

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации

*Волевач Л.В., Камалова А.А,
Нафикова А.Ш., Башарова Г.Р., Габбасова Л.В.,
Демидова Н.А., Гурьев Р.Д., Загидуллин Т.С.,
Рахматуллин А.С., Салихова А.С.*

Болезни билиарной системы

Учебное пособие

*Рекомендовано в печать Координационным научно-методическим советом
Утверждено решением Редакционно-издательского совета
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
(протокол №2 от 23.04.2021 г.)*

ISBN 978-5-4480-0309-7



9 785448 003097

Тамбов – Уфа
2021



ukonf.com/mon

УДК 616.366
ББК 54.135.2

**Волевач Л.В., Камалова А.А, Нафикова А.Ш., Башарова Г.Р., Габбасова Л.В.,
Демидова Н.А., Гурьев Р.Д., Загидуллин Т.С., Рахматуллин А.С., Салихова А.С.**

Болезни билиарной системы: Учебное пособие. БГМУ Минздрава России. Тамбов: Консалтинговая компания Юком, 2021. 80 с.

ISBN 978-5-4480-0309-7

<https://ukonf.com/doc/mon.2021.03.01.pdf>

Рецензенты:

*Абдулхаков Р.А., д.м.н., проф., Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань
Губарева И.В., д.м.н., проф., зав. каф., СамГМУ Минздрава России, г. Самара*

Учебное пособие подготовлено в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 – Лечебное дело для изучения дисциплины Поликлиническая терапия, на основании рабочей программы (2018 г.).

Учебное пособие посвящено одной из актуальных проблем внутренних болезней – заболеваниям билиарной системы. Представлены современные данные этиологии и патогенеза, клинические проявления, основные методы исследования желчевыводящей системы, вопросы экспертизы нетрудоспособности и профилактики болезней билиарной системы. Приведены современные подходы к лечению согласно стандартам. Предложены тестовые задания, контрольные вопросы и задачи для самоконтроля усвоения темы.

Учебное пособие предназначено для обучающихся 5, 6 курсов по специальности Лечебное дело в целях освоения профессиональных компетенций (ПК-1, ПК-2, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-15).

Информация об издании предоставлена в систему Российского индекса научного цитирования – **РИНЦ** по договору № 856-08/2013К

Электронная версия опубликована в **Электронной библиотеке** и находится в свободном доступе на сайте: **ukonf.com/mon**

Учебное пособие. Формат 60×84/16. Усл. печ. л. 5,00

Издательство: Консалтинговая компания Юком

Адрес редакции: 392000, г. Тамбов, а/я 44

Тираж 500 экз. E-mail: mon@ukonf.com

© 2021, Волевач Л.В., Камалова А.А, Нафикова А.Ш.,
Башарова Г.Р., Габбасова Л.В., Демидова Н.А.,
Гурьев Р.Д., Загидуллин Т.С.,
Рахматуллин А.С., Салихова А.С.

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	4
Введение	5
1. Функциональные расстройства билиарного тракта.....	7
2. Хронический некалькулезный холецистит	14
3. Желчнокаменная болезнь.....	33
4. Образовательные программы в профилактике заболеваний билиарной системы	40
5. Рак желчного пузыря.....	46
Задания для самоконтроля	50
Рекомендуемая литература	70
Информация об авторах.....	78

Список сокращений

АЛТ	– аланинаминотрансфераза
АСТ	– аспартатаминотрансфераза
ДПК	– двенадцатиперстная кишка
ДРБТ	– дисфункциональные расстройства билиарного тракта
ДСО	– дисфункция сфинктера Одди
ЖВП	– желчевыводящие пути
ЖКБ	– желчнокаменная болезнь
ЖКТ	– желудочно-кишечный тракт
КТ	– компьютерная томография
ЖП	– желчный пузырь
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ФХДЗ	– фракционное хроматическое дуоденальное зондирование
ХНХ	– хронический некалькулезный холецистит
ХС	– холестерин
ЩФ	– щелочная фосфатаза
ЭФГДС	– эзофагогастродуоденоскопия
ЭРПХГ	– эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография
ЯБ	– язвенная болезнь

Введение

Болезни билиарной системы являются одними из наиболее часто встречающихся и тяжелых заболеваний органов пищеварения. Это связано как с их распространенностью, так и с социальной значимостью болезни.

Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей (холецистит, желчнокаменная болезнь), функциональные расстройства ЖП и сфинктера Одди являются одними из наиболее распространенных заболеваний в амбулаторно-поликлинических учреждениях, оказывающих лечебно-диагностическую помощь, проводящих экспертизу нетрудоспособности и профилактическое лечение пациентам с патологией билиарной системы.

Ранняя диагностика и лечение заболеваний билиарной системы имеют большое клиническое значение, так как длительно существующие функциональные заболевания желчевыделительной системы способствуют развитию органических поражений желчного пузыря (холецистит, желчнокаменная болезнь) и наблюдается частое вовлечение в патологический процесс смежных органов (печени, поджелудочной железы, желудка, двенадцатиперстной кишки). В последние десятилетия получено много новых материалов об этиологии и патогенезе болезней заболеваний билиарной системы и внедрены новые эффективные лекарственные препараты. Но, несмотря на это, остается много нераспознанного и спорного в этиопатогенезе и принципах лечения заболевания. Более того, частота осложненных форм болезни и общая заболеваемость билиарной патологией продолжает расти.

Авторы изложили вопросы этиопатогенеза, клиники, диагностики, лечения, профилактики и экспертизы трудоспособности при билиарной патологии с учетом всех последних рекомендаций мировой и Российской гастроэнтерологии и с упором на амбулаторно-поликлиническое ведение больных.

Пособие позволяет овладеть следующими компетенциями:

ПК-1 способность и готовность к выполнению комплекса мер по укреплению здоровья, формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, по устранению вредного воздействия на здоровье человека факторов среды его обитания.

ПК-2 способность и готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации.

ПК-7 готовность к проведению экспертизы нетрудоспособности, констатации биологической смерти человека.

ПК-8 способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

ПК-9 готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

ПК-15 готовность к обучению пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера.

1. Функциональные расстройства билиарного тракта

Эпидемиология

В настоящее время во многих странах наблюдается увеличение частоты распространенности заболеваний желудочно-кишечного тракта, в частности билиарной дисфункции. Статистика разнообразна. Это связано порой с некорректным использованием критериев диагностики. Распространенность дискинезий желчевыводящих путей может составлять 10-20% в разных группах пациентов. К82.8.0 – Дискинезия желчного пузыря и желчных путей. К83.4 – Спазм сфинктера Одди.

Первичные дисфункциональные расстройства билиарного тракта

- Психогенные факторы: так называемые «соматотропные расстройства».
- Инфекционные факторы.
- Патологии различных отделов ЖКТ и заболевания других систем организма.
- Изменения нейрогуморальной регуляции.

Вторичные дисфункциональные расстройства билиарного тракта

- Расстройства гормонального характера.
- Патология печени.
- Диэнцефальные изменения.
- Соматическая патология гастродуоденальной и гепатобилиарной зон.

Классификация функциональных расстройств билиарного тракта

На основании результатов EPISOD и других исследований в 2016 г. предложены новая классификация и новые Римские критерии IV функциональных билиарных расстройств:

E1. Билиарная боль.

E1a. Функциональное расстройство желчного пузыря.

E1b. Функциональное расстройство сфинктера Одди билиарного типа.

E2. Функциональное расстройство сфинктера Одди панкреатического типа.

При отсутствии четких критериев дисфункции ЖП или СО согласно Римским критериям IV возможно установить диагноз функционального расстройства в виде билиарной боли (E1).

В настоящее время кроме понятия «дисфункция ЖП» можно использовать термин «акалькулезная холецистопатия». Функциональное расстройство СО панкреатического типа не относят к патологии желчных путей (является одой из причин развития острого панкреатита).

Диагностика

Диагностика проводится на основании характерной клинической картины и объективных данных.

Лабораторная диагностика

- ОАК;
- ОАМ;
- БХ крови;
- копрологическое исследование.

При данных обследованиях не выявляются изменения.

Инструментальная диагностика

- УЗИ ОБП;
- ФГДС;
- МРХПГ;
- Эндоскопическое УЗИ панкреатобилирной зоны или билиосцинтиграфия с ^{99m}Tc) скрининговая колоноскопия;
- УЗ-холецистографию (уточнение ДВЖП).

Диагностические критерии

Критерии дискинезии ЖП:

- билиарная боль
- отсутствие камней/сладжа
- снижение фракции опорожнения ЖП <40%
- данные УЗ-холецистографии – норма
- АЛТ, АСТ в норме

Критерии дискинезии билиарной порции СО:

- билиарная боль
- увеличение АЛТ, АСТ
- расширение желчного протока
- отсутствие камней в желчных протоках
- амилаза/липаза в норме
- изменения по данным билиосцинтиграфии
- изменения по данным манометрии СО.

Критерии дискинезии панкреатической порции СО:

- приступы панкреатита
- панкреатическая боль
- амилаза/липаза крови повышены в 3 и более раз
- острый панкреатит по данным визуализации
- исключение других причин развития панкреатита
- по данным эндоУЗИ – в норме
- изменения по данным манометрии СО.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальная диагностика проводится с заболеваниями, при которых наблюдается болевой синдром в верхних отделах живота: с синдромом раздраженного кишечника, с синдромом функциональной диспепсии, с гастропарезом и другими.

Лечение

Проводится в амбулаторно-поликлинических условиях, с целью дифференциальной диагностики необходима госпитализация на 2 недели.

Цели

Восстановить нормальный ток желчи и секрета поджелудочной железы, моторную функцию ЖП и сфинктеров, давление в ДПК.

Общие рекомендации

- Выполнение режима труда и отдыха.
- Соблюдение адекватной физической нагрузки.
- Контроль уровня массы тела.
- Лечебное питание.
- Уменьшение применения продуктов с высоким содержанием холестерина (в первую очередь, жиры животного происхождения) и жирные кислоты.
- Регулярный, дробный прием пищи не менее 4-6 раз в сутки.
- Адекватное потребление жидкости в течение суток.
- Добавление в пищу пищевых волокон.
- Обеспечение ежедневного стула.

Медикаментозная терапия

Основными препаратами в лечении билиарной дисфункции являются препараты со спазмолитическим действием, которые имеют максимальное селективное действие на ЖКТ, особенно на желчные пути.

Спазмолитики

Гиосцина бутилбромид: высокоселективный блокатор М3- и N-холинорецепторов, для купирования приступов билиарной боли (быстрое действие). Способ применения: в дозе 10–20 мг внутрь или в суппозиториях. Курс лечения: по 10–20 мг 3 раза в день до еды в течение 10–30 дней.

Мебеверин: селективный миотропный спазмолитик, оказывающий прямое действие на гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта, действует через 15 мин после приема. Способ применения: в дозе 200 мг 2 раза в день за 20 мин до еды. Курс лечения: в течение 30 дней.

Гимекромон: синтетический аналог умбеллиферона (плоды аниса и фенхеля). Способ применения: режим «по требованию» по 200–400 мг внутрь при появлении симптомов. Курс лечения: по 200–400 мг 3 раза в день за полчаса до еды в течение 14–21 дней.

Блокатор кальциевых каналов нифедипин и нитраты: снижают базальное давление в сфинктере Одди и дают эффект с частотой до 75%. Способ применения: возможно назначение при приступах болей (5 мг/сут.), трансдермальные формы доставки нитратов (5 мг/сут).

В лечении билиарной боли возможно применять препараты, не обладающие высокой селективностью в отношении желчных путей (ингибиторы фосфодиэстеразы (в частности, дротаверин), пинаверия бромид, блокирующий кальциевые каналы гладкомышечных клеток).

Урсодезоксихолевая кислота

Препарат урсодезоксихолевая кислота (УДХК) – это третичная желчная кислота, не токсичная, является гепатопротектором, обладает желчегонным и холеретическим действием. Способ применения: в дозе 10 мг/кг массы тела. Курс лечения: в 2 приема после еды в течение 2 недели – 2 месяца. Курсы можно повторять при необходимости. Рекомендовано использование комбинаций УДХК в комбинации: УДХК плюс селективные спазмолитики (например, гимекромон).

Прокинетики

Для купирования болевого и диспептического синдромов возможно применение прокинетики. Итоприда гидрохлорида: двойной механизм действия – антагонизм к дофаминовым рецепторам и блокада ацетилхолинэстеразы. Способ применения: в дозе 50 мг 3 раза в сутки до еды. Курс лечения: 2-8 недель.

