*Уважаемые студенты, эту и последующие темы Вам предстоит изучить в формате электронного обучения.*

*Ознакомиться с методичкой можно по ссылке:*

[https://krasgmu.ru/index.php?page[org]=umkd\_metod\_tl&tl\_id=512607&metod\_type=0](https://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_tl&tl_id=512607&metod_type=0)

*Ознакомьтесь* Клиническими рекомендациями по диагностике и лечению желтух

(<http://www.gastroscan.ru/literature/323/>)

**Тема:** «Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний желчных путей и поджелудочной железы. Дифференциальная диагностика при желтухах.»

***Собеседование***

1. Знать определение дискинезии желчевыводящих путей и ее виды?

2. определение хронического холецистита и хронического панкреатита?

**3.** выделить основные симптомы хронического панкреатита**?**

**4.** основные методы диагностики заболеваний желчных путей и поджелудочной железы**?**

**5.**  неотложных состояния при заболеваниях желчных путей и поджелудочной железы**?**

**6.** обмен билирубина в норме и патологии**?**

**7.** на какие классы подразделяются желтухи**?**

**8** диагностика и лечение синдрома Жильбера

**9** дифференциальная диагностика билиарного цирроза и первичного склерозирующего холангита

***Практические навыки.***

### *1.* придумать ситуационную задачу по теме билиарный цирроз

2. пальпация желчного пузыря

***Тестовые задания***

1. ЖЕЛЧЬ ПОДВЕРГАЕТСЯ РЕАБСОРБЦИИ:

1) в двенадцатиперстной кишке;

2) в тощей кишке;

3) в желудке;

4) в сигмовидной кишке;

5) в прямой кишке;

2. СТЕАТОРЕЯ В ВИДЕ НЕЙТРАЛЬНОГО ЖИРА ХАРАКТЕРНА:

1) для механической желтухи;

2) для паренхиматозной желтухи;

3) для хронического панкреатита;

4) для целиакии;

5) для болезни Крона

3. ОБОСТРЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА СООТВЕТСТВУЕТ СИМПТОМОКОМПЛЕКС:

1) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина;

2) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы;

-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре;γ3) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-

4) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз;

5) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, положительный симптом Ортнера, лейкоцитоз;

4. ДЛЯ РАКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ВЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ:

1) часто поражает лиц молодого и среднего возраста;;

2) гистологически обычно представляет собой плоскоклеточный рак;;

3) в диагностике решающая роль принадлежит эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПП);

4) развитие желтухи является плохим прогностическим признаком;;

5) 5-летняя выживаемость после радикальной операции составляет около 70%.;

5. ПРИЗНАКИ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ЖЕЛТУХИ:

1) увеличение прямого билирубина;

2) увеличение непрямого билирубина;

3) билирубин в моче;

4) уробилин в моче;

5) ретикулоцитоз;

6. ПОВЫШЕНИЕ БИЛИРУБИНА ПРИ ГЕПАТИТЕ НЕ ОБУСЛОВЛЕНО:

1) нарушением поглотительной функции печени;

2) нарушением выделительной функции печеночной клетки;

3) задержкой выделительной функции печеночных клеток при воспалительных отеках ткани печени;

4) гибелью печеночных клеток;

5) повышенным распадом эритроцитом;

7. К ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ ОТНОСИТСЯ:

1) болезнь Вильсона-Коновалова;

2) синдром Жильбера;

3) гемохроматоз;

4) алкогольное поражение печени;

5) описторхоз;

8. ДЛЯ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА ХАРАКТЕРНО:

1) повышение прямого билирубина;

2) кожный зуд;

3) повышение непрямого билирубина;

4) повышение щелочной фосфатазы;

5) умеренный цитолиз

9. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ?:

1) глюкокортикоиды;

2) фенобарбитал, кордиамин;

3) делагил;

4) цитостатики;

5) бильтрицид

10. У БОЛЬНОЙ В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ ОТМЕЧАЕТСЯ УПОРНЫЙ КОЖНЫЙ ЗУД. КСАНТОМЫ, СТОЙКАЯ ЖЕЛТУХА, ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ. ОПРЕДЕЛИТЕ ХАРАКТЕР ЖЕЛТУХИ У БОЛЬНОЙ:

1) микросомальная;

2) механическая;

3) гемолитическая;

4) печеночно-клеточная;

5) печеночно-холестатическая

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА:

1. Больной Д., 56 лет, поступил в приемное отделение Жалобы - на сильный приступ болей в верхней половине живота опоясывающего характера, многократную рвоту, расстройство стула, стул более 3-х раз в течение суток с обильным количеством каловых масс серой окраски и гнилостным запахом; жажду, сухость во рту. Снижение веса на 5 кг. Анамнез: Больным себя считает в течение года, когда после погрешности в диете и злоупотребления алкоголем впервые возник подобный приступ более с иррадиацией в спину. Боль сопровождалась рвотой, расстройством стула. В поликлинику не обращался, самостоятельно принимал баралгин, но-шпу. За последние 2 месяца подобные приступы болей возникали трижды. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Тургор кожи снижен, кожные покровы и видимые слизистые бледные. Сердце – границы умеренно расширены влево, тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 80 в мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, резко болезнен в эпигастральной области и особенно в левом подреберье. Положительные симптомы Мейо-Робсона, Гротте. Печень и селезенка не увеличены. Общий анализ крови: Hb – 126 г/л, лейкоциты – 10,5 х 109/л, СОЭ – 24 мм/ч. Сахар крови 9,7 ммоль/л. Амилаза – 240. Большое количество нейтрального жира в копрограмме. Снижен уровень эластазы в кале.

**Вопрос 1:** Ваш диагноз;

**Вопрос 2:** Какова тактика обследования?;

**Вопрос 3:** Какие признаки экскреторной недостаточности можно выявить.;

**Вопрос 4:** Чем проявляется инкреторная недостаточность поджелудочной железы?;

**Вопрос 5:** Коррекция болевого синдрома

2 Больная К., 50 лет, поступила в приемный покой С жалобами на сильные опоясывающие боли в животе, частую, малыми порциями рвоту, не приносимую облегчения, тошноту. Заболела несколько часов назад после употребления в пищу пельменей. Прием но-шпы, анальгина боли не купировали, и больная вызвала скорую помощь. При осмотре: повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные, температура тела нормальная. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги, с-м Ортнера, Кера отрицательные.

**Вопрос 1:** Какие симптомы можно выделить?;

**Вопрос 2:** Какие лабораторные исследования необходимо провести?;

**Вопрос 3:** Ваш предварительный диагноз?;

**Вопрос 4:** Нуждается ли пациентка в консультации хирурга?;

**Вопрос 5:** Выписать рецепт на раствор дротаверина;