



ФГБОУ ВО «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №5

**Методическая разработка
для преподавателя на тему:**

"Заболевания желчного пузыря и желчных путей"

Составлено на основании
унифицированной программы
последипломного обучения

Методическая разработка
обсуждена и утверждена
на заседании кафедры.

**Составители разработки:
доц. Ранюк Л.Г.**

Владикавказ

Тема занятия: «Заболевания желчного пузыря и желчных путей».

Место проведения занятия: учебная комната, гастроэнтерологическое отделение.

Обоснование необходимости изучения темы.

Диагностика различных форм заболеваний желчных путей часто вызывает серьёзные затруднения. Особенно дискинезий и бескаменных холециститов. Поражение желчного пузыря и желчевыводящих путей занимают значительное место среди других заболеваний желудочно-кишечного тракта и в среднем составляют 36-40%. Кроме того, частота воспалительных заболеваний желчного пузыря повсеместно возрастает с каждым годом, особенно в пожилом и старческом возрасте. По всей видимости, это связано с уменьшением активности населения и улучшением условий питания. Вопросам диагностики, клиники и лечения посвящено много литературы и тем не менее для своевременного и правильного распознавания изыскиваются всё новые диагностические методы. Несмотря на кажущуюся доступность и легкость диагностики, распознавание патологии в желчевыводящих путях всё ещё вызывает большие трудности, так как не всегда можно применить весь арсенал дополнительных методов исследования при механической желтухе, холангите, в старческом возрасте, при сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы, панкреатите, стенозе фатерова соска, из-за тяжести состояния при возникновении осложнений. Исходя из выше изложенного, следует подчеркнуть, что особая роль при этом отводится общеклиническому обследованию больных, для чего необходимо детально знать клинику заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей. Известно, что хронический холецистит и дискинезии являются фактором риска для развития холелитиаза, острого холецистита и панкреатита. Поэтому своевременная диагностика и целенаправленное лечение предупреждают развитие не только осложнений, но и вовлечение функционально связанных с желчевыводящими путями органов брюшной полости.

Цель занятия:

освоение принципов дифференциально-диагностических приемов и лечения на основе знаний клиники, результатов дуоденального зондирования и холецистографии при дискинезиях желчных путей, хроническом рецидивирующем бескаменном и калькулёзном холецистите и холангите.

Задачи занятия.

Изучить:

1. Клинические признаки дискинезий желчных путей по гипо- и гипертоническому типу.
2. Клинические признаки хронического бескаменного и калькулёзного холецистита.
3. Клинические признаки холангита.

4. Значимость патологии в желчных путях для развития заболеваний поджелудочной железы и кишечника.
 - Клинические признаки хронического панкреатита.
 - Клинические признаки дуоденита (в том числе папиллита).
 - Клинические признаки персистирующего гепатита.
 - Клинические признаки правостороннего пиелонефрита, в том числе калькулезного.
5. Освоение дифференциально-диагностической методики при заболеваниях желчных путей по ведущему синдрому: «болевому» или «диспепсическому».
6. Освоение составления программы исследований и интерпретации полученных данных в плане дифференциального диагноза при заболеваниях желчного пузыря и желчных ходов.
7. Обоснование развернутого клинического диагноза в соответствии с классификациями (Н.А. Скуя или В.А. Галкина).
8. Усвоение принципов лечения дискинезий, хронических холециститов и холангитов.
9. Усвоение основ лечебного питания при заболеваниях желчевыводящих путей.
10. Усвоение принципов медикаментозного и санаторно-курортного лечения.
11. Обоснование показаний к оперативному лечению.
12. Тактика лечения воспалительных заболеваний желчных путей:
 - ✓ диета (5а, 5) – знать принцип стола;
 - ✓ антибиотики;
 - ✓ спазмолитики, в том числе холинолитики;
 - ✓ желчегонные; физиолечение;
 - ✓ санаторно-курортное лечение.
13. Составить профилактические мероприятия и произвести экспертизу нетрудоспособности.