Нестероидные противовоспалительные средства

Применяются при купировании приступов боли в стандартных дозах.

Антидепрессанты

При лечении билиарной боли обосновано назначение трициклических антидепрессантов. Если боли часто рецидивируют и присутствует невропатический компонент. Амитриптилин: трициклический антидепрессант из группы неизбирательных ингибиторов нейронального захвата моноаминов. Способ применения: в дозе 10 мг на ночь, затем при необходимости доза индивидуально увеличивается в течение 6 дней. Курс лечения: 2 месяца, длительность определяется лечащим врачом с учетом эффективности, переносимости препарата.

Прогноз

Прогноз заболевания благоприятный. При длительном, хроническом течении формируется органическая патология.

Реабилитация

Проводится после фазы обострения и с целью профилактики.

Реабилитационные мероприятия:

- своевременное выявление и лечение заболевания (основное и фоновые);
- адекватный объем физической активности;
- санаторно-курортное лечение в санаториях Ессентуки, Железноводска и другие;
- лечение минеральными водами малой и средней минерализации (сульфатные, сульфатно-хлоридные с различным катионным составом);
- бальнеотерапия;
- физиотерапия (спазмолитическое и противовоспалительное действие);
- работа с факторами риска (вес, вредные привычки).

Профилактика и диспансерное наблюдение

Выделяют 3 вида профилактики: первичная, вторичная, третичная. У пациентов с ДЖВП используют все три вида профилактики.

Первичная профилактика проводится для устранения факторов риска данного заболевания, для предотвращения образования литогенной желчи, процессов камнеобразования и профилактики расстройств моторики ЖП и желчных путей.

Адекватно и своевременно проведенные реабилитационные мероприятия.

Вторичная профилактика заключается в лечении основного заболевания и сопутствующих заболеваний.

2. Хронический некалькулезный холецистит

Хронический некалькулезный холецистит (K81.1) – это воспалительный процесс ЖП в сочетании с функциональными изменениями желчевыводящих путей, изменениями физико-химических параметров желчи, который протекает более шести месяцев и имеет полиэтиологический компонент.

Эпидемиология

- Распространенность хронического холецистита по данным разных источников составляет до 20%.
- ХНХ составляет от 5 до 10% от всех случаев острого холецистита.
- Чаще болеют женщины, чем мужчин в 3-4 раза.
- ХНХ встречается значительно реже, чем диагностируется, особенно в амбулаторно-поликлинических условиях.

Этиология и патогенез

Воспалительные нарушения в стенке ЖВ вызываются:

- Условно патогенной инфекцией
- Вирусными гепатитами (В, С, Д, Е)
- Пищевыми или бактериальными аллергенами (аутоиммунное воспаление)
- Наличием рефлюксов.

Основные причины застоя желчи:

- Функциональные заболевания желчевыводящих путей.
- Избыточная масса тела и ожирение.
- Беременность.

- Стрессы.
- Нарушение режима питания.
- Недостаток в рационе растительных волокон.
- Низкая физическая активность.
- Врожденные аномалии желчного пузыря.
- Рефлекторные влияния на ЖВС при воспалительных заболеваниях органов брюшной полости.
- Нарушение микробиоценоза кишечника.
- Ожирение.
- Атеросклеротический процесс.
- Сахарный диабет.
- Генетическая предрасположенность к заболеваниям ЖВС.

Патогенез

- Нарушения оттока желчи.
- Застой желчи.
- Воспаление.

Классификация хронического холецистита по этиологии

- Бактериальный (колибациллярный, энтерококковый, стрептококковый, стафилококковый, дизентерийный и др.)
- Вирусный (вирусы гепатита А, В, С, D, энтеровирусы).
- Паразитарный (описторхоз, гельминты)
- Аллергический.
- «Ферментативный» (при забросе желудочного и панкреатического соков).
- «Асептический», (аутоиммунный).
- Неясной этиологии.

По клиническим формам

- ХНХ
- а) с преобладанием воспалительного процесса
- б) с превалированием дискинетических нарушений
- ХКХ.

По типу дискинезии

- Нарушение сократительной функции ЖП:
 - а) гиперкинез, гипертонус
 - б) гипокинез, гипотонус
- Нарушение тонуса сфинктерного аппарата (сфинктера Люткенса, сфинктера Одди, обоих сфинктеров).

По течению

- Редко рецидивирующий (1 раз в 1-2 года).
- Часто рецидивирующий (2 и более раз в году).
- Постоянного течения.
- Атипичного течения.

По фазам заболевания

- Обострения.
- Затухающего обострения.
- Ремиссии.

По степени тяжести

- Легкая степень тяжести.
- Средней степени тяжести.
- Тяжелая степень.

Основные клинические синдромы

- Болевой.
- Диспепсический.
- Вегетативной дистонии.
- Правосторонний реактивный (ирритативный).
- Предменструального напряжения.
- Солярный.
- Кардиалгический (холецисто-кардиальный).
- Невротически-неврозоподобный.
- Аллергический.

Осложнения

Реактивный панкреатит, реактивный гепатит и другие.

Примеры формулировки диагноза

– Хронический некалькулезный холецистит с преобладанием воспалительного процесса, часто рецидивирующее течение, средней степени тяжести. Фаза обострения.

Осложнения: Реактивный гепатит. Холангит.

– Хронический бактериальный калькулезный холецистит, часто рецидивирующий, в фазе обострения. Тяжелой степени тяжести. Повторные приступы желчной колики. Холецистокардиальный синдром.

Осложнения: Обтурация камнем общего желчного протока. Механическая желтуха. Гепаторенальный синдром. Реактивный обструктивный билиарнозависимый панкреатит.

Хронический паразитарный (лямблиоз) некалькулезный холецистит с преобладанием дискинетических явлений, редко рецидивирующий, фаза затухающего обострения, средней степени тяжести. Гипотоническая дискинезия желчного пузыря.

Клиническая картина

1. Болевой синдром
2. Диспепсический синдром
3. Астеновегетативный синдром

Болевой синдром

1. Типичный вариант:

– Рецидивирующие приступы желчной колики, реже постоянные боли в верхней половине живота справа.

– Желчная колика возникает внезапно, «беспричинно» или после еды, сочетается с субфебрилитетом, тошнотой, иногда рвотой.

– Провоцирует приступ прием обильной пищи, жирной, острой пищи в сочетании с холодными напитками, физическое перенапряжение, работа в наклонном положении, инфекция, у женщин совпадает с менструацией или возникает после родов.

– Боль иррадирует в правую лопатку, подлопаточную область, в поясничную область, в область сердца.

– Боль разной интенсивности: режущая, слабая, ноющая.

– Рвота, не приносящая облегчение.

– Отсутствие боли (от нескольких недель до месяцев).

– Ухудшение состояния при приеме жирной и жареной пищи.

– Флатуленция, метеоризм, симптом Мерфи, Кера и др. «положительны».

2. Атипичный вариант («клинические «маски»)

– Кардиальный.

– Тиреотоксический.

– Невротический.

– Вариант предменструального напряжения.

– Аллергический вариант.

– Ревматический вариант.

- Солярный вариант.
- Синдром билиарной недостаточности.

Классификация по степени тяжести

1. Легкая степень: болевой синдром незначительно выражен, в правом подреберье, через 1-1,5 часа после приема пищи (жирной, острой, жареной). Длительность болей может сохраняться до 30 минут, проходят самостоятельно. Обострение в течение года один-два раза, продолжительность обострения 2-3 недели.

2. Средняя степень тяжести: выраженный болевой синдром, провоцируют погрешности в питании, стрессы, физические нагрузки. Желудочная диспепсия: тошнота, изжога, горечь во рту, рвота желчью; билиарная диспепсия: непереносимость алкоголя, жирной пищи; кишечная диспепсия – неустойчивый стул, вздутие кишечника, неустойчивый стул. Обострение в течение года пять-шесть раз, продолжительное.

3. Тяжелая степень тяжести: выраженный мучительный болевой синдром, частые (обострение в течение года один-два раза и чаще), желчные колики, все виды диспепсий. Медикаментозная терапия малоэффективна.

Таким образом, для пациентов с ХНХ характерно длительное прогрессирующее течение заболевания с периодическими обострениями. У пациентов с затяжным течением со временем развиваются мальдигестия и мальабсорбция.

*Таблица 1.
Признаки дифференциальной диагностики билиарно-кардиального синдрома при калькулезном холецистите от ишемической болезни сердца и ее осложнений*

Симптомы заболевания	Билиарно-кардиальный синдром	Стенокардия	Инфаркт миокарда
Кардиалгия:			
Момент появления	После приема жирной грубой пищи	После физического напряжения, от эмоций	Неопределенный, часто ночью
Локализация	Под левой молочной железой, под левым реберным краем, у середины грудины; одновременно с болью в правом подреберье, острая колющая, распирающая, ощущение «кола» в груди.	В виде стеснения, сдавления, сжимающая, нередко с чувством страха смерти	Разрывающая, давящая, жгучая с потом
Интенсивность	Часто «жесткая», значительная	От незначительной до резкой	Очень сильная
Длительность	Часы, дни, реже минуты	Не более 10 – 20 минут	Часы, дни
Ощущение страха смерти, тревоги	Не бывает	Часто	Часто

Симптомы заболевания	Билиарно-кардиальный синдром	Стенокардия	Инфаркт миокарда
Иррадиация	Часто из правого подреберья, вверх по грудине, в левое плечо, возникает при пальпации желчного пузыря, иногда возникнув в области сердца, боль смещается в правое подреберье	Из области сердца в левую лопатку, челюсть, шею	Чрезмерно, иногда в обе руки
Стереотипность приступов	Обычно сходные с предыдущими	Напоминают предыдущие	Отличаются от прежних
Темп развития приступов	Чаще внезапный, реже постепенный	Внезапный	Чаще внезапный с нарастанием
Поведение больного	Беспокойное, не находит себе определенного положения	Обычно скован, избегает движений: «застывшая поза»	Часто возбужден, если нет коллапса
Влияние: Нитратов	Без эффекта	Эффективно	Часто без эффекта

Симптомы заболевания	Билиарно-кардиальный синдром	Стенокардия	Инфаркт миокарда
Тепла на область правой подреберья	Иногда эффективно	Без эффекта	Без эффекта
Дуоденального зондирования	Иногда уменьшает боли	Без эффекта	Без эффекта
Блокада круглой связки печени	Очень эффективно	Без эффекта	Без эффекта
Желтуха	Бывает часто	Не бывает	Не бывает
Характер стула	Нередко обесцвечен	Не меняется	Не меняется
Характер мочи	Часто темного цвета	Не меняется	Не меняется
Сочетание с панкреатитом	Наблюдается часто	Редко	Редко
Диспептический синдром	Очень часто	Редко	Очень часто
В крови:			
Билирубин	Часто повышен	Не изменен	Не изменен
Щелочная фосфатаза	Часто повышена	Не изменен	Иногда повышена
В моче:			
Желчные пигменты	Нередко повышены	Не изменены	Не изменены
В кале:			
Стеаторея, креаторея	Очень часто	Не бывает	Редко

Диспепсический синдром

1. Желудочная диспепсия.
2. Кишечная диспепсия.
3. Билиарная диспепсия.

Таблица 2.
Дифференциальная диагностика клинических проявлений дисфункций билирного тракта

Клиника	Гипомоторная ДЖВП	Гипермоторная ДЖВП
Возраст	Любой	Преимущественно молодой
Эмоциональный статус	Флегматики, астеники, вялые, слезливые	Холерики, возбудимые люди, с лабильной НС, раздражительные
Боли	Тупые, давящие, часто просто чувство тяжести в правом подреберье, ноющие, почти постоянные.	Периодически возникающие, приступообразные, схваткообразные, напоминающие желчную колику, непродолжительные
Синдром диспепсии	Желудочная: тошнота, «горькая» рвотрыжка, сухость и «металлический» привкус во рту, слюнотечение Кишечная: метеоризм	Встречается редко
Дефекация	Запоры атонические; выделение каловых масс в виде больших монолитных камней	Запоры спастического характера, наличие схваткообразных болей. Кал «овечий» или «козий»

Диагностика

- ОАК: лейкоцитоз, умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
- ОАМ: билирубин и уробилирубиновые тела в моче.
- БХ крови: билирубин и его фракции (прямой и непрямой) (колеблется от нормы до 170 мкмоль/л).

