**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 «**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***«Утверждено****»-*

на заседании кафедры Председатель УМС

 Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2021 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия №10

на тему: **Диагностика и лечение хронического гепатита**

**в амбулаторных условиях.**

по дисциплине: **«Поликлиническая терапия»**

для студентов, обучающихся по специальности:

**( 560000) Лечебное дело**

 Составитель: Абдраева Ф.А.

**Тема практического занятия:**

**«Диагностика и лечение хронического гепатита в амбулаторных условиях».** (2 часа)Актуальность темы: Хронические вирусные гепатиты

**План занятия:**

1. Определение хронического гастрита, этиологические факторы.
2. Классификация и краткая клиническая картина, характерная для ХГ.
3. Лабораторно-инструментальные данные ХГ.
4. План лечения ХГ в амбулаторных условиях.

**Задачи:**

 1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

 2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

 3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важные качества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовой деятельности специалиста.

 **Вид занятия:** практическое

**Контрольные вопросы:**

1. Дайте определение ХГ.
2. Дайте определение хроническому гепатиту.
3. Перечислите классификацию хронических гепатитов.
4. Назовите причины развития гепатитов.
5. Укажите диагностические критерии гепатитов.
6. Перечислите главные инструментально-лабораторные изменения при хронических гепатитов в амбулаторных условиях.
7. Назначьте лечение в амбулаторных условиях.

**Цель практического занятия:**

1. Методическая цель – организовать и провести занятие в соответствии с требованиями рабочей программы с применением различных методов и способов обучения для достижения поставленных целей.
2. Учебные цели:

- Повторить классификацию и клинические проявления хронических гепатитов.

- Изучить диагностику, принципы лечения в амбулаторных условиях согласно диагнозу.

- Повторить методы клинического обследования пациента с данными нозологиями.

- Дать студентам представление об этапах диагностического поиска.

- Сформировать тактику оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях в условиях поликлиники.

1. Формировать общие и профессиональные компетенции:

**Средства обучения и контроля:**

 1. методическая разработка занятия

 2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

 3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. Тестовые задания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями;
* определить уровень логического, клинического мышления;
* развивать речь
 |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности
 |
| Практический* решение учебных заданий проблемного характера
* выполнение практических действий, заданий
 | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное
* определить уровень клинического (профессионального) мышления;
* проверить умение выполнения манипуляции, практического действия.
 |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональныедисциплины- Анатомия и физиология человека- Латинский язык | * Пищеварительная система.
* Терминология.
 |
|  Диагностическая деятельность- Пропедевтика клинических дисциплин  | * Методы обследования пациентов с заболеваниями органов пищеварения.
* Дополнительные методы обследования пациентов с заболеваниями ЖКТ.
 |
|  Общепрофессиональные дисциплины- Клиническая фармакология  | * Ингибиторы протонной помпы
* Блокаторы гистаминовых рецепторов
* Антибиотики
* Витамины
* Препараты висмута
* Обволакивающие препараты
 |

**Внутридисциплинарные связи:**

* 1. Диагностика и лечение ЯБЖ в амбулаторных условиях.

 **Уровни усвоения:** 2,3

 2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

 3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен уметь:***

* проводить обследование пациента;
* определять тяжесть состояния пациента;
* выделять ведущий синдром;
* проводить дифференциальную диагностику;
* установить диагноз на основании клинических и лабораторных исследований в амбулаторных условиях.
* осуществлять фармакотерапию в соответствии с диагнозом в амбулаторных условиях;
* осуществлять профилактику заболевания;

***После изучения темы занятия студент должен знать:***

* этиологию и симптомы, особенности течения хронических гепатитов;
* дифференциальную диагностику хронических гепатитов.
* особенности диагностики ХГ с учетом инструментально-лабораторных исследований;
* принципы фармакотерапии при ХГ в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом;
* правила заполнения медицинской документации;

