

Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет

Затверджено
на засіданні кафедри
Внутрішньої медицини №1

Завідувачка кафедри

_____ Г.С.Маслова
(підпис) (д.мед.н.доц.)

**Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів під час підготовки
до практичного (семінарського) заняття та на занятті**

Навчальна дисципліна	Внутрішня медицина
Модуль №	«Основи внутрішньої медицини (гастроентерологія, гематологія, пульмонологія)»
Тема заняття	Функціональні біліарні порушення. Хронічний холецистит. Жовчнокам'яна хвороба.
Курс	IV
Факультет	Медичний 1,2

1. Актуальність теми.

Захворюваність на хвороби жовчовивідних шляхів (ХЖВШ), таких як функціональні розлади біліарного тракту, хронічний холецистит, жовчнокам'яна хвороба поширена в усьому світі. У жінок захворювання зустрічаються в 3 - 4 рази частіше порівняно з чоловіками. Поширеність ЖКХ збільшується з віком у обох статей, у віці 65 - 70 років зростає до 30%, а до 80 років ЖКХ зустрічається у 60% хворих обох статей.

2. Конкретні цілі:

- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори функціональних розладів біліарного тракту, хронічного холециститу, жовчнокам'яної хвороби.
- Проводити опитування та фізикальний огляд пацієнтів з захворюваннями жовчовивідних шляхів.
- Аналізувати різні клінічні варіанти та ускладнення, клінічні прояви захворювань жовчовивідних шляхів.
- Скласти план обстеження хворих з функціональними розладами біліарного тракту, хронічним холециститом, жовчнокам'яної хвороби.
- Тракувати результати інвазивних та неінвазивних діагностичних методів та визначати показання та протипоказання до їх проведення, можливі ускладнення.
- Запропонувати захворювання для проведення диференційного діагнозу, обґрунтовувати та формулювати діагноз функціональних розладів біліарного тракту, хронічного холециститу, жовчнокам'яної хвороби.
- Пояснювати тактику ведення (рекомендації стосовно режиму, дієти, лікування, реабілітаційні заходи) хворого, немедикаментозне та медикаментозне лікування, в тому числі прогноз захворювання та їх ускладнення.
- Визначати необхідність проведення первинної та вторинної профілактики при функціональних розладах біліарного тракту, хронічному холециститі, жовчнокам'яній хворобі.
- Обґрунтовувати прогноз та працездатність хворих з функціональними розладами біліарного тракту, хронічним холециститом, жовчнокам'яною хворобою.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
Курс нормальної анатомії	Описувати анатомічні особливості будови гепатобіліарної системи
Курс нормальної фізіології	Демонструвати знання нормальної фізіології функції жовчного міхура та жовчовивідних шляхів
Біохімія	Мати уявлення о хімічних реакціях та процесах, які відбуваються в клітинах та тканинах при захворюваннях жовчовивідних шляхів
Патологічна анатомія	Описувати основи патологічних процесів та морфологічні аспекти патогенезу захворювань жовчовивідних шляхів
Патологічна фізіологія	Визначати закономірності виникнення розвитку та результату патологічних процесів;

	особливості і характер динамічних змін фізіологічних функцій при захворюваннях жовчовивідних шляхів.
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Демонструвати вміння проводити опитування (збір скарг, анамнезу захворювання і життя). Володіти методикою фізикального обстеження пацієнтів
Фармакологія	Застосовувати знання про класифікацію, фармакокінетику, фармакодинаміку препаратів, що призначаються при захворюваннях жовчовивідних шляхів
Хірургія	показання до хірургічного лікування ЖКХ

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття та на занятті.

4.1 Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Функціональні розлади біліарного тракту	Клінічний симптомокомплекс, що є результатом моторно-тонічної дисфункції жовчного міхура, жовчних протоків та сфінктерів, без ознак органічного ураження біліарного тракту.
Хронічний некалькульозний холецистит	Хронічне запалення жовчного міхура переважно бактеріального походження, що виникає на фоні дисфункцій жовчовивідних шляхів
Жовчнокам'яна Хвороба	Захворювання гепатобіліарної системи, яке характеризується порушенням обміну холестерину та/або білірубіну з утворенням каменів у жовчному міхурі або жовчних протоках

4.2 Теоретичні питання до заняття:

1. Функціональні біліарні порушення. Визначення. Етіологія, патогенез. Класифікація. Діагностика. Лікування.
2. Хронічний холецистит. Визначення. Етіологія, патогенез. Діагностика. Диференціальний діагноз. Лікування.
3. Жовчнокам'яна хвороба. Визначення. Етіологія, патогенез. Класифікація. Діагностика. Лікування. Показання до хірургічного втручання.