Обязательные инструментальные исследования

Однократно:

- УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы.
- Дуоденальное зондирование.
- ЭФГДС.
- Рентгеновское исследование грудной клетки.

Дополнительные исследования проводятся по показаниям.
Консультации специалистов: хирург, эндокринолог.

Основные ультразвуковые критерии

- Уплотнение, утолщение стенки ЖП > 4 мм.
- Тень от стенок ЖП в виде нимба.
- Симптом Маккензи: боль при давлении УЗ-датчиком на точку ЖП.
- Удвоение контура стенки ЖП.
- Деформация ЖП.
- Желчные камни.
- Желчный сладж.

Дополнительные инструментальные методы исследования

- Эндоскопическая ультрасонография.
- Фракционное хроматическое дуоденальное зондирование с микроскопическим, бактериологическим, биохимическим исследованием желчи.
- Сцинтиграфия ЖП и ЖВП.
- Компьютерная томография.
- Магнитно-резонансная томография.
- Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

Дополнительные инструментальные методы исследования

- Эндоскопическая ультрасонография.
- Фракционное хроматическое дуоденальное зондирование с микроскопическим, бактериологическим, биохимическим исследованием желчи.
- Сцинтиграфия ЖП и ЖВП.
- Компьютерная томография.
- Магнитно-резонансная томография.
- Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

Дифференциальная диагностика проводится со следующими заболеваниями

- Функциональные нарушения желчевыводящей системы.
- Желчнокаменная болезнь.
- Доброкачественные опухоли желчного пузыря.
- Злокачественные опухоли желчного пузыря.
- Холестероз (нарушение обмена холестерина с преимущественным отложением его в стенке ЖП).

При дифференциальной диагностике рекомендуется **исключить** следующие заболевания: хронический панкреатит, ЯБЖ и ДПК и другую соматическую патологию ЖКТ.

Прогноз

Прогноз при ХНХ чаще всего благоприятный. Лечение преимущественно проводится в амбулаторных условиях.

Показания для госпитализации

1. Впервые возникший выраженный болевой синдром, который может сопровождаться осложнением, например, деструктивный холецистит. Госпитализация в хирургическое отделение.

2. Клинически выраженное обострение ХНХ в сочетании с коморбидной патологией (госпитализация в гастроэнтерологическое или терапевтическое отделение).

Лечение

– При лечении необходимо учитывать факторы риска, этиопатогенез, фазу заболевания (обострение, ремиссия), характер воспалительных нарушений в желчевыводящих путях, выраженность клинических проявлений.

– При тяжелой степени тяжести лечение проходит в условиях стационара.

– При средней степени тяжести обострения и при отсутствии осложнений заболевания (холангит, панкреатит, перихолецистит, реактивный гепатит и др.), также в фазу затухающего обострения проводится в амбулаторных условиях.

– Амбулаторное лечение пациентов разрешается также в фазу затухающего обострения.

Задачи лечения

- Восстановить проходимость сфинктера Одди и сократительную способность желчного пузыря.
- Нормализовать химический состав желчи.
- Наладить моторику кишечника.
- Восстановить нормальный состав микрофлоры.
- Нормализовать процессы пищеварения.

Задачи врача

- Провести эрадикацию инфекции в желчном пузыре
- Нормализовать функцию сфинктеров билиарной системы
- Уменьшить литогенность желчи
- Восстановить нормальный состав кишечной микрофлоры
- Нормализовать процессы пищеварения и моторику тонкого кишечника.

Задачи пациента

- Выполнение лечебного режима: при обострении рекомендуется нестрогий постельный режим на 7-10 дней.
- Соблюдение психоэмоционального покоя. Режим пациента расширяется вплоть до общего режима, когда купируются признаки обострения заболевания.
- Ограничение употребления продуктов, которые содержат жиры животного происхождения и жирные кислоты.
- Поддержание нормальной массы тела. Необходимо снижение веса при наличии избыточной массы тела.
- Частое дробное питание (4 – 6 кратный прием пищи).
- Достаточный питьевой режим.
- Добавление в рацион пищевых волокон.
- Поддержание регулярного стула.

Диетотерапия

- Применяется в фазу обострения и в фазу ремиссии ХНХ.
- На момент желчной колики некрепкий сладкий чай, отвар шиповника, сухари из белого хлеба на один-два дня.
- По мере улучшения клинического состояния в диету добавляются протертые, слизистые супы, манные, овсяные каши, рисовые супы.
- Далее постепенно добавляются нежирные сорта творога, отварная рыба, отварная постная говядина, телятина, птица). Необходимо принимать пищу часто – не менее 6 раз в сутки и небольшими порциями.
- С целью профилактики обострения включают пшеничные отруби, свежие фрукты и овощи – тыква, дыня, арбуз, морковь, яблоки и др.
- **Не рекомендовано при ХНХ:** алкоголь, газированные напитки, пряные, жирные, жареные, копченые, соленые, маринованные продукты, яичный желток.

Купирование болевого синдрома

- Использование препаратов из группы М-холинолитиков: **Гиосцина бутилбромид** парентерально (в/м или в/в) по 20-40 мг или платифиллина гидротартрата – 1 мл 0,1 % раствора, или метацина – 2 мл 1 % раствора
- Использование ненаркотических анальгетических препаратов: **Трамадола гидрохлорид** – при выраженном болевом синдроме парентерально по 50-100 мг.
- Использование миотропных спазмолитиков: при болевом синдроме умеренной интенсивности целесообразно назначение **Дротаверин** (неселективный) или **Мебеверин** (селективный).

Терапевтическая тактика при билиарной патологии

Для купирования обострения ХНХ необходимо проведение курсового лечения.

Курсовое лечение: миотропные спазмолитики – это большая группа лекарственных препаратов с различным механизмом действия, которые характеризуются прямым влиянием на гладкие мышечные клетки:

– Блокаторы натриевых каналов – **мебеверин** (при дисфункции сфинктера Одди).

– Блокаторы кальциевых каналов – **пинаверия бромид** (при сопутствующем дуоденостазе, метеоризме, СРК).

– **Гимекромон** – холеретик со спазмолитическим эффектом, противопоказан при нарушении оттока желчи.

Антибактериальная терапия

Для получения эрадикационной эффективности используются современные антибиотики, которые обладают бактерицидными свойствами, накапливаются в ЖП в терапевтической дозе.

Внимание! Антибактериальная терапия назначается только тогда, когда предполагается бактериальная природа заболевания ЖП.

Варианты антибактериального лечения с использованием одного из них:

– Ципрофлоксацин внутрь по 0,5-0,75 мг 2 раза в день в течение 10 дней.

– Кларитромицин внутрь 0,25-0,5 мг 2 раза в день.

– Цефалоспорин для приема внутрь, например, цефуроксим аксетил 0,25-0,5 мг 2 раза в сутки после еды. Курс лечения от 5 до 10-14 дней.

Применение антибактериальных средств целесообразно комбинировать с препаратами, обладающими желчегонным эффектом: никодин по 0,5 мг 3-4 раза в день, продолжительность курса 2 недели.

При лямблиозном поражении – фазижин (2 г однократно), или метронидазол по 0,25 г 4 раза в день после еды, в течение 10 дней.

Коррекция нарушений пищеварения, нормализация микрофлоры, коррекция дуоденостаза

– Деконтаминация ДПК препараты выбора: АБП – рифаксимин, нифуроксазид, цiproфлоксацин (1-2 семидневных курса).

– Пробиотики и пребиотики. Курс 2 недели.

– Буферные антациды. Применяют 3-4 раза в день через 1 час после еды и перед сном, 5-7 дней.

– Ферментные препараты – современные препараты панкреатина (энтеросолюбильные мини-микросферы, микропланкетки).

Экспертиза трудоспособности

Временная нетрудоспособность оценивается согласно медицинским (нозология, степень тяжести, степень функциональных нарушений, сопутствующие заболевания, осложнения, фаза заболевания, течение болезни) и социальным (пол, возраст, условия проживания и труда, семейное положение, образование) критериям.

Лечащий врач выписывает листок нетрудоспособности согласно этим критериям единолично и одновременно сроком до 15 дней. Свыше 15 дней листок нетрудоспособности продлевается через врачебную комиссию учреждения.

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при ХНХ:

– ХНХ легкой степени тяжести – одна-две недели

– ХНХ среднетяжелой степени тяжести – две-три недели

– ХНХ тяжелой степени – три-четыре недели

Количество дней нахождения пациента на листке нетрудоспособности при возникновении осложнений ХНХ решается вопрос индивидуально.

Диспансерное наблюдение и профилактика

Выделяют 3 вида профилактики: первичная, вторичная, третичная. У пациентов с ХНХ используют все три вида профилактики.

Первичная профилактика проводится с учетом факторов риска данного заболевания. Для этого целесообразно своевременно выявлять очаги хронических воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта, чтобы уменьшить риски возникновения ХНХ необходимо исключить управляемые факторы риска (алиментарный, вредные привычки, гиподинамия, дистресс, избыточная масса тела)

Вторичная профилактика заключается в коррекции факторов риска, лечении основного и фоновых заболеваний. Рекомендуется придерживаться основ рационального питания, заниматься достаточной физической активностью, применять упражнения, которые будут способствовать лучшему опорожнению ЖП. Активное проведение вторичной профилактики особенно актуально для предотвращения перехода ХНХ в ЖКБ.

Диспансерному наблюдению подлежат все пациенты хроническим некалькулезным холециститом.

ХНХ, обострения три-четыре раза в год рекомендован осмотр терапевта, гастроэнтеролога два-три раза в год, по показаниям – хирург. Проводится клиническое обследование: ОАК, ОАМ, БХ крови, определение ферментов поджелудочной железы, УЗИ ОБП, по показаниям – холецистография, ЭКГ.

ХНХ, обострения один-два раза в год рекомендован осмотр терапевта не менее одного раза в год, гастроэнтеролога, хирурга – по показаниям. Клинический анализ крови при обострении, по показаниям – проведение дополнительного обследования.

Прогноз

При проведении эффективной профилактической работы и диспансеризации пациентов с хроническим некалькулезным холециститом прогноз благоприятный.

Несвоевременная и неадекватная терапия ХНХ приводит к развитию ЖКБ, вторичного билиарнозависимого панкреатита и других.

3. Желчнокаменная болезнь

Определение

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ, синоним: холелитиаз) – хроническое заболевание, при котором происходит нарушение обмена холестерина и/или билирубина, наблюдается образование камней в желчном пузыре и/или желчных путях, имеет генетическую предрасположенность.

Эпидемиология

Распространенность заболевания составляет 10–15%, чаще у женщин. В последние годы отмечается увеличение заболеваемости ЖКБ среди лиц молодого возраста, у мужчин, а также у лиц с нормальной и пониженной массой тела.

Патогенез камнеобразования

В основе процесса камнеобразования лежат повышенная секреция «литогенной» желчи и снижение моторной функции ЖП.

Основные факторы риска

Основные факторы риска развития ЖКБ:

- Возраст
- Женский пол
- Беременность
- Ожирение
- Гиподинамия и другие.

В последние десятилетия отмечается увеличение частоты развития ЖКБ у детей и подростков.

Классификация желчнокаменной болезни

Новая классификация желчнокаменной болезни (ЖКБ) была принята Съездом гастроэнтерологов России (2002г.).

Выделяют 4 стадии ЖКБ:

I стадия – начальная, или предкаменная.

II стадия – формирование желчных камней.

III стадия – хронического рецидивирующего калькулезного холецистита.

IV стадия – стадия осложнений.

Примеры формулировки диагноза

– Желчнокаменная болезнь, II стадия, множественные камни желчного пузыря, латентная форма

– Желчнокаменная болезнь с наличием вентильного камня в общем желчном протоке.

Осложнения: Механическая желтуха. Реактивный гепатит.

Клиническая картина

Клинические формы холецистолитиаза

1 форма. Бессимптомное (латентное) течение.

В течение многих лет не выявляются клинические признаки патологии.

2 форма. Клинически манифестная неосложненная форма холецистолитиаза.

ЖКБ может проявляться желчной коликой, острым холециститом, холангитом, желтухой, панкреатитом.

Болевой синдром может быть в виде желчной колики, который длится от 15 минут до 4 часов. Боли локализованы в эпигастральной

области или правом подреберье, реже в других отделах живота, груди или спине. Болевой приступ часто сопровождается диспепсическими явлениями в виде тошноты, рвоты.