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-8** - способен проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществлять общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию;**ПК-15**- способен назначать больным с наиболее часто встречающимися внутренними болезнями адекватное лечение в соответствии с диагнозом.**ПК-16**- способен осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней, направлять на госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке. | **РО-8** - Может анализировать и интерпретировать полученные данные и назначать адекватное лечение и оказать первичную врачебную помощь, принимать решения при возникновении неотложных и угрожающих жизни ситуацияхпри неотложных и жизнеугрожающих состояниях детей и подростков. | **РОд- 1:****Знает и понимает**:- проведение с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществление общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);**Умеет:****-** проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний (ПК-8),**Владеет**: - навыками осуществления общеоздоровительных мероприятий по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);**РОд-2:** **Знает и понимает**:- назначение больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Умеет:**- назначать больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Владеет**:- методами назначения больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).я | **РОт**: Знает и понимает: ХГ.- Методы современной диагностики и дифференциальный диагноз ХГ с учетом их течения и осложнения.Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:- дифференцировать у больного, симптомы ХГ;- составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;- сформулировать диагноз, руководствуясь современной классификацией;Владеет: - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;- навыками определения прогноза у конкретного больного;- мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности; – навыками оказания первой врачебной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом. |
| **РОд-3:****Знает и понимает**:- осуществление взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16).**Умеет:**- осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в амбулаторных условиях (ПК-16).**Владеет**:- методами осуществления взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16). |

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занят** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время**  |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Показ рисунка и комментарий к нему.Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы | Мозговой штурмВызвать интерес к изучениюматериала, мобилизовать внимание студентов | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд  | 10 мин |
| 2 | Опрос пройденного материала  | Обобщение знаний студентов по пройденным материалам и установить связь с новой темой | Задание контрольных вопросов, совместное обобщение ответов | Выборочно по одному отвечают на заданные вопросы | Вопрос-ответ  | Вспоминание темы предыдущих занятий, способствование к самореализации | Перечень контрольных вопросов (Прил. 1.) | 20мин |
| 4 | Изложение новой темы  | Создание проблемной ситуацииАктивизация мыслительной деятельности. | Преподавате ль предлагает план изучения нового материала с целью последовательного изложения материала.(информационный блок) | Записывают план и конспектируют новый материал  | Презентации слайдов, демонстрация в натурщике | Сформируется теоретическая база знаний и умений, для использования их на практических занятиях  | Доска с проектором, презентац. материал, натурщик. Градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель. Лекарственные препараты (аннотации) | 40 мин |
| 5 | Закрепление новой темы и подведение итогов | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Решение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Перечень уровневых задач (Прил.2.) | 20 мин |
| 6 | Оценивание студентов за участия на занятии  | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Преподаватель анализирует работу студентов. Определяет степень достижения целей. Выставляет и объявляет оценки. Предлагает записать домашнее задание | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Выборочный опрос, оценка друг другаОценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работыОриентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы. | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 10мин |

**Формы проверки знаний:**

1. Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
2. Тестовые задания на разрезе рубежного контроля;

**Литература:**

**Основная литература:**

1. Гастроэнтерология. Национальное руководство /под редакцией В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной – М.ГЭОТАР-Медиа, 2012, - 480 с.
2. КостюкевичО.И. Атрофический гастрит: что мы понимаем под этим состоянием.Современные подходы к диагностике и лечению //РМЖ. 2010. № 28
3. Хронический гастрит: диагностика и лечение/ Яковенко Э.П., Иванов А.Н., Илларионова Ю.В. и др.// Фарматека.-2009.-№ 8.-С. 50–54.
4. Гапонова О.Г. Аутоиммунный гастрит: спорные вопросы патогенеза, проблемы диагностики и терапии // Острые и неотложные состояния в практике врача№ -2009. - 5
5. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., Шептулин А.А. и комитет экспертов. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции Helicobacterpylori у взрослых. Рос. журн. гастроэнт., гепатол., колопрок- тол. 2012;22(1):87–9

**Дополнительная литература:**

1. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практикующих врачей. ГЕОТАР МЕД, 2002. «Диагностика и лечение болезней органов дыхания» Окороков А.Н.

 2. «Внутренние болезни» Маколкин В.И., Овчаренко С. И.

 3. «Внутренние болезни» Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И.

 4. «Внутренние болезни по Дэвидсону». Пульмонология.

 5. Лекционный материал.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**Хронические гепатиты** - полиэтиологическое диффузное заболевание печени, обусловленное первичным поражением ее клеток, продолжающееся без улучшения не менее 6 месяцев и характеризующееся воспалительно-дистрофическими, а также дегенеративными изменениями как паренхимы, так и интерстиция органа без нарушения дольковой архитектоники печени, имеющее стационарное или прогрессирующее в циррозе печени течение.

