

**ҚОЖА АХМЕТ ЯСАУИ
АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ
ҚАЗАҚ - ТҮРІК УНИВЕРСИТЕТІ**



**HOCA AHMET YESEVI
ULUSLARARASI
TURK-KAZAK UNIVERSITESI**

Медицина факультеті
ПАНКРЕАТИТ, ХОЛЕЦИСТИТ, ӨТ
ШЫҒАРУ ЖОЛДАРЫНЫҢ
ДИСКИНЕЗИЯСЫ.

Орындаған: Бегалиева Ж.
Қабылдаған: Саттиева С
Тобы: ЖМ – 517

* Жоспар.

* I. Кіріспе

* II. Негізгі бөлім.

* Панкреатит (этиологиясы, патогенезі, жіктелуі, клиникасы,

* диагностика, емі.)

* Холецистит (этиологиясы, патогенезі, жіктелуі, клиникасы, диагностика, емі.)

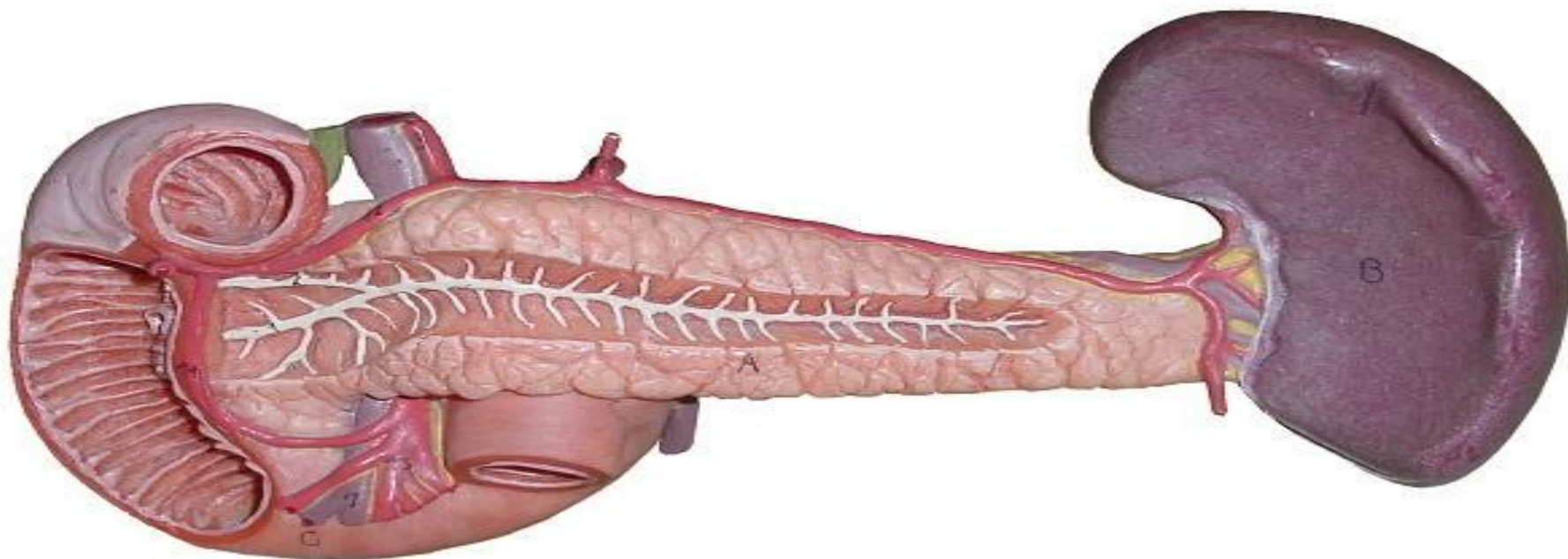
* Өт шығару жолдарының дискинезиясы (этиологиясы, патогенезі, жіктелуі, клиникасы, диагностика, емі.)

* III. Қорытынды.

* IV. Пайдаланылған әдебиеттер.

Кіріспе.

Созылмалы панкреатит (лат.: *pancreatitis chronica*) – ұйқы безі паренхимасының, түтіктерінің зақымдануымен дамидын және этиологиялық фактордың тоқтауына қарамастан өрістейтін, соңында бездің склерозына, экзогендік және эндогендік функцияларының жетіспеушілігіне әкелетін ұйқы безінің созылмалы қабыну-дистрофиялық ауруы.



*Этиологиясы.

- *1. *Ішкілікке салыну (90%). Күн сайын 100 мл-ден алкогольді немесе 2 литрден сыраны ішу 3-5 жылдан кейін ұйқыбезде гистологиялық бұзылыстарды дамытады. Алкогольді үнемі ішетін әйелдерде панкреатиттің айқын көрінісі 11-12, еркектерде 17-18 жылдан кейін пайда болады.*
- *2. *Биллиарлық гипертензия* — бауырдан төмен биллиарлық түтіктерде қысымның жоғарылауы (Фатер емізігінің стенозында, Одди сфинктерінің түйілуінде, холедохта тастың тірелуінде және он екі елі ішектік гипертензиясында болатын).
- *3. *Дуоденобиллиарлық рефлюкс* (Одди сфинктерінің шамасыздығынан, дуоденостаздан болатын).

- *4. *Алиментарлық фактор* — майлы, қуырылған тағамды асыра жеу, белоктың жетіспеушілігі, витаминдердің, әсіресе А витаминінің, тапшылығы.
- *5. *Вирустық инфекция* (Коксаки Н, гепатиттің вирустары).
- *6. *Дәрмектердің әсерлері* (ұзақ қолданылған цитостатиктер, эстрогендер, нитрофурандар, қабынуға қарсы дәрмектер, тиазидтік диуретиктер, холинэстераза ингибиторлары).
- *7. *Гиперлипидемиялар* (ұйқыбездің паренхимасы мен тамырларына шамадан тыс май жиналуы және бос май қышқылдарының улық әсер етуі).
- *8. *Гиперпаратиреоз* (ұйқыбездің түтіктерінде тастар түзілуі, кейіндеу — кальцинозы).
- *9. *Жедел панкреатиттің созылмалыға ауысуы.*

* Патогенезі.

Алкоголь ұйқыбездің секрециясын күрт күшейтеді және сөлінде белоктың мөлшерін арттырады. Бөлінетін сөл белокқа аса қаныққан ерітінді болғандықтан, құрамындағы белок ұсақ түтіктерде уыз төрізді ұйып түтіктердің өтімсіздігіне әкеледі. Қысымның жоғарылауынан, түтікшелердің немесе ацинустардың базальдік мембраналары жарылады, бездің паренхимасына өткен ферменттер оны бейтараптайды. Сонымен қатар қанға "тасып" түскен ферменттердің өсерінен өзге ағзаларда жүйелі зақымданады. Бездің өз-өзін бейтараптауынан химиялық некроздар дамиды.

Бездің секрециясы негүрлым күшті болса, деструкцияның көлемі де соншалықты. Некроз ошағындағы май мен май қышқылдарының кальций тұздарын жинап алу қасиеті жүре бара ұйқыбездің кальцинозына әкеледі. Кальциноздың салдарынан түтіктердің өтімсіздігі онан сайын ауырлайды. Бір басталған процесс, осьлайша әрі қарай өз бетінше өрістейді.

Қалыптыда ұйқыбездің ферменттері он екі елі ішекте ғана белсенділенеді, өйткені липазаның активациясына өт қышқылы, трипсиногеннің активациясына ішектік энтерокиназа қажет. Трипсиногеннің бейтараптау әсері, дәнекер тінді бейтараптайтын эластазаға ұқсас, өте қуатты.

* *Дуоденобиллиарлық рефлюксте ұлтабардың сөлі (құрамында өт, түрлі ферменттер, соның ішінде энтерокиназа болатын) ұйқыбездің түтіктеріне өтеді. Мұндайда ұйқыбездің ферменттері түтіктерде активацияланып, бездің паренхимасы мен түтіктерін зақымдайды. Жүре бара түтіктердің деформациясы мен стенозы қалыптасады, Фатер емізігі қабынады және тарылады. Аталмыш бұзылыстардан ұйқыбез сөлінің азып шығуына көптеген кедергілер пайда болады.*

* *Сонымен алкоголь бездің кальцинозына, ал биллиарлық гипертензия және дуоденобиллиарлық рефлюкс обструкциялық панкреатитке әкеледі.*

Кейбір дәрмектер (нитрофурандар, кдбынуға кдрсы дәрілер мысалы, аспирин) ұйқыбезді алкоголь тәрізді стимуляциялау арқылы панкреатитті дамытуы мүмкін. Оны идиопатиялық панкреатит болғанда ескеру қажет. Жедел панкреатит 30%, сөлағуының бұзылысынан немесе кальцинаттардың түзілуінен, созылмалыға айналады.

* *Жіктелуі*

* *Патогенезі бойынша:*

* *Біріншілік*

- * • *алкогольдік;*
- * • *алиментарлық;*
- * • *токсикалық, соның ішінде дәрмектік;*
- * • *вирустық;*
- * • *идиопатиялық.*

* *Екіншілік*

- * • *холангиогенді (өт жолдарының патологиясына байланысты);*
- * • *он екі елі ішектің патологиясына байланысты;*
- * • *дистрофиялы-метаболизмдік (бауырдың созылмалы ауруларына, жаралы колитке, мальабсорбция синдромына және гипоксияға, себебі әр түрлі гипоксемияға байланысты дамидын); тамыр патологиясына байланысты;*
- * • *семіздікке байланысты;*

*

Морфологиялық белгілері бойынша:

- * 1. Кальциноздаушы
- * 2. Обструкциялық
- * 3. Фиброзды-склероздаушы (индуратинті)
- * 4. Ұйқыбездің кисталары мен псевдокисталары.