**План и организационная структура занятия:
«Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний желчных путей».**

№№ п/п	Этапы занятия	Время в мин	Уро- вень усвое- -ния	Место проведе- ния занятия	Оснащение занятия
1.	Организационные мероприятия	5	-	Учебная комната	Журнал
2.	Контроль исходного уровня знаний.	15	II	Учебная комната	Контроль- ные вопросы
3.	Клинический разбор больных.	35	II	Палата	Больные, истории болезни
4.	Анализ полученных данных, выделение характерных симптомов и синдромов. Определение заболевания для дифференциального диагноза по ведущему синдрому (боли в верхней половине живота).	10	III	Учебная комната	Таблицы, истории болезни
5.	Дифференциальный диагноз.	30	III	Учебная комната	Таблицы, истории болезни
6.	Предварительный диагноз.	5	III	Учебная комната	--«»--
7.	Анализ лабораторных и инструментальных методов исследования.	15	III	Учебная комната	Таблицы, истории болезни
8.	Клинический диагноз.	5	III	Учебная комната	--«»--
9.	Лечение больных с учётом этиологии и патогенеза.	15	III	Учебная комната	--«»--
10.	Прогноз, экспертиза трудоспособности.	5	III	Учебная комната	Таблицы, истории болезни
11.	Контроль конечного уровня усвоения материала.	20	III	Учебная комната	Ситуационн ые задачи и задание на дом.
12.	Задание на дом.	5	-	Учебная комната	Список литературы, контроль- ные вопросы по теме.

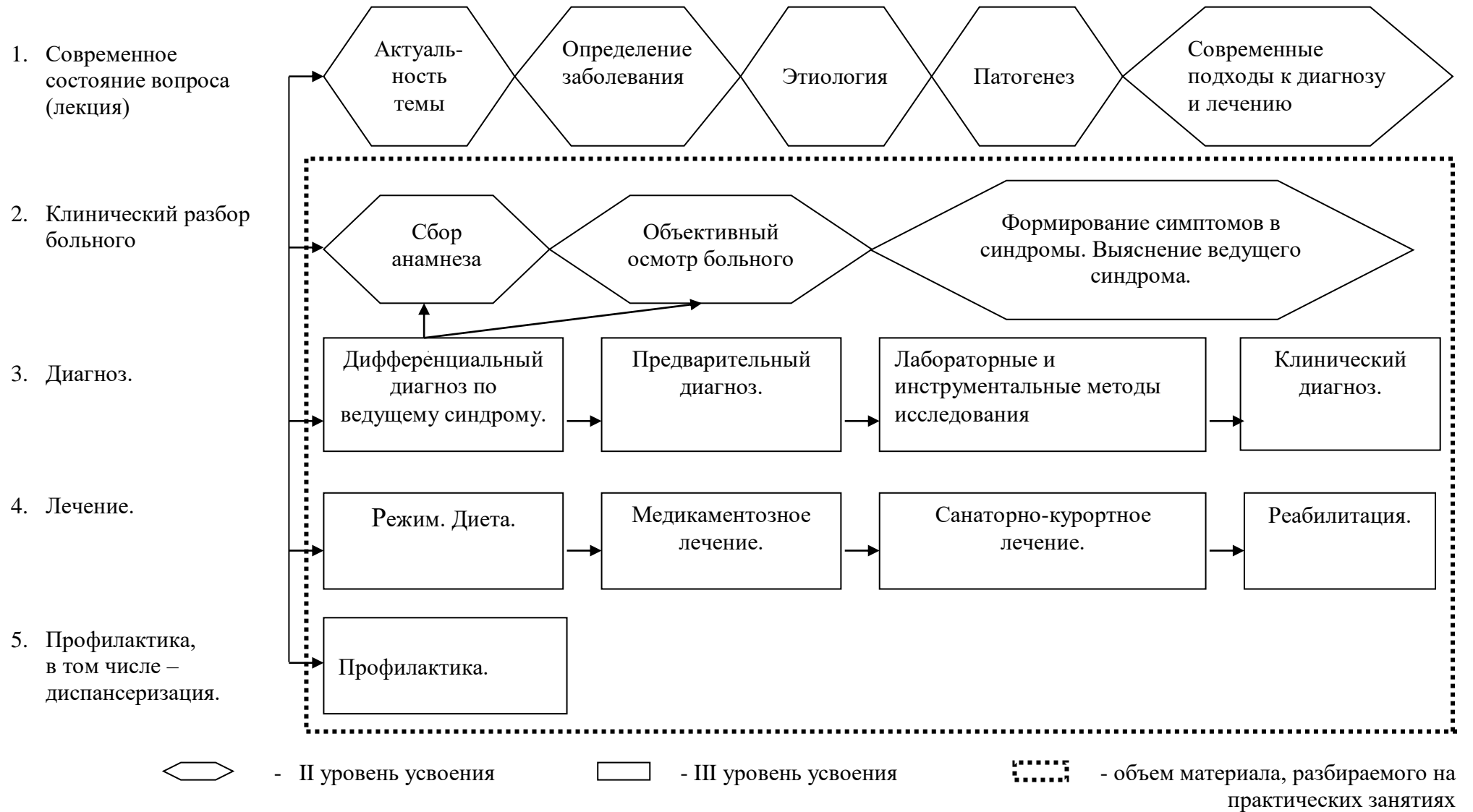
I. Методологические аспекты.