Может наблюдаться пальпаторная болезненность в точке проекции ЖП, «пузырные» симптомы и локальное напряжение мышц брюшной стенки, лихорадочный синдром и лейкоцитоз (острый холецистит, может не развиваться).

Основной принцип ведения пациентов с «немыми» камнями – динамическое наблюдение, консервативная терапия.

Показания к лечению пациентов с «немыми» камнями:

- Риск возникновения рака ЖП
- Кальцификация стенки ЖП
- Одиночные камни диаметром более 3 см
- Предполагаемое длительное пребывание в регионах, где отсутствует квалифицированная медицинская помощь.

3 форма. Острая, осложненная форма холецистолитиаза.

Частые рецидивы, затяжной характер заболевания.

Диагностика

1. Лабораторные методы исследования:

При неосложненных камнях ЖП основные лабораторные показатели могут оставаться неизменными.

Иногда отмечается:

- Повышение активности печеночных ферментов АсАТ и АлАТ у 40% пациентов.
- Повышение активности ферментов холестаза – ЩФ, ГГТП у 23% больных.
- Повышение уровня билирубина в сыворотке крови у 45% больных.

Особенно все это характерно после приступа желчной колики.

2. Инструментальные методы исследования:

- УЗИ органов брюшной полости.
- Обзорная рентгенография.

- КТ.
- Пероральная холецистография.
- ЭРПХГ.

Лечение

При бессимптомном течении ЖКБ используется тактика наблюдения пациента (класс С клинических рекомендаций).

Показания к холецистэктомии и оптимальные сроки ее выполнения (при отсутствии противопоказаний)

Состояния	Сроки выполнения ХЭ
Рецидивирующие приступы билиарной колики	В плановом порядке (класс В клинических рекомендаций)
Дискинезия жёлчных путей (?)*	В плановом порядке
Кальцифицированный («фарфоровый») ЖП	В плановом порядке
Острый холецистит (осложненные формы или отсутствие улучшения на фоне консервативного лечения)	Срочное (в ближайшие 48–72 ч) (класс А клинических рекомендаций)
Перенесенный острый холецистит	В плановом порядке, оптимально – в ближайшие 4–6 недель, максимум – 12 недель (класс С клинических рекомендаций)
Холедохолитиаз	После извлечения камня из общего жёлчного протока (практикуется также одновременное выполнение ХЭ и экстракции конкремента из протока)
Атака билиарного панкреатита (высока вероятность рецидивов острого панкреатита)	Во время настоящей госпитализации, но после стихания явлений панкреатита (класс А клинических рекомендаций)

** В России практика проведения ХЭ по поводу дискинезии жёлчевыводящих путей («акалькулезной холецистопатии») пока не сложилась, операцию производят лишь в отдельных случаях.*

Образ жизни, питание

- Режим труда и отдыха.
- Рациональное питание не менее 5-6 раз в сутки (см. Диетотерапия при ХНХ).
- Контроль веса.
- Исключить ночной прием пищи.
- Регулярная физическая активность.

Хирургическое лечение

«Золотым стандартом» хирургического лечения ЖКБ с клинически выраженной симптоматикой остается холецистэктомия (ХЭ). Проведение ХЭ предотвращает развитие осложнений (острого холецистита, рака ЖП в отдаленном периоде).

Консервативное лечение

Для купирования билиарной колики целесообразно использовать спазмолитики различных классов, для получения быстрого эффекта необходимо вводить парентерально.

Гиосцина бутилбромид: высокоселективный блокатор М3- и N-холинорецепторов, для купирования приступов билиарной боли (быстрое действие). Способ применения: в дозе 10–20 мг внутрь или в суппозиториях. Курс лечения: по 10–20 мг 3 раза в день до еды в течение 10–30 дней.

Мебеверин: селективный миотропный спазмолитик, оказывающий прямое действие на гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта, действует через 15 мин после приема. Способ применения: в дозе 200 мг 2 раза в день за 20 мин до еды. Курс лечения: в течение 30 дней.

Для купирования диспепсии при ЖКБ («плохая переносимость жирной и обильной пищи») используют спазмолитики, пеногасители (симетикон), а также гимекромон, оказывающий холецистокининоподобное действие (класс В клинических рекомендаций в купировании билиарной боли).

Гимекромон: синтетический аналог умбеллиферона (плоды аниса и фенхеля). Способ применения: режим «по требованию» по 200–400 мг внутрь при появлении симптомов. Курс лечения: по 200–400 мг 3 раза в день за полчаса до еды в течение 14–30 дней и более.

В настоящее время использование препаратов УДХК с целью литолиза ограничено ввиду малой эффективности (не более 10%). УДХК назначается в дозе 10–15 мг на 1 кг массы тела в сутки индивидуально под контролем УЗИ ОБП каждые 3-6 месяцев.

Экспертиза трудоспособности

Временная нетрудоспособность оценивается согласно медицинским (нозология, степень тяжести, степень функциональных нарушений, сопутствующие заболевания, осложнения, фаза заболевания, течение болезни) и социальным (пол, возраст, условия проживания и труда, семейное положение, образование) критериям.

Лечащий врач выписывает листок нетрудоспособности согласно этим критериям единолично и единовременно сроком до 15 дней. Свыше 15 дней листок нетрудоспособности продлевается через врачебную комиссию учреждения.

Сроки пребывания на листке нетрудоспособности при заболеваниях ЖП:

- ХНХ – 14-20 дней.
- ЖКБ с хроническим холециститом.
Легкой степени тяжести – 8-12 дней.
- Средней тяжести – 20-23 дня.
- Тяжелой степени – 45-55 дней.

Критерии установления стойкой нетрудоспособности:

1. Легкой степени тяжести ЖКБ обычно не приводит больных к инвалидности.
2. При средней степени тяжести ЖКБ лица физического труда становятся инвалидами III группы.
3. Лица физического труда и многие больные, занимающиеся умственным трудом, могут сохранять трудоспособность при отсутствии в их работе противопоказанных факторов (физические напряжения, вынужденное положение тела, приводящее к напряжению брюшного

пресса, сотрясение тела; длительная ходьба; противопоказана работа, связанная с воздействием токсических веществ; больные должны соблюдать более строгий диетический и пищевой режим).

4. Большинство больных тяжелой формой ЖКБ являются инвалидами II группы.

Диспансерное наблюдение

Диспансерному наблюдению подлежат пациенты с ЖКБ без обострений. Осмотр терапевта, гастроэнтеролога 2-3 раза в год, по показаниям – хирург. Комплексное лечение: терапия лекарственными средствами, назначается ОАК, ОАМ, БХ крови, УЗИ ОБП, по показаниям – холецистография.

Прогноз

Прогноз благоприятный при своевременном лечении и регулярном динамическом контроле, при неосложненном течении заболевания и своевременной проведенной холецистэктомии.

Эффективность консервативной терапии ЖКБ (растворение камней в течение периода до 24 месяцев) при тщательном отборе больных достигает 70%. Возможны рецидивы камнеобразования.

4. Образовательные программы в профилактике заболеваний билиарной системы

Заболевания билиарной системы в последние годы занимает одно из лидирующих мест в структуре общей заболеваемости. Число больных с данными заболеваниями из года в год растет, причем по данным последних лет исчезает разница в распространенности заболеваний пищеварительной системы среди городских и сельских жителей, между мужчинами и женщинами.

Известно, что лечащий врач чаще всего терпит неудачу при отсутствии взаимопонимания и контакта с пациентом. Это происходит иногда потому, что врач не считает нужным сообщать больному дополнительные сведения о его болезни, факторах риска, причинах её возникновения, о современных методах диагностики, эффективных способах лечения, включая немедикаментозные способы и т.д. Но даже когда врач хотел бы уделить своему больному больше внимания, недостаток времени, отведенный на одного пациента на приеме, не дает ему такой возможности.

Одним из основных моментов профилактики возникновения и прогрессирования заболеваний желудочно-кишечного тракта является проведение обучения пациентов принципам здорового образа жизни, умению правильно вести себя, чтобы избежать обострений и т.д. Приняв за основу опыт развитых стран, где широко распространены понятия "Школа здоровья", "Школа больного", а также опыт, накопленный в последние годы в нашей стране, в Республике Башкортостан, была организована «Гастро-школа».

Самое главное в школе – это смотивировать пациента, дать ему информационную часть, структурированную, имеющую разделения на учебные «единицы» (темы), учебные «шаги» (этапы) со строгой регламентацией объёма информации и преемственности изложения. Обучение в "Гастро-школе" включает в себя следующее: программа занятий состоит из нескольких циклов. Желудочно-кишечный тракт представляет собой единое целое и нельзя говорить о каком-либо заболевании пищеварительной системы, не затронув практически всех органов пищеварения. Поэтому желательно было бы проводить

последовательно несколько циклов занятий с одним и тем же контингентом больных. К сожалению, это не всегда представляется возможным, т.к. в этом случае полный цикл обучения составит несколько месяцев.

На занятиях обучающей школы рассматриваются все вопросы, начиная с анатомии и физиологии пищеварительного тракта, кончая вопросами медикаментозной и диетотерапии. Случается, что занятия посещают пациенты, перенесшие хирургическое вмешательство либо до начала занятий, либо в тот период, когда они проходят обучение. Для них в цикл включается тема по поведению больных в послеоперационный период.

Но особое внимание должно уделяться вопросам первичной и вторичной профилактики, обучению больных основным принципам здорового образа жизни, правилам сбалансированного питания. Последним двум вопросам мы придаём особое значение, так как ясно, что наши занятия посещают не самые богатые люди. Поэтому научить их предотвращать развитие обострений, используя для этого минимальные материальные затраты, основная задача врача.

Чаще всего состав слушателей бывает разнообразным, как в возрастном, так и образовательном аспекте. Поэтому, если имеется возможность, желательно разбить основную группу на более малочисленные, т.е. применить методику обучения по принципу "малых групп". В этом случае можно кооперировать группы по степени подготовленности, по возрасту и даже по времени проведения занятий (утро, вечер, будни, выходные дни и т.д.).

Весьма перспективным считается использование для организации и функционирования подобных "Школ" дневные стационары поликлиник, стационары дневного пребывания, а также профилактории (заводские, студенческие и др.). Наличие в них достаточного количества однопрофильных больных, ежедневное пребывание их в этих лечебных учреждениях, позволяет провести полный курс обучения пациентов в значительно более короткие сроки, чем это можно сделать в поликлинических условиях.

Оптимальное число слушателей в группе не должно превышать 10-12 человек, иначе усвоение материала будет затруднено. Большое значение имеет установление правильного контакта между врачом, проводившим занятие и пациентами-слушателями. Ни в коем случае врач не должен усложнять свою речь медицинскими терминами,

трудными для усвоения и понимания, чем ещё часто грешат молодые доктора. Не следует злоупотреблять лекторским тоном или обрывать больного, пытающегося по ходу занятия задать какой-то вопрос. Лучше сразу же, на первом занятии, условиться, что вопросы, возникают в процессе лекции, нужно записать или запомнить и задать в конце. Для этого врач должен предусмотреть в конце каждого занятия какое-то время для ответов на вопросы. Но не следует превращать "школу" в место проведения консультативного приема.

Оживить свои лекции можно с помощью мультимедийных презентаций, аннотаций лекарственных препаратов, демонстрацией видеороликов, фильмов. При проведении "Гастро-школы" были подготовлены несколько альбомов, посвященных фитотерапии, санаторно-курортному лечению больных с патологией пищеварительной системы. Оформлено несколько стендов, в том числе стенд по диетическому питанию, где представлены фотографии диетических блюд, показано их оформление и т.д. Желательно подготовить памятки-листовки по тематике проводимых занятий, которые раздаются больным. Всё это очень нравится слушателям, привлекает их внимание и помогает лучше запомнить и усвоить услышанное.

Время проведение занятий может быть различным и зависеть и от степени занятости врача, и от свободного времени слушателей. Не целесообразно проводить по два занятия в день, даже если они проходят в условиях стационара. Это достаточно трудно, особенно, когда речь идет о группе пожилых, или малоподготовленных больных. Занятия в будни для пациентов, посещающих "Гастро-школу" в поликлинике можно проводить вечером, после рабочего дня, а в субботу – в утренние или дневные часы. При организации обучающих школ в профилакториях или дневном стационаре время проведения занятий может меняться в зависимости от того, когда слушатели будут свободны от прохождения обследования и приема лечебных процедур.