Клиникалық белгілері бойынша:

- * 1. Рецидивтеуші:
 - * а) өршу фазасында;
 - * б) ремиссия фазасында.
- * 2. Ауырсынулық:
 - * а) үнемі ауырсынумен;
 - * б) ұйқыбез коликасының ұстамаларымен.
- * 3. Псевдоісіктік:
 - * а) холестазбен;
 - * б) он екі елі ішек өтімділігінің бұзылысымен.
- * 4. Ауырсынусыз.
- * 5. Латентті.

Ұйқыбез функциясының бұзылыстары бойынша:

- * а) экскрециялық;
- * б) инкрециялық;
- * в) аралас

* *Асқынулары:*

- * *1.Ерте дамидындар: механикалық сарғаю, кисталар, псевдокисталар, асқорыту жолынан қан кетуі, гепатаргия, іріндікке айналу, порталдык гипертензия, ұйқыбез түтігінің тарылуы, талақ венасының тромбозы, плеврит.*
- * *2.Кеш дамидындар: стеаторея және мальабсорция мен мальдигестияның өзге көріністері, дуоденальдік стеноз, энцефалопатия, артропатиялар, артериопатиялар, жергілікті инфекциялар, ұйқыбез рагы, қантты диабет, кальциноз.*

* Клиникалық түрлері

- * **1. Рецидивтеуші түрі** — науқастардың 55-60%-да байқалады. Бұл түрінде белде буындардағыдай қатты ауыру ұстамалары оқта-текте болып тұрады. Ауырсыну эпигастрийде немесе сол қабырғаараллықта орналасады. Сонымен бірге өршу кезінде жүрек айнуы, құсу мазалайды. УДЗ-де бұл кездерде ұйқыбездің ісініп ұлғаяуы анықталады.
- * **2. Ауырсынулық түрі** (үнемі ауыру синдромымен). Дерттің бұл түрінде құрсақтың жоғарғы аймағы үнемі ауырады. Ауыру арқаға тарайды. Сонымен қатар диспепсиялық бұзылыстар да болады — тәбеттің төмендеуі, арықтау, іштің бір өтіп, бір қатуы, метеоризм; ұлғайып тығыздалған без кейде пальпация арқылы анықталады.

- *3. Псевдоісіктік (сарғайтатын) түрі** — науқастардың 10% болады, жиілеу ер кісілерде кездеседі. Дерттің бұл түрінде кабынып ісінген ұйқыбездің басы жалпы өт түтігін қысып, өттің өтпелі механикалық іркілісіне әкеледі. Осыдан, панкреатитке тән диспепсиялық шағымдармен бірге, өтпелі холестаза синдромы болады: сарғаю, терінің қышуы, зәр түсінің қоңырлануы, нәжістің ақшылдануы.
- *4. Латентті (ауырсынусыз).** Бұл түрде ауырсыну болмайды немесе болмашы, көріністе басты орын алатын диспепсиялық бұзылыстар - жүрек айнуы, кекіру, төбеттің төмендеуі, іштің жиі өтуі. Тексергенде — бездің экзо және эндокриндік функцияларының бұзылыстары анықталады.
- *5. Склероздаушы түрі** — созылмалы панкреатиттің ақырғы сатысы.

**Лабораториялық зерттеудің нәтижелері:*

- *1. Өршу кезінде лейкоцитоз, ЭТЖ-ның жоғарылауы және жедел фазалық белоктардың көбеюі байқалады.*
- *2. Қан мен несепте ұйқыбез ферменттерінің (диастазаның, липазаның) көбеюі (ферменттердің ауытқу феномені), бұл белгілер көбіне өршудің алғашқы тәуліктерінде анықталады.*

- *3. Он екі елі ішектің сөлінде — ұйқыбездік ферменттер, гидрокарбонаттар мөлшерінің, сөл көлемінің өзгерістері. Бұлардың мөлшерін секретин немесе панкреозиминмен стимуляция жасар алдында және жасағаннан кейін қайталап тексереді.
- *Панкреатиттің алғашқы кезеңінде — гиперсекреция, фиброз дамыған кезде гипосекреция анықталады.
- *4. Копрограммада — стеаторея, креаторея және нәжісте трипсиннің немесе химотрипсиннің азаюы. Панкреатиттің басты белгісі — липазаның жетіспеушілігінен нәжіс құрамында нейтральдық майлардың көбеюі.
- *5.Бездің эндокриндік жетіспеушілігінде гипергликемия және гликемиялық қисықтың қос өркештелуі анықталады.

** Аспаптық зерттеудің нәтижелері*

- * 1. Іш қуысының шолу рентгенографиясында кальцинаттар анықталуы мүмкін.*
- * 2. Гипотония үстінде жүргізілген дуоденографияда (он екі елі ішек доғасының жазылуынан немесе он екі елі ішек өзегінің тарылуынан, контурының деформациясынан) ұйқыбез басының ұлғаюын анықтайды. Без денесінің ісінуін асқазан артындағы кеңістіктің ұлғаюынан байқайды. Компрессиялық дуоденографияны жасағанда кейде контрасттық заттың ұйқыбездің түтігіне өтуі анықталады.*

3. УДЗ — бездің ұлғаюы, контурының бұдырлануы, ұлпасының әркелкілігі, Эхо тығыздығы жоғары (фиброздық) ошақтар, псевдокисталар жақсы анықталады.

4. Эндоскопиялық ретроградты холангиопанкреатография (ЭРХПГ) арқылы басты түтіктің диффузды өзгерістері анықталады: тарылуы, кеңуі, қабырғаларының тегістігі жойылуы, түтік тармақтарының деформациясы.

Қажет жағдайларда, мәселен, ісіктен күдіктенгенде КТГ, ангиография, биопсия жасалынуы тиіс.

**Емі*

- *I. Диетотерапия. Диетотерапияның басты мақсаты — ұйқыбездің секрециясын неғұрлым төмен деңгейде ұстау. Өршудің ауыр түрінде 2-3 күн науқасты аш ұстайды, "Боржоми", "Нарзан" тәрізді сілтілі минеральді суларды тәулігіне 6 стаканнан аз-аздан жұтқызып ішкізеді (панкреатикалық секрецияны тежеу үшін).*
- *Сырқаттың жағдайы дұрыстала келе диетаны біртіндеп кеңітіп, N5 диетаға көшіреді. Өршу басыла келе және ремиссия кезінде диетада белокты 130-150 г/тәул. жеткізеді (майсыз ет, балық, сүзбе, сыр есебінен), майдың мөлшері 70-80 г/тәул., көмірсулар 300-400 г/тәул. Тағамды суға пісіріп немесе буға бұқтырып дайындайды. Тамақты аз-аздан тәулігіне 4-6 рет ішкізеді. Бұл кезде көкөністер (сәбіз, капуста, қызылша, сельдерей, салат) жағымдылығына қарай беріледі.*

Созылмалы панкреатитке шалдыққандар ұйқыбездің секрециясын күшейтетін тағамдардан бас тартуы тиіс. Бұларға қолдануға болмайтын тағамдар: еттің майы, күйдірілген өсімдік майы (липазаны қажет етуінен), сүт, еттің сорпасы, өткір тағамдар, консервілер, қышқыл жемістер мен шырындар, газды сусындар. Араққа, сыраға, алкогольді сусындардың барлық түрлеріне қатаң тыйым салынады.



Этиологиялық ем

- *биллиарлық жүйенің санациясы;*
- *панкреатиттің белгілері (лейкоцитоз, ЭТЖ-ның жоғарылауы, дене қызуының көтерілуі, бездің қатты ауырсынуы) болса антибактериялық ем жүргізіледі: ампициллин 0,5 г 4 рет бұлшықетке енгізіп немесе ішкізіп; эритромицин 0,25 г 4 рет; доксициклин 0,2 г бірінші күні, кейін 0,1 г күніне 1 рет.*

● **Миотропты спазмолитиктер:**

- **2% дротаверин ерітіндісі:**

1-6 жас 10-20 мг;

6-12 жас - 20 мг тәулігіне 1-2 рет;

- мебеверин (12 жастан асқан балаларға) 2,5 мг/кг күніне 2 рет.

M-холинолитиктер:

- **0,2% платифиллин ерітіндісі**

1-5 жас- 0,015 мл/кг;

6-10 жас- 0,0125 мл/кг;

11-14 жас - 0,01 мл/кг.

- **Атропин 0.01 % ерітіндісі**

0,02мг. - 6 айға дейінгілерге

0,05 мг.- 6 ай -1 жас

0,2мг. - 1-2 жас;

0,25мг 3-4 жас;

0,3мг. - 5-6 жас;

0,4 мг.- 7-9 жас;

0,5мг. - 10-14 жас

- **Прокинетиктер** (асқазанның, ұлтабардың, өт жолдарының қозғалыс қызметін қалпына келтіру мақсатында):
 - **домперидон** (ішке)
5 жастан асқан балаларға 5 мг-нан тәулігіне 2 рет ішуге тағайындалады
10 жастан асқан балаларға – 10 мг тамақтану алдында 20-30 мин бұрын тәулігіне 2 рет 7-10 тәулік бойы;
 - **тримебутин** (ішке)
3-5 жастан асқан балаларға – 25 мг тәулігіне 3 рет;
5-12 жас – 50 мг тәулігіне 3 рет;
12 жастан жоғары – 100-200 мг тәулігіне 3 рет.

- **Гистаминнің H₂рецепторларын тежеушілер** ішке 2-4 мг/кг тәулігіне 2 рет (максимальды-300 мг /тәу.) 3-4 апта, ішке қабылдау мүмкін емес болмаған жағдайда **ранитидинді** парентеральды енгізеді 50 мг-нан әр 6-8 сағат сайын максимальды (300 мг/тәу) немесе **фамотидин** (40-60 мг/тәу).

Протоны помпа ингибиторлары – **омепразол** таблетка 20 мг, 1 таблетка күніне 1 рет ұйықтар алдында беріледі 2-3 апта.

