

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Тема: Воспалительные заболевания желчевыводящих путей (холецистит, ангиохолит)

Цель: закрепить знания по диагностике и лечению воспалительных заболеваний желчевыводящих путей.

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез воспалительных заболеваний желчевыводящих путей, диагностировать и изучить критерии диагноза, рассмотреть основные принципы плановой рациональной терапии и профилактики.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, клинический разбор.

Иметь представление об организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями желчного пузыря, последовательности работы на амбулаторном и стационарном этапах, основных методах обследования и лечения заболеваний и их применении в соответствии с порядком оказания гастроэнтерологической помощи.

Ординатор должен знать:

1. Этиологию и патогенез воспалительных заболеваний желчевыводящих путей.
2. Определение воспалительных заболеваний желчевыводящих путей.
3. Клинические проявления воспалительных заболеваний желчевыводящих путей.
4. Лабораторно-инструментальные методы исследования при заболеваниях желчного пузыря.
5. Методику постановки диагноза.
6. Принцип терапии заболеваний желчного пузыря.

Ординатор должен уметь:

1. Оценить полученные данные объективного обследования больного.
2. Оценить результаты лабораторных и инструментальных обследований.
3. Проводить дифференциальную диагностику.
4. Сформулировать диагноз.
5. Назначить лечение больным.

Ординатор должен владеть:

Должен владеть навыками обследования больного, диагностики хронического холецистита, оценки данных основных лабораторных, инструментальных исследований заболеваний желчного пузыря, формулировки развернутого клинического диагноза с учетом принятой классификации ВОЗ, назначения адекватной терапии.

Учебно-тематический план темы:

Самостоятельная работа – 2 часа.

Всего – 2 часа.

План лекции:

1. Актуальность проблемы
2. Определение воспалительных заболеваний желчевыводящих путей .
3. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний желчевыводящих путей.
4. Диагностика воспалительных заболеваний желчевыводящих путей.

5. Тактика ведения воспалительных заболеваний желчевыводящих путей.
6. Лечение воспалительных заболеваний желчевыводящих путей.

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1 Вводный контроль (тесты).

2 Беседа по теме занятий.

3 Клинический разбор пациентов (Хронический холецистит, холангит.)

4 Интерпретация исследований: Анализ крови: лейкоцитоз, нейтрофилёз, ускоренная СОЭ. Более выражены при калькулёзе. Дуоденальное зондирование только с целью выделения микрофлоры, определения чувствительности к антибиотикам, выявления лямблий.

УЗИ: утолщение стенки пузыря более 3 мм, гиперэхогенность передней стенки, неравномерность и нечеткость контуров, уменьшение прозрачности желчи, сгустки желчи (билиарный сладж). Наличие камней. Состояние протоков. Наличие новообразований, пороков развития)

5 Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при хроническом холецистите.

6 Разбор историй болезней пациентов с хроническим холециститом, в ведении которых допущены типичные ошибки.

7 Ролевые игры : маршрут пациента от кабинета доврачебного осмотра и далее (врач общей практики, зав.отделением (или врач скорой помощи). Врач приемного покоя и т.д.); учебная ЛКК.

8 Отработка практических навыков: обследование пациентов с заболеваниями желчного пузыря с осмотром, интерпретация данных лабораторных и инструментальных (УЗИ, ФГДС) методов исследований; обучение пациентов принципам диетотерапии, физической активности.

Перечень вопросов для собеседования

1. Основные этиологические факторы хронического холецистита.
2. Основные этиологические факторы холангита.
3. Важнейшие патогенетические механизмы развития хронического холецистита.
4. Основные клинические симптомы болезни;
5. Патогенетические механизмы развития холангита.
6. Методы инструментальной диагностики заболеваний билиарного тракта;
7. Дифференциально-диагностические критерии хронического холецистита, холангита.
8. Методы лечения и профилактики.