**Протокол** "Хронический гепатит"

**Коды МКБ-10:** К 73

**Классификация**

**Классификация хронических гепатитов и цирроза печени** (принята конгрессом гепатологов, Лос-Анджелес 1994).

По этиологии:

- аутоиммунный;

- хронический вирусный гепатит (с указанием вызвавшего его вируса В, С, Д);

- хронический вирусный гепатит (не идентифицируемый);

- хронический гепатит (не идентифицируемый ни как аутоиммунный, ни как вирусный);

- хронический медикаментозный, лекарственно-индуцированный гепатит;

- первичный билиарный цирроз;

- первичный склерозирующий холангит;

- болезнь Вильсона-Коновалова;

- болезнь недостаточности ά1 антитрипсина.

По морфологии:

- микронодулярный (мелкоузелковый);

- макронодулярный (крупноузелковый);

- смешанный (макро- и микронодулярный);

- причина не установлена.

По активности:

- неактивный;

- активный (минимальная степень активности, умеренная степень активности, резко выраженная степень активности).

**Диагностика**

**Диагностические критерии**

**Жалобы и анамнез:** боли в правом подреберье, увеличение печени и уплотнение ее края, тошнота при приеме пищи, слабость, носовые и другие кровотечения, преходящая желтуха, асцит, печеночные знаки, внепеченочные проявления.

**Физикальное обследование:** увеличенная плотная печень, внепеченочные стигматы - телеангиоэктазии, пальмарная эритема, «лакированный» язык, может быть геморрагический синдром - носовые и другие кровотечения, желтуха, печеночные знаки, внепеченочные проявления - печеночная энцефалопатия, кома, инфекционные осложнения.

**Лабораторные исследования:** умеренное повышение активности трансаминаз, увеличение тимоловой пробы, гипергаммаглобулинемия, гипоальбуминемия, снижение протромбинового индекса, анемия, лейкопения, тромбоцитопения, повышение преимущественно непрямого билирубина, холестерина, глутаматдегидрогеназы, признаки репликации вирусов (положительные серологические маркеры гепатитов В, С, Д), повышение активности щелочной фосфотазы.

**Инструментальные исследования:** увеличение печени, повышение ее плотности (диффузные изменения).

Компьютерная томография - изменение структуры печени, увеличение печени.

**Показания для консультации специалистов:**

- ЛОР;

- стоматолог;

- гематолог (по показаниям);

- невропатолог (по показаниям);

- окулист (по показаниям);

- инфекционист-гепатолог.

**Минимум обследования при направлении в стационар:**

- УЗИ органов брюшной полости;

- АЛТ, АСТ, билирубин;

- кал на яйца гельминтов;

- соскоб на энтеробиоз.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови (6 параметров).

2. Определение свертываемости капиллярной крови.

3. Определение гаммаглютамил транпептидазы.

4. Определение щелочной фосфотазы.

5. Определение билирубина.

6. Определение холестерина.

7. Гистологическое исследование ткани печени.

8. Тимоловая проба.

9. ПЦР HCV-РНК (генотип).

10. ПЦР HCV-РНК (колич.).

11. УЗИ органов брюшной полости.

12. Общий анализ мочи.

13. Эзофагогастродуоденоскопия.

14. Протромбиновый индекс.

15. Определение общего белка.

16. Определение белковых фракций.

17. Определение железа.

18. HBs Ag.

19. Cvtotal.

20. ИФА HDV IG M.

21. Определение АЛТ.

22. Определение АСТ.

23. Определение креатинина.

24. Определение ост. азота.

25. Определение В-липопротеидов.

26. ЭКГ.

27. Определение церулоплазмина.

28. Определение меди в сыворотке.

29. Определение меди в моче.

30. ЛОР.

31. Стоматолог.

32. Гематолог (по показаниям).

33. Невропатолог (по показаниям).

34. Окулист (по показаниям).

35. Инфекционист-гепатолог (по показаниям).

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Определение глюкозы.

2. Биопсия (по согласию родителей).

3. ИФА на суммарные аутоантитела.

4. Определение на ВИЧ.

5. Определение диастазы.

6. Исследование кала на скрытую кровь.

7. Компьютерная томография.

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальная диагностика хронических гепатитов требует исключения ряда заболеваний, сопровождающихся гепатомегалией и желтухой.

**Заболевания, проявляющиеся преимущественным увеличением печени** можно разделить на 3 группы (Подымова, 1998):

1. Болезни печени и ее сосудов: острый вирусный гепатит, хронический вирусный гепатит В, С, Д и др., аутоиммунный гепатит, цирроз (латентная форма), эхинококкоз, рак, доброкачественные опухоли, непаразитарные кисты, туберкулезный гранулематоз, болезнь Бадда-Киари, туберкулома.

2. Болезни накопления: жировой гепатоз, гемохроматоз, гепатолентикулярная дегенерация, амилоидоз.