- **Антацидті** препараттар (асқазанның қышқылдық ортасын төмендету мақсатында) 2–3 рет күніне тамақтан кейін әр 1,5–2 сағат сайын:
 - **алгелдрат+магний гидроксиді** 170-200мл шиша, суспензия 15 мл
- 4-12 айлық балаларға. – 7,5 мл (1/2ш.қ..)
- 1 жастан асқандарға – 15 мл.



- **Микрокапсулярлы панкреатикалық ферменттер** (жоғары ферментемияның және ферментурияның болмауы кезінде алмастырмалы терапия мақсатында) толық сыртқы секрецияның жеткіліксіздігінде – 400 000 ЕД тәулігіне: 3 жастан 12 жас аралығындағы балаларда 15000 ЕД көп емес **липаза** 1 кг дене салмағына; 12 жастан асқан балаларға 15000-20000 ЕД липаза 1 кг дене салмағына тәулігіне. Тәуліктік мөлшері: 1,5 жасқа дейінгі балалар үшін – 50 мың. ЕД; 1,5 жастан үлкен – 100 мың.ЕД.
- Ферментті терапия копрограмманың бақылауымен жүргізіледі.

- **Бактерияға қарсы терапия** (септикалық асқынулардың алдын алу мақсатында):
 - **амоксициллин/клавуланқышқылы** ішке тәулігіне 3 рет
1-7 жастағы балаларға – 0,375-0,468 г;
7-14 жас – 0,750-0,936 г,
 - **кларитромицин** балаларға 15 мг/кг/тәулігіне 2 рет қабылдау
 - **цефалоспориндер**
бұлшықетасты және венаішілік 50-100 мг/кг тәулігіне 2-4 ретке бөліп егу;
суспензия 250 мг, тәулігіне 3 рет 10 күн бойы:
5 мл – 1-3 жас;
7,5мл. – 3-6 жас;
10 мл – 6 жастан жоғасы.
- **Гормонотерапия** (ауыр жағдайларда):
 - **сандостатин** 50 мкг/1 мл, 100 мкг/1мл, ампула есебімен 0.05мкг/кг 1 рет тәулігіне.

Патогенездік ем

Ұйқыбез секрециясын тежейтін дәрілер:

- *антацидтер (алмагель, фосфалюгель, Бурже қоспасы, никалин т.б.) — асқазан сөлін, өт қышқышдарын байланыстыру мақсатымен;*
- *H₂-рецепторлардың блокаторлары (квamatел 20 мг вена ішіне 2 рет тамшылатып);*
- *протондық помпаның ингибиторлары (омецид);*
- *холинолитиктер (гастроцепин, хлорозил, атропин, платифиллин).*

* Созылмалы тассыз холецистит.

- * СОЗЫЛМАЛЫ ТАССЫЗ ХОЛЕЦИСТИТ - өт жолдарының моторлы-тоникалық бұзылыстарымен (дискинезиясымен) және өттің физико-химиялық әсері мен биохимиялық құрамының өзгеруімен (дисхолия) қабаттасатын өт қабшығының созылмалы полиэтиологиялық қабыну ауруы. Ауру ұзақтығы 6 ай шамасында.

Эпидемиологиясы

Созылмалы тассыз холецистит (СТХ) - өт жолдарының кеңінен тараған ауруы, жиілігі-1000 тұрғынға шамамен 6-7 рет кездеседі.

- * СТХ-мен әйелдер еркектерге қарағанда 3-4 рет жиірек ауырады.

*Этиологиясы.

***Бактериальді инфекция** - СТХ-ның ең маңызды этиологиялық факторларының бірі болып табылады. Инфекция көзі ретінде мұрын-жұтқыншақ және мұрынның қосалқы қуыстарының (созылмалы тонзиллит, синусит), ауыз қуысы (стоматиттер, гингивиттер, пародонтоз); зәр айдау жүйесі (цистит, пиелонефриттер); жыныс жүйесі (простатит, уретриттер); гинекологиялық аурулар (аднексит, эндометрит); ішектің инфекциялық аурулары; бауырдың вирусты зақымдануы болуы мүмкін.

Инфекция өт қабшығына үш жол арқылы өтуі мүмкін:

Гематогенді (үлкен қанайналу шеңберімен қабшықтық артерия шығатын бауырлық артериядан);

***Өрлеме жолмен** (ішектен), инфекцияның бұл жолмен өтуі Одди сфинктерінің жеткіліксіздігі, асқазандық гиперсекреция, мальдигестия және мальабсорбция синдромынан болуы мүмкін;

***Лимфогенді** (ішектегі, жыныс жүйесінің, бауырлық және бауыр ішілік лимфогенді жолдар арқылы).

* Созылмалы холециститтің ең жиі қоздырғышы болып, ішек таяқшалары және энтерококктар (өт қапшығының жоғарылау жолы бойынша инфицирленуі); стафилококктар мен стрептококктар (инфекция енуінің гематогенді және лимфогенді жолы бойынша); өте сирек протейлер, іш сүзегінің және парасүзек таяқшалары, ашытқы саңырауқұлақтар болып табылады. 10 % жағдайда созылмалы холецистит себепкері болып, В және С гепатит вирустары болып келеді. СТХ жиі себепкеріне өт қапшығына аралас микрофлораның енуі болып табылады.

Паразитарлы инфекция - описторхох, аскаридоздар болуы мүмкін. Лямблиялар созылмалы холециститтің дамуына әкеледі.

Дуоденобилиарлы рефлюкс 12 елі ішектегі қысымның жоғарылауы кезінде созылмалы дуоденальді стазда, Одди сфинктерінің жеткіліксіздігінде, созылмалы панкреатитте дамиды. Дуоденобилиарлы рефлюкс дамыған кезде дуоденальді заттардың активтелген панкреатикалық ферменттермен бірге лақтырысы болады, ол өз алдына бактериалды емес «ферментативті», «химиялық» холециститтің дамуына әкеледі. Сонымен қатар, дуоденобилиарлы рефлюкс өттің іркілуі мен инфекцияның өт қапшығына өтуіне әкеледі.

Аллергия - тағамдық және бактериалды аллергендер созылмалы холециститті шақыруы мүмкін, ол морфологиялық тұрғыда өт қапшығы қабырғасының қабыну белгілерінің және эозинофилдердің бактериалды инфекциясыз анықталуымен дәлелденеді (токсико-аллергиялық холецистит).

^ **Асқорыту мүшелерінің созылмалы қабыну аурулары** - өт қапшығына инфекцияның өтуіне, созылмалы холециститтің патогенетикалық факторларының енуіне жағдай жасайды. Әсіресе, холедоходуоденопанкреатикалық аймақтың ауруы жатады.

^ **Жедел холецистит** кейін созылмалы холецистит дамуына әкеледі.

□ Бейімдеуші факторлар

Өттің іркілуі, төмендегілерден болады:

- өт шығару жолдарының дискинезиясымен
- семіздікпен және жүктілікпен (құрсақ ішілік қысым артады және өт қабынан өттің ағысы қиындайды);
- психоэмоциональды күйзеліс жағдайларымен;
- тамақ қабылдау тәртібінің бұзылыстарымен (тамақ қабылдау өт қабының босауына әсер етеді, сирек тамақ қабылдаулар өт қабында өттің іркілуіне бейімдейді); майлы және қуырылған тағамдарды артық қолдану Одди және Люткенс сфинктерлерінің спазмын және өт шығару жолдарының гипертониялық дискинезиясын шақырады;
- тағам құрамында өсімдік тектес клетчатканың жеткіліксіз немесе жоқ болуы (күрделі талшықтар), олар өттің ыдырауы мен өт қабының босауына әсер етуіне қажетті заттар;
- өт қабының туа біткен аномалияларымен.
- Құрсақ қуысы ағзаларының қабынулары дамығанда рефлекторлы әсері. Бұл өт шығару жолдарының дискинезиясының дамуына және өт қабында өттің іркілуіне әсер етеді.
- Ішек дисбактериозы.
- Өттің физико химиялық қасиеті мен құрамының өзгеруіне әсер ететін зат алмасу бұзылыстары (семіздік, қантты диабет, гиперлиппротеинемиялар, подагра және т.б).
- Тұқым қуалаушылық.

* Патогенезі.

* СХ кезінде өт қабында микрофлора тек 33-35% жағдайларда анықталады. Көптеген жағдайларда (50-70%) қаптық өт СХте стерильді. Бұл өттің бактериостатикалық қабілетінің бар болуымен (өтте тек іш сүзектік таяқша ғана қалыпты дами алады), сондай ақ бауырдың бактерицидтік қабілетімен түсіндіріледі (бауыр тінінің функциясы дұрыс болған жағдайда гематогенді немесе лимфогенді жолмен бауырға түскен микробтар өледі). Маңыздысы микрофлораның өт қабының қабырғасына ену болып табылады, өйткені осы ғана СХң дамуына инфекцияның тікелей қатысы бар екендігіне дәлел.

Өт қабының микробты қабынуы өт іркілісі тұсында өттің инфицирленуі болып, оның қасиеттері өзгергенде (дисхолия) ғана дамиды.

СХң негізгі патогенетикалық факторлары болып табылады:

1) Өт қабының қабырғасының нейродистрофиялық өзгерістері

2) Нейроэндокринді бұзылыстарға вегетативті жүйке жүйесінің және эндокринді жүйенің бұзылыстары жатады, оның ішінде гастроинтестинальды. Бұл бұзылыстар бір жағынан өт шығару жүйесінің дискинезиясының дамуын шақырады, ал басқа жағынан - өттің іркілуін және өт қабының қабырғасының дистрофиялық өзгерістерін шақырады.

