**федеральное Государственное БЮДЖЕТНОЕ образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» МинистерствА здравоохранениЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра поликлинической терапии с курсом идпо**

 УТВЕРЖДАЮ

 зав.каф.поликлинической

 терапии с курсом ИДПО

  д.м.н., профессор Волевач Л.В.

 «30» ноября 2016 г.

Дисциплина: поликлиническая терапия

Специальность: лечебное дело

Очно-заочное отделение

Семестр: 1­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­4 Курс: 7

## **ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕНА ТЕМУ:**

**«ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖВП (ДИСФУНКЦИЯ, ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ). ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ»**

Методические указания

для студентов

Уфа – 2016 г.

Тема практического занятия:«Заболевания ЖВП (дисфункция, хронический холецистит).Ведение больных в условиях поликлиники» в соответствии с ФГОС (2010), рабочей программы дисциплины поликлиническая терапия, утвержденной в 2013г. ректором Павловым В.Н.

Авторы: проф. Крюкова А.Я., проф. Низамутдинова Р.С.,

 проф. Сахаутдинова Г.М., доц. Тувалева Л.С.,

 доц. Курамшина О.А., асс. Габбасова Л.В. , асс. Шуваева Л.Г.

 Рецензенты: д.м.н., профессор Мирсаева Г.Х.

Утверждено на заседании кафедры « 30» ноября 2016 г. протокол № 4

**«ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖВП (ДИСФУНКЦИЯ, ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ). ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ»**

**1. Актуальность темы:** Дисфункция желчевыводящих путей (ДЖВП) - в настоящее время является наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения. Удельный вес ДЖВП в структуре заболеваемости желчевыводящих путей от 25 до 60%. Распространенность ДЖВП высока в развитых странах, встречается преимущественно чаще в молодом и среднем возрасте; среди женщин.

 В последние десятилетия отмечена устойчивая тенденция к росту заболе­ваемости ДЖВП. Заболевание значительно "помолодело" и встречается не только в молодом, но и в детском возрасте.

 С целью предупреждения возникновения заболеваний билиарной системы необходима эффективная первичная профилактика, в основе которой лежит раннее воз­действие на факторы риска. Возникновению заболевания способствует застой желчи в желчевыводящих путях, изменение её физико-химических свойств; спазм пузырного протока, нейроэндокринные нарушения, инфекционно-аллергические, социальные фак­торы и т.д.

 Современный подход к медико-социальной проблеме больных ДЖВП подразу­мевает комплекс мероприятий, направленных на предупреждения развития осложнений, а также прогрессирования данного заболевания.

###  Основное значение придается усилению эффективности первичного контакта врач-пациент и связанного с этим увеличения числа первичных случаев обслуживания с профилактической целью, проведения с пациентами объема работы, уменьшающие количество повторных обращений, занятия с больными в обучающих школах.

###  **Классификация болезней желчного пузыря и желчных путей:**

1. Дисфункции желчевыводящих путей (ДЖВП)
2. Воспалительные заболевания (холециститы, холангиты)
3. Желчнокаменная болезнь
4. Паразитарные заболевания (лямблиоз, описторхоз, аскаридоз, фасциллез и др.)
5. Опухоли (доброкачественные, злокачественные)
6. Постхолецистэктомический синдром

###### Факторы риска ДЖВП:

1. Семейная предрасположенность

2. Пол, женский

3. Возраст любой

4. Профессиональный фактор

5. Нерациональное питание

6. Нарушение режима питания

7. Конституциональный фактор

8. Очаги хронической инфекции

9. Гиподинамия

10. Нервно-психические стрессы

11. Висцероптоз, беременность

12. Холато-холестериновый коэффициент ниже 13 (норма порция В- 25, порция С-5), Рн ниже

13. Инфекционный паразитарный фактор

14. Гемолитический фактор (гемолитическая анемия и др.)

15. Синдром дисплазии соединительной ткани

16. Вегето-сосудистая дистония

17. Дисгормональные нарушения (еда-холецистокинин-панкреозимин и гастрин, секретин и глюкагон стимулируют сокращение пузыря и выход желчи. Нейротензин, вазоинтестинальный полипептид, энкефалины тормозят сокращение пузыря)

18. Наличие заболеваний системы пищеварения

 В настоящее время в соответствии с Римским консенсусом (Рим, 1999 г.) функциональные заболевания желчных путей определяются как комплекс клинических симптомов, развившихся в результате моторно-тонической дисфункции желчного пузыря, желчных протоков и сфинктеров без признаков органического происхождения (воспаления, камнеобразования). Однако функциональная патология желчевыводящих путей (ЖВП) может развиваться и вторично в результате органической патологии печени, системы желчевыделения, двенадцатиперстной кишки, желудка, толстого кишечника и других органов, включая позвоночно-двигательные сегменты, правосторонний нефроптоз.

 Дисфункциональные расстройства билиарного тракта (Рим, 1999) включают все заболевания, связанные с нарушением моторики желчного пузыря и/или сфинктера Одди независимо от их этиологии, основным проявлением которых является билиарная боль.

Дисфункциональным расстройствам подвержены следующие структуры:

желчный пузырь, как по гиперкинетическому, так и по гипокинетическому типу,

сфинктер Одди, Люткенса (гипертония - спазм, гипотония, атония).

Возможны сочетанные расстройства желчного пузыря и сфинктерного аппарата (табл. 1).

Таблица 1

Классификация дисфункциональных расстройств желчевыводящих путей

|  |  |
| --- | --- |
| 1.По локализации | А. Дисфункция желчного пузыря (Е 1)В. Дисфункция сфинктера Одди (Е 2)по билиарному типупо панкреатическому типу |
| 2.По этиологии | А. ПервичныеВ. Вторичные |
| 3.По функциональному состоянию | А. ГиперфункцияВ. Гипофункция |

Диагностические критерии дисфункции желчного пузыря

1.Повторяющиеся эпизоды умеренной или тяжелой абдоминальной боли, локализованной в эпигастрии или правом подреберье продолжительностью 20 и более минут в течение 3 месяцев или 1 раз и более за последние 12 мес. и сочетается с одним и более из признаков:

А. Тошнота, рвота

Б. Иррадиация боли в спину или правую лопатку

В. Возникновение боли после приема пищи

Г. Возникновение боли в ночное время

Д.Нарушение функции желчного пузыря

Е.Отсутствие структурных нарушений.

Для уточнения диагноза необходимо УЗИ органов брюшной полости, проба с холецистокинином при проведении радионуклидной диагностики. Если опорожнение желчного пузыря составляет менее 40%, то диагноз дисфункции желчного пузыря по гипокинетическому типу вероятен.

При многофракционном дуоденальном зондировании с микроскопией желчи выявляется гипокинезия желчного пузыря: скорость выделения пузырной желчи в среднем менее 12 мл за 5 минут, увеличивается время выделения порции "В" до 45-60 минут, объем пузырной желчи может превышать 100 мл.