4.3 Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

- з'ясування скарг, анамнезу захворювання, опитування за системами.
- проведення огляду, пальпації, перкусії, аускультації хворого.
- опанування навичками трактування даних інструментальних методів дослідження жовчного міхура та жовчовивідних шляхів.

Зміст теми

Функціональні розлади біліарного тракту (ФРБТ) – це комплекс клінічних ознак, що виникають в результаті моторно-тонічної дисфункції жовчного міхура (ЖМ), жовчних протоків та сфінктерів, без органічного ураження біліарного тракту.

Етіологія:

- Гіподинамія, порушення режиму та раціону харчування;
- Післяопераційні стани;
- Порушення гормонального статусу;
- Системна патологія.

Патогенез:

- Порушення чутливості до нейрогуморальних стимулів, зниження чутливості регуляції вищих вегетативних центрів яке приводить до порушення нейрогуморальних механізмів.
- Порушується активність гладком'язових клітин жовчного міхура.
- Дискординація у роботі жовчного міхура та міхурової протоки.
- Підвищення опору міхурової протоки.
- Спазм м'язових волокон сфінктера Одді.
- Підвищення тиску в системі жовчних протоків або протоки підшлункової залози.

Біліарний біль виникає в результаті: 1) скорочення жовчного міхура при збільшеному опорі току жовчі в протоках, порушення м'язової скорочуваності при відсутності тиску в жовчному міхурі та протоках;

2) порушення моторики та зниження порогу чутливості до болю і при розтягуванні жовчного міхура до обсягу, що не викликає біль у здорових людей.

КЛАСИФІКАЦІЯ ФРБТ (Римські критерії IV, 2016)

- Біліарний біль:
 - функціональний розлад жовчного міхура;
 - функціональний біліарний розлад сфінктера Одді;
- Функціональний панкреатичний розлад сфінктера Одді.
За етіологічним фактором ФРБТ поділяються:
 - первинні не пов'язані з органічною патологією біліарного тракту;
 - вторинні, що розвиваються на тлі органічної патології біліарного тракту (запальні захворювання, аномалії розвитку).

Клінічна картина.

ФРЖП – симптомокомплекс, який не пояснюється чітко визначеним механізмом або наявністю структурних змін ЖМ. ФРЖМ – пацієнти з біліарним болем та інтактним ЖМ без конкрементів або сладжу.

Больовий синдром характеризується помірною або значною інтенсивністю, локалізований у правому підребер'ї/епігастрії, тривалістю 30 хвилин і більше.

Гіперкінетичні розлади: колькоподібний біль різноманітної інтенсивності з іррадіацією в правий бік, спину, ліву половину живота.

Гіпокінетичні розлади: тупий, ниючий біль у правому підребер'ї, відчуття розпирання, тиску, посилюється при зміні положення тіла та при збільшенні внутрішньочеревного тиску.

Діагностичні критерії функціонального розладу ЖМ
(Римські критерії IV, 2016)

1. Біліарний біль.

2. Відсутність каменів або іншої структурної патології.

Підтримуючі критерії: низька фракція викиду жовчі при проведенні динамічної сцинтиграфії ЖМ; нормальні показники печінкових ферментів, кон'югованого білірубину та амілази/ліпази сироватки.

Діагностичні критерії біліарного болю
(Римські критерії IV, 2016)

Біль локалізований у епігастрії та/або у правому верхньому квадранті.

Характеризується:

1. Зростає до стійкого рівня та триває 30 хв. або більше;
2. Виникає у різні часові інтервали (не щодня);
3. Досить тяжкий, щоб змусити хворого перервати щодення справи або звернутися до відділення невідкладної допомоги;
4. Незначно (<20%) пов'язаний з актом дефекації. Незначно (<20%) полегшується при зміні положення тіла чи при кислотосупресії.

Підтверджуючі критерії

Біль може асоціюватися з:

- нудотою та блюванням;
- іррадіацією у спину та/або у праву підключичну ділянку;
- біль може сприяти пробудженню посеред сну.

Критерії відповідають вимогам якщо скарги «активні» протягом останніх 3 місяців з початком захворювання щонайменше за 6 місяців до встановлення діагнозу.

Больовий синдром супроводжується нудотою, блюванням, може з'являтися після прийому їжі або під час ночі. Також ФРЖМ супроводжуються гіркотою у роті, нестійкими випорожненнями та метеоризмом, астеноневротичним синдромом.

Функціональний біліарний розлад сфінктера Одді (ФБРСО)

ФБРСО – діагностується у хворих з болем біліарного типу, що виник після холецистектомії, за умов виключення конкрементів та іншої патології.