3. Болезни сердечно-сосудистой системы: констриктивный перикардит, недостаточность кровообращения 2 и 3 степени различной этиологии (застойная печень).

**Острый вирусный гепатит.**Имеет острое начало, неблагоприятный эпидемиологический анамнез, указание на гемотрансфузии, инъекции и операции. В крови - повышение активности аминотрансфераз, обнаруживаются маркеры гепатитов А, В или D антигенов.

**Цирроз печени.**В анамнезе - острый вирусный гепатит, токсические отравления. При осмотре - отмечаются внепеченочные сосудистые знаки, гинекомастия. В крови - повышение содержания глобулинов, аминотрансфераз, понижение уровня альбуминов, протромбина. Наблюдаются признаки портальной гипертензии: расширение вен пищевода, желудка, геморроидальных вен, увеличение диаметра портальной и селезеночной вен. Прицельная биопсия печени позволяет выявить мультилобулярные узлы до 5 мм в диаметре при макронодулярной форме, узлы одинаковых размеров до 3 мм и фибринозные септы при микронодулярной форме цирроза.

**Жировая дистрофия печени.** В анамнезе - сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта. Печень увеличена с закругленным краем, гладкой поверхностью. Жировая дистрофия хорошо диагностируется при УЗИ и КТ. Характерных функциональных критериев диагностики нет. Наблюдается диффузное ожирение гепатоцитов в биоптате печени.

**Гемохроматоз**. В начальной стадии характерные клинические симптомы могут отсутствовать. Отмечается значительное увеличение содержания железа в сыворотке крови, повышенное насыщение железом трансферрина, резкий рост уровня ферритина с сыворотке. В биоптатах печени наблюдается обильное отложение железа, дающего положительную реакцию Периса. В последующем отмечается гаптомегалия, сахарный диабет, гиперпигментация кожи и кардиомиопатия.

**Гепатолентикулярная дегенерация**(болезнь Вильсона - Коновалова). При абдоминальной форме характерных клинических симптомов нет. Выявляется неврологическая симптоматика, дрожательно-ригидный симптом или гиперкинезы, снижение интеллекта. При осмотре роговицы с помощью щелевой лампы наблюдается кольцо Кайзера-Флейшера (темно-зеленый ободок, содержащий медь). В сыворотке крови - снижение содержания сывороточного церулоплазмина (<200 нг/л) и увеличение содержания не связанной с церуплазмином меди. В биоптате печени также определяется повышение содержания меди.

**Амилоидоз печени**. Характерно повышение α-2- и γ-глобулинов в сыворотке крови. В биоптате печени обнаруживается амилоид в виде гомогенных масс, окрашивающихся Конго красным в розовый цвет.

**Рак печени**. Отмечаются боли в области печени, резкое похудание, быстрое увеличение печени, «немые» зоны различной формы и величины на сканограммах, четкие очаги со сниженной по сравнению с нормальной паренхимой плотностью при КТ, положительная реакция на α - фетопротеин. Важное значение имеют данные лапароскопии с прицельной биопсией печени - выявление атипичных клеток.

**Наследственные пигментные гепатозы**. Для семейной гипербилирубинемии Жильбера (аутосомно-доминантный тип наследования) характерно повышение непрямого билирубина крови, после эмоционального или физического стресса, острых инфекций, операций. Возможны жалобы астенического и диспепсического характера. Основные проявления - иктеричность и субиктеричность склер. Желтуха часто носит перемежающий характер. Диагностическая проба с введением индукторов транспортных белков и глюкуронилтрансферазы, фенобарбитала или зиксорина позволяет установить истинную причину желтухи. Решающим в диагностике является пункционная биопсия печени - выявляются отложения желтовато-коричневого пигмента по ходу желчных капилляров в центре долек.

**Клиническая симптоматика при синдромах Дабина-Джонсона и Ротора**сходна и включает астенический, диспепсический, болевой, абдоминальный синдром. Желтуха, постоянная или интермиттирующая, сопровождается нерезким кожным зудом, чаще наблюдается в подростковом и молодом возрасте. При синдроме Дабина-Джонсона в крови повышается содержание прямого билирубина вследствие нарушения его выделения из гепатоцитов в желчь. Отмечается увеличение печени и селезенки, отсутствие контрастирования желчного пузыря при пероральной холецистографии, накопление в печени крупнозернистого меланинподобного темно-коричневого пигмента.