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Выбрать из таблицы:

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование

Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Выполнение индивидуальных домашних заданий (решение клинических задач, перевод текстов, проведение расчетов, подготовка клинических разборов)	Собеседование Проверка заданий Клинические разборы
Участие в научно-исследовательской работе кафедры	Доклады Публикации
Участие в научно-практических конференциях, семинарах	Предоставление сертификатов участников
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование

Основные темы рефератов:

- 1.Профилактика хронического холецистита.
- 2.Ангиохолит.

Основные темы докладов:

- 1.УЗИ признаки при хроническом холецистите.

Фонд оценочных средств:

Контрольные вопросы

1. Определение хронического холецистита.
2. Определение ангиохолита.
3. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний желчевыводящих путей.
4. Диагностика воспалительных заболеваний желчевыводящих путей.
5. Тактика ведения воспалительных заболеваний желчевыводящих путей .
6. Осложнения воспалительных заболеваний желчевыводящих путей.
7. Лечение воспалительных заболеваний желчевыводящих путей.

ПК-5

1.Возникновение боли при хроническом холецистите обусловлено употреблением всех нижеуказанных продуктов, КРОМЕ:

- А) Жирных блюд;
- Б) Яиц;
- В) Отварного мяса;(+)
- Г) Газированных напитков;
- Д) Пива.

ПК-6

2. Для лечения хронического холецистита используется:

- А) Амоксиклав; (+)
- Б) Изоланид;

- Г) Сальбутамол;
- В) Панангин;
- Д) Диклофенак.

ПК-5

3. Резкое усиление болезненности при пальпации желчного пузыря на вдохе - это симптом:

- А) Мерфи;(+)
- Б) Кера;
- В) Ортнера;
- Г) Георгиевского – Мюсси;
- Д) Боткина.

ПК-6

4. Для лечения хронического холецистита используется:

- А) Строфантин;
- Б) Эритромицин; (+)
- В) Анаприлин;
- Г) Адреналин;
- Д) Гипотиазид.

ПК-5

5. Больные с хроническим холециститом могут предъявлять все указанные жалобы,

КРОМЕ:

- А) Отрыжки горечью;
- Б) Кислого привкуса во рту; (+)
- В) Вздутия кишечника;
- Г) Тошноты;
- Д) Рвоты.

ПК-5

6. При хроническом холецистите приступообразная боль наблюдается при поражении желчного пузыря на уровне:

- А) Шейки; (+)
- Б) Тела;
- В) Дна пузыря;
- Г) Перихолецистита;
- Д) Характер боли не зависит от уровня поражения.

ПК-5

7. При подозрении на хронический холецистит необходимо выполнить все исследования, КРОМЕ:

- А) Общего анализа крови;
- Б) Биопсии печени; (+)
- В) Дуоденального зондирования;
- Г) Ультразвукового исследования желчного пузыря;
- Д) Билирубина крови.

ПК-6

8. Для лечения хронического холецистита используется:

- А) Гепарин;
- Б) Курантил;
- В) Метронидазол; (+)
- Г) Аминазин;
- Д) Дексаметазон.

ПК-6

9. Для лечения хронического холецистита используется:

- А) Коргликон;
- Б) Фуросемид;
- В) Де-нол;
- Г) Платифиллин; (+)
- Д) Верошпирон.

ПК-6

10. Для лечения хронического холецистита используется:

- А) Фенотерол;
- Б) Верапамил;
- В) Гипотиазид;
- Г) Нифедипин;
- Д) Мебеверин.(+)

ПК-5

11. Для гипотонического типа дискинезии характерны все указанные признаки,

КРОМЕ:

- А) Схваткообразных болей; (+)
- Б) Чувства распирания в правом подреберье;
- В) Замедленного опорожнения желчного пузыря при холецистографии;
- Г) Увеличенного желчного пузыря при холецистографии;
- Д) Увеличенного объема порции В.

ПК-5

12. Наличие билирубината кальция в пузырной порции дуоденального зондирования свидетельствует о наличии:

- А) Катарального холецистита;
- Б) Гнойного холецистита;
- В) Отключенного желчного пузыря;
- Г) Склонности к камнеобразованию; (+)
- Д) Перихолецистита.

