токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени.
5. Лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени.
6. Алгоритм диагностики токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени, включающий клиническую картину, лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование печени.
7. Дифференциальная диагностика токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени.
8. Стандарты ведения больных с токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени. Немедикаментозные и медикаментозные методы терапии
9. Медикаментозная терапия токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени, особенности терапии.
10. Этиологические факторы неалкогольной жировой болезни печени, патогенез неалкогольной жировой болезни печени.

11. Эпидемиологические данные о неалкогольной жировой болезни печени, клинические проявления неалкогольной жировой болезни печени
12. Лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование неалкогольной жировой болезни печени.
13. Алгоритм диагностики неалкогольной жировой болезни печени, включающий клиническую картину, лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование печени.
14. Дифференциальная диагностика неалкогольной жировой болезни печени.
15. Стандарты ведения больных с неалкогольной жировой болезнью печени. Немедикаментозные и медикаментозные методы терапии
16. Медикаментозная терапия неалкогольной жировой болезни печени, особенности терапии.
17. Диспансерное наблюдение больных с неалкогольной жировой болезнью печени.
18. Определение аутоиммунный гепатит. Определение первичный билиарный цирроз. Патогенез аутоиммунных заболеваний печени. Эпидемиологические данные об аутоиммунных заболеваний печени.
19. Клинические проявления аутоиммунного гепатита. Лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование аутоиммунного гепатита.
20. Клинические проявления первичного билиарного цирроза (ПБЦ), лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование ПБЦ.
21. Алгоритм диагностики аутоиммунных заболеваний печени, включающий клиническую картину, лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование печени.
22. Дифференциальная диагностика аутоиммунных заболеваний печени.
23. Стандарты ведения больных с аутоиммунными заболеваниями печени. Немедикаментозные и медикаментозные методы терапии.
24. Медикаментозная терапия аутоиммунных заболеваний печени, особенности терапии.
25. Этиологические факторы, классификация цирроза печени. Эпидемиологические данные о циррозе печени. Определение цирроза печени. Патогенез.
26. Клинические проявления цирроза печени. Основные синдромы.
27. Портальная гипертензия, клинические проявления, стадии.
28. Типы портальной гипертензии, ее клинические проявления, принципы терапии.
29. Лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование цирроза печени.
30. Алгоритм диагностики цирроза печени, включающий клиническую картину, лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование печени.
31. Дифференциальная диагностика цирроза печени.
32. Стандарты ведения больных с циррозом печени. Немедикаментозные и медикаментозные методы терапии.
33. Медикаментозная терапия цирроза печени, особенности терапии.
34. Осложнения цирроза печени. Принципы терапии.
35. Печеночная энцефалопатия, стадии, принципы терапии.
36. Диспансерное наблюдение больных с циррозом печени.
37. Показания и противопоказания к биопсии печени.
38. Определение понятия «алкогольная болезнь печени». Перечислите морфологические критерии АБП. Основные клинические проявления острого алкогольного гепатита.
39. Факторы риска для развития алкогольной болезни печени, морфологические стадии развития. Принципы терапии.
40. Генетически детерминированные заболевания печени, принципы терапии.
41. Типы пигментных гепатозов, принципы терапии.
42. Диагностические критерии болезни Вильсона-Коновалова.
43. Патогенетические варианты желтух, клиническая, лабораторная, инструментальная диагностика с проведением дифференциального диагноза желтух.
44. Патогенетические варианты холестаза, лабораторная, инструментальная, морфологическая

диагностика с проведением дифференциального диагноза, диагностические критерии, возможная нозологическая принадлежность.

45. Алгоритм диагностики патологического процесса, сопровождающегося гепатомегалией.

Перечень вопросов к собеседованию текущего контроля

1. Характеристика основных синдромов при токсических и лекарственно – индуцированных заболеваниях печени.

2. Патоморфологическая основа гепатомегалии. Диагностика патологического процесса, сопровождающегося гепатомегалией по данным физикального исследования и инструментальных методов.

3. Возможности диагностики патологического процесса, сопровождающегося гепатомегалией при НАЖБП, по данным МРТ или КТ органов брюшной полости – показания, диагностическая ценность в сравнении с УЗИ.

4. Возможности диагностики патологического процесса, сопровождающегося гепатомегалией при НАЖБП, по данным лапароскопии и биопсии – показания, диагностические возможности.

5. Морфологические критерии гепатоза, гепатита, фиброза, цирроза печени.