В основе дисфункции сфинктера Одди лежат психогенные воздействия, общий невроз, стрессы, эмоциональные перенапряжения. Дисфункция сфинктера Одди может быть самостоятельной патологией, иметь органическую и функциональную природу. Дисфункция сфинктера Одди характеризуется частичным нарушением проходимости протоков на уровне сфинктера и клинически проявляется нарушением оттока желчи и панкреатического сока и протекает как билиарноподобный (билиарный), панкреатитоподобный (панкреатический) и сочетанный типы.

Диагностические тесты:

-скрининговые

-лабораторные:

а) увеличение в 2 раза аминотрансфераз, ЩФ и билирубина при билиарноподобном варианте,

б) увеличение амилазы и липазы в сочетании с абдоминальной болью при панкреатитоподобном варианте,

-трансабдоминальное УЗИ- расширение холедоха более 6 мм указывает на резистентность билиарному току желчи при изменении сфинктера Одди

-холедохосцинтиграфия - замедление транзита фармпрепарата из ворот печени в ДПК.

ЭРХПГ-диаметр холедоха равное или более 12 мм и задержка опорожнения контраста из холедоха более 45 минут, расширенный панкреатический проток более 5 мм и задержка опорожнения контраста из панкреатического протока более 10 минут.

Манометрия сфинктера Одди - увеличенное базальное давление более 40 мм. рт. ст. при стенозе или спазме сфинктера. При спазме давление снижается после введения гладкомышечных релаксантов.

## **Дифференциальная диагностика дисфункций ЖВП по нарушениям моторики**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Признак** | **Гипомоторная ДЖВП** | **Гипермоторная ДЖВП** |
| Возраст | Любой | преимущественно молодой |
| Эмоциональный статус | флегматики, астеники, вялые, слезливые | холерики, возбудимые люди, с лабильной НС, раздражительные |
| Конституция | Гипостеники | гиперстеники |
| Боли | тупые, давящие, распирание, тяжесть в правом подреберье, ноющие, почти постоянные, усиление болей в предменструальный период | периодически возникающие, приступообразные, схваткообразные, напоминают желчную колику, непродолжительные, усиление болей в менструальный период |
| Аппетит | снижение, редко рвота |  |
| Иррадиация боли | практически отсутствует | в правую лопатку, ключицу, половину шеи и т.д. |
| Связь с приемом пищи | усиливаются на очень короткий период, затем проходят | усиливаются после еды |

**Необходимое условие лечения дисфункции желчевыводящих путей - соблюдение диеты.**

Диета должна способствовать восстановлению нарушенных функций печени и желчных путей, нормализации и жирового, углеводного и холестеринового обмена, стимулировать желчеотделение и двигательную функцию кишечника.

При гиперкинетической форме ДЖВП - рекомендуется частое дробное питание (4-5 раз в день), которое способствует лучшему опорожнению желчного пузыря. Блюда должны быть преимущественно протертыми и отварными, не слишком жирными или острыми. Побольше фруктов и ягод в любом виде, питье минеральных вод с низкой и средней минерализацией: Славяновская, Смирновская, Ессентуки №4 и №20, воду надо пить теплой, по 75-100 мл за полчаса до еды. Из лекарственных препаратов применяются в основном спазмолитики.
При гипокинетически-гипотонической форме дисфункции желчевыводящих путей диета обязательно должна включать продукты, обладающие желчегонным действием: сметану, сливочное и растительное масло, сливки, яйца всмятку, черный хлеб, овощи, минеральные воды используются с высокой степенью минерализации. Баталинская, Арзни, Ессентуки №17. Их надо пить холодными или слегка подогретыми, по 200-250 мл за 30-60 мин. до еды. Они стимулируют двигательную активность желчных путей. С этой же целью используют экстракт алоэ, элеутерококк, женьшень. Хорошо помогают растительные желчегонные сборы. В их состав обычно входят цветки бессмертника, тысячелистник, листья мяты, плоды кориандра и др.

Следует учитывать, что длительно существующие функциональные расстройства в желчевыводящей системе приводят к гипокинезии желчного пузыря с застоем желчи и камнеобразованием, присоединению инфекции и возникновению холецистита. Длительно существующий спазм сфинктера Одди может приводить к холестазу, холестатическому гепатиту и вторичному билиарному циррозу. Большое значение следует уделять характеру питания больных с дисфункцией ЖВП, так как налаживание правильного питания в соответствии с типом моторных расстройств способствует формированию стабильного пищевого поведения пациента. Питание дробное, небольшими порциями, пять-шесть раз в день.

Вне периода обострения диета строится с таким расчетом, чтобы основные компоненты оказывали активное влияние на желчевыделительную функцию и препятствовали застою желчи. При этом важно, чтобы сохранялась секреторная деятельность других органов пищеварения - желудка и поджелудочной железы, которые взаимосвязаны между собой.

- количество основных компонентов пищи – как и в обычном рационе: белка 90-100 г, жира 80-100 г, углеводов 400 г, суточная калорийность 2500-2900 ккал. Отличительной особенностью является увеличение содержания растительного масла (оливковое, подсолнечное, кукурузное, соевое) до 50 % от всех жиров.

- включение в рацион дополнительных источников растительной клетчатки (яблоки, дыня, тыква, кабачки и т.д.).

- полезно проводить курсы приема по 4-6 недель пшеничных отрубей: отруби обдать кипятком, запарить, слить жидкость, полученную массу добавлять по 1-1,5 столовые ложки в блюда 3 раза в день.

В качестве приправ можно использовать зелень петрушки, укроп в небольшом количестве, фруктовые и ягодные соусы. Такие овощи как редис, редька, репа, лук, чеснок, а также щавель и шпинат обычно плохо переносятся и их следует применять с учетом переносимости.

Из напитков можно употреблять некрепкий чай, фруктовые, овощные, ягодные соки.

**Дифференцированный выбор желчегонных препаратов**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вид нарушения** | **Препараты** | **Механизм действия** |
| Гипотоническая дискинезия | Циквалон, пижма, петрушка, сорбит, ксилит, магния сульфат, берберин, минеральные воды | Холецистокинетический |
| Гипертоническая дискинезия | Оксафенамид, одестон, холензим, бессмертник, кукурузные рыльца, мята перечная, М-холинолитики, эуфиллин, нитроглицерин | Холеспазмолитический |
| Повышенная литогенность желчи | Аллохол, холензим, лиобил, никодин, володушка, холагол, шиповник, олиметин, сорбит, берберин, одестон | Повышение коллоидной устойчивости желчи, увеличение содержания холатов, холекинетическое действие |
| Хронические воспалительные заболевания (холецистит, холангит, холецистогенатит) | Аллохол, холензим, оксафенамид, бессмертник, пижма, мята перечная, олиметин, холагол, шиповник | Холеретический в сочетании с противовоспалительным и противомикробным действием |

**Экспертиза трудоспособности** основана на медицинских и социальных критериях. При дисфункции сфинктера Одди по гипертонического типу и дисфункции желчного пузыря по гиперкинетическому типу с болевым синдромом больной нетрудоспособен 3-5 дней. Необходима консультация хирурга и контроль за показателями общего анализа крови (лейкоцитоз). Больным ДЖВП не рекомендованы виды работ, связанные с длительным вынужденным положением на корточках, сотрясением, вибрацией.