Характеристика больового синдрому:

- рецидивуючі напади, інтенсивні або помірні;
- тривалість 30 хвилин і більше;
- біль локалізується у епігастрії або правому підребер'ї.

Діагностичні критерії ФБРСО

1. Біліарний біль.

2. Підвищення печінкових ензимів або розширення жовчних проток, але не одночасна присутність обох симптомів.

3. Відсутність конкрементів жовчних проток чи інших структурних змін.

Підтримуючі критерії

1. Нормальні рівні амілази/ліпази.

2. Показники манометрії сфінктера Одді поза нормою.
3. Патологічні показники гепатобіліарної сцинтиграфії.

Функціональний панкреатичний розлад сфінктера Одді (ФПРСО)

ФПРСО – порушення надходження панкреатичного секрету в кишечник в результаті гіпертонусу сфінктера панкреатичної протоки, викликає синдром панкреатичної диспепсії.

Больовий синдром має спастичний характер, панкреатичного типу, може супроводжуватися розвитком клінічної та лабораторної симптоматики гострого панкреатиту.

Функціональні розлади біліарного тракту можуть призводити до ускладнень:

- гострий панкреатит;
- стриктури жовчної протоки;
- синдрому надмірного бактеріального росту у кишечнику.

Діагностичні критерії функціонального панкреатичного розладу сфінктера Одді (Римські критерії IV, 2016)

1. Задokumentовані рецидивуючі епізоди панкреатиту (типовий біль з підвищенням амілази або ліпази більш ніж у 3 рази вище норми та/або ознаки гострого панкреатиту за даними методів діагностичної візуалізації).
2. Виключення інших чинників панкреатиту.
3. Негативні ендосонографічні дані стосовно органічної патології.
4. Показники манометрії сфінктера Одді поза межами норми.

Діагностика

- Функціональні проби печінки – АлАТ, АсАТ, ГГТП, білірубін, лужна фосфатаза.
- визначення рівня активності панкреатичних ферментів у крові.
- ультасонографічне дослідження біліарного тракту та органів черевної порожнини з оцінкою спорожнення ЖМ.
- езофагогастродуоденоскопія - з метою виключення структурних змін в зоні сфінктера Одді, які можуть стати причиною утруднення відтоку жовчі і соку підшлункової залози.

Уточнюючі дослідження (за показами)

- динамічна гепатобіліарна сцинтиграфія з ^{99m}Tc
- етапне хроматичне дуоденальне зондування
- ендоскопічна ретроградна холецистопанкреатографія із інтрахоледохеальною манометрією
- магнітно-резонансна холангіопанкреатографія
- комп'ютерна томографія.

Диференційна діагностика

- некалькульозний холецистит;
- постхолецистектомічний синдром;
- стеноз сфінктера Одді.

Лікування

Добовий режим харчування з прийомами їжі до 5-6 разів на день; Виключити алкогольні, газовані напої, копчені, смажені страви; вміст білків повинен становити 80-90 г в день; вуглеводи слід обмежити, жири рослинного походження/тваринного 1:1. Калорійність раціону 2000-2300 калорій. Необхідно включати в раціон: вівсяну, гречану крупи, молоко, сир, рослинну клітковину.

Спазмолітичні засоби: дротаверин (Но - Шпа) всередину 80 мг 3 рази на добу протягом 2-8 тижнів.

Гіосцину бутилбромід всередину 10-20 мг 3 рази на добу протягом 2-8 тижнів.

Мебеверин всередину 200 мг 2 рази на добу протягом 2-8 тижнів.

Антидепресанти та анксіолітики. Призначаються в середніх дозах, тривалість 4-6 тижнів

Прокінетичні засоби. Домперидон 5-10 мг 3 рази на добу за 30 хвилин до їжі до 2-3 тижнів.

Ітоприд – 50 мг 3 рази на добу до 2-3 тижнів.

Урсодезоксихолева кислота – 13-15 мг/кг маси тіла в 2 прийоми протягом 2-8 тижнів.

Хронічний некалькульозний холецистит - хронічне запалення жовчного міхура переважно бактеріального походження, що виникає на фоні дисфункцій жовчовивідних шляхів.

Основні причини: інфікування контактне (із кишечника), лімфо генне, гематогенне.

Додаткові причини: гіпо-, атонічні дисфункції ЖМ, гіподинамія, незбалансоване харчування, панкреатичний рефлюкс.