13. Для лечения хронического холецистита используется:

- А) Бромгексин;
- Б) Сальбутамол;
- В) Преднизолон;
- Г) Аспирин;
- Д) Аллахол.(+)

ПК-5

14. Отсутствие желчного пузыря на холецистограмме возможно во всех указанных случаях, КРОМЕ:

- А) Переполнение желчного пузыря камнями;
- Б) Камня в желчных протоках;
- В) Слизистой пробки в желчных протоках;
- Г) Ослабление концентрационной способности желчного пузыря;
- Д) Камня в желчном пузыре.(+)

ПК-5

15. Болезненность при надавливании в проекции желчного пузыря - это симптом:

- А) Мерфи;
- Б) Кера; (+)
- В) Ортнера;
- Г) Георгиевского - Мюсси;
- Д) Кончаловского.

ПК-6

16. Для лечения хронического холецистита используется:

- А) Алмагель;
- Б) Вентер;
- В) Норадrenalин;
- Г) Холензим; (+)
- Д) Нитроглицерин.

ПК-5

17. При подозрении на хронический холецистит выполняются все исследования,

КРОМЕ:

- А) Фиброгастроскопии; (+)
- Б) Дуоденального зондирования;
- В) Общего анализа крови;
- Г) Холецистографии;

Д) Билирубина крови.

ПК-5

18. Болезненность в зоне желчного пузыря при поколачивании по реберной дуге справа это симптом:

- А) Кера;
- Б) Мерфи;
- В) Ортнера; (+)
- Г) Георгиевского - Мюсси;
- Д) Боткина.

ПК-6

19. Для лечения гипотонической дискинезии при хроническом холецистите используется:

- А) Диклофенак;
- Б) Строфантин;
- В) Лазикс;
- Г) Сорбит; (+)
- Д) Беротек.

ПК-5

20. Для хронического холецистита характерно наличие в желчи всех указанных признаков, КРОМЕ:

- А) Холпьев;
- Б) Слизи;
- В) Атипичных клеток; (+)
- Г) Цилиндрического эпителия;
- Д) Клеточного детрита.

ПК-5

21. О хроническом холецистите свидетельствуют изменения в

- А) "Порции А";
- Б) "Порции В"; (+)
- В) "Порции С";
- Г) "Порции Д";
- Д) А+С порциях дуоденального зондирования.

ПК-6

22. Для лечения гипертонической дискинезии при хроническом холецистите используе(ю)тся:

- А) Цефоперазон;
- Б) Ампициллин;
- В) Но-шпа; (+)
- Г) Сорбит;
- Д) Стрихнин.

ПК-5

23. К УЗИ - признакам хронического некалькулезного холецистита относятся все, КРОМЕ:

- А) Бугристости; (+)
- Б) Уплотнения стенок;
- В) Утолщения стенок;
- Г) Деформация пузыря;
- Д) увеличения пузыря.

ПК-5

24. Наличие кристаллов холестерина в пузырной порции дуоденального зондирования свидетельствует о наличии:

- А) Катарального холецистита;
- Б) Гнойного холецистита;
- В) Отключенного желчного пузыря;
- Г) Склонности к камнеобразованию; (+)
- Д) Перихолецистита.

ПК-6

25. Для лечения гипертонической дискинезии при хроническом холецистите используется:

- А) Ампициллин;
- Б) Бромгексин;
- В) Платифиллин; (+)
- Г) Аспаркам;
- Д) Метронидазол.

Задачи:

ПК-5

1. Больная Т., 48 лет, отмечает длительные боли и чувство распирания в правой подреберной области. При объективном обследовании признаки желтухи не обнаружены, температура тела нормальная, усиление болей при пальпации правой подреберной области в точке жёлчного пузыря. Предполагаемый диагноз?

Ответ: Гипокинетическая дискинезия желчного пузыря.

ПК-5, ПК-6

2. Больная К., 40 лет, поступила с жалобами на тупые боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую половину шеи, правое плечо, неприятный вкус во рту, тошноту, рвоту с примесью желчи, кожный зуд. Из анамнеза заболевания известно, что в течение последних 7 лет отмечает частые приступы болей в правом подреберье, сопровождающиеся неприятным вкусом во рту, тошнотой, рвотой с примесью желчи, иногда повышением температуры тела до субфебрильных цифр. Боли, как правило, провоцировались приемом острой и жирной пищи. Настоящее ухудшение наблюдалось в течение последних 4 дней, боли в правом подреберье участились, повысилась температура до 39 С и появился кожный зуд.

