

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения России

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического  
факультетов

Научно-исследовательская работа на тему:

**«Хронический холецистит. Этиология, патогенез хронического  
бескаменного холецистита. Клиническая картина, диагностика.  
Диетотерапия, принципы медикаментозного лечения.»**

Выполнил: студент 4 курса,  
9 группы, педиатрического факультета  
Гончаров Г.К.

5



Волгоград – 2018 г.

## Оглавление

Введение.....	3
1. Хронический холецистит.....	4
2. Этиология и патогенез хронического холецистита.....	6
3. Классификация хронического холецистита.....	8
4. Клиническая картина.....	8
5. Диагностика.....	11
6. Диетотерапия.....	14
7. Медикаментозная терапия.....	17
Заключение.....	19
Список использованной литературы.....	20

## Введение

Актуальность и значимость данной темы очевидна. В настоящее время заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей являются часто встречающимися: женщины болеют в 3-4 раза чаще мужчин. Хронический холецистит занимает одно из ведущих мест среди всех болезней желудочно-кишечного тракта. По данным института скорой помощи частота обнаружения камней при хроническом холецистите составляет 99%, но только 15% попадают на операционный стол, остальные 84% лечат терапевты. Частота обнаружения камней при вскрытии 20-25%. Каждый десятый мужчина и каждая четвертая женщина больны хроническим холециститом желчнокаменной болезнью.

Чаще болеют женщины до 40 лет, много рожавшие, страдающие ожирением и метеоризмом. После 50 лет частота заболеваемости мужчин и женщин становится практически одинаковой. Чаще болеют люди, работа которых связана с психоэмоциональными нагрузками и малоподвижным образом жизни. В связи с этим необходимость раннего выявления симптомов заболевания, проведение профилактики осложнений у лиц разного возраста позволяет снизить частоту заболеваемости хроническим холециститом. Это определило проблему исследования и выбор темы исследования.

## 1. Хронический холецистит.

Хронический некалькулезный холецистит — хроническое полиэтиологическое воспалительное заболевания желчного пузыря, сочетающееся с моторно-тоническими нарушениями (дискинезиями) желчевыводящих путей и изменениями физико-химических свойств и биохимического состава желчи (дисхолией).

Начальные изменения затрагивают коллоидное состояние жёлчи: происходит снижение её коллоидной устойчивости, образуются микрокристаллы холестерина. В пристеночном слое снижается текучесть жёлчи, её консистенция становится замазкообразной. В дальнейшем патологический процесс вовлекает стенки жёлчного пузыря. Слизистая оболочка атрофируется. Мышечный слой утолщается или, наоборот, истончается, но в обоих случаях замещается соединительной тканью и утрачивает способность к рефлексорным сокращениям. В запущенных случаях вовлекаются и соседние с пузырем ткани. При длительно существующем хроническом холецистите происходит уплотнение и сморщивание стенок жёлчного пузыря, утрачивается его способность к накоплению, концентрации и выбросу жёлчи, усиливается камнеобразование. Так называемая "дискинезия жёлчевыводящих путей", или расстройство рефлексорной регуляции сложного пропускного механизма жёлчных путей, на деле нередко оказывается первым проявлением хронического холецистита. Инфекция при хроническом холецистите бывает, как правило, вторичной. Проникают микроорганизмы из кишечника через жёлчные пути. Теории о проникновении инфекции через кровеносную и лимфатическую систему бездоказательны. Обычно выявляется кишечная палочка, стрептококки, стафилококки, энтерококки, клебсиеллы, реже бывают бактероиды, клостридии. Порочный круг: хронический холецистит и жёлчекаменная болезнь почти всегда сопутствуют друг другу, оказывая взаимное негативное влияние. Камни в жёлчном пузыре почти всегда сопровождают хронический

холецистит (90-95%). Холецистит и жёлчекаменная болезнь настолько дружно сопровождают друг друга, что не представляется возможным определить, что является причиной, а что следствием. Формируется порочный круг: камни в жёлчном пузыре поддерживают воспалительные явления, а последние, в свою очередь, способствуют дальнейшему камнеобразованию. В конечном итоге жёлчный пузырь превращается в ригидный мешок, заполненный камнями, застоявшейся жёлчью и гноем — так называемый "отключенный жёлчный пузырь". Такой жёлчный пузырь не только бесполезен для пищеварения, но служит источником многочисленных проблем: это и постоянные боли, и пищеварительные расстройства, и возможность распространения инфекции на соседние органы, и угроза развития серьёзных осложнений.