**Дифференциальная диагностика желтух**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Вид** | **Надпеченочная** | **Печеночная** | **Подпеченочная** |
| **Форма** | **Гемолитическая и шунт-гипербилирубиемия** | **Постмикросомальная (гепатоцеллюлярная)** | **Постгепатоцеллюлярная****(внутрипеченочный холестаз)** | **Внепеченочный холестаз** |
| Причины | Гемолитическая анемия:1. Врожденная - микросфероцитарная, овально-клеточная, гемоглобинопатии (талассемия, серповидноклеточная); энзимопатии эритроцитов (дефицит глюкоза - 6 - фосфатдегидрогеназы, пируваткиназы);2. Приобретенные - аутоиммунные (лекарства, инфекции, хр. лимфолейкоз, системная красная волчанка), пороксизмальная ночная гемоглобинурия, при обширных кровоизлияниях, ожогах, отравлениях | Острые и хронические гепатиты, инфекционный мононуклеоз, циррозы печени, кисты, паразитарные поражения (эхинококкоз, лейшманиоз, опистархоз), гранулематозы (туберкулез, саркаидоз, лимфогранулематоз), доброкачественные и злокачественные опухоли печени, синдромы Дабина -Джонсона и др. | Холестатическая форма острого гепатита, хронический гепатит, билиарный цирроз печени, первичный склерозирующий холангит, сепсис, муковисцидоз, врожденное расширение внутрипеченчных желчных путей (болезнь Кароли) и др. | Опухоли и дивертикулы 12 перстной кишки, хронический панкреатит, рак поджелудочной железы, восходящий холангит, холедохолитиаз, рубцовое сужение общего желчного протока и сфинктера Одди, опухоли желчного пузыря и желчных протоков, аневризма печеночной артерии |
| Патогенез | Увеличение в крови свободного билирубина из-за повышенного разрушения эритроцитов в циркулирующей крови или макрофагами селезенки, печени костного мозга (внутрисосудистый и внутриклеточный) гемолиз | Одно из проявлений цитолиза гепатоцитов. Поступление прямого билирубина из печеночной клетки непосредственно в кровь связано с нарушением его выделения в желчь | Переход прямого билирубина в кровь из внутрипеченочных желчных протоков при нарушении оттока по ним желчи | Нарушение выделения желчи через внепеченочные желчные протоки вызывает повышение давления на уровне внутрипеченочных желчных протоков и поступления из них прямого (связанного) билирубина в кровь |
| **Основные клинические и лабораторные признаки** |
| Окраска кожи | Бледно-желтоватая с лимонным оттенком | Оранжевая или желтая | Темно-желтая, иногда с зеленоватым оттенком | Темно-желтая, иногда с зеленоватым оттенком |
| Кожный зуд | Не бывает | Неустойчивый | Устойчивый | Устойчивый |
| Тяжесть в правом подреберье | Может быть | Часто | Часто | Может быть |
| Боль в правом подреберье | Отсутствует | Редко | Редко | Часто при холелитиазе и опухолях |
| Размеры печени | Часто нормальные | Чаще увеличены, но могут быть уменьшены | Чаще увеличены | Чаще увеличены |
| Размеры селезенки | Часто увеличены | Часто увеличены | Часто увеличены | Редко увеличены |
| Цвет мочи | Нормальный или черный при гемоглобинурии | Темный | Темный | Темный |
| Окраска кала | Нормальная или темная | Светлая | Светлая или обесцвеченная | Светлая или обесцвеченная |
| Билирубин крови | Повышенное содержание свободного билирубина | Увеличенное содержание связанного и в меньшей степени свободного билирубина | Высокое содержание связанного билирубина | Высокое содержание связанного билирубина |
| Билирубин мочи | Не определяется | Определяется | Определяется | Определяется |
| Уробилин мочи | Определяется | Чаще не определяется | Не определяется | Не определяется |
| Стеркобилин кала | Определяется | Чаще не определяется | Не определяется | Не определяется |
| Гемоглобин, гемосидерин мочи | Определяются при внутрисосудистом гемолизе (пароксизмальная ночная гемоглобинурия, лекарственный и токсический вариант гемолиза) | Не определяется | Не определяется | Не определяется |

**Лечение**

**Тактика лечения**

**Цели лечения:**

1. Обеспечение ремиссии.

2. Профилактика осложнений.