**Диспансерное наблюдение** осуществляется с учетом тяжести заболевания, наличия осложнений: 2-4 раза в год осмотр терапевтом, консультация гастроэнтерологом и хирургом по показаниям, ОАК, ОАМ, биохимия крови, УЗИ гепатобилиарной системы, дуоденальное зондирование (вне обострения), рентгенологическое – по показаниям. Рациональное трудоустройство, ведение здорового образа жизни, санаторно-курортное лечение.

Санаторно-курортное лечение (СКЛ) проводится в фазе ремиссии заболевания на бальнеогрязевых курортах: Ессентуки, Боржоми, Железноводск, Трускавец, Джермук, Ижевские минеральные воды, Друскининкай, Моршин, Красноусольск, Юматово, Зеленая Роща, Ассы и др.

Прием минеральных вод приводит к разжижению желчи, уменьшается ее застой, повышается тонус желчного пузыря, ликвидируются дискинезии. В минеральных водах присутствует сульфидный ион, который соединяясь с натрием, магнием приобретает желчегонное и холекинетическое свойство, улучшает коллоидную стабильность желчи.

При сочетании хронического холецистита с гипотонической дискинезией желчевыводящих путей показаны Березовские минеральные воды, «Арзни», «Боржоми», «Трускавец», «Ессентуки № 17», «Баталинская». Эти воды назначаются не более 500-600 мл в день комнатной температуры.

## При сочетании хронического холецистита с гипертонической дискинезией желчевыводящих систем назначают «Славяновскую», «Смирновскую», «Ессентуки « № 4 и № 20, «Нарзан»№ 7, количество воды от 100 до 300 мл 3 раза в день, температура воды 40-45 градусов С.

## Время приема минеральных вод зависит от секреторной функции желудка: при сниженной – за 30 минут до еды, при повышенной – за 1,5 часа до еды.

**2. Учебные цели:** овладение врачебными навыками ранней диагностики, проведения ВТЭ, назначения индвидуализированного лечения больных ДЖВП в усло­виях поликлиники.

**Для формирования профессиональных компетенций студент должен знать:**

* факторы риска;
* этиологию патогенез, современную классификацию;
* методику сбора жалоб, анамнеза заболевания, объективного доследова­ния больного;
* интерпретацию результатов лабораторно-инструментальных методов ис­следования;
* принципы ВТЭ;
* средства этиотропной, патогенетической, симптоматической медикаментозной и немедикаментозной терапии;
* особенности клинических проявлений и лечения заболевания у больных разных возрастных групп и при сочетанной патологии;
* принципы реабилитации больных с заболеваниями внутренних органов;
* методы первичной, вторичной третичной профилактики.

**Для формирования профессиональных компетенций студент должен уметь:**

* провести раннюю диагностику ДЖВП;
* дифференцировать его с другими заболеваниями ЖКТ, имеющими сход­ную симптоматику;
* назначить план дополнительного обследования;
* оценить результаты клинических и лабораторно-инструментальных ис­следований;
* сформулировать диагноз в соответствии с современной классификацией;
* осуществить своевременную госпитализацию больного;
* назначить больному индвидуализированное лечение;
* провести экспертизу нетрудоспособности;
* назначить комплекс профилактических мероприятий с применением ме­дикаментозных и немедикаментозных методов лечения;
* проводить мероприятия по первичной, вторичной профилактике ДЖВП***.***

**Для формирования профессиональных компетенций студент должен владеть:**

* методами общеклинического обследования**,**
* интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,
* владеть методами оказания неотложной догоспитальной медицинской помощи,
* алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением к соответствующему врачу-специалисту,
* алгоритмом развернутого клинического диагноза,
* основами ведения медицинской документации
* основами медицинской, физической, психологической и социальной реабилитации.

**3. Необходимые базисные знания и умения:**

-анатомо-физиологические особенности органов и систем;

-методика исследования;

-возрастные особенности;

**4. Вид занятия:** практическое занятие

**5. Продолжительность занятия**: 6 академических часов

**6. Оснащение кабинета:** таблицы, плакаты, диапроектор, альбомы по фармакотерапии, наборы результатов этапного хроматического дуоденального зондирования, набор снимков УЗИ, холецистография.

7 .**Содержание занятия.**

7.1. этап – организационный. Демонстрация преподавателем. Проверка готовности к занятию.

7.2.контроль исходного уровня знаний студентов с применением тестов.

7.3. ознакомление студентов с содержанием занятий. Изложение узловых методик практических приёмов по данной теме.

7.4. самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя.

7.5. разбор проведённой курации, выполнение лабораторных и исследований.

7.6. контроль усвоения студентами темы занятия с применением тестовых заданий, ситуационных задач и других видов контроля.

***Тестовый контроль исходного уровня знаний***

**Выберите один или несколько вариантов ответа**

1. Какой метод исследования является решающим для диагностики ХНХ?

1. дуоденальное зондирование
2. УЗИ
3. Холецистография
4. рентгеноскопия желудка
5. ретроградная панкреатохолангиография

2. Для хронического холецистита не характерны следующие симптомы:

1. симптом Кера
2. симптом Ортнера
3. симптом Василенко-Лепене
4. симптом Мюсси
5. симптом "поворота"

3. Выберите наиболее характерные клинические симптомы холангита:

1. боли в правом подреберье после приема жирной пищи, тошнота, рвота
2. приступы болей в правом подреберье с развитием желтухи, появлением обес­цвеченного кала, темной мочи
3. кратковременная боль в эпигастрии, рвота, донос
4. фебрильная температура с ознобом, увеличение печени, желтуха, лейкоцитоз
5. тупые боли в правом подреберье, отрыжка горечью.

4. 30-летний больной с приступообразными болями в правом подреберье, проведена оральная холецистография. Диагностирована гипертоническая дискинезия желч­ного пузыря. Какой из рентгенологических признаков позволил подтвердить данный диагноз?

1. снижение концентрационной функции желчного пузыря
2. "неконтрастируемый" желчный пузырь
3. деформация желчного пузыря
4. недостаточное сокращение увеличенного желчного пузыря
5. ускоренное и сильное сокращение желчного пузыря

5. Для хронического бескаменного холецистита характерны все признаки, кроме:

1. болевой синдром
2. диспепсическяй синдром
3. астеновегетативньй
4. увеличение печени

6.Хронический рецидивирующий панкреатит наблюдается чаще всего:

1. при язвенной болезни
2. при холелитиазе
3. ори постгастрорезекционном синдроме
4. при хроническом колите
5. при лямблиозе

7. Какие из нижеперечисленных патологических состояний приводят к длитель­ному снижению аппетита?

1. психогенная анорексия
2. гипотиреоз
3. сахарный диабет
4. хронический холецистит

8. Какие из нижеперечисленных патологических состояний приводят к избира­тельной анорексии?