Ведущие факторы, которые принято объединять в так называемую "триаду 3F":

- Женский пол: женщины болеют хроническим холециститом в 5-6 раз чаще мужчин. Считается, что этому способствует высокий уровень эстрогенных гормонов.

- Тучный вес: чрезмерное питание повышает уровень холестерина в жёлчи и, соответственно, риск отложения холестериновых камней.

- Частые роды: снижение тонуса брюшной стенки и внутрибрюшного давления у таких женщин приводят к нарушению моторики жёлчного пузыря, что повышает риск развития холецистита. Кроме того, при беременности многократно повышается уровень эстрогенов, что негативно сказывается на жёлчевыделительной функции.

Другие факторы риска:

- Сахарный диабет;
- Сердечно-сосудистые заболевания;
- Приём гормональных контрацептивов;

- Быстрое похудение;
- Нерациональное питание с большими перерывами между приёмами пищи.

## **2. Этиология и патогенез хронического холецистита.**

В формировании хронической патологии желчевыводящей системы особое значение придается стойким функциональным расстройствам билиарного тракта, аномалиям желчного пузыря, которые способствуют длительному холестазу.

Воспалительный процесс стенки желчного пузыря может быть обусловлен инфекционными причинами или развиваться абактериально. При ухудшении пассажа желчи по билиарному тракту, изменениях ее коллоидного и бактерицидного состояния, нарушениях иммунологического гомеостаза ребенка инфицирование билиарной системы осуществляется обычно за счет условно-патогенной аутофлоры из кишечного отдела пищеварительного тракта, хронических очагов инфекции (ЛОР-патология, кариес и др.). Причем появлению аутофлоры в желчи во многом способствует дисбиocenоз пищеварительного тракта. Внедрение инфекционных агентов может осуществляться либо путем энтеробилиарного рефлюкса (заброса кишечного содержимого в желчевыводящую систему) или лимфо-, гематогенным путем.

При бактериологическом исследовании желчи чаще всего выявляют энтеропатогенную кишечную палочку, стафилококки, энтерококки, протей и др. Кроме того, вирус гепатита, аденовирусы, энтеровирусы могут способствовать воспалительному процессу в желчном пузыре и желчевыводящих путях. В последнее время в формировании хронической патологии желчного пузыря значительную роль стала играть грибковая инфекция.

Абактериальный вариант воспаления желчного пузыря вызывается панкреатобилиарным рефлюксом - патологическим забросом агрессивного панкреатического сока в билиарный тракт при патологии сфинктера Одди (гипотония, аномалия развития) на фоне гипотонического варианта дисфункции желчного пузыря.

Воспалительному процессу в желчевыводящей системе способствуют аномалии развития желчного пузыря, паразитозы (описторхоз, стронгилоидоз, фасциолез и др.), оказывающие непосредственное повреждение стенки желчевыводящих путей, а также аллергическая предрасположенность организма и некоторые другие причины. Формирование воспалительного поражения билиарного тракта в значительной степени зависит от состояния иммунной системы организма, специфических и неспецифических факторов защиты. Замечено, что воспаление чаще развивается у пациентов из группы часто и длительно болеющих детей, имеющих очаги хронической инфекции.

В некоторых источниках есть сведения о таком виде хронического холецистита, как токсико-аллергический холецистит. Известно, что пищевые и бактериальные аллергены могут вызвать развитие хронического холецистита, что подтверждается морфологически обнаружением в стенке желчного пузыря признаков воспаления и эозинофилов при отсутствии в то же время бактериальной инфекции.

При воспалительном поражении билиарного тракта у детей редко наблюдаются изолированные формы патологии. Процесс обычно начинается в области шейки и протока пузыря, т. е. возникает шейечно-воронковый холецистит, в дальнейшем воспалительные изменения происходят как в стенке желчного пузыря, так и в желчных протоках (холецистохолангит).

### **3. Классификация хронического холецистита.**

1. По этиологии и патогенезу: бактериальный; вирусный; паразитарный; немикробный («асептический», иммуногенный); аллергический; ферментативный; невыясненной этиологии.

2. По клиническим формам: хронический бескаменный холецистит: а) с преобладанием воспалительного процесса, б) с преобладанием дискинезии желчевыводящих путей; хронический калькулезный холецистит.

3. По типу дискинезии: нарушение сократительной функции желчного пузыря: а) гиперкинез желчного пузыря, б) гипокинез желчного пузыря.