Вегетативті жүйке жүйесінің дисфункциясында өт қабының дискинезиясы дамып, өттің ағысы қиындайды. Симпатикалық жүйке жүйесінің гипербелсенділігі гипотониялық, ал кезбе нервтің гипертонусы - өт қабының гипертониялық дискинезиясын шақырады.

Өт қабының моторлы функциясын реттеуде маңызды рөлді эндокринді жүйе атқарады, оның ішінде гастроинтестинальды. Өт шығару жолдарының дискинезиясы генезінде маңызды рөлді қалқанша бездің, бүйрек үсті бездерінің, жыныс бездерінің функцияларының бұзылыстары да орын алады.

* 3) *Өттің іркілісі мен дисхолиясы.*

4) *Өт қабының қабырғасының жағдайының бұзылысы.* Созылмалы холецистит патогенезінде өт қабының қабырғасының жағдайын өзгертетін факторлар үлкен рөл атқарады:

Гипертониялық ауру, құрсақ қуысының қан тамырларының атеросклерозы, түйінді периартериит және басқа да жүйелі васкулиттерде қан айналым бұзылыстары;

*

өттің физико химиялық құрамы жағынан өзгеріс нәтижесінде өте қоюлануы қт қабының қабырғасының ұзаққа созылған тітіркенуіне әкеп соғады;

*

қабыну инфекциялық ошақтардан пайда болатын гистамин тәрізді заттар, токсиндер қабырғасының серозды ісінуіне әкеледі.

*

Аталған факторлар өт қабырғасының резистенттілігін төмендетеді, оған инфекцияның енуіне және қабыну үрдісінің дамуына септігін жасайды.

5) *Аллергиялық және иммундық қабыну реакциялары.*

*Жіктелуі

* СХң жалпы қабылданған жіктеуі жоқ.

Қазіргі заманғы және толық жіктелуі Я. С. Циммерман жіктелуі болып табылады (1992).

^ Этиологиясы және патогенезі бойынша.

* - Бактериальды.

- Вирусты.

- Паразитарлы.

- Микробты емес («асептикалық», иммуногенді).

- Аллергиялық.

- «Ферментативті»

- Этиологиясы белгісіз.

Клиникалық түрлері бойынша.

* 2.1. Созылмалы тассыз холецистит.

- Қабыну үрдісі басым болуымен.

- Дискинетикалық белгілері басым болуымен.

* 3.1. Өт қабының жиырылғыштық функциясының бұзылысы.

- Өт қабының гиперкинезі
- Өт қабының гипокинезі - оның тонуысының өзгеруінсіз (нормотония), тонусының төмендеуімен (гипотония).

3.2. Өт шығару жолдарының сфинктерлік аппаратының тонусының бұзылысы:

- Одди сфинктерінің гипертонусы.
- Люткенс сфинктерінің гипертонусы.
- Екі сфинктердің гипертонусы.

Ағымының сипаты бойынша:

- * - Сирек рецидивті (ағымы қолайлы).
- Жиі рецидивті (ағымы қарқынды).
- Тұрақты (монотонды) ағымды.
- Бет перделік (Маскировочный) (ағымы атипті).

^ Аурудың фазасы бойынша.

- * - Өршу фазасы (декомпенсация).
- Өршуі басылыңқы фазасы (субкомпенсация).
- Ремиссия фазасы (компенсация - тұрақты, тұрақсыз).

*

^ Негізгі клиникалық синдромдар.

*

- ауыру сезімдік
- диспепсиялық
- вегетативті дистониялық
- оң жақты реактивті (ирритативті)
- етеккір алды кернеулі
- солярлы
- кардиалгиялық (холецисто-кардиальды)
- невротикалық-неврозотәрізді
- аллергиялық

* Ағымының ауырлық дәрежелері

Жеңіл дәрежелі:

өршулері сирек (жылына 1-2 рет) және ұзаққа созылмайды (2-3 аптадан артық емес);

- * ауыру сезімдері қарқынды емес, өт қабының аймағында орналасады, 10-30 минутке созылады, жиі өздігінен басылады;
- * бауыр функциясы бұзылмаған;
- * асқынулары жоқ.

* *Орташа дәрежелі ауырлық*

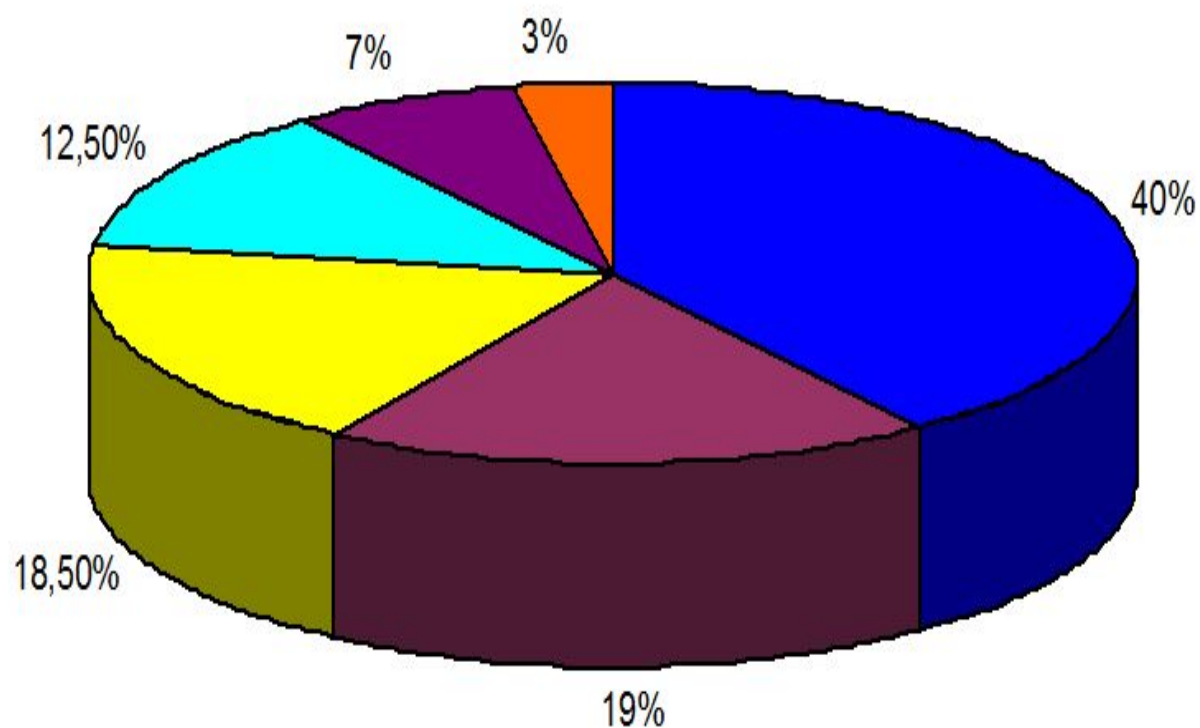
өршулері жиі (жылына 5-6 рет), сипаты созылыңқы;

- * ауыру сезімдер тұрақты, ұзаққа созылған, спазмолитиктармен, анальгетиктермен басылады;
- * бауырдың функциональды сынамалары бұзылуы мүмкін;
- * асқорыту ағзалары жағынан асқынулар болуы мүмкін, аз, кейде айқын болуы мүмкін.

* *Ауыр дәрежелі ауырлық:*

өршулері жиі (айына 1- 2 рет және одан да жиі) және ұзаққа созылған;

- * ауыру сезімдері қарқынды, ұзаққа созылады, бірнеше анальгетиктер мен спазмолитиктерді енгізгеннен соң басылады.
- * асқорыту ағзалары жағынан асқынулар жиі дамиды, айқын. Ауырғ асқынған түрі өт қабында тастардың пайда болуымен қатар жүреді.



- дискинезия пузырного протока и желчного пузыря
- хронический гастрит
- хронический холецистит, холецистохолангит
- хронический дуоденит
- функциональные расстройства желудка
- прочие

*Клиникалық көрінісі

Созылмалы тасты емес холецистит (СТЕХ) кең тараған ауру болып табылады, әртүрлі жас адамдарда кездеседі, дегенмен де көбіне 40-60 жас аралығында кездеседі. 75 жастан асқандарда калькулезді холецистит басым болады.

Тассыз да, калькулезді де холециститпен ерлерге қарағанда әйелдер жиі ауырады.

Субъективті белгілері.

Ауыру белгісі - аурудың негізгі субъективті симптомы. Ауыру сезімінің орналасуы, қарқындылығы, ұзақтығы қосымша өт шығару жолдарының дискинезиясына, ас қорыту жолдарының ауруларына, созылмалы холециститтің асқынуларына байланысты. СТЕХ кезінде ауыру сезімі әдетте оң қабырға астында, кейде асқазан асты аймағында орналасады. Ауыру сезімінің пайда болуы немесе күшеюі әдетте көп мөлшерде, майлы, қуырылған, өте суық немесе ыстық тамақ қабылдаумен, газдалған сулар, алкоголь қабылдаумен байланысты. Кейде ауыру сезімі қарқынды физикалық күш түскенде немесе психоэмоциональды күйзелісті жағдайлармен байланысты болады. СТЕХ әркезде өт қабының дискинезиясымен жүреді. Дискинезияның гипотониялық вариантында ауыру сезімі тұрақты, сыздаған, өте қатты айқын болмайды. Кейде ауыру сезімінен гөрі, оң қабырға астында ауыртпалық сезімі күшті болады.

Өт қабының гипертониялық дискинезиясында ауыру сезімі ұстамалы сипатта, қарқынды болады, ол өт қабының мускулатурасының спастикалық жиырылуымен байланысты. Өте қатты ауыру сезімі (өт шаншуының ұстамасы), калькулезді немесе «мойындық» холециститте байқалады (локализациясы өт қабының мойын аймағында).