Клінічна картина ХХ

- Біль у правому підребер'ї, епігастральній області, які можуть тривати годинами та посилюватися після прийому жирної, жареної, гострої їжі, яєць, холодних газованих напоїв, вина, пива.
- Болі ірадіюють в праву лопатку, праву надключичну ділянку, праву поперекову ділянку, інколи в ділянку серця, викликаючи напади кардіалгії (холецистокардіальний синдром). При гіперкінетичній дискінезії відзначається інтенсивний біль у правому підребер'ї, що нагадує кольку. При гіпокінетичній дискінезії біль ниючого характеру в ділянці правого підребер'я.
- Гіркий присмак у роті зранку, нудота, відрижка, здуття живота
- Порушення стільця – чередування закріпів та послаблення стільця
- Підвищення температури тіла (до субфебрильних цифр)

Діагностика ХХ

1. Позитивні симптоми Ортнера, Кера, Мерфі, Мюссе-Георгієвського.
 2. Загальний аналіз крові: лейкоцитоз, підвищення ШОЕ.
 3. Біохімічний аналіз крові: підвищення активності трансаміназ, ЛФ, білірубину.
 4. Наявність ознак запалення при мікроскопії та посіві жовчі (дуоденальне зондування)
- УЗД критерії запалення ЖМ:
- Товщина стінки ЖМ ↑4 мм
 - Наявність сонографічного симптому Мерфі (чутливість 95%)
 - Збільшення розмірів ЖМ 5 см від норми
 - Наявність тіні від стінок ЖМ
 - Наявність паравезикального ехонегативного ободка (набряк стінки ЖМ)

Лікування ХХ

- ✓ Дієта
- ✓ Пригнічення больового синдрому
- ✓ Антибактеріальні препарати 7-10 днів

Ципрофлоксацин 500 мг 2 рази на день

Доксіциклін 100 мг 2 рази на день

Амоксицилін 0,5 3-4 рази на день

Метронідазол 500 мг 2-3 рази на день

✓ Симптоматична терапія

1. Прокінетики (домперидон 10 мг 3 рази на день, ітоприда гідрохлорид 50 мг 3 рази на день 7-14 днів)

2. Спазмолітики (мебеверин 200 мг 2 рази на день, но-шпа 40 мг 3 рази на день)

3. Рациональне застосування жовчогінних засобів – ознаки гіпотонії

4. Сліпе дуоденальне зондування

5. УДХК 13-15 мг/кг маси тіла 2-8 тижні.

6. Рослинні гепатопротектори з жовчогінним ефектом (хофітол, гепабене)

ЖКХ - захворювання гепатобіліарної системи, яке характеризується порушенням обміну холестерину та/або білірубіну з утворенням каменів у жовчному міхурі або жовчних протоках.

ФАКТОРИ РИЗИКУ КАМЕНЕУТВОРЕННЯ

1. Холестеринові та змішані камені

- ✓ Ожиріння і гіподинамія (↑ літогенності жовчі)
- ✓ Висококалорійна дієта, похилий вік, жіноча стать
- ✓ Цукровий діабет (↑ маси і ↑ секреції ХС в жовч)
- ✓ Вагітність (прогестерон – II і III триместр)
- ✓ Пероральні контрацептиви (естрогени)
- ✓ Лікування клофібратом (↑ екскреції ХС в жовч)
- ✓ Голодування
- ✓ Аномалії ЖМ
- ✓ Хвороби тонкої кишки (резекції)

2. Пігментні камені

- ✓ Хронічний гемоліз
- ✓ Алкогольний цироз печінки
- ✓ Хронічні інфекції жовчних шляхів
- ✓ Гельмінтози
- ✓ Похилий вік

МЕХАНІЗМИ КАМЕНЕУТВОРЕННЯ

ПЕРШИЙ ЕТАП

- ✓ Підвищена секреція в жовч холестерину
- ✓ Зниження секреції печінкою жовчних солей і фосфоліпідів

ДРУГИЙ ЕТАП

- ✓ Нуклеація з утворенням мікрокристалів під впливом муцинового гелю, що не мають клінічної картини але видні під мікроскопом
- ✓ Рост мікрокристалів і перетворення їх у жовчний конкремент

Класифікація ЖКХ

З'їзд наукового товариства гастроентерологів РФ (2002)

Виділяють 4 стадії

I стадія — початкова або передкам'яна:

густа неоднорідна жовч; формування біліарного сладжу: з наявністю мікролітів; з наявністю замазкоподібної жовчі (ЗЖ); з поєднанням замазкоподібної жовчі з мікролітами.

II стадія — формування жовчних каменів:

за локалізацією: у жовчному міхурі; в загальній жовчній протоці; печінкових протоках;

за кількістю конкрементів: одиничні; множинні;

за складом: холестеринові; пігментні; змішані;

за клінічним перебігом: латентний перебіг; з наявністю клінічних симптомів — больова форма з типовими жовчними кольками; диспепсична форма; під маскою інших захворювань.

