

Диссертационный совет Д 14.24.696
при Ошском государственном Университете и Международной высшей
школы медицины

Протокол № 2 от 07.03.15 года заседания экзаменационной комиссии

Состав комиссии:

д.м.н., доцент Туйбаев З.А. – член диссертационного совета – эксперт;
(14.01.17 – хирургия);

д.м.н., и.о профессора Айтбаев С.А. – член диссертационного совета – эксперт;
(14.01.17 – хирургия);

д.м.н., доцент Салахиддинов К.З. – член диссертационного совета – эксперт;
(14.01.17 – хирургия);

Повестка заседания: Прием кандидатского экзамена по специальности
14.01.17 – хирургия от Осумбекова Руслана Байышбековича
Слушали: Осумбекова Руслана Байышбековича

Билет № 3

Вопрос: Строение и функции билиарной системы.

Ответ: Билиарная система представлена внутripеченочными, внепеченочными желчными протоками и желчным пузырем. Правый и левый печеночные протоки соединяются и образуют общий печеночный проток. В него впадает пузырный проток, соединяющий систему желчных протоков.

ЖП представляет собой резервуар для скопления и концентрирования желчи, способен вмещать от 70 до 200 мл желчи. В нем происходит всасывание воды и выделение в желчь муцина. В пристеночном слое слизи осуществляется концентрационная функция ЖП. Концентрированная желчь опускается на дно пузыря, в то время как ядро в центре содержит менее концентрированную желчь.

Желчь – это сложный по составу коллоидный комплекс, состоящий из воды и растворенных в ней белков, липидов (холестерин, фосфолипиды), углеводов, связанного билирубина, желчных кислот, витаминов, минеральных солей и микроэлементов. Образование желчи в организме происходит постоянно, от 500 до 1200 мл в сутки. При этом, ее поступление в кишечник осуществляется порциями при принятии пищи, благодаря координированной деятельности ЖП и сфинктерного аппарата билиарного тракта.

Желчь осуществляет ряд важнейших функций:

- эмульгирование жиров для наиболее оптимального действия панкреатической липазы
- формирование щелочного рН в двенадцатиперстной кишке (ДПК) для активирования цепи кишечных и панкреатических протеолитических ферментов
- растворение и всасывание жирорастворимых витаминов А, D, Е, К
- выведение жирорастворимых метаболитов, лекарственных веществ,

- ксенобиотиков (того, что не может быть выведено с мочой)
- стимулирование перистальтики кишечника
- бактериостатическое действие
- участие в гепатоэнтеральной циркуляции (ГЭЦ) желчных кислот

Вопрос: Определение желчнокаменной болезни. Классификация ЖКБ.

Ответ: ЖКБ – это хроническое заболевание гепатобилиарной системы, имеющее генетическую предрасположенность, обусловленное нарушением обмена холестерина и/или билирубина, характеризующееся образованием желчных камней в печеночных желчных протоках (внутрипеченочный холелитиаз), в общем желчном протоке (холедохолитиаз) или в ЖП (холецистолитиаз).

Классификация.

По стадиям:

I. Физико-химическая стадия (густая неоднородная замазкообразная желчь, билиарный сладж, микролиты)

II. Латентная (бессимптомное камненосительство), с указанием количества, локализации, состава камней

III. Клиническая (хронический калькулезный холецистит, желчные колики).

IV. Осложнения:

- острый холецистит
- водянка, эмпиема, гангрена ЖП
- кальцификация стенки ЖП (“фарфоровый” ЖП)
- абсцессы в области ложа ЖП
- перфорация ЖП с развитием желчного перитонита
- пузырно-кишечные и холедоходуоденальные свищи
- прогрессирующая печеночная недостаточность
- билиарный панкреатит и некроз поджелудочной железы
- холангит (триада Шарко: лихорадка с ознобом, боли в правом подреберье, желтуха) - -
- обтурационная желтуха
- вторичный билиарный цирроз печени
- рак ЖП (высокий риск рака ЖП - при наличии «фарфорового» ЖП) непроходимость кишечника
- синдром Мириizzi

- По клиническому течению:

- латентная форма
- диспептическая форма
- болевая форма с типичными желчными коликами
- под «маской» других заболеваний (кардиалгический, экстрасистолический вариант, синдром Сейнта: триада – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, дивертикулез толстой кишки и ЖКБ)

- По количеству конкрементов: одиночные, множественные;

- По локализации камней: холецистолитиаз, холедохолитиаз, внутрипеченочный холелитиаз (гепатолитиаз).

- По размерам конкрементов: мелкие - до 5 мм, средние - 6-15 мм, крупные - более 15 мм.
- По составу конкрементов:
 - холестериновые (встречаются в 90-95% случаев)
 - пигментные (билирубиновые): черные и коричневые.

Черные камни содержат конъюгированный билирубин (кальция билирубинат) и часто обнаруживаются в ЖП при гемолизе и циррозе печени. Они множественные, мелкие и рентгенопозитивные. Коричневые камни содержат, помимо билирубината кальция, желчные кислоты и нерастворимый деконъюгированный билирубин, который образуется под воздействием β - глюкоронидазы бактерий. Эти камни чаще выявляются не в ЖП, а в холедохе, при инфекционно-воспалительном процессе в желчевыводящих путях, первичном склерозирующем холангите, а также после холецистэктомии. Они мягкие, слоистые, рентгенонегативные.

- смешанные камни

Вопрос: Клинические проявления желчнокаменной болезни.