СТЕХ ауыру сезімдері оң иыққа, оң жауырынға, кейде бұғанаға беріледі. Ауыру сезімі өт қап ішілік қысымның артуымен де жүреді. Созылмалы холецистит перихолециститпен асқынғанда ауыру сезімі соматикалық ауыру сезімі деп аталатын сипатта болады.

Оның пайда болу себебі: жұлын ми нервтерімен иннервацияланатын париетальды ішперденің, тері асты клетчатканың, терінің тітіркенуі. Созылмалы панкреатит дамығанда ауыру сезімдері белдемелік сипатта болып, эпигастрий, оң қабырға астына, кейде кіндік айналасы аймағына берілуі мүмкін, ал реактивті гепатитпен асқынғанда - ауыру сезімі барлық бауыр аймағында орналасады.

❖ **Диспепсиялық шағымдар** - лоқсу, құсу (30-50%), аузында ащы сезім, қышқылмен кекіру (әсіресе өт қабының қосымша гипотониялық дискинезиясы болғанда). Екіншілік гастродуоденит, гастрит, панкреатит, энтерит даму салдарынан қыжылдау, сасық иісті кекіру, метеоризм, тәбеттің төмендеуі, диарея қосылады.

Терілік қышу - өт бөлінудің бұзылысын және өт қышқылдарымен терінің нерв ұштарын тітіркендіруді көрсететін симптом. Өт тас ауруына, холестаза синдромына тән, бірақ кейде өт іркілуімен байланысты СТЕХ кезінде де байқалады.

Дене температурасының көтерілуі - созылмалы холециститтің өршу кезінде 30-40% науқастарда байқалады, қалтыраумен қатар жүруі мүмкін.

Психоэмоциональды бұзылыстар - депрессия, жалпы әлсіздік, тез шаршағыштық, тітіркенушілдік, эмоциональды әлсіздік тек аурудың өзімен ғана байланысты емес, сонымен қатар психожарақаттаушы әсерлермен де байланысты. Психоэмоциональды бұзылыстар өз кезегінде өт шығару жолдарың дисфункциясымен бірге жүреді.

Кардиалгиялар - СТЕХ өршуі кезінде 25-50% науқастарда жүрек тұсында ауыру сезімдері мазалауы мүмкін, оның генезі рефлекторлы.

* *Егде жастағы науқастардағы созылмалы холецистит* жедел холециститке карағанда 2 есе аз кездеседі, қарттық жаста жедел және созылмалы холециститтің кездесуі бірдей (12 %).СХ ауыратын 70-80 % науқастарда қарттық шағында өт жолдарының дискинезиясының клиникасы басым болады және 20-30 % -қабынулы үрдіс болады. Бірінші жағдайда клиникалық көрінісінде оң қабырға астында ауырсыну синдромы басым болады, ол майлы, қақталған, маринадталған тамақтарды қабылдағаннан соң 2-4 сағаттан соң пайда болады. Ауырсыну синдромның ұзақтығы мен күші әртүрлі, ол өт шығару жолдарындағы гипертензияның дәрежесіне байланысты болады. Екінші жағдайда клиникалық көрінісінде лоқсу, ауыз қуысында ащы сезім, оң қабырға астындағы ауыртпалық, метеоризм, іш қатулары, субфебрилитет, кейде склераның субиктериялылығы байқалады.

Егде жаста бауырдың абсцестелуі де жиі кездеседі. Мұндай науқастарда дене температурасының 38 С көтерілген тұсында айқын лейкоцитоз ($16-20 \cdot 10^9/\text{л}$) және ЭТЖ артуы (30 мм/сағ және одан жоғары) байқалады. Егде жастағы адамдарда ұсақ, диффузды орналасқан бауыр абсцестері оперативті емге жарамайды. Мұндай науқастарға кең спектрлі антибиотиктер тағайындаған жөн. Мұндай беткей орналасқан ұсақ бауыр абсцестерін анықтау өте қиын, тіпті қазіргі заманғы анықтау әдістерін (сканирлеу, эхография, компьютерлі томография) қолданғанның өзінде де. Мұндай жағдайда диагностикалық мәнді болып лапароскопия табылады.

Егде жастағы науқастар терапиясында холеспазмолитиктер ішінде холаголды қабылдаған жөн, оны оң қабырға астында жағымсыз сезімдер мазалағанда қантқа 10 тамшы түрінде қолданылады. Мұндай жағдайларда спазмолитик плафиллин (папаверин гидрохлориді - 0,02 г, платифиллин гидротартрат - 0,005 г) 1 таблеткадан күніне 2 рет тағайындалады. Бактериостатикалық және босаңсытатын әсер ететін спазмолитик болгар препараты розанолды беруге болады, құрамында белсенді май бар. Препарат күніне 2 капсуладан 3 рет тамақтан 30 мин бұрын 10 күн бойы тағайындалады. Екі апталық үзілістен соң емдеу курсы жалғастырылады.

* Гериатриялық тәжірибеде айқын емдік эффектілігі бар- холагогум болып табылады. Оның құрамында өсімдік тектес биологиялық белсенді заттар бар, капсуламен шығарылады. Холагогумның өт айдағыш, спазмолитикалық әсері бар, өттің биохимиялық құрамын қалпына келтіреді. Препарат 1 капсуладан күніне 3 рет тағамнан алдын 14 күн бойы тағайындалады. Емдеу курстарын жылына 6-8 рет қайталауға болады.

Егде және қарт жастағы науқастарда антибактериальды дәрілердің арасынан тетрациклинді, метациклин гидрохлоридін (рондомицин), доксоциклин гидрохлоридін (вибрамицин) тағайындауға болады. Тетрациклин 0,25 г күніне 4 рет 7 күн бойы тағайындалады, метациклин гидрохлоридін - 0,15-0,3 г күніне 2 рет 5-6 күн бойы және доксициклин гидрохлоридін - күніне 0,2 г 5 күн бойы тағайындайды.

Созылмалы калькулезді емес холециститте консервативті ем көрсетілген, бірақ екіншілік панкреатиттің немес холангиттің алғашқы белгілері пайда болғаннан бастап мұндай науқастарға оперативті ем тағайындалуы керек. Аталған барлық жағдайлар егде және қарт жастағы науқастарға қатысты, бірақ оларда жоспарлы оперативтік емге көрсеткіштер тарылған, ол келесі жағдайлармен байланысты: 1) қарттық жаста атеросклерозбен, өкпе эмфиземасымен, созылмалы бронхитпен, қантты диабетпен, семірумен науқастар саны көбейед, олардың барлығы жоспарлы операцияға мүмкіншілікті шектейді; 2) егде және қарт жастағы науқастарда симптомсыз тасы барлар саны артады.

* Диагностикасы.

*

Қарап тексеру – кейбір науқастарда склера, тері субиктериялық болуы мүмкін (кейде айқын сарғыштану болуы мүмкін). Көптеген науқастарда дене салмағының артық болуы байқалады.

Пальпация анықтайды:

- ішперденің тітіркену симптомы, бұлшық еттік қорғаныс бөліктері;

- оң «өт қаптық» симптомдардың болуы:

Курвуазье (ұлғайған өт қабы);

- * Ортнер-Греков симптомы (оң қабырға доғасын алақанмен ұрғылағанда ауыру сезімді болуы);
- * Кера симптомы (тыныс алған кезде оң қабырға пальпация жасағанда ауыру сезімінің болуы);
- * Образцов-Мерфи симптомы (өт қабы аймағын үлкен саусақпен баса отырып, науқасқа терең тыныс алуды өтінеміз, сол кезде науқас тыныс алуын тоқтатады, өйткені ол қатты ауырсыну сезімін сезеді);
- * Василенко симптомы (тыныс алудың жоғарғы шегінде тынысты тоқтатқанда өт қабы нүктесін ұрғылағандағы ауыру сезімі);
- * Мюсси-Георгиевский симптомы (оң жақтағы төс бұғана емізік тәрізді бұлшық ет аяқшалары арасын басқандағы ауыру сезімі - «френикус-симптом»).

- * Созылмалы холецистит ұзаққа созылғанда патологиялық үрдіске күн тәрізді өрімнің патологиялық үрдіске қатысуы мүмкін - екіншілік солярлы синдром. Солярлы синдромның негізгі белгілері:
Кіндік аймағындағы ауыру сезімі арқаға берілуімен (соляральгия), кейде ауырсыну күйдірген тәрізді болады;
- * Диспепсиялық өзгерістер (оларды қосымша асқазан патологиясынан болған диспепсиядан ажырату қиын);
- * Кіндік пен семсер тәрізді өсіктің арасында орналасқан ауырсынулы нүктелерді пальпаторлы анықтау;
- * Пекарский симптомы - семсер тәрізді өсіндіні басқандағы ауырсыну.
- * Созылмалы холециститпен ауыратын кейбір әйелдерде етеккір алды кернеулі синдромы дамуы мүмкін, ол нейропсихикалық, вегетативті - қан тамырлық және алмасу-эндокринді бұзылыстармен көрінеді. Етеккір алды синдромның белгілері етеккірден 2-10 күн бұрын басталып, етеккір басталғанда жоғалады. Синдромның дамуы гормональды дисбаланспен байланысты. Синдромның негізгі клиникалық көріністері көңіл күйдің тұрақсыздығы (тітіркенгіш, жылауық), бас ауруы, бет пен қол басының ісінуі, сүт бездерінің қатаюы және ауырсынулы болуы, аяқ қолдардың ұйып қалуы, артериальды қан қысымның тұрақсыздығы. Осы кезеңде созымалы холециститтің өршуі болады.