**Немедикаментозное лечение**

Диета зависит от стадии заболевания и степени печеночной недостаточности. Назначают, как правило, стол №5. Общая калорийность превышает возрастные нормы. Количество жира снижено (за счет тугоплавких жиров), а содержание углеводов увеличено. В диете ограничивают механические и химические раздражители. Овощи дают пропертыми. Резко ограничивают экстрактивные вещества. Пища должна быть витаминизирована и богата продуктами, содержащими липотропные вещества. Полезно использование молочных продуктов, соков. Больному необходимо соблюдать диету всю последующую жизнь. Количество приемов пищи увеличивают до 4-6 раз.

**Медикаментозное лечение**

В зависимости от вида и этиологии, лечение предусматривает проведение гепатопротекторной, иммуносупрессивной, дезинтоксикационной, противовирусной терапии на фоне диетического режима.

Используются следующие схемы.

**При вирусной этиологии**в фазе репликации вируса, повышении АЛТ в 2 и более раз и отсутствии противопоказаний проводится противовирусная терапия, схемы которой соответствуют лечению соответствующего вирусного гепатита (В, С и Д) и включают альфа-интерферон, аналоги нуклеозидов, ламивудин и гепатопротекторы.

**При вирус-индуцированных поражениях печени** с низкореплекативной активностью, нормальных показателях АЛТ, наличии противопоказаний к противовирусной терапии, а также гепатитах невирусной этиологии ограничиваются патогенетической и симптоматической терапией:

- гепатопротекторы (урсодезоксихолевая кислота 250 -500 мг/сут., адеметионин 400-800 мг/сут. или эсенциальные фосфолипиды);

- ферментные препараты 50-150 000 ед./сут. в перерасчете на активность липазы.

**Аутоиммунный гепатит**(при умеренной степени активности и выше):

1. Преднизолон до 30 мг/сут. в течение одного месяца с последующим снижением дозы на 5 мг/месяц до поддерживающей 10-15 мг на протяжении не менее чем 2 лет или преднизолон до 20 мг/сут.+азатиоприн до 50 мг/сут. с последующим снижением дозы, по достижении клинического эффекта - до 5-10 и 25 мг/ сут. соответственно на протяжении не менее 2 лет.

2. Урсодезоксихолевая кислота 250-500 мг/сут. или адеметионин 400-800 мг/сут. при наличии холестаза.

3. Препараты кальция (кальций-Д3 никомед, кальцид и др. для профилактики остепороза).

4. Симптоматическая терапия (ферментные и др. препараты по показаниям).

**Поражение печени при болезни Вильсона-Коновалова:** постоянный прием Д-пеницилламина в средней дозе 1000 мг в сутки (дозу подбирают индивидуально).

**Профилактические мероприятия:**

1. Предупреждение печеночной энцефалопатии.

2. Предупреждение цирроза печени.

**Дальнейшее ведение**

В фазу ремиссии больным ХВГ проводится базисная терапия. Не реже 1 раза в полгода проводятся врачебные осмотры с определением биохимических показателей, активности маркеров вирусной репликации. Если больной получает поддерживающую терапию иммунодепрессантами, то биохимические печеночные тесты исследуются 1 раз в месяц.

Выявление серологических маркеров репликации вируса у больных ХВГ служит показанием для их госпитализации и назначения противовирусных препаратов даже при отсутствии клинических и лабораторных признаков активности патологического процесса.

**Перечень основных медикаментов:**

1. Ламивудин 100 мг, табл.

2. Азатиоприн, 50 мг, табл.

3. Урсодезоксихолевая кислота, капсулы, 250 мг

4. Адеметионин бутадион сульфат, пор. д/и, 400 мг (гептрал)

5. Преднизолон, 5 мг, табл.

6. Преднизолон, 25 мг, амп.

7. Лактулоза, флаконы, 200 мг

8. Тромбоконцентрат, доза

9. Спиронолактон,.25 м, табл.

10. Поливидон, фл.

11. Фуросемид, амп.

12. Декстроз, р-р, д/и 5%, фл. 400 мл.

13. Натрия хлорид, 0,9% р-р д/и, меш. п/проп. 500 мл

14. Лидокаин, амп.

**Перечень дополнительных медикаментов:**

1. Аминокопроновая кислота, р-р д/и 5%, флакон 100 мл

2. Этамзилат, амп. 250 мг

3. Пенициламин тб, 250 мг

4. Эссенциале в ампулах

5. Домперидон, тб 10 мг

6. Метоклопрамид

7. Панкреатин, капс. 8000 Ед.

8. Фолиевая кислота, тб 1 мг

9. Цианокобаламин, амп.

10. Тиамин, амп. 5%, 1,0 амп.

11. Пиридоксина гидрохлорид 5%, 1,0 амп.