Ответ: I стадия ЖКБ - отсутствие симптомов (в 80% случаев) или возможны симптомы ФБР: рецидивирующие боли до 30 и более мин в эпигастрии и правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, правое плечо – при функциональном расстройстве билиарного сфинктера Одди (ФРСО); в левом подреберье с иррадиацией в спину – при боли панкреатического типа. Боль после еды, часто в середине ночи. Боль не уменьшается после стула, приема антацидов, перемене положения тела. Нередко наблюдается билиарная диспепсия: горечь во рту, воздушные отрыжки, неустойчивый стул (безболевы поносы, чередующиеся с запорами).

II стадия ЖКБ - обнаружение “немых” желчных камней при рентгенологическом и ультразвуковом исследовании, возможны симптомы ФБР. Период латентного камненосительства может продолжаться до 10-15 лет.

III стадия ЖКБ характеризуется наличием приступов желчной колики, острого холецистита. Кроме того, могут наблюдаться атаки острого билиарного панкреатита, холангит.

При данной стадии ЖКБ встречаются следующие синдромы:

- болевой синдром: желчная (синонимы: билиарная, печеночная) колика: выраженный болевой синдром в правом подреберье или эпигастриальной области, с иррадиацией в правое плечо, лопатку, спину, реже – в левую половину туловища, длительностью от 15 минут до 5-6 часов (длительность боли более 5 часов может свидетельствовать о развитии острого холецистита). Боль чаще возникает ночью или через 1-1,5 часа после употребления жирной жареной пищи, может провоцироваться тряской ездой, наклонами туловища, купируется анальгетиками. Характерно быстрое нарастание интенсивности боли, с достижением «плато», при котором сохраняется выраженная постоянная распирающая боль (в отличие от волнообразной схваткообразной боли, встречающейся при почечной и кишечной коликах).
- диспептический синдром (билиарная диспепсия: горечь во рту, отрыжка воздухом, тошнота, рвота с желчью, не приносящая облегчения; кишечная диспепсия: метеоризм, чередование запоров и диареи).

- астено-вегетативный синдром (повышенная утомляемость, общая слабость, потливость, раздражительность).

-холецисто-кардиальный синдром (кардиалгии, желудочковая экстрасистолия), впервые описан в 1875 г. С.П. Боткиным. При этой форме боли, возникающие при печеночной колике, распространяются на область сердца, провоцируя приступ стенокардии. Обычно после холецистэктомии данный синдром купируется.

- воспалительно-интоксикационный (лихорадка, озноб, потливость, слабость) при развитии острого холецистита, холангита, острого панкреатита.

- холестатический (желтуха, потемнение мочи, осветление стула) при развитии обструкции пузырного протока, холедоха.

Дополнительные вопросы:

Вопрос: Противопоказания к проведению эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, папиллосфинктеротомии.

Ответ:

1. заболевания, при которых опасно проводить эндоскопические исследования (острая сердеч-но-сосудистая недостаточность, эпилепсия, инфаркт миокарда);

2. непереносимость йодсодержащих рентгено-контрастных препаратов;

3. жировой или геморрагический панкреонекроз;

4. прогнозируемое течение острого панкреатита предположительно билиарной этиологии;

5. технические трудности, препятствующие ее выполнению (стеноз привратника и ДПК и невозможность проведения эндоскопа и др.);

6. ЭРХПГ индуцированный панкреатит в анамнезе.

Вопрос: Абсолютные показания к проведению ЭРХПГ.

Ответ:

1. Наличие в анамнезе, при поступлении в стационар или на момент исследования признаков механической желтухи после приступа болей в правом подреберье или верхних отделах живота;

2. Наличие в анамнезе, при поступлении в стационар или на момент исследования проявлений острого или хронического рецидивирующего холангита

3. «Панкреатические» боли у больных с диагностированной ЖКБ или ПХЭС при выявленной по данным УЗИ, КТ или рентгеноконтрастных методов исследования дилатации ОЖП (диаметр более 6 мм)

4. Полные наружные желчные свищи (с целью установления и устранения причины нарушения оттока желчи).

5. Доброкачественные новообразования папиллы (аденомы или аденоматоз устья БДС), выявленные во время дуоденоскопии при наличии клинических проявлений.

6. Острые и подострые кисты ПЖ, развившиеся в исходе острого билиарного панкреатита у больных с подтвержденной патологией ЖВП

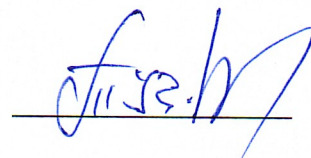
7. Хронические кисты ПЖ с локализацией в головке и теле ПЖ, если подтверждена их связь с панкреатическим протоком и есть нарушение проходимости терминального протока ПЖ (данные фистулографии у больных после дренирования кист под УЗИ-контролем)

8. Нарастание желтухи >100 мкмоль/л

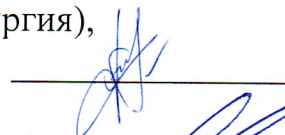
9. Отрицательные или сомнительные результаты других исследований (прежде всего рентгенологического).

Постановили: считать, что Осумбеков Руслан Байышбекович сдал кандидатский экзамен по специальности 14.01.17 – хирургия с оценкой «отлично».

д.м.н., доцент Туйбаев З.А. (14.01.17 – хирургия),
член диссертационного совета – эксперт;



д.м.н., и.о профессора Айтбаев С.А. (14.01.17 – хирургия),
член диссертационного совета – эксперт;



д.м.н., доцент Салахитдинов К.З. (14.01.17 – хирургия),
член диссертационного совета – эксперт;



Подпись экспертов диссертационного совета заверяю: Ученый секретарь
диссертационного совета Д 14.24.696 к.м.н. Курбанбаев О.И.
11.03.2025г.