1. психогенная анорексия
2. холелитиаз
3. гиповитаминоз С
4. гиповитаминоз В

9. Укажите побочные действия секвестрантов желчных кислот:

1. кожный зуд
2. бронхоспазм
3. запоры, метеоризм
4. нарушение зрения
5. депрессия

10. Антибактериальные средства, накапливающиеся в желчи в высоких концен­трациях, кроме:

1. эритромицин
2. олеандомицин
3. оксациллин
4. бисптол

*Типовые задачи*

**Задача №1**

 Больная К. 36 лет предъявляет жалобы на резкие боли в правом подреберье, которые возникли внезапно, отмечается тошнота, однократная рвота, озноб, повышение температуры тела. Боли исчезли постепенно через 30 минут. Объективно: живот мягкий, бо­лезненный в правом подреберье, симптомы Ортнера, Кера положительны. OAK: эр. 4.7x1012 /л, Нв-122 г/л, л- 9,1x109/л, СОЭ 17 мм/час.

1. Ваш диагноз?

2. Тактика врача

**Задача №2**

Б. В поликлинику обратилась молодая женщина 22 лет, астенической конституции, пониженного питания с жалобами на возникающие периодически приступообразные боли в правом подреберье, возникающие через 1-1,5 часа после еды. Боли не продолжитель­ные. При осмотре живот мягкий, безболезненный. УЗИ: желчный пузырь уменьшен в размере, стенки не изменены.

1. Ваш диагноз?

2. Назовите наиболее частые факторы, приводящие к данному патологическому состоя­нию,

3. Назовите основные лечебные мероприятия применяемые при данном заболевании.

**Задача № 3**

Больная А., 37 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на тупые, ноющие боли в области правого подреберья, иррадиирующие в правую половину грудной клетки, ключицу, продолжительностью до 2 часов, особенно после нарушений в диете, повышение температуры до 38,00С, на снижение аппетита, тошноту, повторную рвоту, не приносящую облегчения, озноб, слабость. Из анамнеза - питание: гиперкалорийное, дефицит растительных жиров в пище, малоподвижный образ жизни, избыточная масса тела. Страдает хроническим холециститом несколько лет с обострениями 3-4 раза в год. У матери ЖКБ (холецистэктомия в 44 года).

Объективно - температура 38,00С, живот мягкий, болезненный в правом подреберье, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, зоны кожной гиперестезии в правом подреберье.

Лабораторные данные: ОАК: эр - 3,7х1012/л, НВ - 121г/л, эозинофилы 10, Л - 14х109/л, СОЭ 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин 7,8 ммоль/л, триглицериды 2,3 ммоль/л.

Инструментальные исследования:

Дуоденальное зондирование - бак. исследование желчи - лямблии, бактерии.

УЗИ: деформация желчного пузыря, камней нет.

1. Поставить клинико-функциональный диагноз, осложнение.
2. Сформулировать возможные осложнения.
3. Провести врачебно-трудовую экспертизу.
4. Определить группу диспансерного наблюдения.

**Задача №4**

Больная И., 36 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на постоянный горький привкус во рту, вздутие кишечника, нарушение стула, на стойкие, сильные боли в эпигастрии, чувство распирания в верхней половине живота, слабость, повышение температуры до 37,40С. Из анамнеза - болеет язвенной болезнью желудка, гастритом около 12 лет, лечение не регулярное. У бабушки – ЖКБ. Страдает хроническим холециститом с 29 лет.

Объективно - температура 37,40С, бледность кожных покровов, живот мягкий, болезненный в правом, левом подреберье и эпигастральной области, умеренный метеоризм, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера.

Лабораторные данные: ОАК: эр - 3,26х1012/л, НВ - 118г/л, эозинофилы 1, Л - 16х109/л, СОЭ 18 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин 7,6 ммоль/л, триглицериды 2,2 ммоль/л.

Инструментальные исследования:

Дуоденальное зондирование - желчь мутная с хлопьями, со значительной примесью слизи, цилиндрического эпителия, клеточного детрита.

УЗИ: деформация желчного пузыря, его стенки утолщены и склерозированы (более 4 мм), камней нет.

1. Поставить клинико-функциональный диагноз, осложнение.
2. Дать рекомендации по профилактике.
3. Провести врачебно-трудовую экспертизу.
4. Определить группу диспансерного наблюдения.

**Задача №5**

Больная Б., 30 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на тупые боли в области правого подреберья, особенно после нарушений в диете, тошноту, однократную рвоту, не приносящую облегчения, слабость, нарушение стула. Из анамнеза - в 6 лет перенесла болезнь Боткина, с 21 года - страдает хроническим холециститом, регулярного лечения и профилактики не получала. Диету не соблюдает, питание не рациональное.

Объективно - температура 36,40С, живот мягкий, болезненный в правом подреберье, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Георгиевского-Мюсси. Отмечается вздутие толстого кишечника.

Лабораторные данные: ОАК: эр - 3,4х1012/л, НВ - 124г/л, Л - 14х109/л, СОЭ 23 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин 7,5 ммоль/л, билирубин 24,2 ммоль/л.

Инструментальные исследования:

Дуоденальное зондирование - желчь мутная со значительной примесью слизи, цилиндрического эпителия, клеточного детрита.

УЗИ: деформация желчного пузыря, продолговатой формы, его стенки утолщены до 6 мм, камней нет.

1. Поставить клинико-функциональный диагноз, осложнение.
2. Принципы лечения.
3. Провести врачебно-трудовую экспертизу.
4. Определить группу диспансерного наблюдения.

**Задача №6**

Больная А., 31 года обратилась к участковому терапевту с жалобами на тупые, ноющие боли в области правого подреберья, продолжительностью до 2-3 часов, особенно после приема холодных, газированных напитков, яиц, острых закусок; боли около пупка и в нижней части живота, нарушения стула. Из анамнеза - в 24 года перенесла дизентерию, с 26 лет поставили диагноз хронический колит, холецистит с обострениями до 3 раз в год. Питание нерегулярное, с преобладанием жирной пищи.

Объективно - температура 36,90С, живот мягкий, болезненный в правом подреберье, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, зоны кожной гиперестезии в правом подреберье.

Лабораторные данные: ОАК: эр - 3,2х1012 /л, НВ - 123г/л, Л - 11х109/л, СОЭ 17 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин 7,8 ммоль/л, триглицериды 2,3 ммоль/л.

Инструментальные исследования:

УЗИ: форма желчного пузыря продолговатая, стенки утолщены, конкрементов и спаек нет.

1. Поставить клинико-функциональный диагноз, осложнение.
2. Какие дополнительные методы исследования можно
3. применить, профилактика.
4. Провести врачебно-трудовую экспертизу.
5. Определить группу диспансерного наблюдения.

**Задача №7**

Больная Р., 29 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на тупые боли в области правого подреберья и эпигастрии, продолжительностью до 1 часа, купирующиеся спазмолитиками, тошноту, слабость, нарушение стула. Из анамнеза - страдает хроническим холециститом около 5 лет с обострениями до 2 раз в год, питание не рациональное.