III стадія — стадія хронічного рецидивуючого калькульозного холециститу.

IV стадія — стадія ускладнень.

Клінічні прояви ЖКХ

- Близько 80% хворих ЖКХ не пред'являють скарг
- Рідко диспепсичні розлади
- Класичний симптом ЖКХ — жовчна колька.

Характеристика жовчної кольки:

- сильний біль від 15 хв до 5 годин;
- локалізація болю в епігастрії, правому підребер'ї, іноді з іррадіацією в спину, під праву лопатку;
- хворий потребує постільного режиму і застосування лікарських препаратів;
- біль виникає частіше ввечері або вночі;
- біль має рецидивуючий перебіг з різними інтервалами;
- нестримне блювання, яке не приносить полегшення

Діагностика ЖКХ

Лабораторні методи дослідження:

- ❖ За умов неускладненого перебігу ЖКХ — не змінені.
- ❖ Після нападу жовчної кольки:
 - у 40% випадків виявляється підвищення активності сироваткових трансаміназ, у 23–25% ↑ — ЛФ, ГГТП; у 45–50% ↑ білірубін
- За умов розвитку гострого холециститу — лейкоцитоз та прискорення ШОЕ.

Інструментальні методи дослідження

УЗД органів черевної порожнини.

Критеріями ЖКХ є тріада ознак:

- Наявність щільних ехо-структур,
- Ультразвукова тінь позаду каменя (при м'яких холестеринових каменях тінь може бути слабкою або вона буде відсутня),
- Рухливість каменю.

Ендоскопічне УЗД – дозволяє виявити дуже дрібні камені, садж, стриктури термінальної частини холедоху, конкременти у вихідних відділах жовчної та панкреатичної протоки, Фатерова сосочка.

Холецистографія з пероральним контрастуванням – дозволяє оцінити прохідність міхурової протоки та скорочувальну функцію ЖМ.

КТ – додатковий метод – оцінка стану тканин, які оточують ЖМ та жовчні шляхи.

Ендоскопічна ретроградна холангіо-панкреатографія (ЕРХПГ) – «золотий» стандарт у діагностиці холедохолітіазу. Проводиться за наявності клінічної підозри на стеноз чи камені в жовчних протоках або протоках підшлункової залози.

Магнітно-резонансна холангіо-панкреатографія – діагностична цінність при холедохолітіазі – 90-95%, однак може бути неефективною при наявності каменів розміром до 3 мм.

Ускладнення ЖКХ

- Гострий холецистит;
- Водянка жовчного міхура;
- Емпієма жовчного міхура;
- Флегмона стінки жовчного міхура, абсцес у ділянці ложа жовчного міхура;
- перфорація жовчного міхура;
- нориці;
- кишкова непрохідність;
- рак жовчного міхура.

КОНСЕРВАТИВНА ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ЖКХ

Показання:

- Холестеринові камені (рентгеннегативні, поодинокі, розміром менше 15 мм)
- Функціонуючий ЖМ
- Відсутність каменів у протоках
- Давність первинної діагностики менше 2-х років
- Прихильність до лікування

Урсодезоксихолева кислота 15 мг/кг 6-18-24 міс – ефективність 60% за умов правильного відбору пацієнтів

- ❖ Рецидив – у 10% щорічно
- ❖ Моніторинг 1 раз в 6 місяців

Основний метод лікування ЖКХ – хірургічний

- ❖ Лапароскопічна холецистектомія – «золотий стандарт»
- ❖ Лапаротомічна холецистектомія

Матеріали для самоконтроля.

1. Фактори ризику функціональних розладів біліарного тракту:

А. Післяопераційні стани

В. Порушення гормонального статусу

С. Системна патологія

- Д. Гіподинамія, порушення режиму та раціону харчування
 - Е. Активний спосіб життя.
2. Функціональні розлади жовчного міхура:
- А. Не мають чітко визначеного механізму розладу
 - В. Відсутні структурні ураження жовчного міхура
 - С. Біліарний біль, інтактний жовчний міхур без конкрементів або сладжу
 - Д. Біліарний біль з наявністю конкрементів або сладжу
3. Функціональний біліарний розлад сфінктера Одді:
- А. Діагностується у хворих з болем біліарного типу, що виник після холецистектомії, за умов виключення конкрементів;
 - В. Виникає за умов конкрементів та іншої патології;
 - С. Виникає при наявності конкрементів в жовчному міхурі;
 - Д. Виникає при наявності конкрементів у протоках.
4. Функціональний панкреатичний розлад сфінктера Одді:
- А. Синдром панкреатичної диспепсії;
 - В. Гіпертонус сфінктера панкреатичної протоки;
 - С. Порушення надходження панкреатичного секрету в кишечник
 - Д. Все перераховане
5. Діагностичні критерії функціонального розладу жовчного міхура:
- А. Низька фракція викиду жовчі при проведенні динамічної сцинтиграфії ЖМ;
 - В. Нормальні показники печінкових ферментів, кон'югованого білірубіну та амілази/ліпази сироватки;
 - С. Підвищені показники білірубіну та амілази/ліпази сироватки;
 - Д. Наявність конкрементів.
6. Діагностичні критерії функціонального біліарного розладу сфінктера Одді:
- А. Біліарний біль;
 - В. Підвищення печінкових ензимів або розширення жовчних проток одночасно;
 - С. Підвищення печінкових ензимів або розширення жовчних проток, але не одночасна присутність обох симптомів;
 - Д. Нормальні рівні амілази/ліпази.
7. Діагностичні критерії функціонального панкреатичного розладу сфінктера Одді:
- А. Показники манометрії сфінктера Одді поза межами норми;
 - В. Виключення інших етіологічних чинників панкреатиту;
 - С. Задokumentовані епізоди панкреатиту (типовий біль з підвищенням амілази або ліпази більш ніж у 3 рази вище норми, візуалізація наявності ознак гострого панкреатиту);
 - Д. Негативні ендосонографічні дані стосовно органічної патології;
 - Е. Показники манометрії сфінктера Одді в межах норми.
8. Етіологічні чинники хронічного холециститу:
- А. Алергічний, паразитарний;
 - В. Вірусний, паразитарний;
 - С. Алергічний, вірусний;
 - Д. Нез'ясованої етіології;
 - Е. Бактеріальний, вірусний, паразитарний, алергічний.
9. Симптом Мюссе-Гергієвського це:
- А. Болючість у правому підребер'ї під час глибоко вдиху;
 - В. Болючість при постукуванні по краю реберної дуги;

С. Болючість в місці перетину зовнішнього краю правого прямого м'язу живота з правою реберною дугою;

Д. Болючість при пальпації між ніжками грудино-ключично-соскоподібного м'яза зліва з іррадіацією болю донизу.

Е. Болючість при пальпації між ніжками грудино-ключично-соскоподібного м'яза праворуч з іррадіацією болю донизу.

10. Чим проявляється диспепсичний синдром:

А. Печією, нудотою;

В. Гіркотою в роті;

С. Відрижкою повітрям, метеоризм;

Д. Підвищенням температури тіла;

Е. Все перераховане.

11. Який характер больового синдрому при гіперкінетичній дисфункції жовчного міхура:

А. тупа, ниюча;

В. нагадує кольку;

С. давляча;

Д. тривала монотонна.

12. Місце знаходження конкрементів – холецистолітіаз:

А. у жовчному міхурі;

В. у загальному жовчному протоці;

С. у правій печінковій протоці;

Д. у лівій печінковій протоці.

13. Показання призначення УДХК при ЖКХ:

А. Холестеринові камені (рентген негативні, поодинокі);

В. Розмір конкрементів менше 15 мм;

С. Функціонуючий ЖМ;

Д. Все перераховане.

Відповіді: 1. А,В,С,Д; 2. А,В,С; 3. А; 4. Д; 5. А,В; 6. А,С,Д; 7. А,В,С,Д; 8. Е; 9. Е; 10. А,В,С;

11. В; 12. А; 13. Д;

Матеріали для самоконтроля

Задачі для самоконтроля.

1. Жінка 49 років, має скарги на біль, що періодично виникає в надчеребній ділянці з іррадіацією в праве плече, відмічає періодичну жовтяницю, підвищення t тіла, металевий присмак в роті. Скарги пов'язує із переїданням, їзди на велосипеді. Об'єктивно: хвора має ожиріння І ст, склери іктеричні, при пальпації локальна болючість в правому підребер'ї, позитивні симптоми Кера, Ортнера. У біохімічному аналізі крові: підвищений вміст прямого білірубину. Який на Вашу думку найбільш імовірний діагноз?

А. Дискінезія жовчного міхура

В. ЖКХ.

С. Хронічний панкреатит

Д. Виразка шлунка

Е. Діафрагмальна грижа

2. Хвора П. 52 років, госпіталізована в лікарню з інтенсивним болем у верхній частині живота, який виник після вживання смаженого м'яса, супроводжувався нудотою, одноразовим блюванням. Біль тривав до 2 годин. З анамнезу відомо, що періодично

лікувалась з приводу холецистити. Об'єктивно: пульс – 94/1 хв. Живіт здутий, приймає участь у акті дихання, помірно болючий та напружений при пальпації у правому підребер'ї. Назвіть ймовірну причину абдомінального болю?