12. Аевит, капс.

13. Парацетамол, тб 500 мг

**Индикаторы эффективности лечения:**снижение активности процесса по данным биохимических и морфологических исследований, регрессия субъективных симптомов, уменьшение гепатомегалии.

**Госпитализация**

**Показания к госпитализации (плановое):**

1. Активность процесса.

2. Отсутствие эффекта от предыдущей терапии.

Ситуационная задача №1

Больной И. 44 лет отмечает пожелтение склер, кожи, тѐмную мочу, слабость, отвращение к пище, лѐгкую тошноту. Считает себя больным 15 дней. В течение этого времени температура тела держалась в пределах 37,2–37,5 °С, болели крупные суставы, исчез аппетит, в последние 2 дня – тѐмная моча, желтушность склер и кожи. Принимал Анальгин, Антигриппин, витамины. Три месяца назад лечился в неврологическом

отделении по поводу функционального расстройства нервной системы, получал лекарства в виде таблеток подкожных и внутривенных инъекций.

Общее состояние средней тяжести. Температура 36,8 °С. Склеры и кожа умеренно желтушны. Периферические лимфоузлы не изменены. Пульс – 52 уд/мин, АД – 110/60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастрии. Печень

выступает из-под края рѐберной дуги на 3 см, пальпируется нижний полюс селезѐнки. Моча тѐмно-коричневого цвета, кал серый.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз на основании полученных данных, с учѐтом синдромального подхода, и обоснуйте его.

2. Дайте этиологическую характеристику возбудителю, предположительно вызвавшему заболевание, назовите источники инфекции и пути заражения.

3. Укажите основные методы лабораторной диагностики.

4. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.

5. Какова тактика врача на этапе стационарного лечения?

Ответ на ситуационную задачу №1

1. Предварительный диагноз: вирусный гепатит В. Диагноз установлен на основании эпидемиологического анамнеза: три месяца назад парентеральные манипуляции, на основании симптомов начала заболевания: преджелтушный период по «артралгическому» варианту, наличия симптомов поражения печени: желтуха, темный цвет мочи, осветленный кал.

2. Заболевание вызывается ДНК-содержащим вирусом гепатита В. Источник инфекции – больной острым или хроническим вирусным гепатитом В. Заболевание передается парентеральным путем через биологические жидкости: половой путь передачи, при парентеральных манипуляциях, гемотрансфузиях, трансплантации органов.

3. Специфическая лабораторная диагностика – ИФА кровь на маркеры вирусного гепатита В: HBs Ag, HBe Ag, anti-HB cor, anti-HBe, anti-HBs, полимеразно-цепная реакция на наличие ДНК вируса гепатита В.

4. Необходимо проводить дифференциальную диагностику с другими вирусными поражениями печени: вирусным гепатитом А, Е, С, а так же с экзогенно-токсическими: алкогольными и лекарственными гепатитами.

5. Тактика врача на стационарном этапе: необходими постельный режим, диета 5, назначение сорбентов, гипоаммониемических препаратов (лактулоза), инфузионной терапии (ремаксол, гепасол), гепатопротекторов: адеметионина, урсодезоксихолиевой кислоты.

**Тестовые вопросы:**

1. ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ:

1. человек
2. сельскохозяйственные животные
3. человек и животные
4. грызуны
5. кровососущие членистоногие

2. ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ:

1. больное животное
2. больной человек и вирусоноситель
3. больной человек и больное животное
4. больной человек
5. вирусоноситель

3. ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ:

1. ВГД имеет преимущественно фекально-оральный механизм передачи
2. ВГС по механизму передачи близок к ВГВ
3. наибольшую эпидемиологическую опасность представляют хронические носители вируса гепатита Е
4. при гепатите Е основной путь передачи - парентеральный
5. вирусные гепатиты С и Е являются наиболее распространенными видами гепатитов

4. ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ:

1. в некоторых случаях при ВГ источником инфекции могут быть животные
2. при ВГ единственным источником инфекции является человек
3. естественным путем передачи гепатитов А, Е является половой
4. источником гепатита А являются больные острой формой болезни и хронические вирусоносители
5. лица, переболевшие гепатитами В и С, сохраняют заразительность не более 1 года

5. ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ:

1. гепатитом А часто болеют дети до года
2. механизм повреждения гепатоцитов при гепатите В сходен с таковым при гепатите А
3. генетический фактор не имеет существенного значения для течения и исхода ВГС
4. наиболее легкие формы ВГВ наблюдаются у лиц с повышенной активностью иммунной системой
5. повреждение гепатоцитов при гепатите В обусловлены иммунно-опосредованными процессами

6. ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ:

1. инфицирование возбудителем ВГА чаще приводит к развитию клинически выраженных форм болезни
2. возбудитель ВГС обладает цитопатическим действием на гепатоциты
3. вирус ВГВ способен к длительному персистированию в организме
4. возбудитель ВГА относится к гепаднавирусам
5. дельта-вирус способен репродуцироваться только в присутствии вируса гепатита С

7. ВЕДУЩИЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ:

1. Цитолиз
2. Холестаз
3. мезенхимально-воспалительный
4. ДВС-синдром
5. жировая инфильтрация

8. ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ:

1. вирус гепатита А обладает цитопатическим действием
2. механизм повреждения гепатоцитов при гепатите С сходен с таковым при гепатите А
3. генетический фактор не имеет существенного значения для течения и исхода ВГВ
4. наиболее тяжелые формы ВГВ наблюдаются у лиц с ослабленной иммунной системой
5. повреждение гепатоцитов при гепатите Д обусловлено аутоиммунными механизмами

9. ЦИТОПАТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ ВИРУС ГЕПАТИТА…

10. ПРАВИЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ:

1. вирус ГВ способен к длительному персистированию в организме
2. возбудитель ВГС быстро выводится из организма
3. инфицирование возбудителями ВГ чаще всего приводит к развитию клинически выраженных форм болезни
4. возбудитель ВГД часто обнаруживается в воде, в пищевых продуктах, на различных предметах
5. возбудители ВГЕ чаще вызывают бессимптомную хроническую инфекцию

11. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ:

1. в результате поражения гепатоцитов снижается активность ряда - цитоплазматических ферментов в сыворотке крови
2. в результате внутрипеченочного холестаза повышается уровень уробилина в моче
3. характерно резкое повышение активности щелочной фосфатазы
4. ведущую роль в патогенезе и клинике играет внутриклеточный холестаз
5. снижение сулемового титра обусловлено диспротеинемией

12. ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ:

1. при ВГВ преджелтушный период длится до 3 суток
2. для ВГС характерно циклическое течение болезни
3. тяжесть течения болезни обусловлена поражением билиарной системы
4. для ВГВ характерна высокая лихорадка
5. ВГА протекает преимущественно в безжелтушной форме

13. ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ:

1. желтушная форма ВГ часто сопровождается развитием острой почечной недостaточности
2. возбудитель ВГС быстро выводится из организма
3. вирус ВГВ часто обнаруживается в воде
4. возбудитель ГА является энтеровирусом
5. дельта-вирус способен репродуцироваться только в присутствии вируса гепатита С

14. ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ:

1. для гепатита В характерно улучшение состояния в начале желтушного периода
2. при вирусном гепатите А характерно тяжелое течение болезни
3. гриппоподобный синдром наиболее характерен для гепатита В
4. при вирусном гепатите А часто наблюдается уртикарная сыпь
5. развитие ХАГ наиболее характерно для вирусного гепатита С

15. КРИТЕРИЯМИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ВГ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. анорексия
2. энцефалопатия
3. наличие геморрагического синдрома
4. уменьшение размеров печени
5. увеличение селезенки

16. ДЛЯ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ НЕ ХАРАКТЕРНЫ:

1. Желтуха
2. резкие боли в правом подреберье, иррадиирующие под лопатку
3. ахолия кала
4. диспепсические расстройства
5. потемнение мочи

17. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ:

1. развитие хронического гепатита характерно для ВГА
2. наиболее частым исходом является хронизация процесса
3. развитие хронического гепатита характерно для ВГС
4. течение ВГВ, как правило, волнообразное
5. хронические формы ВГЕ заканчиваются формированием цирроза печени

18. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПРЕКОМЫ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ:

1. гепатоспленомегалия
2. брадикардия
3. тахикардия, тремор кончиков пальцев
4. увеличение печени, наличие сосудистых звездочек
5. пальмарная эритема, венозный рисунок на боку живота

19. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. прогрессивное нарастание желтухи
2. протеинурия
3. изменение цвета мочи
4. энцефалопатия
5. увеличение размеров печени

20. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. увеличение печени
2. тахикардия
3. сокращение размеров печени
4. энцефалопатия
5. геморрагии

Ответы:

1. 2
2. 2
3. 2
4. 5
5. 2
6. 1
7. 1
8. А
9. 1
10. 5
11. 5
12. 4
13. 5
14. 5
15. 2
16. 3
17. 3
18. 4
19. 1
20. 5