При осмотре: состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки иктеричны, следы расчесов на коже. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. ЧСС -92 в минуту, АД 130/80 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье и в точке желчного пузыря. Отмечается усиление болевой чувствительности на вдохе при пальпации в области проекции желчного пузыря. Выявляется болезненность при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы у верхнего края ключицы. Размеры печени по Курлову: 9x8x6 см. Сформулируйте диагноз. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза? Назначьте лечение.

Ответ: Хронический некалькулезный(?) холецистит, часто рецидивирующего течения, средней степени тяжести, стадия обострения. Холангит. УЗИ печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей, поджелудочной железы и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии. Необходима также консультация хирурга. Определение антимитохондриальных антител в крови позволит подтвердить или исключить хронический холестатический гепатит. Диета: частое, дробное питание с уменьшением калорийности пищи, исключают жареные, соленые и копченые блюда, яичные желтки, алкогольные напитки, животные жиры, наваристые мясные, рыбные и грибные бульоны; Антибактериальные препараты: азитромицин 500 мг 2 р/сут, или кларитромицин 250 мг 2 р/сут, или рокситромицин 300 мг 2 р/сут, или доксициклин 100 мг 2 р/сут, или рифампицин по 150 мг 3 р/сут внутрь 7-10 дней. После 2-4-дневного перерыва целесообразно повторить лечение еще 7-8 дней. Спазмолитики: бускопан по 10 мг 3 р/сут; или папаверин 2 мл, дротаверин 2 мл 2-3 р/сут внутримышечно или подкожно, при неэффективности баралгин 5 мл внутривенно или внутримышечно. Прокинетики: метоклопрамид (церукал*) по 10 мг 3-4 р/сут.

ПК-5

3. Больной С., 48 лет, обратился с жалобами на схваткообразные, кратковременные боли в правом подреберье, горечь во рту, тошноту, рвоту с примесью желчи, возникающие после погрешностей в диете (употребление жирных, острых, холодных блюд, алкоголя).

Из анамнеза заболевания известно, что в течение последних 3 лет отмечает частые приступы схваткообразных болей в правом подреберье, сопровождающиеся горечью во рту, тошнотой, рвотой с примесью желчи, не приносящей облегчения, иногда запорами и желтухой. Обострения сопровождаются сердцебиениями, повышенной раздражительностью, нарушениями сна, головными болями. Настоящее ухудшение в течение последних 2 дней, когда после приема острой пищи и алкоголя возникли вышеуказанные жалобы. Вредные привычки: в течение 10 лет 3 раза в неделю принимает крепкие спиртные напитки (водку) в количестве 100 мл чистого этанола в сутки. Работает водителем. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье и в точке желчного пузыря. Отмечается болезненность в зоне желчного пузыря при поколачивании по реберной дуге и по правому подреберью справа, болезненность при надавливании на правый диафрагмальный нерв между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Отмечается резкое усиление болезненности при пальпации в области проекции желчного пузыря на вдохе. Размеры печени по Курлову: 10х9х7 см. Размеры селезенки не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Сформулируйте диагноз. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

Ответ: Хронический некалькулезный холецистит, часто рецидивирующего течения, средней степени тяжести, стадия обострения. Дискинезия желчного пузыря и желчных путей по гипертонически-гипертоническому типу. Проведение УЗИ брюшной полости, пероральной холецистографии и/или внутривенной холангиографии для выявления нарушений концентрационной и моторной функции желчного пузыря.

ПК-5, ПК-6

4. Пациентка В, 34 лет, предъявляет жалобы на озноб, слабость, головную боль, разбитость, тошноту, интенсивные боли в правом подреберье, возникшие накануне вечером после употребления жирного мяса и с небольшими перерывами продолжавшиеся всю ночь. Боли усиливаются при перемене положения тела, поворотах. Беременность 16 недель.