- A. Інфаркт міокарда
- B. Гострий холангіт
- C. Гострий панкреатит
- D. Жовчна колька**

E. Перфорація виразки шлунка

3. Хвора Р., 53 років, має скарги на біль у правому підребер'ї, що іррадіюють під праву лопатку, пов'язаним із вживанням жирної їжі, нудоту, поганий сон. З анамнезу відомо, що хворіє на хронічний холецистит протягом 10 років. Об'єктивно: Живіт вздутий, болючість у точці проекції жовчного міхура, позитивний симптом Ортнера. температура – 37,5 °С. В загальному аналізі крові: лейкоцити – $12,2 \times 10^9/\text{л}$, п/я – 12%, ШОЕ – 22 мм/год. Під час мікроскопічного дослідження другої порції дуоденального вмісту виявлено багато слизу, клітин десквамованого епітелію, лейкоцити. Який препарат найдоцільніше призначити хворій?

- A. Ампіцилін.**
- B. Орнідазол
- C. Нітроксалін
- D. Ітоприд
- E. Левоміцетин.

4. Хвора К., 27 років, скаржиться на ниючий біль, відчуття тяжкості в правому підребер'ї, періодично відмічає гострий біль, що іррадіює в спину, нудоту, гіркоту в роті, печію, яка посилюється в другій половині дня. Ці скарги з'явилися з 29 тижня вагітності. Об'єктивно: болючість під час пальпації в надчеревній ділянці та правому підребер'ї, переважно в проекції жовчного міхура. Раніше холецистографія не виявляла тіні міхура. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гострий панкреатит
- B. Жовчнокам'яна хвороба**
- C. Гострий гастрит
- D. Дискінезія жовчних шляхів.
- E. Виразкова хвороба шлунка

5. Хвора З., 44 роки, скаржиться на тупий біль в правому підребер'ї, загальну слабкість, свербіж шкіри, періодичні озноби протягом останніх 2 років. Періодично біль має нападоподібний характер, супроводжується підвищенням t тіла та посиленням свербіжів. Об'єктивно: склери іктеричні, температура – 37,4 °С, живіт помірно здутий, болючий у правому підребер'ї, печінка +3 см виступає з-під краю реберної дуги, щільна, болюча. Селезінка не пальпується. У крові: Нв – 123 г/л, л. – $12 \times 10^9/\text{л}$, п/я – 13%, ШОЕ – 28 мм/год. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гемолітична анемія
- B. Хронічний холецистит
- C. Хронічний холангіт**
- D. Хронічний гепатит
- E. Цироз печінки

6. Жінка П., 32 років, має скарги на ниючий біль у правому підребер'ї, який посилюється після вживання смаженої їжі, гіркоту в роті. Хворіє 7 років. Об'єктивно: хвора з

надмірною масою тіла, шкіра звичайного кольору, при пальпації відмічається болючість у правому підребер'ї, позитивний симптом Мюсі-Георгієвського справа. Розмір печінки в межах норми. Результати багатомоментного фракційного дуоденального зондування: отримана жовч з міхура об'ємом 85 мл протягом 55 хв, під час мікроскопічного дослідження визначаються лейкоцити. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Хронічний холецистит з дискінезією за гіпомоторним типом.
- B. Жовчнокам'яна хвороба
- C. Дискінезія жовчного міхура
- D. Хронічний холецистит з дискінезією за гіпермоторним типом
- E. Рак жовчного міхура

7. Хворий Р., 32 років, скаржиться на раптовий біль вночі в правому підребер'ї, з іррадіацією в праву лопатку. Біль супроводжувався нудотою та блюванням, яке не приносило полегшення. Симптоми Кера та Мерфі позитивні. Що з перерахованого є найбільш ефективним для купірування нападу?

- A. Анестезин
- B. Морфін
- C. Атропін.
- D. Метоклопрамід
- E. Промедол

8. Хвора К., 46 років, скаржиться на нападоподібний біль у правому підребер'ї, нудоту. На 2-й день з'явилась іктеричність склер. Подібні напади з іктеричністю склер повторювалися двічі протягом 1,3 року. Об'єктивно: іктеричність склер, язик сухий, живіт здутий, відмічається болючість у зоні Шофара, позитивний симптом Ортнера. У загальному аналізі крові: л. $11,0 \cdot 10^9$ /л, п/я – 15%, ШОЕ – 26 мм/год. Яке додаткове дослідження найбільш доцільно провести для встановлення діагнозу?