Циклы занятий "Гастро-школы" рекомендуется проводить в период с октября по март. Наши доводы в пользу подобного расписания:

1. В этот период практически уже закончены садово-огородные работы,
2. Больные уже вышли из периода сезонного обострения и проведение обучающей школы поможет им предотвратить обострение патологического процесса, ожидаемое весной.

Желательно, чтобы больные к первому занятию имели на руках данные проведенного обследования (ОАК, исследование крови на печеночные пробы, ОАМ + диастаза, копроцитограмма, УЗИ и др.) Кроме того, необходимо, с нашей точки зрения, подготовить скрининговые анкеты, которые слушатели заполняют на первом занятии. Проведя анализ этих анкет, преподаватель может сориентироваться на какие вопросы он должен обратить особое внимание.

Какие же вопросы необходимо осветить на занятиях?

Во-первых, это должен быть рассказ об анатомо-физиологических особенностях строения и функции органов желудочно-кишечного тракта, об их прочной и тесной взаимосвязи. Необходимо дать понятие о работе этих органов, о том, что каждый из них имеет важнейшие функции для жизнедеятельности организма.

Во-вторых, крайне важно определить факторы риска, играющие роль в формировании того или иного заболевания. В процессе занятия можно выяснить у каждого слушателя конкретно, какой именно из факторов риска или их сочетания характерен для данного больного.

Далее, информация о самих заболеваниях, выделяются ведущие клинические синдромы. Необходимо остановиться на различных вариантах течения заболевания, на осложнениях, которые возникают при данной патологии; на особенности течения заболевания в молодом возрасте (либо у пожилых).

Не следует слишком подробно останавливаться на проведении медикаментозной терапии, хотя желательно дать характеристику основных препаратов, применяемых в лечении данной патологии, но следует подробно рассказать об использовании лекарственных трав, минеральных вод и др., которые могут легко быть применимы в домашних условиях и послужить хорошими профилактическими мерами для предупреждения прогрессирования болезни и развития нежелательных осложнений.

Следует привлекать в состав слушателей обучающихся школ здоровых людей, у которых выявлены факторы риска заболеваний желудочно-кишечного тракта. Это явилось бы прекрасным методом первичной профилактики заболеваний пищеварительной системы.

Как было упомянуто выше, занятия по обучающим программам «Гастро-школы» должны состоять из нескольких циклов: по заболеваниям желудка, печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей, поджелудочной железы, кишечника и т.д. Кроме того, можно проводить

циклы, которые будут посвящены сочетанной патологии органов желудочно-кишечного тракта.

Приводим примерную структуру одной из образовательных программ «Гастрошколы». При желании она может быть дополнена, структура занятий легко может быть приближена к конкретным условиям.

Структура образовательной программы для больных по теме «Заболевания билиарной системы»

В процессе проведения цикла «Гастрошколы», посвященной патологии желчевыделительной системы, необходимо разъяснить больному следующие **вопросы**:

1. Анатомия, физиология билиарного тракта.
2. Желчь, как один из основных секретов в процессе пищеварения.
3. Причины возникновения и факторы риска развития патологии желчевыводящих путей. Их распространенность.
4. Дисфункции желчевыводящих путей, хронический некалькулезный холецистит, желчнокаменная болезнь – это стадии одного патологического процесса.
5. Основы рационального питания.
6. Лечение заболеваний билиарной системы с применением медикаментозных методов лечения.
7. Лечение заболеваний желчевыделительной системы с применением немедикаментозных методов лечения. Здоровый образ жизни.
8. Фитотерапия.

9. Профилактика возникновения осложнений. Методика самоконтроля за состоянием здоровья.

10. Заключительное.

В *заключительной части занятия* необходимо еще раз подчеркнуть, что больные ни в коем случае не должны заниматься самолечением, принимать полностью самостоятельно медикаментозные препараты, особенно такие, как антибиотики, обезболивающие и т.д. Это может привести к появлению тяжелых осложнений. Больные должны периодически наблюдаться у своего врача, проходить необходимые обследования и т.д. Но применение такого лечения, как фитотерапия, бальнеотерапия, здоровый образ жизни, рациональное питание помогут нашим пациентам избежать развития обострений и осложнений патологического процесса.

5. Рак желчного пузыря

Рак желчного пузыря (РЖП) – злокачественная опухоль из эпителия желчного пузыря. Наиболее распространенный из всех видов рака желчных путей. С23 Рак желчного пузыря.

РЖП характеризуется местной и сосудистой инвазией, обширным регионарным лимфогенным и гематогенным метастазированием.

Факторы риска

- Хроническое воспаление
- ЖКБ
- Полипы ЖП более 1 см в диаметре
- Хронические инфекции
- Склерозирующий холангит
- Аденоматоз ЖП
- Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит).

Эпидемиология

Рак билиарного тракта – холангиоцеллюлярный, РЖП и желчных протоков – редкая злокачественная опухоль. Точная статистика смертности от билиарного рака в России отсутствует.

Клиническая картина

Ранние симптомы рака внутрипеченочного желчного протока и РЖП – неспецифичны:

- Дискомфорт.
- Тяжесть в правом подреберье или эпигастрии.

- Снижение аппетита.
- Изменения БХ крови
- Увеличения уровня опухолевых маркеров.

Поздние симптомы:

- Боли в верхнем отделе живота.
- Тошнота.
- Рвота.
- Потеря аппетита.
- Отвращение к пище.
- Снижение веса.
- Желтуха.
- Зуд.
- Лихорадка.
- Увеличение размеров печени и ЖП.
- Появление асцита.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Диагностика

Критерии установления диагноза:

1. Наличие опухолевого очага в печени по данным УЗКТ, МРТ или КТ.
2. Морфологическое подтверждение диагноза.
3. Исключение других первичных опухолевых очагов (рак толстой кишки, рак желудка и т.д.).

Лабораторные диагностические исследования

- Определение основных групп крови по системе АВ0, определение антигена D системы Резус (резус-фактор).

– Определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в крови.

– Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус гепатита В (*Hepatitis B virus*), молекулярно-биологическое исследование крови на вирус гепатита С (*Hepatitis C virus*).

– ОАК.

– БХ крови .

– Опухолевые маркеры: альфа-фетопротеин в сыворотке крови, антигена аденогенных раков СА 19-9 в крови.

– Коагулограмма.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Инструментальные диагностические исследования

– УЗИ ОБП.

– КТ ОБП с внутривенным контрастированием.

– МРТ ОБП с внутривенным контрастированием с магнитнорезонансной холангиографией.

Лечение

Для определения распространенности опухолевого процесса пациентам выполняется КТ ОГК.

При планировании хирургического лечения рекомендовано выполнить позитронную эмиссионную томографию (ПЭТ-КТ) с целью исключения отдаленных метастазов в случаях, когда их подтверждение принципиально меняет тактику лечения. Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

При планировании хирургического лечения необходимо провести лапароскопию для исключения наличия отдаленных метастазов по результатам КТ/МРТ.

При подтверждении метастазов тактика лечения меняется.

Профилактика и диспансерное наблюдение

Задачи при диспансерном и профилактическом наблюдении:

Раннее обнаружение прогрессирования процесса или болезни после завершения терапии для своевременного выявления начала химиотерапии и хирургического лечения. После завершения хирургического лечения рекомендуется соблюдать следующую периодичность и методы наблюдения – обследование в первые 2 года рекомендуется проводить каждые 3–6 месяцев, далее – ежегодно до 5 лет в следующем объеме:

- Осмотр врача-онколога и физикальное обследование.
- Онкомаркеры РЭА, СА-19.9, АФП (если были повышены исходно).
- УЗИ органов брюшной полости.
- КТ или МРТ органов брюшной полости с в/в контрастированием.
- Рентгенография органов грудной клетки.
- Холангиография (при наличии дренажей).

Задания для самоконтроля

Тестовый контроль для освоения профессиональных компетенций

Выберите один правильный ответ:

Код компетенций	Тестовые вопросы
ПК-8	<p>1. УКАЖИТЕ НЕОБХОДИМЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДЖВП:</p> <ol style="list-style-type: none">1) КТ ЖП2) холецистография3) УЗИ ОБП4) все вышеперечисленные
ПК-1	<p>2. УКАЖИТЕ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:</p> <p>Пациент 55 лет находится на диспансерном учете в поликлинике в течение двух лет с приступообразными болями в правом подреберье, которые возникают при появлении в рационе жирной и жареной пищи, которые купируются введением атропина. Желтуху, повышение температуры при приступе не отмечал. В анализах крови и мочи отклонений нет. Холецистография: ЖП заполнен контрастным веществом, на фоне приема яичных желтков сократился более чем на две трети. Конкрементов нет. Результаты дуоденального зондирования без отклонений, рентгеноскопия желудка в норме.</p> <ol style="list-style-type: none">1) ДЖВП гипокинетического типа2) ДЖВП гиперкинетического типа3) ХНХ в фазе обострения4) ХНХ в фазе ремиссии

Код компетенций	Тестовые вопросы
ПК-15	<p>3. УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сократительная 2) концентрационная 3) абсорбционная 4) секреторная 5) ферментативная 6) все вышеперечисленные
ПК-8	<p>4. УКАЖИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, С КОТОРЫМИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВДЯЩИХ ПУТЕЙ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) холецистит 2) дуоденит 3) хронические нарушения дуоденальной проходимости 4) язвенная болезнь 5) все перечисленное
ПК-15	<p>5. РОЛЬ ЖЕЛЧИ В ПИЩЕВАРЕНИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) усиливает действие панкреатических ферментов 2) участвует в процессе всасывания жирных кислот, витаминов А, Е, Д, аминокислот, холестерина 3) стимулирует моторику кишечника 4) оказывает бактериостатическое действие на кишечную флору 5) участвует в пристеночном пищеварении 6) все вышеуказанное

Код компетенций	Тестовые вопросы
ПК-1	<p>6. УКАЖИТЕ УЗ-ПРИЗНАКИ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПО ГИПОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) уплотнена стенка ЖП 2) утолщена стенка ЖП 3) увеличенный ЖП 4) аномалии развития ЖП
ПК-1	<p>7. УКАЖИТЕ УЗ-ПРИЗНАКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гипэхогенные включения 2) утолщение стенки желчного пузыря 3) увеличение размеров желчного пузыря 4) аномалии развития желчного пузыря
ПК-1	<p>8. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФРАКЦИОННОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ ПРИ ГИПЕРФУНКЦИИ ЖП:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) удлинение времени закрытого сфинктера Одди 2) укорочение этапа «закрытого сфинктера Одди» 3) уменьшение продолжительности 4 этапа – «этапа желчного пузыря» 4) удлинение 4 этапа и увеличение пузырной желчи
ПК-1	<p>9. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФРАКЦИОННОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ ПРИ ГИПОФУНКЦИИ ЖП:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) удлинение времени закрытого сфинктера Одди 2) укорочение этапа закрытого сфинктера Одди 3) уменьшение длительности 4 этапа – этапа желчного пузыря 4) увеличение длительности 4 этапа и увеличение пузырной желчи

Код компетенций	Тестовые вопросы
ПК-15	<p>10. ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ГЭРБ 2) ЖКБ 3) панкреатит 4) при всех заболеваниях
ПК-15	<p>11. СОКРАЩЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ВСЛЕДСТВИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гастрина 2) панкреатического сока 3) холецистокинина 4) секретина
ПК-1	<p>12. УКАЖИТЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, ПРИ КОТОРЫХ НЕ ПРОИСХОДИТ ПОВЫШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ НЕСВЯЗАННОГО БИЛИРУБИНА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) повышение образования билирубина 2) понижение поступления билирубина в печень 3) увеличение процессов гемолиза эритроцитов 4) нарушения выделения билирубина из печени
ПК-1	<p>13. УРОБИЛИНОГЕН СИНТЕЗИРУЕТСЯ В:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кишечнике 2) почках 3) печени
ПК-1	<p>14. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НЕ ПРОИСХОДИТ УВЕЛИЧЕНИЯ АЛТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) хроническом вирусном гепатите 2) циррозе печени 3) инфаркте миокарда 4) стеатозе печени