Тематический обход «Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний желчных путей» должен быть посвящен углублению приёмов клинического мышления. Этот процесс отражает этапность поиска истины и включает в себя синтез и анализ данных (анамнеза и объективного статуса); сведение частного к общему и выделение этого общего из частного (определение ведущего синдрома и дифференциальный поиск по нему); переход количества в новое качество (совокупность новых клинических признаков, появившихся у больных, даёт другое состояние, отличное от здорового или прежнего – болезнь). Выстраивая диагностическую поэтапную гипотезу. Врач в конечном итоге устанавливает конкретную истину (предварительный или заключительный диагноз), которая на каждом диагностическом этапе является относительной. Исходя из единства внешней и внутренней среды, определяется возможность воздействия на интимные механизмы развития и течения заболевания в виде назначения лечения (диета, лекарственные препараты, использование физических факторов и др.)

II. Воспитательные аспекты.

1. Преподаватель должен обосновать необходимость изучения данной патологии и её актуальность на данном этапе.
2. Показать достижения отечественной гепатологии в диагностике, лечении и профилактике при заболеваниях желчных путей.
3. Заострить внимание слушателей на факторах риска, способствующих развитию патологии в желчевыводящих путях (сидячая работа, адинамия, избыточный вес, нарушения в режиме, качестве питания, гормональные половые различия).

ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ «Заболевания желчного пузыря и желчных путей».



Рекомендации

к методике проведения занятия «Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний желчных путей».

1. Подготовительный этап.

Накануне преподаватель подбирает 2-3 больных с дискинезиями, холециститами (бескаменным и калькулёзным), если будут больные, то и с холангитом. Подробно разобрать одного больного, лучше всего с холециститом. В связи с идентичностью методов исследования при заболеваниях желчных путей, остальных посмотреть в плане особенностей клинических проявлений. Аспиранты получают тематических больных для курации накануне, не более двух на одного больного. Сбор анамнеза и объективный осмотр больных кураторы производят заранее.

В день занятия в учебной комнате ассистент кратко определяет основные цели занятия, знакомит аспирантов с планом занятия. Он освещает актуальность темы, современные достижения в диагностике, лечении и нерешенные вопросы при заболеваниях желчного пузыря и желчных протоков. После этого проводит контроль исходного уровня знаний по клиническим проявлениям и методам выявления дискинезий, холециститов, холангита, хронического панкреатита, дуоденита, персистирующего гепатита, правостороннего пиелонефрита путём устного опроса и ответов каждого аспиранта на конкретно поставленный вопрос. Преподаватель должен проверить готовность аспирантов к занятию – подготовлен ли больной к обходу (наличие анамнеза), имеется реферат по теме, оснащение занятия (таблицы – классификации, анализы и т.д.) после этого все аспиранты вместе с преподавателем идут в палаты.

2. Основной этап занятия.

В палате аспиранты докладывают анамнез тематического больного, остальные слушатели по очереди производят осмотр больного. По ходу осмотра преподаватель фиксирует внимание слушателей на особенностях клинических синдромов (болевого, диспепсического – желудочного и кишечного) при дискинезиях, холециститах и холангитах, а также на объективном статусе живота при них. После осмотра всех больных занятие продолжается в учебной комнате. Под руководством преподавателя аспиранты анализируют объективный статус. Все симптомы комплектуются в синдромы, и выделяется ведущий синдром: «болевой» или «диспепсический» (возможно их сочетание).