6. Определение токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени (критерии диагноза, этиологии, степени активности, особенности течения различных вариантов и их прогноз).

7. Особенности этиотропной или патогенетической терапии токсических и лекарственно – индуцированных заболеваний печени.

8. Характеристика основных синдромов при неалкогольной жировой болезни печени, этиологические факторы.

9. Определение неалкогольной жировой болезни печени, критерии диагноза.

10. Особенности течения неалкогольной жировой болезни печени, прогноз.

11. Эпидемиологические данные о течении неалкогольной жировой болезни печени, актуальность проблемы.

12. Особенности патогенетической терапии неалкогольной жировой болезни печени.

13. Принципы медикаментозной терапии неалкогольной жировой болезни печени.

14. Характеристика основных синдромов при аутоиммунных заболеваниях печени. Патоморфологическая основа поражения печени.

15. Диагностики патологического процесса, сопровождающегося гепатомегалией при аутоиммунных заболеваниях печени, по данным физикального исследования органов и УЗ – исследования.

16. Диагностика патологического процесса, сопровождающегося гепатомегалией при аутоиммунных заболеваниях печени, по данным МРТ или КТ органов брюшной полости – показания, диагностическая ценность.

17. Диагностика патологического процесса, сопровождающегося гепатомегалией при аутоиммунных заболеваниях печени, под данным биопсии печени – показания, противопоказания.

18. Определение аутоиммунного гепатита, критерии диагноза, этиологии, степени активности, особенности течения, прогноз.

19. Определение ПБЦ, критерии диагноза, этиологии, степени активности, особенности течения, прогноз.

20. Особенности патогенетической терапии аутоиммунных заболеваний печени.

21. Определение и патогенез синдромов желтухи и холестаза.

22. Патогенетические варианты желтух (надпечёночная, печёночная, подпечёночная или холестатическая), клиническая, лабораторная, инструментальная диагностика с проведением дифференциального диагноза желтух.

23. Патогенетические варианты холестаза (острый или хронический; внепечёночный и внутрипечёночный), лабораторная, инструментальная, морфологическая диагностика с проведением дифференциального диагноза, диагностические критерии, возможная нозологическая принадлежность.

24. Диспансерное наблюдение за больными с аутоиммунными заболеваниями печени.

25. Этиологические факторы, классификация цирроза печени. Определение цирроза печени. Патогенез.

26. Клинические проявления цирроза печени, синдромы. Дифференциальная диагностика цирроза печени
27. Портальная гипертензия, клинические проявления.
28. Стадии и типы портальной гипертензии, ее клинические проявления, принципы терапии.
29. Лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование цирроза печени.
30. Алгоритм диагностики цирроза печени, включающий клиническую картину, лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое исследование печени.

3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

3.1. Методика проведения тестирования

Целью этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

Субъекты, на которых направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа зачёта, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50.

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы

	Вид промежуточной аттестации
	зачет
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	18
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	36
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	8
Кол-во баллов за правильный ответ	4
Всего баллов	32
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	4
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	32
Всего тестовых заданий	30
Итого баллов	100
Мин. количество баллов для аттестации	71

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом зачёта независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете.

Результаты процедуры:

Результаты тестирования на компьютере или бумажном носителе имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам тестирования являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за тестирование обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные ведомости в соответствующую графу.

3.2. Методика проведения устного собеседования

Целью процедуры промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме устного собеседования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с расписанием учебных занятий отделом подготовки кадров высшей квалификации может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает вопросы, как правило, открытого типа, перечень тем, выносимых на опрос, типовые задания. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты). Количество вопросов, их вид (открытые или закрытые) в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

Описание проведения процедуры:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (модуля) и других факторов.

Собеседование может проводиться по ситуационным задачам. Результат собеседования определяется оценками «зачтено», «не зачтено».

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и зачетные ведомости и представляются в отдел подготовки кадров высшей квалификации.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.

3.3. Методика проведения приема практических навыков

Цель этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии по дисциплине (модулю), или в день проведения собеседования, или может быть совмещена с зачетным собеседованием по усмотрению кафедры.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает перечень практических навыков, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

Описание проведения процедуры:

Оценка уровня освоения практических умений и навыков осуществляется на основании положительных результатов текущего контроля в связи со спецификой дисциплины при условии обязательного посещения всех занятий семинарского типа.

Результаты процедуры:

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено» или «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные ведомости в соответствующую графу.