Код компетенций	Тестовые вопросы
ПК-1	<p>15. ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЩФ ПРИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) внутрипеченочном холестазае 2) вирусном гепатите 3) первичном раке печени 4) панкреатите
ПК-15	<p>16. ЖЕЛЧЬ ПОДВЕРГАЕТСЯ РЕАБСОРБЦИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в ДПК 2) в тощей кишке 3) в начальном отделе толстой кишки 4) во всех перечисленных отделах
ПК-1	<p>17. УКАЖИТЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПЕЧЕНОЧНОМ ЦИТОЛИТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) увеличение АЛТ 2) увеличение АСТ 3) увеличение альдолазы 4) увеличение сывороточного железа
ПК-1	<p>18. ВЫБЕРИТЕ РАННИЙ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ПЕЧЕНИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) увеличение АЛТ 2) увеличение альдолазы 3) увеличение АСТ 4) гипоальбуминемия 5) увеличение сывороточного железа
ПК-1	<p>19. УРОБИЛИНОГЕН В МОЧЕ ПРИ ХОЛЕСТАЗЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) увеличивается 2) понижается 3) исчезает 4) не меняется

Код компетенций	Тестовые вопросы
ПК-1	<p>20. ПРОВЕДЕНИЕ ВНУТРИВЕННОЙ ХОЛЕГРАФИИ ИНФОРМАТИВНО ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) увеличения диаметра общего желчного протока 2) ЖКБ 3) первичного склерозирующего холангита 4) все перечисленное
ПК-1	<p>21. УКАЖИТЕ РАННИЕ ПРИЗНАКИ РАКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вздутие в эпигастрии 2) тяжесть в правом подреберье 3) нарушения стула 4) сильная слабость 5) резкая потеря веса 6) все перечисленное
ПК-1	<p>22. ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕН СИМПТОМ ЖЕЛТУХИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) прорастанием опухоли 2) механическим сдавливанием желчного протока 3) разрушением эритроцитов 4) верно 1 и 2
ПК-7	<p>23.ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКУЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 20-23 дней 2) 40-50 дней 3) 14-20 дней 4) 8-12 дней 5) 55-65 дней

Код компетенций	Тестовые вопросы
ПК-1	<p>24. У ПАЦИЕНТА ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ОРТНЕРА, КЕРА, МЕРФИ, СИМПТОМ КУРВУАЗЬЕ, ФРЕНИКУС СИМПТОМ. КАКАЯ ЭТО БОЛЕЗНЬ?</p> <p>1) язва желудка и ДПК 2) острый панкреатит 3) острый холецистит</p>
ПК-7	<p>25. ПРОВЕДЕНИЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ХНХ?</p> <p>1) камни в ЖП 2) желчная колика 3) обнаружение большого количества лейкоцитов в дуоденальном содержимом 4) обнаружение паразитов в дуоденальном содержимом 5) обнаружение хронического холецистита</p>
ПК-1	<p>26. СИМПТОМ ОРТНЕРА, КЕРА, МЕРФИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ:</p> <p>1) острый холецистит 2) перфорация язвы 12-перстной кишки 3) острый аппендицит 4) острый панкреатит 5) кишечная непроходимость</p>
ПК-7	<p>27. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКУЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА:</p> <p>1) 25-35 дней 2) 40-50 дней 3) 14-20 дней 4) 8-12 дней 5) 55-65 дней</p>

Код компетенций	Тестовые вопросы
ПК-8	<p>28. С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОБОСТРЕНИЕ ХНХ?</p> <p>1) острый аппендицит 2) обострение хронического панкреатита 3) мочекаменная болезнь 4) дивертикулит</p>
ПК-9	<p>29. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БИЛИАРНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ ОДНОГО (УКАЗАТЬ, КАКОГО):</p> <p>1) фторхинолоны 2) тетрациклины 3) макролиды 4) аминогликозиды 5) цефалоспорины</p>
ПК-9	<p>30. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ:</p> <p>1) дюспаталин 2) тримедат 3) но-шпы 4) морфина 5) атропина</p>

Ответы на тестовые задания

№ вопроса	Правильный ответ	№ вопроса	Правильный ответ
1.	3	16.	4
2.	2	17.	5
3.	6	18.	1
4.	5	19.	2
5.	6	20.	4
6.	4	21.	6
7.	2	22.	4
8.	4	23.	3
9.	4	24.	5
10.	2	25.	2
11.	4	26.	1
12.	4	27.	3
13.	1	28.	2
14.	4	29.	4
15.	1	30.	4

Контрольные вопросы

Код компетенций	Вопросы для контроля
ПК-15	Назовите основные этиологические факторы дисфункциональных расстройств билиарного тракта.
ПК-15	Назовите этиологические факторы вторичных дисфункциональных расстройств билиарного тракта.
ПК-1	Расскажите, какова клиническая картина дисфункции желчного пузыря по гипокинетическому типу.
ПК-1	Расскажите клиническую картину дисфункции желчного пузыря по гиперкинетическому типу.
ПК-1	На основании, каких диагностических исследований выставляется диагноз дисфункциональных расстройств билиарного тракта.
ПК-15	Расскажите этиологию хронического некалькулезного холецистита.
ПК-1	Назовите основные ультразвуковые признаки хронического некалькулезного холецистита.
ПК-15	Лечебное питание при холецистите.
ПК-8	Расскажите тактику лечения при хроническом калькулезном холецистите.
ПК-9	Лечение при ДЖВП, холецистите
ПК-2	Диспансерное наблюдение на терапевтическом участке при хроническом холецистите.
ПК-7	ВТЭ при холецистите

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

Пациентка 26 лет по образованию медицинская сестра на приеме у участкового врача предъявила жалобы на постоянные боли, умеренной интенсивности, тяжесть в правом подреберье и периодически в правом верхнем квадранте живота. Интенсивность болей усиливается натощак, по утрам, периодически после еды, после приема пищи пациентке становится легче. Часто беспокоят тошнота, отрыжка, слюнотечение. После длительного голодания, после сна отмечается чувство горечи, сухость, металлический привкус во рту. Заболела два года назад, в детском возрасте нередко отмечались небольшие боли в животе, запоры.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа чистая, склеры и слизистые полости рта субиктеричны. На языке густой бело-желтый налет, суховат. Со стороны органов дыхания и кровообращения отклонений нет. Живот мягкий, умеренно вздут. При глубокой пальпации отмечается невыраженная болезненность в правом подреберье, слабо положительные симптомы воспалительного процесса ЖП. Чередование запоров и диареи. Дизурических явлений нет.

Результаты дополнительных методов обследования.

В ОАК: Л – $5.5 \cdot 10^{12}$ /л, Э – $4.3 \cdot 10^9$ /л, гемоглобин – 122г /л, гематокрит – 38%, Т – $260 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 13 мм/ч, лимфоциты – 37%, базофилы – 0%, эозинофилы – 5%, моноциты – 10%, сегментоядерные Н. – 48%.

В ОАМ: глюкоза – отрицательно, билирубин – следы, кетоновые тела – отрицательно, удельный вес – 1.025, эритроциты – следы, рН 5.5, белок – следы, уробилиноген – следы, соли отрицательно, лейкоциты – 1-3-2 в поле зрения.

ЭКГ: синусовый ритм, частота сердечных сокращений 62 удара в минуту. Электрическая ось сердца горизонтальная.

Рентгенография ОГК: корни структурные, инфильтративные тени отсутствуют.

В дуоденальном содержимом: порция А – 18 мл, микроскопия – эпителий, лейкоциты – единич в поле зрения; фаза закрытия сфинктера Одди – 12 мин; объем порции В – 69 мл, микроскопия без особенностей; объем порции С – 80 мл, скорость выделения 4 мл/мин, микроскопия – эпителий, лейкоциты – единичные в поле зрения.

На УЗИ ОБП: Печень, размеры: правая доля 120мм, левая доля 40мм., контуры ее ровные. Эхоструктура однородная. Эхогенность средняя. Желчный пузырь с ровными контурами, размеры: 53*20мм. Толщина стенки 2мм. Форма грушевидная. Содержимое – эхонегативное. Поджелудочная железа: Контуров ровные. Эхоструктура однородная. Эхогенность: средняя, ее размеры: головка 25мм. Тело 18мм. Хвост 20мм.

На ФГДС: Слизистая пищевода розовая ровная. Кардиальная розетка сомкнута полностью. В желудке имеются сок слизи желчь в малом количестве. Слизистая желудка розового цвета. Перистальтика активная. Складки в теле желудка высокие, извитые. Привратник проходим, зияет. Просвет луковицы 12 п.к. раздувается хорошо. Слизистая 12 п.к. розового цвета, без особенностей.

...

1. Поставьте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Какая тактика ведения пациента: план обследования, показания к госпитализации (ПК-8).
3. Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями? (ПК-6).
4. Критерии, сроки временной нетрудоспособности, порядок выдачи больничного листка (ПК-7).
5. Какая группа диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Реабилитационные мероприятия, включающие диетотерапию, медикаментозное, немедикаментозное лечение, физиотерапия и т.д. Выпишите рецепты (ПК-9).
7. Санаторно-курортное лечение (ПК-1).

Ситуационная задача № 2

Пациентка 58 лет, пенсионерка, находится на приеме в поликлинике с жалобами на резкие боли в правом подреберье, начались остро, после приема жирной пищи; повышение температуры до 37,2 С, озноб, тошноту, рвоту однократно. Боль нарастала наряду с повышением температуры. У рвотных масс был горький вкус. После этого ей стало легче на некоторое время, 20-22 минут. Самочувствие ухудшалось при любом движении, даже при простом поднятии руки вверх. Беспокоят запоры.

Приступ длится на протяжении 40 минут. Раньше периодически отмечала ноющие боли в области правого подреберья после приема обильной жирной пищи. Примерно 5 лет назад при УЗИ ОБП были выявлены мелкие конкременты. Состояние средней тяжести. Пациентка имеет повышенный вес. Кожные покровы бледные. Склеры и кожные покровы субиктеричные. Язык обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 92 в минуту, АД 145/85 мм. рт.ст. Живот напряжен в области правого подреберья, резко болезненный. Симптомы Ортнера и Мюсси-Георгиевского положительны. Синдромы раздражения брюшины сомнительные. Симптом поколачивания отрицательный. Стул неоформленный. Дизурические явления не выявляются.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: Л – $5.0 \cdot 10^{12}$ /л, Э – $4,6 \cdot 10^9$ /л, гемоглобин – 136г/л, гематокрит – 42.2%, Т – $261 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 8 мм/ч, лимфоциты – 34.4%, базофилы – 1%, эозинофилы – 4%, моноциты – 8%, сегменто-ядерные Н. – 52.6%.

ОАМ: глюкоза – отрицательно, следы билирубина, кетоновые тела – отрицательно, удельный вес – 1.020, эритроциты – отрицательно, рН 6.0, белок – отрицательно, уробилиноген – следы, соли не обнаружены, лейкоциты – отрицательно.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-92 уд. в минуту, ЭОС горизонтальная.

Рентгенография ОГК: корни структурные, без инфильтративных теней.

На УЗИ ОБП печень с размерами правой доли 130 мм, левой доли 50мм. Контуры ее ровные. Эхоструктура однородная. Эхогенность высокая. Желчный пузырь с ровными контурами, размерами 83*20 мм. Толщина ее стенок 4мм. Форма пузыря грушевидная. Содержимое представлено множественными включениями размером 20 мм с общей акустической тенью. Поджелудочная железа с неровными, нечеткими контурами. Эхоструктура ее неоднородная. Эхогенность повышена. Размеры головки 20мм. Тело 25 мм. Хвост 23 мм.

ФГДС: Слизистая пищевода розовая ровная. Кардиальная розетка сомкнута полностью. В желудке – сок слизи в малом количестве. Слизистая желудка гиперемирована, в антральном отделе – с явлениями атрофии. Перистальтика активная. Складки в теле желудка высокие, извитые. Привратник проходим, зияет. Просвет луковицы ДПК раздувается хорошо. Слизистая ДПК гиперемирована.

...

1. Поставьте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Какая тактика ведения пациента: показания к госпитализации, место госпитализации (ПК-8).
3. Дифференциальная диагностика при данной нозологии? (ПК-6).
4. Какие нужны провести дообследование и консультации специалистов (ПК-1).
5. Назовите лечебные мероприятия, в т.ч. по оказанию неотложной помощи. Выпишите рецепты (ПК-8, ПК-10).
6. Определите ориентировочные сроки временной нетрудоспособности. Критерии (ПК-7).
7. Какие неотложные состояния могут возникнуть при данной патологии? (ПК-10).

Ситуационная задача № 3

Пациентка М. 48 лет находится на приёме у врача с постоянными, усиливающимися после нарушения диеты болями в верхней половине живота, периодически иррадиирующие в спину, похудание. В возрасте 40 лет перенесла холецистэктомию.