Исходя из ведущего синдрома, определяется перечень заболеваний, между которыми проводится дифференциальный диагноз (дискинезии, холецистит, холангит, панкреатит, дуоденит, персистирующий гепатит, правосторонний пиелонефрит). На основе клинического анализа обосновывается предварительный диагноз и намечается план обследования больных. Затем производится трактовка имеющихся дополнительных данных в истории болезни и формулируется окончательный диагноз.

Намечается план лечения больных при заболеваниях желчевыводящих путей с учётом этиологии и патогенеза. Разбирается лечение конкретных больных

(режим, диета, медикаментозное, физиотерапевтическое и санаторно–курортное лечение). Освещается прогноз и экспертиза трудоспособности у курируемых больных, по ходу разбора проводится анализ качества ведения истории болезни: сбора анамнеза, объективного статуса больного, своевременности и правильности диагностики, полноты обследования и лечения. Все недочёты оцениваются и объясняются их причины с соблюдением этики и деонтологии. Слушатели работают группами по 2 человека. Результаты обсуждения оцениваются преподавателем, и делается окончательный вывод по каждому вопросу.

Примечание: аспиранты к занятию готовят таблицы планшетного типа (классификации заболеваний желчных путей – Н. А. Скуя и Галкина, граф логической структуры дифференциального диагноза при заболеваниях желчных путей, план обследования и лечения).

3. Заключительный этап занятия.

После разбора больных производится контроль конечного уровня усвоения материала путем решения аспирантами ситуационных задач (два слушателя решают одну задачу). Результаты обсуждаются устно под руководством преподавателя, здесь же даётся оценка полученным знаниям. В конце занятия даётся задание на дом по следующей по плану теме.

Перечень к усвоению учебных и практических навыков, необходимых к усвоению по данной теме:

1. Знать клинические признаки дискинезий, холециститов и холангитов.
2. Уметь комплектовать болевой синдром, синдром кишечной и желудочной диспепсии.
3. Знать клинические признаки хронического панкреатита, дуоденита, персистирующего гепатита, правостороннего пиелонефрита.
4. Знать дифференциально-диагностические признаки основных синдромов (болевого и диспепсических) при заболеваниях, привлекаемых для дифференциального диагноза.
5. Знать и уметь исследовать живот – осмотр, пальпация, перкуссия.
6. Уметь оценивать полученные данные при объективном обследовании больного данные.
7. Владеть методом дифференциального диагноза по ведущему «болевому» или «диспепсическому» синдрому.
8. Уметь составлять рациональную программу дополнительного обследования больного.
9. Уметь клинически читать анализы крови, в том числе билирубин, белковые фракции, осадочные пробы, ферменты (АЛТ, АСТ, ЩФ, ХЭ, ОКТ, ЛДГ и др.).

Вопросы для контроля исходного уровня знаний.

1. *Понятие о дискинезии, холецистите, холангите.*
2. *Клиника дискинезий (гипо-, гипертонических), холециститов (бескаменных, калькулезных), холангитов.*
3. *Клинические признаки:*
 - *хронического панкреатита,*
 - *хронического дуоденита,*
 - *персистирующего гепатита,*
 - *правостороннего пиелонефрита.*
4. *Перечислить все заболевания, способные вызывать боли в верхней половине живота и диспепсию.*
5. *Патологические симптомы Керра, Ортнера, Мерфи, Мюсси–Георгиевского, Захарьина, Боаса, Шоффара, Скульского.*
6. *Перечислите методы исследования при заболеваниях желчных путей.*
7. *Какие изменения в ОА крови, мочи, биохимических анализах крови патогмоничны для заболеваний желчевыводящих путей?*
8. *Трактовка результатов дуоденального зондирования.*
9. *Рентгенологические методы исследования желчного пузыря и желчевыводящих путей.*
10. *Ультразвуковое исследование желчного пузыря и желчных путей.*
11. *Назовите главные направления в лечении дискинезий, холециститов, холангитов.*

Вопросы для контроля конечного уровня знаний.