Объективно - температура 36,40С, живот мягкий, болезненный в правом подреберье, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Георгиевского-Мюсси, имеются зоны кожной гиперестезии в правом подреберье и под правой лопаткой.

Лабораторные данные: ОАК: эр - 3,4х1012/л, НВ - 124г/л, Л - 14х109/л, СОЭ 20 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин 7,5 ммоль/л, триглицериды 2,5 ммоль/л.

Инструментальные исследования:

Дуоденальное зондирование - порция В (пузырная желчь) мутная с хлопьями и со значительной примесью слизи, цилиндрического эпителия, клеточного детрита, лейкоциты.

Пероральная холецистография – медленное опорожнение желчного пузыря более 90 минут, признаки перихолецистита (затруднение смещаемости желчного пузыря, неровные контуры и неправильная форма).

1. Поставить клинико-функциональный диагноз, осложнение.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Провести врачебно-трудовую экспертизу.
4. Определить группу диспансерного наблюдения.

**Задача №8**

Больная Р., 29 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на интенсивную, приступообразную боль в области правого подреберья, продолжительностью до 2-2,5 часов, особенно после приема жирных и жаренных блюд, тошноту, отрыжку горечью, нарушение стула. Из анамнеза - перенесла гепатит В 4 года назад, поставили хронический холецистит в 26 лет, питание не рациональное, преобладает еда в сухомятку.

Объективно - температура 36,40С, живот мягкий, болезненный в правом подреберье, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Георгиевского-Мюсси, имеются зоны кожной гиперестезии в правом подреберье.

Лабораторные данные: ОАК: эр - 3,4х1012/л, НВ - 120г/л, Л - 16х109/л, СОЭ 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин 7,5 ммоль/л, триглицериды 2,5 ммоль/л, билирубин 30,1 мкмоль/л, повышение АЛТ, АСТ, ЩФ.

Инструментальные исследования:

УЗИ - деформация желчного пузыря, стенки утолщены до 5 мм, камней нет.

Дуоденальное зондирование - порция В (пузырная желчь) мутная с хлопьями и со значительной примесью слизи, цилиндрического эпителия, клеточного детрита.

Пероральная холецистография – медленное опорожнение желчного пузыря более 90 минут.

1. Поставить клинико-функциональный диагноз, осложнение.
2. Принципы лечения.
3. Провести врачебно-трудовую экспертизу.
4. Определить группу диспансерного наблюдения.

**Задача №9**

Больная Р., 52 года обратилась к участковому терапевту с жалобами на непостоянные, умеренные, тупые боли в области правого подреберья, продолжительностью до 0,5 часа, особенно после приема жаренных блюд, тошноту, горечь во рту, нарушение стула. Из анамнеза - страдает гипертонической болезнью с 40 лет, хроническим холециститом с 34 лет с обострениями 1 раз в год.

Объективно - температура 36,40С, живот мягкий, болезненный в правом подреберье, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Георгиевского-Мюсси, имеются зоны кожной гиперестезии в правом подреберье.

Лабораторные данные: ОАК: эр - 3,9х1012 /л, НВ - 116г/л, Л - 15х109/л, СОЭ 21 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин 7,5 ммоль/л, триглицериды 2,5 ммоль/л.

Инструментальные исследования:

УЗИ - деформация желчного пузыря, толщина стенки 5 мм, камней нет.

Дуоденальное зондирование - порция В (пузырная желчь) мутная с хлопьями и со значительной примесью слизи, цилиндрического эпителия, клеточного детрита.

Пероральная холецистография – медленное опорожнение желчного пузыря – 100 минут.

1. Поставить клинико-функциональный диагноз.
2. Принципы лечения.
3. Провести врачебно-трудовую экспертизу
4. Определить группу диспансерного наблюдения.

**Задача №10**

Больная И., 46 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на постоянный горький привкус во рту, вздутие кишечника, нарушение стула , на стойкие, тупые боли в эпигастрии и правом подреберье, слабость, повышение температуры до 37,50С. Из анамнеза: у бабушки – ЖКБ. Страдает хроническим холециститом с 29 лет. Лечение не получала. Питание не сбалансированное.

Объективно - температура 37,40С, бледность кожных покровов, живот мягкий, болезненный в правом подреберье, умеренный метеоризм, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера.

Лабораторные данные: ОАК: эр - 3,2х1012 /л, НВ - 118г/л, эозинофилы 1, Л - 16х109/л, СОЭ 18 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин 7,6 ммоль/л, триглицериды 2,2 ммоль/л.

Инструментальные исследования:

Дуоденальное зондирование - желчь мутная с хлопьями, со значительной примесью слизи, цилиндрического эпителия, клеточного детрита.

УЗИ: деформация желчного пузыря, его стенки утолщены до 6 мм, камней нет.

***Тестовый контроль конечного уровня знаний***

**Выберите один или несколько вариантов ответа**

1. Укажите среднюю продолжительность пребывания на больничном листе при следующих состояниях:

А. ХНХ

Б. ДЖВП

1) до 3 дней

2) до 7 дней

3) до 14 дней

4) до 21 дня

2. Перечислите осложнения при:

А. ХНХ

Б. Хроническом калькулезном холецистите (ХКХ)

1) реактивный панкреатит

2) реактивный гепатит

3) перитонит

4) желчная колика

3. Выберите курорты которые не противопоказаны больному с:

А. ХНХ

Б. ДЖВП

1) Кисловодск

2) Красноусольск

3) Юматово

4) Зеленая Роща

4. Укажите необходимые критерии рациона при назначении диетотерапии в период обострения при:

А.ХНХ

Б.ДЖВП

1) ограничение белка

2) ограничение углеводов

3) ограничение жиров

4) дробное питание

5) механическое щадение

6) ограничение продуктов, вызывающих сокращение желчного пузыря

5. Перечислите наиболее информативные методы исследования для:

А.ХНХ

Б.ДЖШ

1) биохимический анализ крови (печеночные пробы)

2) УЗИ

3) оральная холецистография

4) фракционное хроматическое дуоденальное зондирование

6. Укажите УЗИ-признаки при следующих патологических состояниях:

А. ХНХ

Б. ХКХ

В. ДЖВП

1) утолщение стенки желчного пузыря

2) уплощение стенки желчного пузыря.