4. По характеру течения: редко рецидивирующий (благоприятный); часто рецидивирующий (упорное течение); постоянного течения (монотонного); маскировочный (атипичного течения).

5. По фазе заболевания: фаза обострения; фаза затухающего воспаления; фаза ремиссии.

6. По степени тяжести: легкая; средней тяжести; тяжелая.

### **4. Клиническая картина.**

Боль — наиболее постоянный и характерный признак хронического холецистита. Боль обычно локализуется в области правого подреберья, иногда — в подложечной области. Появление или усиление боли связано обычно с обильной, жирной, жареной, острой, слишком холодной или горячей пищей, приемом газированных напитков, алкоголя. Боль может возникнуть после физической нагрузки или психоэмоционального стресса.

Хроническому холециститу сопутствует дискинезия желчевыводящих путей. При гипотоническом варианте дискинезии боли постоянные, ноющего характера. Иногда беспокоит чувство тяжести в правом подреберье.



При гипертонической дискинезии боль носит приступообразный характер, бывает интенсивной. Боль при хроническом некалькулезном холецистите иррадирует в правое плечо, правую лопатку, иногда в ключицу. Боль при перихолецистите носит постоянный характер, локализуется в области печени.

Диспептический синдром. Рвота бывает в половине случаев и объясняется сопутствующим гастродуоденитом, панкреатитом.

При гипотонической дискинезии желчного пузыря рвота несколько облегчает состояние пациентов, при гипертонической дискинезии — усиливает боль. В рвотных массах возможна примесь желчи. Провоцируется рвота погрешностью в диете или приемом алкоголя. В период обострения пациенты жалуются на тошноту, ощущение горечи во рту, отрыжку горьким. При присоединении гастрита, энтерита, гастродуоденита появляется изжога, отрыжка «тухлым», снижение аппетита, диарея.

Кожный зуд. Иногда может наблюдаться при хроническом некалькулезном холецистите, хотя более характерен для желчнокаменной болезни, синдрома холестаза (застоя желчи).

Повышение температуры тела. Встречается в период обострения, может сопровождаться ознобом.

Психоэмоциональные расстройства. Общая слабость, быстрая утомляемость, депрессия, раздражительность, эмоциональная лабильность встречаются довольно часто, особенно если выражены симптомы дискинезии желчевыводящих путей.

Кардиалгия. В период обострения у ряда пациентов появляется рефлекторная стенокардия (боли в сердце).

Объективные данные. Осмотр. Иногда можно выявить субиктеричность склер, кожи (реже — выраженная желтуха). У большинства пациентов определяется повышенная масса тела.

Пальпация и перкуссия живота. Определяется локальная болезненность в зоне расположения желчного пузыря — пересечение наружного края правой прямой мышцы живота с правой реберной дугой (симптом Кера).

Выявляются симптомы Мерфи — болезненность при пальпации области желчного пузыря при глубоком вдохе и втягивании живота.

Сегментарные рефлекторные симптомы: болевая точка Маккензи — на пересечении правой прямой мышцы живота и правой реберной дуги; болевая точка Боаса — на задней поверхности грудной клетки по паравертебральной линии справа на уровне X—XI, грудных позвонков; зоны кожной гиперэстезии Захарьина—Геда — обширные зоны во все стороны от точек Маккензи и Боаса.

Определение болезненности при пальпации (давление кончиками указательного пальца): орбитальная точка — у верхневнутреннего края орбиты; точка Мюсси—Георгиевского — между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа (правосторонний френикус-симптом); межлопаточная точка — на середине горизонтальной линии, проведенной через середину внутреннего края правой лопатки; бедренная точка — середина внутреннего края бедра; точка правой подколенной ямки.

Симптом Ортнера—Грекова — появление боли при покалывании ребром ладони по правой реберной дуге.

Симптом Айзенберга — в положении стоя пациент поднимается на носки и затем быстро спускается на пятки (появляется боль в правом подреберье вследствие сотрясения воспаленного желчного пузыря).

Симптомы вовлечения в патологический процесс солнечного сплетения: боли в области пупка с иррадиацией в спину, иногда боли жгучего характера; болевые точки при пальпации между пупком и мечевидным отростком; болезненность при надавливании на мечевидный отросток.