Кейбір науқастарда холецисто-кардиальды синдром дамиды, жүрек аймағында ауыру сезімдерімен көрінеді (алкоголь, майлы және қуырылған тағамдар қабылдағаннан соң пайда болады, қарқынды емес сипатта болады); жүрек қағулары; өтпелі 1 дәрежелі атриовентрикулярлы блокада; миокардтағы диффузды өзгерістердің ЭКГ-белгілері (барлық әкетулерде Т тісінің амплитудасы төмендейді). Бұл синдромның дамуы негізінде жүрекке рефлекторлы, инфекциянды-токсикалық әсерлер, миокардтағы алмасу бұзылыстары, вегетативті нерв жүйесінің дисфункциясы жатыр.

Аллергиясы бар адамдарда СТЕХ өршуі есекжем, Квинке ісінуінің, дәрілік және тағамдық аллергияның кейде бронхоспазммен, эртралгиямен, эозинофилиямен қатар жүруі мүмкін.

*Тексеру жоспары:

- * Жалпы қан, зәр анализі.
- * ҚБА: қандағы билирубин, аминотрансферазалар, сілтілі фосфатаза, гамма-глутамилтранспептидаза, жалпы белок және белокты фракциялар, холестерин, глюкоза, липопротеиндер фракциялары.
- * Қанның иммунологичлық анализі: қандағы В- және Т -лимфоциттердің құрамы және белсенділігі, иммуноглобулиндер класы.
- * ФЭГДС.
- * Өт қабының, бауырдың, ұйқы безінің, бүйректердің УДЗ.
- * Фракционды дуоденальды зондтау.
- * Өтті тексеру; микроскопиялық, бактериологиялық, биохимиялық тексеру.
- * ЭКГ

* *Созылмалы холециститтің эхографиялық белгілері:*

- * өт қабының қабырғасының 2 ммден артық қалыңдауы.
- * өт қабының тегіссіздігі және контурының деформациясы;
- * тыныс алғанда өт қабының қозғалысының төмендеуі немесе мүлдем болмауы;
- * құрамы гомогенді емес, «өтті»
- * приборды датчигімен өт қуысының тұсын басқанда ауырсыну (оң ультрадыбыстық Мерфи симптомы);
- * өт қуысының мөлшерінің ұлғаюы немесе кішіреюі;
- * өт қабының жылаңкөздермен деформациясы, дене қалпын өзгерткенде оның ығысуының шектелуі (перихолецистит);
- * бауыдың өт қабы айналасындағы тіндердің инфильтрациясы, ол өт қабының айналасында бауырлық паренхимасының экзогенділігінің артуымен көрінеді;

* Емі.

* *Емдік режим.* Созылмалы холециститтің клиникалық айқын өршуі кезеңінде науқастарды арнайы гастроэнтерологиялық немесе терапевтік бөлімшеге жатқызылады. Қатты ауырсыну синдромында (өттік шаншу ұстамасы), әсіресе лғаш рет немесе механикалық сарғаюмен асқынғанда, сондай ақ деструктивті холецистит даму қаупі болғанда науқастарды хирургиялық бөлімшеге жолдау қажет. Аурудық жеңіл ағымында емді амбулаторлы түрде жүргізуге болады.

Өршу кезінде науқасқа 7-10 күн төсектік түзім тағайындалады (қатаң емес). Өт шығару жолдарының қосымша гипертониялық дискинезиясы болғанда науқастың психоэмоциональды жағдайы да дұрыс болған жөн. Гипокинетикалық дискинезияда ұзақ төсектік түзім қажет етілмейді. Ауырсынуды және өршудің айқын белгілерін жойғасын науқастың түзімін жалпы түзімге ауыстыруға болады.

^ *Емдік ем-дәм.*

СХ өршу кезінде емдік ем дәм қт қабындағы қабынуды азайтатындай, өттің іркілуін болдырмайтындай болуы тиіс.

Күрт өршуі фазасында алғашқы 1-2 күн тек жылы сұйықтық тағайындалады (қою емес тәтті шай, сумен араластырылған жемістер мен жидектерден шырындар, итмұрын қайнатпасы, минеральды су "Боржоми") аз порциялармен күніне 3-6 стакан, бірнеше қатпа нандар. Өрі қарай жағдайы жақсарғасын және ауырсыну азайғасын шектелген мөлшерде келесі тағамдар беріледі: шырышты сорпалар (овсяный, күріш, манналық), ботқалар (манная, овсяная, күрішті), кисельдер, желе, мусстар. Өрі қарай майсыз сүзбе, майлы емес қайтатылған балық, жұмсартылған ет, ақ нан. Тағам күніне 5-6 рет беріледі.

Көптеген мамандар аурудың өршу кезінде 1-2 жеңілдетілген күндерді ұсынады, ал артық дене салмағы бар науқастарға ол күндерді аурудың ремиссиясы кезінде де жүргізуді ұсынады.

Аурудың өршуін басқасын № 5 ем дәм тағайындалады. Бұл ем дәмде толық құнды белоктардың қалыпты мөлшері бар (90-100 г); майлар (80-100 г), майлардың 50% өсімдік майы; көмірсулар (400 г), *рационның* энергетикалық құндылығы 2500 - 2900 ккал .

Тамақтану аз мөлшерде және жиі (тәулігіне 5-6 рет), ол өттің жақсы ағысына септігін тигізеді. Бір рет көп мөлшерде тағам қабылдағанда өттің бөліну ырғағын бұзады да, өт жолдарының спазмын шақырады және ауыру сезімі пайда болады.

Науқастарға ұсынылады: сүт, жеміс, көкөніс сорпалары тағайындалады; өттің майсыз сұрыптары (сиыр, қоян, тауық еттері) және балықтар (треска, лещ, окунь, судак, хек) еттері қайнатылған немесе бұға пісірілген түрлерінде беріледі; докторлық шұжық, майсыз шұжық; жармалар; пудингтер, қайнатылған вермишель, кеспе, әртүрлі көкөністер шикілей, қайнатылған түрлерінде беріледі; қайнатылған және шикі түріндегі жемістер мен көкөністерден жасалған сааттар тағайындалады. Жұмыртқаны шала пісіріп береді (1-2 күнде біреуден), белоты омлеттер аптасына 2-3 реттен. Сүтті табиғи түрінде және тағамдарға қосып беруге болады, сүт қышқылды өнімдер, сүзбе, варениктер, сүзбеден жасалған суфле, ащы емес сыр. Тағамға аздаған мөлшерде аскөк, шамалы қаймақ, жемістік соустар қосуға болады. Қою емес шай, кофе, жеміс жидектен жасалған сусындар, итмұрын қайнатпаларын тағайындауға болады. Өсімдік және сары майды дайын ас тағамдарына қосады.

* Созылмалы холециститтерде өсімдік майлары өте пайдалы (күнбағыс, зәйтүн, жүгері майлары). Олар полиқанықпаған май қышқылдарына, фосфолипидтерге, витамин Еге бай. Полиқанықпаған май қышқылдары (арахидон, линольді) клеткалық мембраналар құрамына кіреді, холестерин алмасуының қалыптасуына әсер етеді, простагландиндер синтезіне қатысады, олар өтті ыдыратады, өт қабының жиырылу қабілетін арттырады. Өсімдік майлары өт іркілу синдромында маңызды, мұндай жағдайда олардың бөлігі тәуліктік рациондағы майдан артық болады.

Ем дәмде белоктың (ет, балық, сүзбе) және өсімдік майлары өттің холтохолестериндік коэффициентін арттырады және осылай оның литиогенділігін азайтады.

Өттің коллоидты қасиеттерінің факторының бірі оның **pH** болып табылады. Холестерин еріген күйінде өттің нейтральды және сілтілі реакциясында болады. Өттің pH қышқылға қарайығысуы ($pH < 6$) холестериннің кристаллизациясына септігін тигізеді. Мұндай болуға ұннан жасалған тағамдарлы көк пайдаланғары әс ер етеді. Өттің реакциясын сілтіліге өзгерту үшін сүт, сүттен жасалған өнімдер, сүзбе, ашы емес сыр, көкөністер (асқабақтан басқасы), жемістер (брусника мен қызыл таңқурайдан басқасы).

Өсімдік клетчаткасына бай көкөністер, жемістердің антилитогендік қасиеті анықталған (алмалар, сәбіз, қарбыз, қауын, қызанақтар және т.б.). Тағамға бидай кебектерін тәулігіне 30 г қосқан жөн. Отрубтарды алдын ала ыстық суға салады, одан соң сұйықтықты төгіп тастап, ісінген кебектерді тағамдарға қосады 1-1.5 ас қасықтан күніне 3 рет. Емдеу курсы - 4-6 апта. Көкөністер, жемістер, кебектер (өсімдік клетчаткалары) өттің ағысына септігін тигізеді, олардағы холестериннің азаюына әсер етеді, тастардың пайда болуына кедергі келтіреді.

Өт қабының және өт шығару жолдарының гипертонусында тегіс мускулатураның тонусын азайту үшін магние бай ем-дәм тағайындалады (магний бидай және қарақұқмық жармаларында, бидай кебектерінде, сұлыда, нанда, көкөністерде көп).

Созылмалы холециститі бар науқастарға бауырға тітіркенуші әсер ететін тағамдарды беруге болмайды: еттік сорпалар, жануар майлары, жұмыртқа сарыуызы, ашы дәмдеуіштер (аскөк, бұрыш, горчица, хрен), майлы және бұқтырылған тағамдар, ашытылмаған қамырдан жасалған өнімдер. Алкогольдік ішімдіктер мен пиво қарсы көрсетілген.

* Медикаментозды ем.

*

Антибактериальды терапия. Өтке ену дәрежесіне байланысты антибиотиктерді және басқа антибактериальды заттарды келесі топтарға бөлуге болады:

өтке өте жоғары клнцентрацияда енетіндер: эритромицин, олеандомицин, новобиоцин, рифамицин, рифампицин, рондомицин, ампициллин, оксациллин, ампиокс, линкомицин, леворин, эрицихлин;

*

жоғары концентрацияда өтке енетіндер: фуразолидон, пенициллин; тетрациклин, феноксиметилпенициллин, олететрин, хлорофиллипт, нитроксолин, невиврамон (неграм), абахтал, таривид, цефалоспоринді антибиотиктер, аминогликозидті антибиотиктер;

*

өтке әлсіз енетіндер: стрептомицин, ристомицин, левомицетин.