3) изменение размеров желчного пузыря

4) деформация желчного пузыря

5) конкременты в желчевыделительной системе

7. К ниже указанным состояниям ведут следующие изменения в желчи:

А. Тенденция к камнеобразованию

Б. Отсутствие тенденции к процессу камнеобразования

1) снижение или нормальный уровень холестерина

2) повышение уровня холестерина

3) снижение уровня желчных кислот

4) снижение или нормальный уровень билирубина

5) повышение уровня билирубина

8. Укажите ведущие признаки при решении вопросов о временной нетрудо­способности больного при следующих состояниях:

А.ХНХ

Б. ХКХ

В. ДЖВП

1) повышение температуры

2)выраженный болевой синдром

3) диспепсический синдром

4) астеновегетативный синдром

5) желчная колика

9. Укажите особенности ХНХ у лиц пожилого возраста:

1. Длительное монотонное течение с периодическими обострениями

2. Малая выраженность проявлений

3. Частое обострение сопутствующих заболеваний

4. Выражены «пузырные» симптомы

10. Факторы, влияющие на обострение патологического процесса при сле­дующих состояниях:

А.ХНХ

Б. ХКХ

В. ДЖВП

1) стрессовые ситуации

2) изменение менструального цикла

3) инфекция, паразитарные инвазий

4) наследственность

5) нарушение питания

6) при «тряской» езде

7) длительное пребывание в положении сидя

***Ситуационные задачи* для *контроля конечного уровня знаний***

**Задача №1**

Больная М., 32 года обратилась к участковому терапевту с жалобами на ноющие, тупые, постоянные боли в области правого подреберья, отрыжка, тошнота, бывает рвота, не приносящая облегчения. Из анамнеза: питание - большие перерывы в приеме пищи, еда в сухомятку. Хронический холецистит около 3 лет с обострениями 2 раза в год.

Объективно - температура 36,7оС, живот мягкий, умеренно болезненный, умеренный метеоризм, положительные симптомы Кера, Мерфи, Гаусмана.

Лабораторные данные: ОАК: эритроциты 3,6х1012 /л, НВ - 122г/л, Л - 10х109/л, СОЭ 19 мм/час.

Инструментальные исследования:

Холецистография – деформация желчного пузыря с нарушением концентрационной и двигательной функции желчного пузыря.

1. Поставить клинико-функциональный диагноз.
2. Сформулировать принципы лечения.
3. Провести врачебно-трудовую экспертизу.
4. Определить группу диспансерного наблюдения.

**Задача №2**

Больная К., 34 года обратилась к участковому терапевту с жалобами на тяжесть и тупые, непостоянные боли в области правого подреберья после погрешности в диете, иррадиирующие вверх, в правое плечо, горечь во рту, повышение температуры до 37,30С. Из анамнеза: питание - нерегулярность в приеме пищи, преобладание жиров животного происхождения, любит жареное. Страдает хроническим холециститом около 7 лет с обострениями 2-3 раза в год.

Объективно - температура 37,30С, живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, положительные симптомы Кера, Мерфи, Георгиевского-Мюсси, зоны кожной гиперестезии в правом подреберье и под лопаткой.

Лабораторные данные: ОАК эр - 3,8х1012 /л, НВ - 124г/л, Л - 16х109/л, СОЭ 28 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин 8,8 ммоль/л, триглицериды 2,5 ммоль/л.

Инструментальные исследования:

Холецистография – воспалительный процесс в желчном пузыре с перихолециститом.

1. Поставить клинико-функциональный диагноз, осложнение.
2. Сформулировать принципы лечения.
3. Провести врачебно-трудовую экспертизу.
4. Определить группу диспансерного наблюдения.
5. Поставить клинико-функциональный диагноз.
6. Дать рекомендации по профилактике.
7. Провести врачебно-трудовую экспертизу.
8. Определить группу диспансерного наблюдения.

**Задача №3**

Больная К., 34 года, обратилась к врачу с жалобами на боль в правом подреберье, иррадиирующую в правую лопатку, ключицу, плечевой сустав, плечо, имеющую ноющий характер, продолжающуюся в течение нескольких дней. Возникновение болей связывает с приемом жирной, жареной пищи. Отмечает повышение температуры тела до 37,7°С, тошноту, рвоту жел­чью, отрыжку горечью.

При осмотре: легкие - перкуторно легочной звук, аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Сердце: перкуторно - границы в пределах нормы, аускультативно - тоны ясные, ритм правильный, ЧСС 90 ударов в мин., пульс 90 в мин. удовлетворительных качеств.

При поверхностной пальпации живота больная отмечает болезненность в правом подреберье, а также положительный симптом Кера.

Больной себя считает в течение 2-х лет, когда впервые появились выше­указанные жалобы, обследовалась амбулаторно. При дуоде­нальном зондировании в порции «В» 110 мл желчи (норма 30 - 50 мл). Желчь мутная с хлопьями, значительная примесьслизи,цилиндрического эпителия, пигментных клеток, лейкоциты до 25 в поле зрения.

1. Поставьте клинико-функциональный диагноз.

2. Назначьте план обследования.

3. Назначьте лечение.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача №4**

Больная В., 70 лет, поступила в клинику с жалобами на сильные, схваткообразные боли в правом подреберье, много­кратную рвоту желчью, повышение температуры до 37,80С. Начало настоящего заболевания больная связывает с употреб­лением жирной пищи.

Из анамнеза болезни установлено нали­чие подобных приступов болей в прошлом. При осмотре состо­яние больной средней степени тяжести. Кожные покровы и ви­димые слизистые чистые, обычной окраски, влажные. Губы су­хие, язык влажный, покрыт грязно желтым налетом. В легких - дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 12 в мин., перкуторно левая граница сердца расширена: кнаружи на 1 см от среднеключичной линии. Аускультативно - тоны сердца при­глушены, ритм правильный, ЧСС 90 уд/мин, акцент II тона над аортой. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, тонус мышц передней брюшной стенки нормальный. Опреде­ляется болезненность в области желчного пузыря, особенно на вдохе.

Анализ крови: Нв - 130 г/л, Л - 10,1х1012/л, Э - 0%, П - 13%, С - 76%, Л - 7%, М - 4%, РОЭ - 23 мм/ч, сахар крови - 5,7 ммоль/л.

Анализ мочи без особенностей. Диастаза мочи 32 ед.

1. Поставьте клинико-функциональный диагноз.

2. Назначьте план обследования.

3. Назначьте лечение.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача №5**

Больной К., 65 лет обратился к участковому врачу с жалобами на тупые ноющие боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую половину грудной клетки, 3-х кратную рвоту, которая приносит облегчение, изжогу, срыгивание пищей, неприятные ощущения за грудиной. В анамнезе хронический холецистит, гипертоническая болезнь II стадия. При осмотре живот мягкий, болезненность в правом подреберье. Общий анализ крови: Нв-120 г/л, Эр-4,5х1012/л, Л-6,3х109 /л, СОЭ - 4 мм/ч. УЗИ: отмечается деформация желчного пузыря, утолщение стенок.

1. Поставьте клинико-функциональный диагноз.

2. Назначьте план обследования.

3. Назначьте лечение.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача №6**

Больной С., 35 лет, страдает хроническим бескаменным холециститом с преобладанием дискинетических расстройств, благоприятного течения, в фазе ремиссии. Обратился к участковому врачу за справкой на санаторно-курортное лечение.

1. Поставьте клинико-функциональный диагноз.

2. Назначьте план обследования.