Можно выделить «клинические маски» хронического холецистита. В клинической картине эти симптомы доминируют над симптомами холецистита: «желудочно-кишечная» маска (преобладают диспептические жалобы, болевой синдром отсутствует); «кардиальная» (на первый план выступает кардиалгия, рефлексорная стенокардия); «неврастеническая» (выраженный неврастенический синдром); «ревматическая» (субфебрилитет, сердцебиение, перебои в области сердца, артралгия, потливость, диффузные изменения на ЭКГ); «тиреотоксическая» (невротические расстройства, тремор рук, похудание, тахикардия, потливость); «соляная» маска (преобладание симптомов поражения солнечного сплетения).

## 5. Диагностика.

Диагноз хронического холецистита подтверждается рядом лабораторно-инструментальных методов исследования. Учитывая, что течение хронического холецистита носит рецидивирующий характер, в период обострения в общем анализе крови наблюдается умеренный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ. В период ремиссии количество лейкоцитов обычно нормальное, нередко - сниженное. При длительном течении холецистита вне обострения типична лейкопения.

Скрининговая гепатограмма указывает на диспротеинемию с увеличением процентного соотношения глобулинов: повышение уровня  $\alpha$ - и  $\beta$ -глобулинов. При выраженном холестазе на фоне холецистохолангита в сыворотке крови повышается активность экскреторных ферментов - щелочной фосфатазы, 5-нуклеотидазы, лейцинаминопептидазы,  $\gamma$ -глюкуронидазы,  $\gamma$ -

глутамил-транспептидазы. В период ремиссии эти показатели обычно в пределах возрастной нормы.

Наиболее распространенное исследование билиарной системы - дуоденальное зондирование указывает на дисфункциональные изменения желчевыводящего тракта. При микроскопии желчи устанавливаются воспалительные изменения субстрата и значительные нарушения коллоидного состояния: цилиндрический эпителий желчных ходов, лейкоциты (имеют относительное диагностическое значение), кристаллы желчных кислот в большом количестве, детрит, слизь. Важным признаком воспаления считается снижение рН пузырной желчи до 4,0-5,0 при норме более 7,0. Бактериологический анализ желчи обычно выявляет рост условно-патогенной флоры, чаще всего стафилококка, энтеропатогенной кишечной палочки. Для получения достоверных результатов одновременно рекомендуется провести анализ кала на выявление дисбактериоза кишечника.

Решающая роль для правильной постановки диагноза придается ультразвуковому исследованию билиарной системы. Следуя международным критериям установления воспаления желчного пузыря, при хроническом холецистите определяются следующие признаки:

- утолщение и уплотнение стенок желчного пузыря свыше 2 мм;
- увеличение размеров желчного пузыря более чем на 5 кв. мм от верхней границы нормы для пациентов данного возраста;
- наличие избыточной тени от стенок желчного пузыря;
- наличие паравизикальной эхонегативности;
- сладж-синдром (неравномерная структура содержимого пузыря, его слоистость).

Применение внутривенной холецистографии также дает возможность выявить форму и функции желчного пузыря, диагностировать аномалии

пузыря, наличие конкрементов. Диагностической ценностью для выявления холецистита обладает динамическая гепатобилисцинтиграфия. Отмечают снижение поглотительной, транспортной и выделительной функции гепатоцитов. Однако выполнять эту процедуру можно только детям старше 12 лет.

Магнито-резонансная холангиопанкреатография - относительно новая, неинвазивная холангиографическая методика для выявления как внепеченочных протоковых изменений, так и патологии желчного пузыря, холедохолитиаза, доброкачественных и злокачественных стриктур, аномалий развития протоков, постоперационных изменений.

## 6. Диетотерапия.

В период резкого обострения заболевания на 1-2 дня назначается голодная диета: только питье (некрепкий сладкий чай, соки фруктовые, отвар шиповника, минеральная вода «Боржоми») небольшими порциями до 3—6 стаканов в день. Можно разрешать несколько сухариков. По мере стихания обострения диета расширяется: слизистые протертые супы, каши, нежирный творог, нежирная отварная рыба, протертое мясо, белые сухари. Пища принимается 5—6 раз в день. Можно назначить 1-2 разгрузочных дня (творожно-кефирный, рисово-компотный, арбузный, виноградный, фруктовый), а в период ремиссии проводить их регулярно. После купирования обострения назначается основная диета, питание дробное (5—6 раз в сутки).

Ужин должен даваться за 2-3 часа до сна, при этом не следует включать в него мясные блюда. Как и при любой другой гастроэнтерологической патологии, при хроническом холецистите следует тщательно пережевывать пищу, ни в коем случае не переедать.