Из анамнеза: в 19 лет при анализе желчи, полученной при дуоденальном зондировании, выявлено большое количество лейкоцитов в порциях В и С. Неоднократно лечилась, принимала желчегонные препараты. Со слов больной, при повторных УЗИ желчных путей выявлялся песок. Чувствовала себя удовлетворительно. При осмотре резко положительные симптомы Георгиевского-Мюсси, Ортнера, Мэрфи, Лепене. Живот слегка вздут. Селезенка не пальпируется.

рефлюкс, другая патология не выявлена.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы.

Сформулируйте предварительный диагноз.

Назначьте лечение.

Клинический диагноз: «Хронический рецидивирующий бескаменный холецистит в стадии обострения, среднетяжелого течения».

Пациентке показано соблюдение режима с ограничением физических нагрузок, диета с ограничением жирной и жареной пищи, консервативное лечение миотропными спазмолитиками (но-шпа, де-цител, дюспаталин, папаверин), холеретиками (одестон), проведение дезинтоксикационной терапии (в/в инфузии раствора 5% глюкозы 200-400 мл). Учитывая возникновение обострения хронического холецистита на фоне беременности сроком 16 недель, больную следует вести совместно с гинекологом. Назначение обезболивающих препаратов - только при крайней необходимости. При неэффективности терапии и прогрессировании процесса возможно назначение

фуразолидона, антибактериальных препаратов широкого спектра действия, не обладающих тератогенным действием.

ПК-5, ПК-6

5. Пациентка У., 41 года, предъявляет жалобы на практически постоянные ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи, а также при физической нагрузке, перемене положения тела.

Из семейного анамнеза известно, что мать, 72 лет, перенесла операцию холецистэктомии. Пациентка повышенного питания (98 кг при росте 164 см).

В течение последних 10 лет у больной возникают эпизоды ноющих болей в правом подреберье после жирной и острой пищи. По этому поводу не обследовалась, боли купировала приемом но-шпы, анальгина, баралгина. Диету не соблюдала. Настоящее ухудшение в течение последних трех недель: после употребления большого количества жирной, жареной пищи появились боли, иногда сопровождающиеся тошнотой, ознобом. Прием но-шпы, анальгетиков оказывает кратковременное действие.

В анализах крови: лейкоцитоз, формула без особенностей, эритроциты - 4,6 млн, гемоглобин - 130 г/л, тромбоциты - 257 тыс., СОЭ - 24 мм/ч. Билирубин общий - 1,0 мг/дл, прямой - 0,3 мг/дл, АЛТ - 25МЕ, АСТ - 24МЕ, ГГТП - 36МЕ.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости кишечник умеренно вздут, в остальном без патологии.

При эзофагогастродуоденоскопии выявлены признаки умеренно выраженного очагового гастрита, дуоденита, заброс желчи из 12-перстной кишки в желудок.

При УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет обеих долей, контуры ровные, паренхима умеренно повышенной эхогенности. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не увеличены. Желчный пузырь увеличен (до 4 см в поперечнике), с перегибом в шейке. Стенки утолщены, уплотнены, контур их ровный. В просвете желчного пузыря большое количество эхогенных структур размерами до 2,5 см.

Ductuscholedochus 6 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность умеренно повышена. Панкреатический проток не расширен.

Сформулируйте предварительный диагноз. Тактика лечения.

Ответ: «Желчнокаменная болезнь, калькулезный холецистит, фаза стихающего обострения».

Учитывая повторные клинические проявления заболевания у пациентки, страдающей хроническим холециститом и желчнокаменной болезнью, методом выбора является операция холецистэктомии после достижения ремиссии заболевания.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>

Дополнительная литература:

1. Циммерман Я.С., Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-3273-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html>

Методическое обеспечение:

таблицы классификаций
наборы лабораторных анализов по теме занятия,
набор ситуационных задач,
набор заданий программированного контроля,
истории болезни
лекции кафедры,
методическое пособие

Приложение (отдельно)