...

1. Патологию какого органа можно предположить, и с чем это связано? (ПК-1).
2. Какие дополнительные методы обследования пациенту нужно провести? (ПК-1).
3. Какая тактика лечения? (ПК-8).
4. К какой диспансерной группе относится пациент? (ПК-2).

Ситуационная задача № 4

Пациентка 45 лет пришла на прием к врачу с жалобами: общая слабость, тупая, ноющая боль в правом подреберье, усиливающаяся после приёма жирной, жареной пищи, физической нагрузки; боль иррадиирует в правое плечо, правую лопатку, правую половину шеи; пациентка отмечает горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, нерегулярный стул, снижение аппетита.

Анамнез. Заболела 4 года назад, впервые отметила общую слабость, ноющую боль в правом подреберье, которая усиливалась после нарушения диеты, физической нагрузки, горечь во рту, отрыжку воздухом, нерегулярный стул (запоры). К врачу не обращалась, лечение не получала. Боли купировала аллохолом, панкреатином, анальгином с некоторым временным улучшением состояния. Данное обострение беспокоит 1 месяц, возникло после употребления большого объема жирной пищи: боли в правом подреберье, горечь во рту, отрыжка воздухом. Операции, переливания крови не переносила. Алкоголь не употребляет. Наследственная отягощенность: у матери желчнокаменная болезнь.

...

1. Какие изменения будут выявляться при объективном осмотре? (ПК-1).

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента (ПК-8).

3. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента (ПК-9).

4. Какая группа диспансерного наблюдения (ПК-2).

Ситуационная задача № 5

Пациентка Б., 37 лет наблюдается у участкового терапевта с диагнозом хронический холецистит. С обострениями в течение года три-четыре раза.

...

1. Проведите врачебно-трудовую экспертизу при обострении заболевания (ПК-7).

2. Определите группу диспансерного наблюдения и объем диспансерных мероприятий (ПК-2).

Ответы на ситуационные задачи

Ответы на ситуационную задачу № 1

1. ДЖВП, дисфункция желчного пузыря по гипотоническому типу, дисфункция сфинктера Одди по гипертоническому типу.

2. Амбулаторное лечение. В плане дообследования можно назначить копрологическое исследование кала для исключения паразитозов, магнитно-резонансную холангиопанкреатографию для подтверждения характера дискинезии сфинктера Одди. Показания для госпитализации: выраженные болевой/диспепсический синдромы, снижающих трудоспособность пациента, неэффективность амбулаторного лечения, наличие сопутствующей патологии, отягощающей течение заболевания.

3. Необходимо проводить дифференциальную диагностику с холециститом;

- спазмом сфинктера Одди;
- стриктурой сфинктера Одди;
- стриктурой, кистой, деформацией, аномалией развития желчного пузыря, желчевыводящих протоков.

4. Больная трудоспособна.

5. II группа диспансерного наблюдения.

6. Диетотерапия с исключением тугоплавких жиров, обогащение рациона свежими фруктами, овощами, растительными жирами. Назначение препаратов, стимулирующих тонус и сократимость желчного пузыря (Итоприда гидрохлорид, Артишока листьев экстракт). Дуоденальный беззондовый тюбаж.

Rp.: Tab. Cynaraescumulifoliaeextracti

D.t.d. №180

S. внутрь по 2 таб. 3 раза в день за 30 мин. до еды недели 3

Rp.: Tab. Itopridihydrochloridi 0,05

D.t.d. №60

S. внутрь по 1 таб. 3 раза в день до еды недели 3

7. Показаний к специальному санаторному лечению нет. Может лечиться в любое время года на любом бальнеологическом курорте РФ.

Ответы на ситуационную задачу № 2

1. Хронический калькулезный холецистит с преобладанием воспалительного процесса, тяжелое течение, фаза обострения. Осл.: Реактивный гепатит. Соп.: ДЖВП. Гипотоническая форма ЖП. Хронический билиарнозависимый паренхиматозный панкреатит, средней степени тяжести, фаза обострения.

2. Экстренная госпитализация в хирургическое отделение (повышенное СОЭ, сомнительные симптомы раздражения брюшины).

3. Первичный склерозирующий холангит и обтурирующий холангит на почве язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, почечной коликой, острым панкреатитом, острым аппендицитом

4. Необходимые дообследования: ОАМ на билирубин, желчные пигменты, диастазу, копроцитограмма, УЗИ, ФГС в динамике, кровь на амилазу, липазу, эластаза кала. Консультация гастроэнтеролога, гастрохирурга.

5. Препараты со спазмолитическим действием, ИПП, ферменты с 3-4 дня, препараты урсодезоксихолевой кислоты при купировании обострения. Инфузионная терапия. Препараты сандостатина.

6. Rp.: Caps. Mebeverinihydrochloridi 0,2

D.t.d. №60

S. внутрь по 1 капс. 2 раза в день за 20 мин.до еды недели 4

Rp.: Caps.Pancreatini 25тыс.ЕД

D.t.d. №60

S. внутрь по 1 капс. 3 раза в день во время еды недели 3

Rp.: Tab.Pantoprasoli 0,02

D.t.d. №40

S. внутрь по 1 таб. 2 раза в день за 30 мин.до еды недели 3

Rp.: Caps.AcidiUrsodeoxycholici 0,25

D.t.d. №60

S. внутрь по 2 капс. на ночь недели 4

Rp.: Sol.Oktreotidi 0,05% – 1,0 ml

D.t.d. №5 in amp.

S. подкожно 1 раз в день

Rp.: Heptrali 0,4

D.t.d. №10

S. 1 ампулу растворить в 200 мл физ.раствора, в/в капельно номером 10 в первой половине дня

Rp.: Sol.No-spaе 2,0 ml

D.t.d. №5 in amp.

S. в/м 1-2 раза в день

Rp.: Sol.Acesoli 200,0 ml

D.t.d. №5

S. по 1 флакону 1 раз в день, в/в капельно

7. Нетрудоспособна 40-45 дней. Медицинские (диагноз холецистит, осложнения, сопутствующая патология, нарушения функции желчного пузыря, поджелудочной железы, тяжелое течение) и социальные (возраст, пол, условия работы и проживания) критерии.

8. Эмпиема желчного пузыря. Самое тяжелое осложнение – развитие холангита, т. е. воспаление внутрипеченочных желчных ходов. Закупорка камнем общего желчного протока. Серьезным осложнением калькулезного холецистита является перфорация пузыря как следствие пролежня от крупного камня. Перихолецистит. Билиарный цирроз. Стриктура ЖП. Механическая желтуха. Желчные свищи. Водянка ЖП («отключенный ЖП»).

Ответы

на ситуационную задачу № 3

1. Поражение поджелудочной железы (желез внешней секреции и b-клеток островков Лангерганса), печени (застойные явления во внутрипеченочных желчных протоках), послеоперационные функциональные нарушения протоков и сфинктеров желчевыводящей системы.

2. ОАК, ОАМ и диастаза мочи, БХ крови (ГГТП, ЩФ, АЛТ, АСТ, тимоловая проба, общий билирубин, панкреатическая амилаза и липаза), копроцитограмма, эластаза в кале, уровень глюкозы в крови, гликированный гемоглобин, инсулин, С-пептид, индекс НОМА, УЗИ ОБП, магнитно-резонансная холангиопанкреатография для подтверждения характера дискинезии сфинктера Одди, ФГДС.

3. Ведение в условиях поликлиники.

4. III группа диспансерного наблюдения.

Ответы

на ситуационную задачу № 4

1. Симптомы воспалительного процесса ЖП.

2. Наличие по результатам УЗИ ОБП утолщенной стенки пузыря, взвеси в пузыре, по данным дуоденального зондирования кристаллов холестерина, лейкоцитов, в ОАК повышение лейкоцитов, СОЭ, наличие палочко-ядерных лейкоцитов. МРПХГ, УЗ-холецистография для определения характера дискинезии СО и желчных путей, ФГДС с осмотром слизистой ДПК и большого сосочка, детальный анализ порций А,В,С (объем и время истечения) при дуоденальном зондировании для определения дисфункции пузыря и сфинктера Одди.

3. Немедикаментозное лечение (коррекция веса, питания, образа жизни) для улучшения двигательной активности ЖВП и медикаментозное (урсодезоксихолевая кислота для устранения взвеси, итوپрида гидрохлорид (прокинетики) для улучшения моторной функции ЖВП, антибактериальные препараты для снятия воспаления) лечение.

4. III группа диспансерного наблюдения.

Ответы

на ситуационную задачу № 5

1. Срок нетрудоспособности временной 16-18 дней. Медицинские (холецистит, сопутствующая патология, степень тяжести, нарушения функции желчного пузыря, факторы риска) и социальные (возраст, пол, условия работы и проживания) критерии.

2. Группа диспансерного наблюдения на участке III. УЗИ ОБП, дуоденальное зондирование с наличием кристаллов холестерина, лейкоцитов, в ОАК повышение лейкоцитов, СОЭ, наличие палочко-ядерных лейкоцитов. МРПХГ, УЗ-холецистография для определения характера дискинезии СО и желчных путей, ФГДС с осмотром слизистой ДПК и большого сосочка, детальный анализ порций А,В,С (объем и время истечения) при дуоденальном зондировании для определения дисфункции пузыря и сфинктера Одди.

Рекомендуемая литература

Основная литература

1. Электронно-библиотечная система «Букап». ООО «Букап». Договор № 458 от 12.07.2018 г. <http://www.books-up.ru>

2. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» для ВПО. ООО «Институт проблем управления здравоохранением». Договор № 474 от 16.07.2018 г. <http://www.studmedlib.ru>

3. База данных «Электронная учебная библиотека». ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. Свидетельство №2009620253 от 08.05.2009 г. <http://library.bashgmu.ru>

4. Электронно-библиотечная система eLIBRARY. Коллекция российских научных журналов по медицине и здравоохранению. ООО РУНЭБ. Договор №750 от 18.12.2018 г. <http://elibrary.ru>

5. База данных «LWW Proprietary Collection Emerging Market – w/o Perpetual Access». АО «МИВЕРКОМ». Договор № 638 от 02.10.2018 г. <http://ovidsp.ovid.com>

6. База данных «LWW Medical Book Collection 2011». ЗАО КОНЭК. Государственный контракт № 499 от 19.09.2011 г. <http://ovidsp.ovid.com>

7. База данных Scopus. ФГБУ ГПНТБ России. Сублицензионный договор № SCOPUS/37 от 10.05.2018 г. <https://www.scopus.com>

8. База данных Web of Science Core Collection. ФГБУ ГПНТБ России, Сублицензионный договор № Wos/37 от 02.04.2018 г. <http://apps.webofknowledge.com>

9. База данных Russian Science Citation Index. НП НЭИКОН, Сублицензионный договор № 661 от 16.10.2018 г. <http://apps.webofknowledge.com>

10. База данных BIOSIS Citation Index. НП НЭИКОН, Сублицензионный договор № 661 от 16.10.2018 г. <http://apps.webofknowledge.com>

11. База данных MEDLINE. НП НЭИКОН, Сублицензионный договор № 661 от 16.10.2018 г. <http://apps.webofknowledge.com>

12. Консультант Плюс. ООО Компания Права «Респект». Договор о сотрудничестве от 21.03.2012 г. Локальный доступ.

13. Diagnosis of functional gallbladder disorder and sphincter of oddi in clinical practice. (English). By: Селиверстов П., Цурцумия Д., Ситкин С., Скворцова Т. Vrach (Doctor). 2020. Vol. 31. Issue 2. P. 65-71. Publisher: Russkiy Vrach Publishing House Ltd. База данных: Complementary Index. <https://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=973a3a1c-9542-4b75-b202-4be9f77ce700%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbmc9cnUmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=142226693&db=edb>

14. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника, диагностика и лечение / Д.И. Трухан, Л.В. Тарасова, С.Н. Филимонов, И.А. Викторова. Спб.: СпецЛит, 2014. ЭБС «Букап». Неограниченный доступ. <https://www.books-up.ru/ru/book/bolezni-picshevoda-zheludka-i-dvenadcatiperstnoj-kishki-klinika-diagnostika-i-lechenie-2908752/>

15. Гастроэнтерология. Национальное руководство: краткое издание: Научно-практическое издание / под ред.: В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2015. 462 с. Количество: 13 экз.