В период лечения из рациона питания следует исключить продукты и блюда, содержащие экстрактивные вещества и эфирные масла: перец, горчица, хрен, лук, чеснок, щавель, редис, редька, копчености, грибы, соленые продукты, мясные, рыбные, грибные бульоны, острые соусы. Из рациона исключаются тугоплавкие жиры - баранье, свиное, говяжье и гусиное сало, так как в результате нерегулярного поступления желчи в кишечник и снижения активности липазы поджелудочной железы эмульгирование и переваривание жиров ухудшается. Предпочтение следует отдавать жирам со средним размером жирной цепи - растительные масла (подсолнечное, земляного ореха, оливковое и др.), так как для их переработки не требуются значительные количества желчи и ферментов. Не следует также включать в питание

кондитерские изделия с кремом, сдобное тесто, шоколад, какао и натуральный кофе, шоколадные конфеты, жирную рыбу, колбасные изделия с жиром.

Так как при хроническом холецистите в большинстве случаев наблюдается гипотонический вариант дисфункции желчного пузыря, то больному показаны продукты, обладающие желчегонным эффектом. Показано употребление достаточного количества фруктов, овощей, черного хлеба, что рефлекторно стимулирует эвакуаторную функцию кишечника и желчного пузыря.

При гипертоническом варианте дисфункции желчного пузыря больной придерживается щадящей диеты, не вызывающей значительного усиления деятельности желчевыделительной системы. Не следует употреблять в пищу продукты, богатые грубой клетчаткой и способствующие метеоризму: ржаной хлеб, горох, бобы. Не следует употреблять очень холодные блюда и напитки (мороженое, коктейли, газированную воду), они способствуют спазму сфинктера Одди, желчного пузыря и других отделов желчевыводящей системы, что может послужить причиной болевого приступа и усилить явления холестаза.

## **7. Медикаментозная терапия.**

Лечение некалькулезного хронического холецистита практически всегда осуществляется гастроэнтерологом консервативно. Лечение в период обострения направлено на снятие острых симптомов, санацию очага бактериальной инфекции с помощью антибиотикотерапии (применяются препараты широкого спектра действия, как правило, группы цефалоспоринов), дезинтоксикацию организма (инфузионное введение растворов глюкозы, хлорида натрия), восстановление пищеварительной функции (ферментные препараты).

Антибактериальная терапия.

Показанием к проведению антибактериальной терапии при обострении хронического холецистита является наличие стойкого болевого синдрома, симптомы интоксикации, температурная реакция, лейкоцитоз, увеличение СОЭ и воспалительные изменения желчи. Курс антибактериального лечения составляет 7-10 дней.

Учитывая тот факт, что воспалительный процесс в стенке желчного пузыря вызван бактериями рода *Enterobacteriaceae* более чем в 50 % случаев, при назначении антибиотиков предпочтение отдают препаратам широкого спектра действия, хотя оптимально при выборе антибиотика руководствуются чувствительностью флоры, высеянной из желчи (в основном порции В). Обычно назначают антибиотики широкого спектра действия - полусинтетические пенициллины (ампиокс, ампициллин), цефалоспорины (цефазолин, цефоперазон, цефтриаксон и др.) и аминогликозиды. Преимущественный путь введения антибиотиков - парентеральный. При энтеральном назначении препаратов следует включать в терапию эубиотики для уменьшения подавляющего влияния на кишечную флору.

В случае непереносимости перечисленных антибиотиков возможно использование производных фторхинолона, нитрофуранов, нитромидазолов (интетрикс, макмирор, метронидазол, фуразолидон и др.).

Антибактериальное действие также оказывают никотин (производное амиданикотиновой кислоты и формальдегида, обладающее антибактериальным и желчегонным действием), циквалон. Что касается сульфаниламидов, то в настоящее время они практически не используются в лечении данного заболевания, так как оказывают выраженное нарушение функции печени.

Купирование болевого синдрома.



При болях и мучительной рвоте, не приносящей облегчения, назначаются периферические М-холинолитики: 1 мл 0,2% раствора платифиллина гидротартрата подкожно. После купирования боли эти препараты назначаются внутрь. При наличии противопоказаний к назначению М-холинолитиков (глаукома, аденома предстательной железы) назначаются гастропепин по 50 мг 2-3 раза в день (внутри или внутримышечно). Для купирования боли применяется 2% раствор папаверина гидрохлорида, раствор но-шпы 2% 2 мл.

При сильных, некупирующихся болях применяют ненаркотические анальгетики: 2 мл 50% раствора анальгина, 5 мл баралгина в/м, парацетамол по 500 мг 3 раза или трамадол по 50 мг 2 раза в сутки, платифиллин п/к.

