

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Тема: Дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди, клиническая картина, методы диагностики и лечения.

Цель: закрепить знания по диагностике и лечению дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди .

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди, диагностировать и изучить критерии диагноза, рассмотреть основные принципы плановой рациональной терапии и профилактики.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, клинический разбор.

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

Ординатор должен знать:

1. Этиологию и патогенез дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди.
2. Определение дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди..
3. Классификацию дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди..
4. Клинические проявления дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди..
5. Лабораторно-инструментальные методы исследования при заболеваниях желчного пузыря.
6. Методику постановки диагноза.
7. Принцип терапии заболеваний желчного пузыря.

Ординатор должен уметь:

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

Ординатор должен владеть:

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

Учебно-тематический план темы:

Самостоятельная работа – 1 час.

Всего – 1 час.

План лекции:

1. Актуальность проблемы
2. Определение дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди.

3. Этиология и патогенез дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди..
4. Диагностика дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди..
5. Классификация дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди..
6. Тактика ведения дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди.
7. Лечение дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди.

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1 Вводный контроль (тесты).

2 Беседа по теме занятий.

3 Клинический разбор пациентов (дискинезия желчного пузыря и сфинктера Одди.).

4 Интерпретация исследований: общего анализа крови, биохимических показателей: АЛТ, АСТ, ГГТП, Щелочная фосфатаза, билирубин с фракциями, липидограмма, протеинограмма, УЗИ брюшной полости, рентген органов брюшной полости, КТ, ФГДС)

5 Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди.

6 Разбор историй болезней пациентов с дискинезией желчного пузыря и сфинктера Одди., в ведении которых допущены типичные ошибки.

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

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

Перечень вопросов для собеседования

1. Основные этиологические факторы дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди.
2. Важнейшие патогенетические механизмы развития дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди.
3. Основные клинические симптомы болезни;
4. Методы инструментальной диагностики заболеваний билиарного тракта;
5. Дифференциально-диагностические критерии дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди.
6. Методы лечения и профилактики.

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Выбрать из таблицы:

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

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

Основные темы рефератов:

1. Функциональные расстройства билиарного тракта.
2. Гипокинетическая дисфункция желчного пузыря.

Основные темы докладов:

1. Клинические проявления билиарных дисфункций.

Фонд оценочных средств:

1. Сфинктер Мирицци находится:
 - а) в пузырном протоке;
 - б) в общем желчном протоке;
 - в) в общем печеночном протоке;(+)
 - г) в панкреатическом протоке.
2. Наибольшее значение в гормональной регуляции желчевыделения имеет:
 - а) секретин;
 - б) холецизмон;
 - в) нейропептид Y;
 - г) холецистокинин. (+).
3. Какой из симптомов не является характерным для дискинезий желчевыводящих путей?
 - а) тошнота;
 - б) запор;
 - в) лихорадка; (+)
 - г) рвота.
4. Функциональные нарушения ЖВП не являются вторичными при:
 - а) беременности;
 - б) правостороннем нефроптозе;
 - в) соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы; (+)
 - г) хроническом дуодените.
5. Для болевого синдрома при гиперкинетической дисфункции желчевыводящих путей не является характерным:
 - а) желтуха; (+)
 - б) связь с сильным психо-эмоциональным напряжением;