16. A modern conception of postcholecystectomy syndrome (based on the materials of the Advisory Board held on May 4, 2019 in Almaty, Kazakhstan). (English). By: Нерсесов А.В., Кайбуллаева Д.А., Васнев О.С., Ташенова Л.К., Сахипов М.М., Берестимовх Г.Т., Ахметжанова Г.А., Ибекенов О.Т., Досхановх М.О., Жумажанов Н.М., Балжановх Ж.М., Айтмолдин Б.А., Толеубаев Е.А., Ларюшина Е.М., Жумагулов К.Н., Собирова Г.Н., Умарова С.И., Шутьпекова Ю.О., Охлобыстин А.В. Pharmacoeconomic; Modern Pharmacoeconomics & Pharmacoepidemiology, 2020. Vol. 13. Issue 2. P. 205-219. Publisher: LLC IRBIS. База данных: Complementary Index.

<https://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=973a3a1c-9542-4b75-b202-4be9f77ce700%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbmc9cnUmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=145278384&db=edb>

17. Ивашкин, В. Т. Справочник по инструментальным исследованиям и вмешательствам в гастроэнтерологии: научное издание / В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, А.С. Трухманов. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2015. 560 с. Количество: 13 экз.

18. Лимфомы желудочно-кишечного тракта: учебно-методическое пособие / М.Н. Кузин и др. СПб.: СпецЛит, 2018. 127 с. Количество: 3 экз.

19. Малеев В.В. Вопросы гепатологии / В.В. Малеев, И.Г. Ситников, М.С. Бохонов. Электрон. текстовые дан. СПб.: СпецЛит, 2016. ЭБС «Букап». Неограниченный доступ. <https://www.books-up.ru/ru/book/voprosy-gepatologii-3598093>

20. Ройтберг, Г.Е. Внутренние болезни. Печень, желчевыводящие пути, поджелудочная железа / Г.Е. Ройтберг, А.В. Струтынский. Электрон. текстовые дан. М.: МЕДпресс-информ, 2016. ЭБС «Букап». Неограниченный доступ. <https://www.books-up.ru/ru/book/vnutrennie-bolezni-pechen-zhelchevyvodyacshie-puti-podzheludochnaya-zheleza-278566>

21. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Система органов пищеварения. М.: МЕДпресс-информ, 2016. ЭБС «Букап». Неограниченный доступ. <https://www.books-up.ru/ru/book/vnutrennie-bolezni-sistema-organov-pishevareniya-216050>

22. Functional Disorders of Digestive System in Children. Guidelines of Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Part 3. (English). Вы: Бельмер С.В., Волынец Г.В., Горелов А.В., Гурова М.М., Звягин А.А., Корниенко Е.А., Новикова В.П., Печкуров Д.В., Приворотский В.Ф., Тяжева А.А., Файзуллина Р.А., Хавкин А.И., Эрдес С.И. Russian Bulletin of Perinatology & Pediatrics / Rossiiskii Vestnik Perinatologii i Pediatrii, 2020. Vol. 65. Issue 6. P. 133-144. Publisher: National Academy of Pediatric Science & Innovation. База данных: Complementary Index. <https://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=3&sid=973a3a1c-9542-4b75-b202-4be9f77ce700%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbmc9cnUmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=148485626&db=edb>

23. Трухан Д.И., Филимонов С.Н. Дифференциальный диагноз основных гастроэнтерологических синдромов и симптомов: учебное пособие. М.: Практическая медицина, 2016. 175 с. Количество: 2 экз.

24. Surgical management of choledocholithiasis. (English). Вы: Тотиков В.З., Шулутко А.М., Тобоев Д.В., Тотиков З.В., Натрошвили А.Г., Натрошвили И.Г., Байчоров Э.Х., Моисеев А.Ю., Войтковский А.Е. Medical News of North Caucasus, 2020. Vol. 15. Issue 3. P. 388-392. Publisher: Stavropol State Medical University. База данных: Complementary Index. <https://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=10&sid=973a3a1c-9542-4b75-b202-4be9f77ce700%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbm9cnUmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=147302765&db=edb>

25. Циммерман Я.С. Гастроэнтерология: руководство. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2015. 813 с. Количество: 14 экз.

26. Циммерман Я.С. Гастроэнтерология: руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. База данных: ЭБС «Консультант студента». 1200 доступов. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970432730.html>

27. Combined treatment options for resectable common bile duct cancer patients. (English). Вы: Поляков А.Н., Подлужный Д.В., Патютко Ю.И., Чулкова С.В., Егорова А.В., Базин И.С., Шорилов М.А., Францев Д.Ю., Сыскова А.Ю. Annals of HPB Surgery / Annaly Khirurgicheskoy Gepatologii, 2020. Vol. 25. Issue 3. P. 123-130. Publisher: VIDAR Ltd. База данных: Complementary Index. <https://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=12&sid=973a3a1c-9542-4b75-b202-4be9f77ce700%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbm9cnUmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=145920138&db=edb>

28. Diagnosis of functional gallbladder disorder and sphincter of oddi in clinical practice. (English). Вы: Селиверстов П., Цурцумия Д., Ситкин С., Скворцова Т. Vrach (Doctor), 2020. Vol. 31. Issue 2. P. 65-71. Publisher: Russkiy Vrach Publishing House Ltd. База данных: Complementary Index. <https://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=18&sid=973a3a1c-9542-4b75-b202-4be9f77ce700%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbm9cnUmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=142226693&db=edb>

29. Differentiated approach to the choice of surgical access for calculous cholecystitis. (English). Вы: Шмаков Д.А., Щербатых А.В., Соколова С.В., Толкачёв К.С. Siberian Medical Review, Jan/Feb 2020. Issue 1. P. 66-72. Publisher: Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University.

База данных: Complementary Index. <https://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=19&sid=973a3a1c-9542-4b75-b202-4be9f77ce700%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbm9cnUmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=142388451&db=edb>

30. Основы внутренней медицины / под. Ред. В.С. Моисеева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. ЭБС «Консультант студента». 1200 доступов. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970427729.htm1>

31. Полунина Т.Е. Медицинский совет. 2019. № 3. С. 26-33. ООО "Группа Ремедиум". <https://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=22&sid=973a3a1c-9542-4b75-b202-4be9f77ce700%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbm9cnUmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=edselr.37417523&db=edselr>

32. What conclusions should be drawn from the association between liver diseases and cholelithiasis? (English). By: Тонких Ю.Л., Васютин А.В., Цуканов В.В. Vrach (Doctor), 2020. Vol. 31. Issue 6. P. 24-27. Publisher: Russkiy Vrach Publishing House Ltd., База данных: Complementary Index. <https://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=30&sid=973a3a1c-9542-4b75-b202-4be9f77ce700%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbm9cnUmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=144513805&db=edb>

Дополнительная литература

1. Кумар В. Основы патологии заболеваний по Роббинсу и Котрану. В 3 т. М.: Логосфера, 2014. Т. 1. ЭБС «Букап». Неограниченный доступ. <https://www.books-up.ru/ru/book/osnovy-patologii-zabolevanij-po-robbinsu-i-kotranu-v-3-t-t-1-glavy-1-10-73675/>

2. Кумар В. Основы патологии заболеваний по Роббинсу и Котрану. В 3 т. М.: Логосфера, 2016. Т. 2. ЭБС «Букап». Неограниченный доступ. <https://www.books-up.ru/ru/book/osnovy-patologii-zabolevanij-po-robbinsu-i-kotranu-v-3-t-t-2-gl-11-20-73579/>

3. Substantiation of the method for resolving obstructive jaundice in operable patients with malignant hepatopancreatobiliary tumors. (English). By: Ромащенко П.Н., Майстренко Н.А., Кузнецов А.И., Прядко А.С., Алиев А.К. Vestnik Khirurgii Imeni I.I. Grekova / Grekov's Bulletin of Surgery, 2020. Vol. 179.

Issue 6. P. 11-17. Publisher: I. P. Pavlov St. Petersburg State Medical University. База данных: Complementary Index. <https://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=13&sid=973a3a1c-9542-4b75-b202-4be9f77ce700%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbm9cnUmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=149599887&db=edb>

4. Амбулаторно-поликлиническая онкология / Ш.Х. Ганцев и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 448 с. ЭБС «Консультант студента». 1200 доступов. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970420584.html>

5. Вельшер Л.З., Поляков Б.И., Петерсон С.Б. Клиническая онкология. Избранные лекции: учеб. пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. База данных: ЭБС «Консультант студента». 1200 доступов. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428672.html>

6. Первичная медико-санитарная помощь при онкологических заболеваниях / Н.Х. Шарафутдинова и др. Баш. гос. мед. ун-т. Уфа: ГАУН РБ «Башэнциклопедия», 2018. Электронная учебная библиотека. Неограниченный доступ. <http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib723.pdf>

7. Radiofrequency ablation of intrahepatic cholangiocarcinoma (clinical observation). (English). Ву: Гурмиков Б.Н., Жаворонкова О.И., Степанова Ю.А., Вишневский В.А., Чжао А.В. Annals of HPB Surgery / Annaly Khirurgicheskoy Gepatologii, 2020. Vol. 25. Issue 3. P. 142-148. Publisher: VIDAR Ltd. База данных: Complementary Index. <https://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=17&sid=973a3a1c-9542-4b75-b202-4be9f77ce700%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbm9cnUmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=145920141&db=edb>

8. Петров В.И. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике: мастер-класс. М.: Гэотар-Медиа, 2014. ЭБС «Консультант студента». 1200 доступов. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430743.html>

9. Гепатопротекторы: руководство / С.В. Оковитый и др. М.: Гэотар Медиа, 2010. ЭБС «Консультант студента». 1200 доступов. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414552.html>

10. Клиническая фармакология: учебник / под ред.: В.Г. Кукеса, Д.А. Сычева. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2015. 1021 с. Количество: 71 экз.

11. Тараканов А.В. Лекарственные препараты для оказания скорой медицинской помощи: науч. изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. ЭБС «Консультант студента». 1200 доступов. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/06-COS-2393.html>

12. Петров В.И. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике: мастер-класс: учебник. М.: Гэотар Медиа, 2014. 880 с. Количество: 50 экз.

13. База данных «Электронная учебная библиотека». <http://library.bashgmu.ru>

14. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» для ВПО. <http://www.studmedlib.ru>

15. Электронно-библиотечная система eLIBRARY. Коллекция российских научных журналов по медицине и здравоохранению. <http://elibrary.ru>

16. Электронно-библиотечная система «Букап». <https://www.books-up.ru>

17. Электронно-библиотечная система «Лань». <http://e.lanbook.com>

18. Справочно-правовая система Консультант Плюс. <http://www.consultant.ru>

19. Архив выпусков журнала: Вестник Российской академии медицинских наук. <http://elibrary.ru>

20. Архив выпусков журнала: Вопросы диетологии. <http://elibrary.ru>

21. Архив выпусков журнала: Врач. <http://elibrary.ru>

22. Архив выпусков журнала: Инфекционные болезни.
<http://elibrary.ru>

23. Архив выпусков журнала: Медицина катастроф.
<http://elibrary.ru>

24. Архив выпусков журнала: Общественное здоровье и здравоохранение. <http://elibrary.ru>

Информация об авторах

Волевач Лариса Васильевна

*Доктор медицинских наук, профессор
Заведующий кафедрой поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа*

Камалова Алиса Атласовна

*Кандидат медицинских наук, доцент
Доцент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа*

Нафикова Айгуль Шаукатовна

*Кандидат медицинских наук
Доцент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа*

Башарова Гузель Радисовна

*Доктор медицинских наук, профессор
Профессор кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа*

Габбасова Лилия Вадимовна

*Кандидат медицинских наук
Доцент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа*

Демидова Надежда Александровна

*Ассистент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа*

Гурьев Ростислав Дмитриевич

*Ассистент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа*

Загидуллин Тимур Салаватович

*Ассистент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа*

Рахматуллин Азат Салаватович

*Кандидат медицинских наук
Доцент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа*

Салихова Альфира Сибагатовна

*Кандидат медицинских наук
Доцент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа*

Учебное пособие

**Волевач Л.В., Камалова А.А,
Нафикова А.Ш., Башарова Г.Р., Габбасова Л.В.,
Демидова Н.А., Гурьев Р.Д., Загидуллин Т.С.,
Рахматуллин А.С., Салихова А.С.**

**Болезни
билиарной
системы**

В авторской редакции

Формат 60.84/16. Усл. печ. л. 5,00
Тираж 500 экз.