1. Желчный пузырь сокращается под влиянием
 - а) гастрина
 - б) панкреатического сока
 - в) холецистокинина
 - г) секретина
 - д) всех перечисленных факторов

2. Этиологическими факторами развития холецистита являются
 - а) количественные и качественные отклонения в режиме питания
 - б) моторно-секреторные нарушения в системе желчного пузыря и желчных путей
 - в) инфекция
 - г) все перечисленные
 - д) верно б) и в)

3. Болевой синдром при холециститах вызывается
 - а) спазмом мускулатуры желчного пузыря
 - б) растяжением стенки желчного пузыря или протоков
 - в) повышением давления в желчевыводящей системе
 - г) верно а) и в)
 - д) всем перечисленным

4. К "пузырным" симптомам относятся
 - а) симптом Поргеса
 - б) симптом Мейо - Робсона
 - в) симптом Ортнера
 - г) симптом Образцова
 - д) все перечисленные симптомы

5. Хронический холецистит может осложняться
 - а) холангитом
 - б) холелитиазом
 - в) водянкой желчного пузыря
 - г) перитонитом
 - д) всем перечисленным

6. К основным принципам лечения холецистита относятся
 - а) диетотерапия

- б) фармакотерапия
- в) физиотерапия
- г) санаторно-курортное лечение
- д) все перечисленные

7. К холеретикам относятся все перечисленные препараты, кроме

- а) олиметина
- б) холензима
- в) аллохола
- г) оксафенамида
- д) хологона

7. К холекинетикам относятся все перечисленные препараты, кроме

- а) холагола
- б) ровахола
- в) аллохола
- г) ксилита
- д) сорбита

8. В качестве противовоспалительной терапии при холециститах используют

- а) антибиотики широкого спектра действия
- б) препараты фурадоинового ряда
- в) препараты налидиксовой кислоты
- г) сульфаниламидные препараты
- д) верно а) и г)

9. Классификация дискинезий желчного пузыря и желчевыводящих путей

включает

- а) гипокинетическую форму
- б) гиперкинетическую форму
- в) смешанную форму
- г) все перечисленное
- д) верно а) и б)

10. Гиперкинетическая форма дискинезии желчного пузыря характеризуется

- а) коликообразными или схваткообразными болями
- б) болью, появляющейся через 1-2 часа после еды, обычно иррадиирующей в правую лопатку, ключицу,

- нередко - в поясницу и подложечную область
- в) сокращением желчного пузыря и ускоренным его опорожнением, выявленными при рентгенологическом исследовании
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного
11. Гипокинетическая форма дискинезии желчного пузыря характеризуется
- а) ноющими болями в правом подреберье
 - б) удлинением, расширением, замедленным опорожнением желчного пузыря, выявленных при рентгенологическом исследовании
 - в) частым сочетанием с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и гастродуоденитом
 - г) всем перечисленным
 - д) верно б) и в)
12. Диагноз дискинезии желчного пузыря основывается
- а) на клинических данных
 - б) на результатах пятифазного дуоденального зондирования
 - в) на рентгенологических данных
 - г) на всем перечисленном
 - д) верно а) и б)
13. В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря используют
- а) H₂-блокаторы гистамина
 - б) сукралфат и его аналоги
 - в) спазмолитические средства
 - г) беззондовые тюбажи
 - д) хирургическое лечение
14. В лечении гипокинетической формы дискинезии желчного пузыря используют
- а) холекинетики
 - б) спазмолитики
 - в) хирургическое лечение
 - г) антациды
 - д) ферменты

Эталоны ответов к приложению № 2

1. В
2. Д
3. Д
4. В
5. Д
6. Д
7. В
8. Д
9. Г
10. Г
11. Г
12. Д
13. В
14. Б

**Перечень вопросов для семинарского занятия
по теме «Заболевания желчного пузыря и желчных путей».**

- 1. Этиология, патогенез, диагностика дискинезий желчевыводящих путей.*
- 2. Современные принципы лечения дискинезий желчевыводящих путей.*
- 3. Современные взгляды на этиологию, патогенез, диагностику хронического бескаменного холецистита.*
- 4. Современный подход к лечению хронического бескаменного холецистита (с указанием механизма действия и доз применяемых лекарственных препаратов).*
- 5. Экспертная оценка истории болезни (возможные причины, патогенез развития заболевания, трактовка проведенных лабораторно - инструментальных методов исследования, оценка правильности лечения у конкретного больного с патологией желчного пузыря и желчевыводящих путей).*

Ситуационные задачи.