3. Назначьте лечение.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача №7**

Больная П., 40 лет, предъявляет жалобы на резкие боли в правом подреберье, которые возникли внезапно, отмечается тошнота, рвота, озноб, повышение температуры тела. Боли исчезли постепенно через 30 минут. Объективно: живот мягкий, болезненный в правом подреберье, симптом Ортнера положительный. Общий анализ крови: Нв-142 г/л, Эр-4,3х1012/л, Л-9,3х109 /л, СОЭ - 18 мм/ч.

1. Поставьте клинико-функциональный диагноз.

2. Назначьте план обследования.

3. Назначьте лечение.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача №8**

Больная В., 45 лет, страдает хроническим холециститом в течение 12 лет. Обратился к участковому врачу с жалобами на боль в правом подреберье, колющую боль за грудиной, сердцебиение, чувство нехватки воздуха, боли продолжительные до 12 часов. АД 150/90 мм.рт.ст., ЧСС 90 в минуту, ЭКГ - синусовый ритм, отклонение ЭОС влево, нарушение процессов реполяризации.

1. Поставьте клинико-функциональный диагноз.

2. Назначьте план обследования.

3. Назначьте лечение.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача №9**

В поликлинику обратилась молодая женщина 24 лет, астенической конституции, пониженного питания с жалобами на возникающие периодически приступообразные боли в правом подреберье, возникающие через один час после еды. Боли не продолжительные. При осмотре живот мягкий, безболезненный. УЗИ: желчный пузырь уменьшен в объеме, стенки не изменены.

1. Поставьте клинико-функциональный диагноз.

2. Назначьте план обследования.

3. Назначьте лечение.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача №10**

В поликлинику обратилась больная В., 31 год. Жалобы на периодические боли в области правого подреберья, слабость, головную боль, повышенную утомляемость, в анамнезе хронический холецистит. Отмечается лабильность пульса и АД. ЭКГ синусовая аритмия, ЭОС не отклонена, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

1. Поставьте клинико-функциональный диагноз.

2. Назначьте план обследования.

3. Назначьте лечение.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

***Место проведения самоподготовки***: читальный зал, тематическая учебная комната для СРС, палаты больных ДС, кабинет терапевта, кабинеты функциональной диагностики, ИРТ, фитотерапия, ЛФК

***Учебно-исследовательская работа студентов***

1.Факторы риска ДЖВП среди студентов

2. Тактика ведения больного с неотложными состояниями в поликлинике:

-желчная колика

-абдоминальная боль

3. Диетотерапия при ДЖВП

4. Фитотерапия при ДЖВП

5. Физиотерапия при ДЖВП

6. Санаторно-курортное лечение при ДЖВП

7. Вопросы первичной, вторичной профилактики при ДЖВП

***Ответы к вариантам тестов по контролю исходного и конечного уровня знаний***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | Контроль исходного уровня знаний | Контроль конечного уровня знаний |
| 1 | 2 | А3, Б2 |
| 2 | 5 | А1,2, Б1,2,4 |
| 3 | 4 | А1,2,3,4, Б1,2,3,4 |
| 4 | 5 | А4,5, Б4,6 |
| 5 | 4 | А2,4, Б2,4, В2 |
| 6 | 4 | А1,2,3,4, Б1,3,4,5, В2,3,4 |
| 7 | 2 | А2,3,5 |
| 8 | 3 | А1,2,3, Б1,2,3,5, В2,3 |
| 9 | 3 | 1,2,3 |
| 10 | 4 | А1,3,5,7, Б3,5,6,7, В1,2,5 |

***ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ***

**Задача 3**

1. Хронический некалькулезный холецистит.
2. Эмпиема, перфорация, перихолецистит, спайки, деформация желчного пузыря, холангит, гепатит, панкреатит, механические желтухи.

**Задача 4**

1. Хронический некалькулезный холецистит
2. Рациональное питание, активный образ жизни, физкультура. Своевременное и рациональное лечение. Санаторно-курортное лечение.

**Задача 5**

1. Хронический некалькулезный холецистит
2. Антибактериальное, спазмолитическое, желчегонное, физиотерапевтическое, торможение камнеобразования.

**Задача 6**

1. Хронический некалькулезный холецистит
2. Дуоденальное зондирование, биохимический анализ крови, холецистографию. Рациональное питание, активный образ жизни, физкультура. Своевременное и рациональное лечение. Санаторно-курортное лечение.

**Задача 7**

1. Хронический некалькулезный холецистит
2. Язвенная болезнь желудка, хронический дуоденит, дискинезия желчевыводящих путей, хронический гепатит, панкреатит.

**Задача 8**

1. Хронический некалькулезный холецистит
2. Антибактериальное, спазмолитическое, желчегонное, физиотерапевтическое, торможение камнеобразования.

**Задача 9**

Хронический некалькулезный холецистит

1. Антибактериальное, спазмолитическое, желчегонное, физиотерапевтическое, торможение камнеобразования.

**Задача 10**

1. Хронический некалькулезный холецистит
2. Рациональное питание, активный образ жизни, физкультура. Своевременное и рациональное лечение. Санаторно-курортное лечение.

***ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ КОНЕЧНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ***

**Задача 1**

1. Хронический некалькулезный холецистит.
2. Антибактериальное, спазмолитическое, желчегонное, физиотерапевтическое, торможение камнеобразования.

**Задача 2**

1. Хронический некалькулезный холецистит. Осл: перихолецистит.
2. Антибактериальное, спазмолитическое, желчегонное, физиотерапевтическое, торможение камнеобразования.

**Задача 3**

* 1. Хронический бескаменный холецистит в фазе обострения. Хронический гастрит?
1. План обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, холестерин крови, амилаза крови, сахар крови, билирубин и его фракции, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, общий белок и белковые фракции, УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, дуоденальное зондирование, ФГДС, копрограмма, кал на дисбактериоз.
2. Лечение: септим по 480 мг 2 раза/сут., 10 дней, цизаприд 10 мг 3 раза/д, ходистол 2 таб. 3 раза/д, фестал 2 др. 3 раза/д, маалокс 1 таб. 4 раза/д.
3. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности 14-20 дней.
4. Больная берется на учет по III диспансерной группе, подгруппа А.

**Задача 4**

1. Хронический некалькулезный холецистит. Исключить ЖКБ в фазе обострения.
2. План обследования: билирубин крови и его фракции, АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГТП, холестерин крови, амилаза крови, общий белок и белковые фракции, С-реактивный белок, ФГДС, УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы. После исключения ЖКБ — дуоденальное зондирование.
3. Лечение: диета стол № 5, эритромицин 400—600 мг — первая доза, затем 200—400 мг каждые 6 часов, метеоспазмил по 1 капсуле 3 раза в день, маалокс 1 таблетка 4 раза в день, спустя 1,5—2 часа после еды.
4. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности 14-20 дней.
5. Больная берется на учет по III диспансерной группе, подгруппа А.