В случаях, если хронический холецистит сочетается с гипотонической дискинезией желчного пузыря, М-холинолитики и спазмолитики не показаны. В этих случаях назначаются холинокинетики: растительное масло по 1—2 столовые ложки 3 раза в день перед едой, ксилит, сорбит по 15—20 г на 1/2 стакана теплой воды 2—3 раза в день, 20—25% раствор магния сульфат по 1 столовой ложке 2-3 раза в день перед едой.

При болях, обусловленных застоем желчи в желчном пузыре при гипотонической дискинезии, показаны дуоденальные тюбажи без зонда (слепые дуоденальные зондирования): пациент утром натощак принимает 20—25 г ксилита (или сорбита), растворенного в 100—150 мл теплой кипяченой воды, после чего пациент должен полежать 1,5-2 ч на правом боку на теплой грелке. Процедуру проводят 1-2 раза в неделю. (В период выраженного обострения тюбажи не проводятся.)

Дезинтоксикационная терапия и витаминотерапия.

Обязательной составной частью терапии больных холециститом должна быть дезинтоксикационная терапия и витаминотерапия. Больному следует назначать большой прием жидкости через рот в виде различных напитков,

минеральной воды. По показаниям возможно проведение инфузионного лечения с учетом индивидуальных особенностей организма. В период обострения показаны лечебные дозы витаминов А, С, В, и В6 путем их парентерального введения, в реабилитации - оптимальные курсы витаминов В6 и В12, Е. Следует помнить, что многочисленные комплексы поливитаминов для профилактики гиповитаминоза не используются в лечебной практике, а предназначены для профилактики зависимых состояний в сезонные периоды (осень - зима - весна).

## Заключение

В настоящее время в связи с образом жизни современного человека, характером питания, генетической отягощенностью по многим заболеваниям и т.д. требуется особо тщательный подход и грамотная тактика не только к лечению хронического холецистита, но и к профилактике данного заболевания, поскольку его развитие может затронуть любого человека на любом этапе его жизни, в любом возрасте. С этой целью необходимо соблюдать режим питания, рекомендуется избегать приема жирной пищи, холестеринсодержащих продуктов; запрещается прием алкоголя. Показана достаточная двигательная активность. У больных холециститом профилактика заключается в недопущении обострений болезни, что достигается соблюдением указанных рекомендаций.

Задачей врача должно быть минимализация случаев обострений при уже выявленных изменениях желчного пузыря, их осложнений, а также просветительская работа населения по предупреждению развития хронического холецистита.

## Список использованной литературы

1. Бельмер С.В., Хавкин А.И. - Гастроэнтерология. М.: МедПРЕСС, 2016 г.
2. Фролькис А.В. - Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. Медицина, 2015 г.
3. Ивашкин В.Т., Шептулина А.А. - Лекции по гастроэнтерологии. Москва, 2016 г.
4. Прохоров А.М. - Гастроэнтерологические заболевания и инновации в их лечении. - Москва, 2016 г.
5. Клабуков И.Д., Люндуп А.В., Дюжева Т.Г., Тяхт А.В. - Билиарная микробиота и заболевания желчных путей. Медицина, 2017 г.
6. Морозова Р.П., Иванченко Л.Л. - Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей. М.: МедПРЕСС, 2015 г.
7. Калягина А.Н. - Жёлчнокаменная болезнь и другие нарушения билиарного тракта. М.:Мединфо, 2016 г.
8. Лейшнер Р.Р. - Практическое руководство по заболеваниям желчных путей.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2015 г.
9. Калинина А. В. - Дисфункции сфинктера Одди и их лечение. Медицина, 2014 г.
10. Щербаков П. Л., Лохматов М. М - Болезни билиарного тракта. Москва, 2011 г.

## Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета \_\_9\_\_ группы

**Гончаров Григорий Константинович**

**(по результатам прохождения производственной клинической практики  
помощник врача стационара, научно-исследовательской работа)**

Представленная научно-исследовательская работа полностью соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

Исследуемая проблема имеет высокую актуальность, а также большую теоретическую и практическую значимость.

Содержание работы отражает хорошее умение и навыки поиска информации, обобщения и анализа полученного материала, формулирования выводов студентом. Работа структурна, все части логически связаны между собой и соответствуют теме НИР.

В целом работа выполнена на высоком уровне и заслуживает оценки «отлично» (5).



(подпись)