Задача №1.

Больная 36 лет жалуется на тупые, ноющие боли в правом эпигастрии, связанные с приемом жирной и жареной пищи. Болеет больше года. Приступов боли и желтухи не было. Состояние больной удовлетворительное. Кожа и слизистые оболочки обычной окраски, повышенного питания. Язык влажный, чистый. При пальпации живота болевых точек не выявляется. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови и мочи без патологии.

Билирубин – 25 ммоль/л, реакция прямая.

Рентгеноскопия желудка - органических изменений не выявлено.

При дуоденальном зондировании пузырная порция не получена.

Холецистография – желчный пузырь хорошо заполнен контрастом, после приема яиц не сократился.

1. Ваш диагноз?
2. Какова будет тактика лечения?

Задача №2.

Больная 39 лет. Поступила в стационар с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье, возникшие после употребления в пищу жареной рыбы. Болеет около 2 лет, приступы болей были и раньше, провоцировались приёмом жареной и жирной пищи, психическим стрессом. Совпадали периодически с менструальным циклом. Снимались боли атропином. Желтухи не было.

Объективно: кожа и слизистые оболочки обычной окраски, язык чистый, живот при пальпации безболезненный, печень не увеличена. Стул регулярный.

Анализ крови и мочи без изменений.

Дуоденальное зондирование – без особенностей, пузырная порция получена после введения подкожно 0,2мл-2,0% раствора платифиллина и двух порций сернокислой магнезии.

Рентгеноскопия желудка – норма.

Холецистограмма – желчный пузырь хорошо заполнен контрастом, после приёма яиц сократился на 2/3. Теней конкрементов нет.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения.

Задача №3.

Больной 56 лет в течение 5 лет страдает приступами болей в области правого эпигастрия с повышением температуры до 40 °С, сопровождающейся ознобами

и желтухой перемежающего характера. Последний год желтуха приобрела постоянный характер и сопровождается сильным кожным зудом.

Объективно: температура $37,9^{\circ}\text{C}$. Состояние удовлетворительное. Желтушность кожных покровов и склер. На коже расчёсы. Язык обложен у корня. При пальпации живота – боль в точке проекции желчного пузыря. Положительный симптом Ортнера. Печень увеличена на 5-6 см, плотная, с острым краем, поверхность зернистая.

Анализ крови: $\text{Le} - 15,5 \cdot 10^9$; СОЭ – 42 мм/ч; билирубин – 40,4 ммоль/л; реакция прямая; щелочная фосфатаза – 26 ед.

В моче уробилин и желчные пигменты положительные.

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы исследования вы можете провести?
3. Ваша тактика?

Задача №4.

Больной военнослужащий, 20 лет. После службы в Средней Азии стал жаловаться на тупые ноющие боли в правом подреберье, возникающие после еды, особенно жирной, горечь, сухость во рту по утрам, тошноту, отрыжку воздухом.

Объективно при осмотре: язык влажный, обложен желтовато-коричневым налетом. Живот мягкий, выраженная болезненность в правом подреберье и в точке проекции желчного пузыря. Печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена.

Анализ крови: $\text{Le} - 9,3 \cdot 10^9$; СОЭ – 18 мм/ч; билирубин – 26 ммоль/л; реакция прямая.

Дуоденальное зондирование: во всех порциях обнаружены лямблии.

1. Ваш диагноз?
2. Что ещё может быть в дуоденальном содержимом?
3. Назначьте лечение.

Список литературы:

1. Холестероз желчного пузыря / А.А.Ильченко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 232 с.
2. Руководство по клиническому обследованию больного. Пер.с англ. / под ред. А.А. Баранова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 648 с.
3. Острый холецистит: учеб.-метод. руководство. - Владикавказ : [б. и.], 2007. - 37 с.
4. Мухин, Н. А.
5. Пропедевтика внутренних болезней: учебник с компакт-диск / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - Изд.2-е, доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 848 с.
6. Гастроэнтерология: национальное руководство / ред. В. Т. Ивашкин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 704 с. - 1 электрон.опт.диск.
7. Внутренние болезни : учебник с компакт-диск: в 2 т. Т.1 / Под ред. Н.А. Мухина. - Изд.2-е. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 672 с.