*

Ампициллин – жартылай синтетикалық пенициллиндерге жатады, кейбір грам теріс бактериялар (ішек таяқшасы, энтерококктар, протей және т.б.) және грам оң бактериялар (стафилококктармен стрептококктар) белсенділігін тежейді. Ампициллин өт жолдарына холестаза болғанда да енеді. Ампициллин ішке 0.5 г күніне 4 – 6 рет тағайындайды немесе бұлшық етке 0.5 г әрбір 4-6 сағ сайын.

Оксациллин – жартылай синтетикалық препарат, грамоң флораға бактерицидтік әсер көрсетеді (стафилококк, стрептококк және т. б.), бірақ көптеген грам теріс бактерияларға әсер етпейді. Пенициллиннен айырмашылығы пенициллиназа түзетін стафилококктарға белсенді әсер етеді. Оксациллин өтте жақсы жиналады және ішке 0.25-0.5 г күніне 4-6 рет тағамға дейін немесе 0.5 г күніне 4-6 рет бұлшық етке салынады.

Ампиокс (ампициллин мен оксациллиннің үйлесуі) - кең спектрлі бактерицидті әсер көрсететін препарат, оның ішінде пенициллиназа түзетін стафилококктардың белсенділігін басады. Өтте жоғары концентрациясын жасайды. 0.5 г күніне 4 рет ішке немесе бұлшық етке тағайындалады.

Ципрофлоксацинішке 500-750 мг күніне 2 реттен 10 күн бойы тағайындалады;

Доксициклин – ішке 1-і күні 0,1г 2 рет, әрі қарай 0.1 г күніне 1 рет тағайындалады.

Септрин (бактрин, бисептол, сульфатон) - 480-960 мг күніне 2 рет 12 сағ интервалмен тағайындалады. Емдеу курсы – 10 күн;

Ішке қабылдайтын цефалоспориндер, мысалы цефуроксим аксетил (зиннат) 250-500 мг-нан күніне 2 рет тамақтан соң тағайындалады. Емдеу курсы- 10-14 күн.

* *Өт айдағыштар дәрілер.* Рациональды өт айдағыш заттарды таңдау созылмалы холециститтің фазасына (өршу немесе ремиссия) және қосымша дискинезияның типіне (гипо- немесе гипертониялық) қарай іске асырылады.

Созылмалы холециститтің өршуі мен өттік шаншу болғанда холеспазмолитиктер (платифиллин, метацин, но-шпа, папаверин), әрі қарай өршуден кейінгі бірнеше күн бойы (кейде басынан ақ) - өт айдағыш заттар тағайындалады, олар қабынуға қарсы және микробқа қарсы әсер көрсетеді (никодин), әрі қарай қабыну үрдісінің басылуына қарай басқа да холеретиктер тағайындалады (аллохол, холензим, хологон, одестон); өршу басылғасын 7-8 күннен соң холецистокинетиктер де беруге болады (өт шығару жолдарының гипотензиясы кезінде).

Емдеу нәтижелеріне қойылатын талаптар: аурудың ремиссиясы - аурудың симптомдық көріністерін жою, өт қабы мен ұлтабардың қызметін қалпына келтіру болып табылады.

^ **Еңбекке жарамдылық сараптамасы**

Уақытша еңбекке жарамсыздықтың мерзімдері - 14-20 күн;

* Диспансерлеу.

Диспансерлік бақылауға жиі өршумен жүретін созылмалы тассыз холециститпен ауыратындар, өршулері жиі емес созылмалы холециститпен науқастар жатады.

Жиі өршулермен жүретін созылмалы калькулезді емес холециститпен ауыратындарды - терапевт, гастроэнтеролог жылына 2-3 рет, ал хирург – көрсеткіштер бойынша қарайды. Қанның клиникалық анализі, көрсеткіштер бойынша - холецистография, ұйқы безінің ферменттері, қанның биохимиялық анализі.

Өршулері жиі емес созылмалы калькулезді емес холецистит – терапевт жылына 1 рет, гастроэнтеролог, хирург – көрсеткіштер бойынша қарайды. Қанның клиникалық анализі өршу кезінде, көрсеткіштер бойынша – басқа зерттеулер.

Профилактикалық емге ем дәмді, тамақтану түзімін сақтау жатады. Тағамдық рационның өт айдағыш әсері болуы керек, майлар (өсімдік, зәйтүн), белоктар, витаминдер, өсімдік клетчаткалары (көкөністер, жемістер, бидай кебектері) жеткілікті мөлшерде болуы керек. Тамақтану ретті және бөлшекті болуы керек (күніне 3-4 рет), көп мөлшерде сұйықтық болуы керек, жеңіл қорытылатын көмірсулар аз болуы керек.

Профилактикалық емге құрсақ пресси мен көкетке арналған жаттығулар жатады, өйткені олар өттің босауына септігін тигізеді. Ремиссия кезеңінде профилактикалық мақсатпен минеральды сулар қабылдау, сондай ақ өт шығару жолдарының жұмысын қалпына келтіру физиотерапевтік ем де жүргізілуі керек.

* **Өт жолдарының дискинезиясы.**

* **ӨТ ЖОЛДАРЫНЫҢ ДИСКИНЕЗИЯСЫ** - өт қабының және өт жолдарының қалыпты моторлы-эвакуаторлы функциясының бұзылуы, ол нерв-гормональдік факторлармен шақырылған өт бөлу бұзылысына әкеледі. Алайда, ұзақ уақыт тіндік-органикалық бұзылу белгілері (қабыну, тас түзілу және т.б.) болмайды.

Бауырдан тыс өт жолдарында екі сфинктер бар - өт қабының мойнында орналасқан Люткенс сфинктері және он екі елі ішектің үлкен емізікшесі аймағындағы бауырлық-ұйқы бездік ампулалы Одди сфинктері. Люткенс сфинктері өт қабында қысым жоғарылағанда ашылады, Одди сфинктері - жалпы өт жолдарындағы қысым жоғарылағанда ашылады. Екі сфинктерде бір уақытта, синхронды функцияланады.

* Этиологиясы мен патогенезі.

*

Өт айдау жүйесінің жұмысы нервтік-гуморальдік регуляция арқылы жүзеге асады. Кезбе нервтің сабағының тітіркенуі өт қабшығының, өт жолдарының тонусын жоғарылатады, ал, Люткенс пен Одди сфинктерінің тонусын төмендетеді. Симпатикалық жүйенің тітіркенуі қарама қарсы эффект береді.

Патологиялық жағдайда интерорецепторлар жұмысының өзгеруі кезінде сфинктерлер мен протоктарда ассинхронды жұмыс байқалады. Мысалы, өт айдау жолдарының тонусының және Одди сфинктерінің тонусының жоғарылауы болады. Бұл өттің 12 елі ішекке кері айдалуына бөгет жасайды, ал ол өз алдына өт жолдарының (өт жолдарының гипермоторлы дискинезиясы) қысымының күрт көтерілуіне әкеледі. Бұл өт қабшығының қабыну белгілерінсіз оң жақ қабырға асты аймағының айқын ауру сезіміне әкеледі.

Гипермоторлы дискинезия иннервацияның бұзылуының басқа да түрлерінде дамуы мүмкін, ол: өт қабшығы жиырылғанда Люткенс сфинктері ашылады, ал Одди сфинктері жабық күйінде қала береді. Бұл да өт айдау жүйесіндегі қысымның жоғарылауы мен ауру сезімнің дамуымен жүреді. Иннервацияның бұзылуы мен бірге гипомоторлы дискинезия дамуы мүмкін. Ол, егер өт айдау жүйесінің тонусының ұзақ төмендеуі кезінде Одди сфинктері ашық қалғанда дамиды. Гипомоторлы дискинезия ішек ішіндегі заттарды өт жолдарына түсуіне әкеледі, және он екі елі ішекте инфекция болған жағдайда өт жолдары және бауырдың жоғары өрлеме жолымен қабынуына әкеледі.

Жіктелуі.

1

гиперкинетикалық (гиертониялық) түрі

2

гипокинетикалық (гипотониялық) түрі

3

аралас түрі.

* Клиникасы:

* ӨЖД мен ауыратын науқастардың көпшілігіне ауру және өмір анамнезінде басынан өткерген күйзелісті жағдайлар, эмоционалды қысым, етеккір функциясының өзгеруінің болуы тән. Функционалды асқазан және ішек диспепсиясы белгілері айқын, алайда өт қабшығындағы палпаторлы симптомдар жиі теріс болады.

ӨЖД гипокинетикалық түрі - Одди сфинктері мен өт қабшығының тегіс бұлшықеттерінің гипотониясы мен Одди сфинктерінің сыртқы бөлігін түзетін бұлшықет қабаттарының спазмы салдарынан өттің он екі елі ішекке эвакуациясының тоқтап қалуымен сипатталады. Ол өт қабшығының толуына әкеледі. Дискинезияның бұл түріне оң жақ қабырға асты аймағының керу сезімді ауруы. Диспепсиялық көріністер байқалады (кекіру, жүрек айну, тәбеттің төмендеуі, кейде құсу болады). Ішектің моторлы дискинезиясына байланысты жиі үлкен дәреттің бұзылуы байқалады (іш қату, іш қату мен іш өтудің бірге болуы). Іш қуысын пальпациялағанда оң жақ қабырға асты аймағының жиі өт қабшығы проекциясында ауру сезімі анықталады. Кейде бауырдың кішкене үлкеюі мен өт қабшығының ауру сезімі байқалады. Мерфи, Кер, Ортнер симптомары әлсіз оң болады.