- A. Лапароскопію
- B. УЗД черевної порожнини.
- C. Дуоденальне зондування
- D. Холецистографію
- E. Оглядову рентгенограму черевної порожнини

9. Хвора П., 29 років, госпіталізовано до лікарні зі скаргами на нападоподібний біль у правому підребер'ї, який розвинувся після емоційного перенавантаження. Подібні напади відмічала і раніше за останій рік. Об'єктивно: загальний стан задовільний, збуджена. Живіт м'який, помірно болючий у ділянці жовчного міхура. З боку крові, легень, серця та під час УЗД відхилень від норми не виявлено. Було припущено, що у хворої – гіпертонічногіперкінетична форма дискінезії жовчовивідних протоків. Призначено дуоденальне зондування. Які зміни під час дуоденального зондування дозволять підтвердити попередній діагноз?

- A. Скорочення часу III фази.
- B. Скорочення часу II фази
- C. Подовження часу II фази
- D. Збільшення об'єму жовчі в порції B
- E. Неповне опорожнення жовчного міхура

10. Хвора Ю., 50 років, звернулася до сімейного лікаря за порадою, на який курорт їй краще поїхати з метою лікування лікуватися. З анамнезу відомо, що останні 10 років перебуває на диспансерному спостереженні з приводу хронічного некалькульозного

холецистит. Останнє загострення виникло 6 місяців тому. Непокоїть іноді ниючий біль у правому підребер'ї, закрепи, температура тіла нормальна. Об'єктивно: стан задовільний. Живіт м'який, помірно чутливий у правому підребер'ї. Печінка не пальпується. На який курорт доцільно направити хвору?

А. Хмільник

В. Миргород

С. Євпаторія

Д. Моршин

Е. Немирів.

Відповіді: 1. В; 2. Д; 3. А; 4. В; 5. С; 6. А; 7. Е; 8. Б; 9. С; 10. Д.

Література

Базова:

1. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. ; за ред. проф. Л.В. Глушка. --К.: ВСВ «Медицина», 2019. - 680с.

2. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 2. Розділи 9-24: підручник / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. ; за ред. проф. Л.В. Глушка. --- К. : ВСВ «Медицина», 2019. - 584с.

3. Класифікації захворювань органів травлення: довідник / укладачі: Н. В. Харченко, Г. А. Анохіна, Н. Б. Губергіц, О. Ю. Губська, А. Е. Дорофєєв, І. А. Зайцев, Т. Д. Звягінцева, Х. Б. Квіт, О. В. Колеснікова, І. А. Коруля, І. Я. Лопух, Н. О. Носко, А. М. Пілецький, І. М. Скрипник, Г. А. Соловійова, Ю. М. Степанов, С. М. Ткач, В. В. Харченко, М. Б. Щербиніна; за ред. чл.-кора НАМНУ, проф. Н. В. Харченко. – К.: МПБП «Гордон», 2022. – 72 с.

4. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.1 / за ред. С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: В. Ждан, Л. Бабінець, Л. Пасієшвілі, В. Величко, Н. Михайловська. ---пер. 23-го англ вид. --- Київ : ВСВ "Медицина", 2020. --- 258 с.

5. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: пер. 23-го вид.: у 3 т. Т.2 / за ред. К.В. Юрко --- Київ: ВСВ «Медицина», 2020. --- 257 с.

6. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: пер. 23-го англ.вид.: у 3 т. Т.3 / за ред. С. Ралетона, Я. Пенмана, М. Стрекена, Р. Гобсона; наук. ред. пер.: І. Скрипник, О. Курята, Л. Соколова, Р. Скрипник, Г.Кожина, Я. Кутасевич, М. Щербина, О. Абатуров, Л. Бабінець, І. Галайчук, Ю. Кобеляцький, Л. Ляповець. - К.: ВСВ «Медицина», 2021. - 642 с.

10. Захворювання жовчновивідних шляхів / под ред. проф. О.Я.Бабака, Н.М. Железнякової // Практикум лікаря. – Київ: «Доктор – Медіа – Груп», 2019. -63 с.

Допоміжна:

1. Анестезіологія та інтенсивна терапія: підручник / Ф.С. Глумчер, Л.П. Чепкий, Л.В. Усенко та ін.; за ред. Ф.С. Глумчера. - К.: ВСВ «Медицина», 2019. - 352 с.

2. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. Ю.М. Мостового. - 13-те вид., доп. - і перероб. Вінниця: ДП «Державна картографічна фабрика», 2020. - 582 с.