**Задача 5**

1. Хронический некалькулезный холецистит с преобладанием дискинетических расстройств по гипотонико-гипокинетическому типу. Монотонное течение в фазе обострения.
2. ОАК (лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ). ОАМ (билирубин, уробилиноген). Дуоденальное зондирование (микробиологическое исследование, цитологическое исследование, биохимическое исследование). Биохимическое исследование крови (АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, билирубин и его фракции, глюкоза). УЗИ ОБП.
3. Спазмалитики (но-шпа, папаверин). Желчегонные препараты, обладающие противомикробным действием (никодин, циквалон). Ферменты. Бальнеотерапия.
4. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности 20 дней.
5. Больная берется на учет по III диспансерной группе, подгруппа А.

**Задача 6**

1. Хронический некалькулезный холецистит. Дисфункция желчевыводящих путей, благоприятное течение. Фаза ремиссии.
2. ОАК (лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ). ОАМ (билирубин, уробилиноген). Дуоденальное зондирование (микробиологическое исследование, цитологическое исследование, биохимическое исследование). Биохимическое исследование крови (АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, билирубин и его фракции, глюкоза). УЗИ ОБП.
3. Лечение в условиях санатория.
4. Больной трудоспособен.
5. Больная берется на учет по III диспансерной группе, подгруппа А.

**Задача 7**

1. Дисфункция желчевыводящих путей по гипертонико-гиперкинетическому типу. Обострение.
2. ОАК (лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ). ОАМ (билирубин, уробилиноген). Дуоденальное зондирование (микробиологическое исследование, цитологическое исследование, биохимическое исследование). Биохимическое исследование крови (АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, билирубин и его фракции, глюкоза). УЗИ ОБП.
3. Спазмалитики (но-шпа, папаверин). Холеретики (холлосас, отвары желчевыводящих трав). Желчегонные препараты, обладающие противомикробным действием (никодин, циквалон). Бальнеотерапия.
4. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности 5-7 дней.
5. Больная берется на учет по III диспансерной группе, подгруппа А.

**Задача 8**

1. Хронический бескаменный холецистит. Обострение. Сопут.: Гипертоническая болезнь II стадия, II степень, средний риск.
2. ОАК (лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ). ОАМ (билирубин, уробилиноген). Дуоденальное зондирование (микробиологическое исследование, цитологическое исследование, биохимическое исследование). Биохимическое исследование крови (АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, билирубин и его фракции, глюкоза). УЗИ ОБП.
3. Спазмалитики (но-шпа, папаверин). Холеретики (холлосас, отвары желчевыводящих трав). Желчегонные препараты, обладающие противомикробным действием (никодин, циквалон). Бальнеотерапия.
4. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности 20-25 дней.
5. Больная берется на учет по III диспансерной группе, подгруппа Б.

**Задача 9**

1. Дисфункция желчевыводящих путей по гипертонико-гиперкинетическому типу. Обострение.
2. ОАК (лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ). ОАМ (билирубин, уробилиноген). Дуоденальное зондирование (микробиологическое исследование, цитологическое исследование, биохимическое исследование). Биохимическое исследование крови (АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, билирубин и его фракции, глюкоза). УЗИ ОБП.
3. Спазмалитики (но-шпа, папаверин). Холеретики (холлосас, отвары желчевыводящих трав). Желчегонные препараты, обладающие противомикробным действием (никодин, циквалон). Бальнеотерапия.
4. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности 7-14 дней.
5. Больная берется на учет по III диспансерной группе, подгруппа А.

**Задача 10**

1. Хронический бескаменный холецистит. Сопут.: НЦД по гипертоническому типу с кардиальным и астеновегетативным синдромом.
2. ОАК (лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ). ОАМ (билирубин, уробилиноген). Дуоденальное зондирование (микробиологическое исследование, цитологическое исследование, биохимическое исследование). Биохимическое исследование крови (АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, билирубин и его фракции, глюкоза). УЗИ ОБП. ЭКГ с гипервентиляционной и ортостатической пробами.
3. Антибактериальная, желчегонные, бальнеотерапия, седативные, адаптогены.
4. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности 18-20 дней.
5. Больная берется на учет по III диспансерной группе, подгруппа А.

**ЛИТЕРАТУРА**

**Основная литература:**

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

1.Поликлиническая терапия: учебник/ Г. И. Сторожаков, И. И. Чукаева, А. А. Александров. - 2-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013-640 с.

2.Поликлиническая терапия: учебное пособие/М.В. Зюзенков (и др.); под редакцией М.В. Зюзенкова. –Минск: Высшая школа, 2012. – 608 с.

3.Поликлиническая терапия: учебник /под ред И.Л. Давыдкина, Ю.В. Щукина. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 688 с.

4.Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов. А. Я. Крюкова [и др.]. Уфа, 2015. <http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib618.pdf>.

http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib619.pdf

**Дополнительная литература:**

1. Поликлиническая терапия: учебник для студентов медицинских вузов, рек. УМО мед. и фармац. вузов РФ/ А. Я. Крюкова [и др.] ; под ред. А. Я. Крюковой; МЗ и соц. развития РФ, Башк. гос. мед. ун-т. -Уфа: Гилем, 2009. -325 с.: табл.Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов: учебное пособие для студентов, обучающихся по спец. «Лечебное дело»/ ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России; сост. А. Я. Крюкова [и др.]. - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2015 - 2015Ч. 1: учебное пособие/ сост. А. Я. Крюкова [и др.]. - 2015. - 82 с.
2. Гастроэнтерология в поликлинической практике: уч.пособие для студентов / Сост.: А.Я. Крюкова, О.А. Курамшина, Л.С. Тувалева, Л.В. Габбасова, Р.С. Низамутдинова, Г.М. Сахаутдинова; под ред.проф. А.Я. Крюковой. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 149с.
3. Роль образовательных программ для пациентов в условиях модернизации профилактического направления здравоохранения: уч.пособие для студентов / Сост.: А.Я. Крюкова, Р.С. Низамутдинова, Г.М. Сахаутдинова, О.А. Курамшина, Л.С. Тувалева, Л.В. Габбасова, Ю.А. Кофанова; под ред.проф. А.Я. Крюковой. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 203с.
4. Лучевая диагностика заболеваний желчевыводящих путей: руководство/ Г. Е. Труфанов [и др.]. - СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2011. - 223 с.
5. Фитотерапия в амбулаторно-поликлинической практике: уч.пособие для студентов / Сост.: Крюкова А.Я., Кудашкина Н.В., Пупыкина К.А., Сахаутдинова Г.М., Низамутдинова Р.С., Хасанова С.Р., Тувалева Л.С., Курамшина О.А., Фархутдинов Р.Г., Кофанова Ю.А., Габбасова Л.В.; под ред.проф. А.Я. Крюковой. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 115с.
6. Гастроэнтерология в поликлинической практике // А.Я. Крюкова, О.А. Курамшина, Л.С. Тувалева, Л.В. Габбасова, Р.С. Низамутдинова, Г.М. Сахаутдинова // 2012, Уфа, ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России
7. Гастроэнтерология: национальное руководство / Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной/ 2014, Москва, ГЭОТАР-Медиа