- в) длительность несколько минут;
 - г) повышенная потливость на высоте приступа.
6. Для боли при гипокинетической дисфункции ЖВС характерно все, кроме:
- а) возникает часто по ночам;
 - б) продолжается 5-10 минут; (+)
 - в) уменьшается после дуоденального зондирования;
 - г) усиливается после приема пищи.
7. Этиологическим фактором дисфункции сфинктера Одди чаще всего является:
- а) рубцовая деформация большого дуоденального сосочка;
 - б) холецистэктомия; (+)
 - в) хронический панкреатит;
 - г) ни один из вышеперечисленных.
8. К числу клинических вариантов дисфункции сфинктера Одди относят:
- а) билиарный;
 - б) панкреатический;
 - в) сочетанный;
 - г) все вышеперечисленные. (+)
9. При поверхностной пальпации живота у лиц с ДЖВП чаще всего определяется:
- а) положительный симптом Ортнера;
 - б) незначительная болезненность в правом подреберье; (+)
 - в) положительный симптом Кера;
 - г) положительный симптом Мюсси.
10. В диагностике дискинезий желчевыводящих путей наиболее существенно:
- а) наличие дуоденогастрального рефлюкса;
 - б) утолщение стенки желчного пузыря и наличие конкрементов;
 - в) приступообразный характер болей;
 - г) отсутствие воспалительных изменений в желчи. (+)
11. При гипокинетической ДЖВП в крови пациентов чаще всего можно определить:
- а) повышение прямого билирубина свыше 40 мкм/л;
 - б) повышение уровня эстрогенов; (+)
 - в) понижение уровня эстрогенов;
 - г) повышение уровня щелочной фосфатазы более чем в 2 раза.
12. Фракционное хроматическое дуоденальное зондирование предусматривает внутривенное введение контраста:
- а) индигокармина; (+)
 - б) метиленового синего;
 - в) гематоксилина;
 - г) сульфата бария.
13. При гипертоническом типе ДЖВП предпочтительно назначение:
- а) селективных миотропных спазмолитиков (мебеверина гидрохлорид); (+)
 - б) гастроинтестинальных гормонов (ХЦК, глюкагон);
 - в) антихолинергических средств (платифиллин);
 - г) селективных блокаторов кальциевых каналов (пинавериум бромид).
14. Назначение полиферментных препаратов при гипокинетической дисфункции ЖВС:
- а) не показано;
 - б) является нежелательным;
 - в) показано только при сопутствующем панкреатите;
 - г) является обязательным. (+)
15. Из рациона больных ДЖВП исключается газированная вода, поскольку она:
- а) вызывает гипотонию желчного пузыря;
 - б) вызывает спазм сфинктера Одди; (+)
 - в) способствует запорам;

г) повышает давление в двенадцатиперстной кишке.

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

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

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

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

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

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

19. Для лечения гипотонической дискинезии при хроническом холецистите используется:

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

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

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

21. О хроническом холецистите свидетельствуют изменения в

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

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

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

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

- А) Бугристости; (+)
- Б) Уплотнения стенок;

- В) Утолщения стенок;
Г) Деформация пузыря;
Д) увеличения пузыря.
24. Наличие кристаллов холестерина в пузырьной порции дуоденального зондирования свидетельствует о наличии:
А) Катарального холецистита;
Б) Гнойного холецистита;
В) Отключенного желчного пузыря;
Г) Склонности к камнеобразованию; (+)
Д) Перихолецистита.
25. Для лечения гипертонической дискинезии при хроническом холецистите используется:
А) Ампициллин;
Б) Бромгексин;
В) Платифиллин; (+)
Г) Аспаркам;
Д) Метронидазол.

Контрольные вопросы

1. Определение дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди.
2. Этиология и патогенез дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди.
3. Диагностика дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди.
4. Классификация дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди.
5. Гипокинетическая дисфункция желчного пузыря.
6. Функции сфинктера Одди.
7. Клинические типы дисфункции сфинктера Одди.
8. Лечение двигательных расстройств билиарного тракта.
9. Тактика ведения дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди.
10. Лечение дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди.

Ситуационные задачи

1. Пациентка В. 37 лет жалуется на кратковременные приступы болей в правом подреберье средней интенсивности, возникающие на фоне полного благополучия, без иррадиации. Улучшение наступает после приема таблетки дротаверина. Подобные приступы отмечает в течение полугода. Объективное исследование: состояние удовлетворительное. Эмоционально лабильна. Индекс массы тела 19. Кожа обычной окраски, дермографизм красный, стойкий. Повышенная потливость. Температура тела нормальная. ЧДД 17 в мин. ЧСС 79 уд/мин. АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричен, не вздут, при пальпации определяется болезненность в правом подреберье. Печень – по краю реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Ортнера, Кера, Мерфи отрицательные.

Сформулируйте предварительный диагноз. Укажите вид и тип билиарной дискинезии. Наметьте план обследования больно.

Ответ: ДЖВП (первичная), гиперкинетический тип.