* *ӨЖД гипокинетикалық түрлеріне тән:*

Стимулятор енгізгеннен кейінгі ауру сезімнің басылуы мен жойылуы, қабшықтық рефлексстің босаңсуы, көп мөлшерде қара-қоныр түсті (тұрып қалған) өттің аз бөлінуі;

- «В» фазасының ұзаруы мен өт қабшығының ұлғаюы (өт қабшығының гипотониясына тән);

- «жабық Одди сфинктері» (Одди сфинктерінің гипотониясына тән) фазасының қысқаруы;

Бағалы ақпаратты холецистография да береді. Осылай, гиперкинетикалық түрде өт қабшығының босауы жеделдетіледі, қабшықтың өзі созылған және жақсы контрастанады. Гипокинетикалық түрінде өт қабшығы созылған және ұлғайған, оның босаңсуы жедел баяулаған немесе қайта енгізілген қабшық рефлексінің стимуляторынан кейін де келмейді.

Холецистографияда өт қабшығының гипотониясы бар науқастарда өт қабшығы босаңсуы баяулаған және көлемі ұлғайған.

Дискинезияның гиперкинетикалық түрінде өт қабшығының босаңсуы баяулауы мүмкін (сфинктер спазмы) немесе қысқаруы мүмкін (өт қабшығы, өт жолдары бұлшықетінің гиперкинезі).

УДЗ өт қабшығының моторлы функциясының әр түрлі бұзылыстарын анықтайды.

* **ӨТЖ гиперкинетикалық түрі** - Одди және Люткенс сфинктерлері бұлшықеттерінің спазмымен, өт қабшығының гипертонусымен сипатталады. Оң жақ қабырға астындағы ауру сезім жиі неври-психикалық зорығулардан кейін, емдәм және ауыр физикалық күштеме бұзылыстарынан кейін дамиды. Ауру сезімі ұзаққа созылмайды (бірнеше минуттан 1 сағатта дейін), бірақ интенсивтілігі айқын болуы мүмкін. Ауру сезімі спазмолитикалық заттардан тез басылады немесе өздігінен кетеді. Ауру сезімі приступтарының арасында науқасташағымдары болмауы мүмкін, алайда олар оң жақ қабырға асты аймағында кернеу, ауырлық сезімі, диспепсиялық өзгерістерге шағымданады. Науқастарда іш қатуға бейім болады, кейде іш қату іш өтумен кезектеседі. Кейде өт коликасы сияқты өтетін ауырсыну приступы кезінде бауырдың біршама ұлғайуы байқалады, Шоффердің холедо-панкреатикалық аймағында (кіндіктен оңға қарай) пальпация кезінде ауру сезімі тән. Әлсіз оң қабшықтық симптомдар анықталады.

Бес фракциялы дуоденальды зондтауды жүргізу арқылы өт жолдарының дискинезиясының түрін және деңгейін анықтауға болады.

ӨЖД гиперкинетикалық түрлеріне тән: 1 фаза ұзақтығының жоғарылауы (өт өзегінің гипертониясы); Одди сфинктерінің жабық уақытының ұзаруы (сфинктергипертониясы); қабшықтағы өттің қалыпты көлемінің сақталуымен В-фазасының ұзақтығының қысқаруы (өт қабшығының гиперкинезиясы); өттің В поциясының ұзақ үзілісті бөлінуі (өт қабшығының гипертониясы); қабшық рефлексіне стимулятор енгізгеннен кейін ауру сезім дамуы, өттің В,С порцияларының көлемінің төмендеуі мен өт бөлу уақытының қысқаруы мүмкін.

* Емі:

*

Амбулаторлы жағдайларда жүргізіледі. Науқастарға міндетті түрде өмір сүру салтын жақсарту, мүмкіндігінше нервті-психикалық бұзылыстарды болдырмау, дұрыс тамақтануды түзету.

Емдеу тактикасы ӨЖД түріне байланысты.

Гипокинетикалық (гипотониялық) түрі - №5 емдәм тағайындалады.

Тамақтануы бөлшектенген болу керек (тәулігіне 4-5 рет), көп мөлшерде жеміс-жидектер, өсімдік және жануар майы (қиын ерігіштерден басқа), қаймақ, шикі піскен жұмыртқа және өт қабшығының босаңсуын шақыратын басқа да көкөністер және қара нан.

Комплексті терапия 2-4 апта бойына созылады.

Гипомоторлы дискинезия емінде спазмолитиктер қарсы көрсетілген, себебі ол гипотония белгілерін күшейтеді.

Өт қабшығының тонусын және жиырылуын ынталандыратын препараттар: оларға прокинетиктер (домперидон және цизаприд), симпатолитиктер (беллоид, беллатаминал және т.б.), холекинетиктер және өт қабшығының тонусы мен жиырылуын жоғарылататын барлық емдік шаралар жатады.

Өт қабшығының жиырылуын және Люткенс пен Одди сфинктерлерінің босаңсуын шақыратын препараттар: холецистокинин, циквалон, ксилит, бербери́на бисульфат сұйықтығы, карловар тұзы, петрушка тұндырмасы, пижма гүлдемесінің сығындысы.

Холекинетиктік (өт айдаушы) әсермен келесілер ие:

жоғары минерализацияланған (Арзни, Эссендуки 17) минеральді сулар, суық күйінде 1 стаканнан тәулігіне 3 рет 4 апта бойына;

* карловар тұзымен, сернокислая магнезия, оливка майымен (30 мл) немесе сорбитпен (20 г. 100мл. суға) аптасына 1-2 рет (6-8 процедуралық курспен) дуоденальді тюбаж;

* емдік бақ-бақтың, трифольдің, қарапайым тысячелистник, аир болотный, барбарис

* бұқтырмасы мен тұндырмалары;

физиотерапия мен санаторлы-курортты емү

* **Гиперкинетикалық (гипертониялық) түрі** - №5 емдәм, бөлшекті тамақтану (тәулігіне 4-5 рет) тағайындалады. Міндетті түрде өт қабшығын жиырылататын тағамдарды шектеу, оларға (майлы, ет тағамдары, өсімдік майы, майлы қамырдан жасалған өнімдер, газдалған сусындар, қаймақ, шала піскен жұмыртқа, сыра) жатады.

ӨЖД гиперкинетикалық түрінің емінде спазмолитиктерді (холинолитиктерді, миолитиктерді, холеретиктерді) қолданады, олар өт қабшығының тонусын төмендетеді, өттің айдалу функциясын жақсартады.

Спазмолиикалық препараттар (холеспазмолитиктер):

Холинолитиктер - гастрочепин, атропин, платифиллин, бускопан.

* Миолитиктер - но-шпа; галидор, нитроглицерин, пролонгирленген нитраттар.

* Сонымен қатар медикаментозды заттардан седативті (бром, транквилизаторлар, барбитураттар), пероральді немесе интрадуоденальді новокаин (50-200 мл 0,25 % сұйықтығы), спазмолитиктер (папаверин, атропин, белладонна) қолданады.

Спазмолитиктер эпизодты немесе 2-4 апталық курстармен береді.

ӨЖД гиперкинетикалық түрінде холретиктер кеңінен қолданылады. Холеретиктер класының өт қабшығының тонусын төмендетіретін және оның жиырылу ырғағын азайтатын өт айдаушылар: холосас, холензим, жүгері шашағының қайнатпасы, фламин, төмен минерализацияланған минералды сулар (нарзан, Смирновская, Эссенуки №4 және №2, Сары-Агаш).

Холеретикалық әсерге зверобой, шиповник, жылан гореці, дәріханалық түймедақ, бессмертник қайнатпасы мен тұндырмалары ие болады.

Амбулаторлы жағдайда оң жақ қабырға асты аймағына жылу процедураларын, сонымен қатар новокаин, папаверинмен электрофорез қолдануға болады.

Аралас формалары. Өт қабшығының гипотониясы мен Одди сфинктерінің спазмында алдымен

Критерии	Форма дискинезии		Хронический холецистит
	гипертоническая	гипотоническая	
Анамнез	Невротические реакции, эмоциональные нагрузки, лабильность вегетативной нервной системы	Отрицательные эмоции, физические нагрузки	Слабость, вялость, признаки интоксикации, полигиповитаминоз
Сезонность обострения	Осенне-весенний период	Нехарактерна	Осенне-весенний период
Длительность заболевания	До 1 года	1—1,5 года	1,5—2 года
Болевой синдром:			
постоянные боли	Нехарактерны	Характерны	Характерны
связь с погрешностями в диете	Через 30—40 мин после приема холодной пищи	Через 1—2 ч после приема пищи, особенно жирной	Через 1—2 ч после приема пищи, особенно жирной и жареной
Приступообразная боль	Характерна	Нехарактерна	Характерна
Локализация болей в правом подреберье	—	Характерна	—
Ноющие тупые боли	Нехарактерны	Характерны	Характерны
Иррадиация	Нехарактерна	Нехарактерна	В правое плечо и лопатку
Длительность болевого синдрома	Кратковременные	Длительные	Схваткообразные, 1—5 дней Тупые, 2—3 недели
Диспептический синдром:			
рвота	Характерна	Иногда	Характерна
тошнота	—	Характерна	—
запоры	Нехарактерны	Характерны	Характерны
отрыжка	Нехарактерна	Характерна	Характерна
горечь во рту	—	—	—



Пайдаланылған әдебиеттер

- * 1. “Қазақ Энциклопедиясы”, II-том
- * 2. Джозеф М. Хендерсон. ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ. НЕВСКИЙ ДИАЛЕКТ. Перевод с английского канд. мед. наук Т. Д. Власова
<http://www.studfiles.ru/preview/6189214/page:92/>
<http://kze.docdat.com/docs/201/index-1038791.html?page=4>
<https://stud.kz/referat/show/451#&gid=1&pid=4>
<http://studopedia.info/8-8695.html>