2. План обследования:

- а) клинический и биохимический анализ крови;
- б) хромотическое дуоденальное зондирование;
- в) микроскопическое исследование желчи;
- г) биохимическое исследование желчи;
- д) УЗИ печени и ЖВС;
- е) холецистография.

2. Больная З., 36 лет, госпитализирована с жалобами на тупые и распирающие боли в правом подреберье, достаточно интенсивные, иногда с иррадиацией в правую лопатку и в спину, сопровождаются тошнотой, рвота приносит небольшое облегчение. Отмечает тошноту, особенно после жирной пищи, запоры, иногда поносы после обильной еды. За год прибавила в весе 10 кг. Последний прием пищи – за полчаса до сна. Питается 3 раза в день, чаще всухомятку, обед поздний. Объективно: состояние удовлетворительное. Флегматична. Индекс массы тела 37. Кожа обычной окраски, повышенной влажности. Язык влажный, густо обложен желтоватым налетом. Живот значительно увеличен в размерах за счет подкожно-жировой клетчатки, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. При УЗИ печени и билиарного тракта выявлен S-образно изогнутый желчный пузырь с неизменными стенками, диффузное увеличение печени с повышением эхогенности ее ткани. Какой тип дискинезии желчевыводящих путей можно подозревать у данной пациентки? Назовите предрасполагающие факторы к развитию ДЖВП в данном случае. Чем можно объяснить периодические поносы?

Ответ: Вторичная дисфункция ЖВП по гипокинетическому типу.

Предрасполагающие факторы - аномалия строения желчного пузыря, малоподвижный образ жизни, ожирение II степени, нерегулярное питание с большими интервалами между приемами пищи. Поносы могут возникать после обильной жирной пищи в результате поступления в кишечник большого количества концентрированной, несвоевременно выделившейся желчи.

3. Пациентке К., 46 лет полгода назад была выполнена плановая лапароскопическая холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни, послеоперационный период без осложнений. Через 1 месяц после операции стали беспокоить приступы выраженной боли в эпигастрии продолжительностью по 30 минут, иррадиирующие в спину, сопровождающиеся тошнотой, горечью во рту. При осмотре: эмоционально лабильна, раздражительна. Кожа бледная, дермографизм уртикарный. Состояние удовлетворительное. Язык влажный с белым налетом по спинке. Живот мягкий, незначительная болезненность при пальпации в правом подреберье и эпигастрии. Печень – по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. О каком типе дискинетических расстройств ЖВП можно думать? Что послужило причиной их развития? Наметьте план обследования.

Ответ: Можно думать о дисфункции сфинктера Одди билиарного типа. После холецистэктомии она связана с дисфункцией вегетативной нервной системы и расстройствами регуляции холереза и холекинеза, усилившимися вследствие выпавшей резервуарной функции желчного пузыря.

Необходимо обследование для исключения органической природы дисфункции сфинктера Одди (резидуальные конкременты, спаечный процесс либо патология головки поджелудочной железы), что требует проведения ультразвукового сканирования билиарного тракта, при необходимости – ЭРХПГ.

4. Больная С., 45 лет, отмечает длительные боли и чувство распирания в правой подреберной области. При объективном обследовании признаки желтухи не обнаружены, температура тела нормальная, усиление болей при пальпации правой подреберной области в точке жёлчного пузыря. Предполагаемый диагноз?

Ответ: Гипокинетическая дискинезия желчного пузыря.

5. Больная В., 43 лет, госпитализирована в хирургический стационар с клиникой желчной колики. При ультразвуковом исследовании в полости желчного пузыря выявлено два крупных конкремента размерами 18 и 14 мм. При пероральной холецистографии подтверждены преимущественно холестериновый состав конкрементов, проходимость пузырного и общего желчного протока, после желчегонного завтрака объем пузыря уменьшился на 40% от первоначального. Перечислите необходимый объем исследований.

Ответ: Дополнительно необходимо проведение гастроскопии, исследования свертывающей системы крови, функциональных проб печени, ультразвуковое исследование печени, поджелудочной железы и почек для исключения кистозных образований.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

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

Дополнительная литература:

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

Методическое обеспечение:

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

Приложение (отдельно)