

**МЕББМ ҚАЗАҚСТАН-РЕСЕЙ
МЕДИЦИНАЛЫҚ
КОЛЛЕДЖІ**



**НУО КАЗАХСТАНСКО -
РОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
КОЛЛЕДЖ**

ДӘРІС №7

ӨТ-ТАС АУРУУЫ, ӨТ ШЫҒАРУ ЖОЛДАРЫНЫҢ ДИСКИНЕЗИЯСЫ.

Дайындаған: Мынбаев Д.С.

Жоспар.

- **I.Кіріспе**
- **II.Негізгі бөлім.**
 - Өт-тас ауруы (этиологиясы, патогенезі, жіктелуі, клиникасы,диагностика, емі.)
 - Өт шығару жолдарының дискинезиясы (этиологиясы, патогенезі, жіктелуі, клиникасы,диагностика, емі.)
- **III.Қорытынды.**
- **IV.Пайдаланылған әдебиеттер.**

Өт-тас ауруы

- Өт қабындағы тастар - өт қабындағы өттің құрамында холестерин, билирубин немесе өт тұзы қалыптыдан көп болу салдарынан, түзілетін қатты конкременттер. Өт қабындағы тастардың өлшемі құм тәрізді ұсақ немесе гольфтың кішкентай добына дейінгі көлемде болады.
- Өт тастарының екі түрі болады: холестериндік және пигменттік:
 - **Холестеринді тастар**, сарғыш-жасыл түсті, ал салмағы жеңіл болады, сондықтан суға батпайды. Бұндай тастардың рентген сәулесіне деген контрастығы өте төмен. Осы себептен оларды анықтау үшін контрасты рентгенологиялық зерттеу қажет. Рентген суретінде бұндай тастар, көбінесе, өт қуығында қалқып жүреді. (“қалқымалы тастар”).
 - **Пигменттік тастар** тастардың құрамында билирубиннің көлемі басымырақ болады, ал олардың түстері қоңыр-қара, құрылысы аморфты болып келеді.



ЭТИОЛОГИЯСЫ:

- Көптеген жылдар бойы өт-тас ауры негізгі себептері ретінде и н ф е к ц и я (инфекциялық теория), организмде х о л е с т е р и н деңгейінің жоғарылауы (гиперхолестеринемиялық теория), өт сұйығының өт қуығында толуы (тоқырау теориясы) аталып келді.
- Кейбір адамдарда өт тастарының түзілуінің жоғары қаупі болады:
- Әйелдер ерлерге қарағанда өт тасындағы тастардың түзілуіне бейімірек болады. Эстрогеннің көптігі өттегі холестерин деңгейінің артуына және өт қабының жиырылуының азаюына ықпал етуі мүмкін, нәтижесінде, өт тастарының түзілуіне алғы шарттар пайда болады. Әйелдерде эстрогеннің көптігі жүктілік кезінде, гормондық алмастыру емдеуінде немесе ұрықтануға қарсы таблеткаларды қабылдауда пайда болуы мүмкін.
- Өт қабындағы тастардың түзілуіне 40 жастан асқан адамдар бейім келеді.

Пигменттік тастар науқастардың келесі санатында пайда болуы мүмкін:

- Цирроз – бұл ұзақ және созылмалы зақымдануы салдарынан бауырдың баяу түрде бұзылуы, қызметінің бұзылысы орын алатын жағдай.
- Өт түтіктеріндегі инфекция.
- Ауыр гемолитикалық анемия – эритроциттер жиі төмендеуі ауру, мысалы, орақ тәрізді жасушалы анемия.

Клиникасы

Өтті шығаратын түтіктердің таспен бітелуінде өт қабында қысым артады, бұл өт қабының түйілуінің ұстамасын туындатады. Ауырсыну, әдетте, бір сағаттан бірнеше сағатқа дейін созылады. Өт қабының түйілуі ауыр тағамды қабылдауға байланысты және әдетте, кешке немесе түнде болады.

Өт қабы түйілуінің ұстамасы кезінде немесе одан кейін келесі симптомдар пайда болатын адамдарға шұғыл түрде дәрігерге көріну қажет:

- 5 сағаттан асатын уақыт бойы іштің ауырсынуы
- Жүрек айнуы және құсу
- Қызба (кейде дене температурасының сәл көтерілуі) немесе қалтырауы
- Терінің немесе көздің склерасының сарғыштануы (сарғаюы)
- Қоңыр-сары түсті несеп және нәжістің ақшыл түсі



Диагностика

- **Лабораториялық және биохимиялық зерттеулер.**
- **Қандағы билирубин мөлшерін анықтау.** Қандағы билирубиннің қалыпты мөлшері 1,7–20,5 мкмоль/л аралықтарында жатады. Бауыр мен өт жолдарының сырқаттарында егер олар өт сұйығының қалыпты ағу жолдарында бөгет туғызса, яғни механикалық сарғаю пайда болса, бұл көрсеткіш жоғарылайды.
- **Қандағы холестерин мөлшерін анықтау.** ӨҚТПА-нда қандағы холестерин деңгейінің жоғарылауы байқалады. Қалыпты жағдайда бұл көрсеткіш 3–7,8 ммоль/л тең.
- **Қанда белок мөлшерін анықтау.** Ұзақ мерзімге созылған ӨҚТПА-нда немесе оның механикалық сарғаюмен асқынған түрінде қандағы белок мөлшері төмендеуі мүмкін (диспротеинемия). Қалыпты мөлшері 65–85 г/л тең.
- **Лабораториялық және биохимиялық зерттеулер.**
- **Қандағы билирубин мөлшерін анықтау.** Қандағы билирубиннің қалыпты мөлшері 1,7–20,5 мкмоль/л аралықтарында жатады. Бауыр мен өт жолдарының сырқаттарында егер олар өт сұйығының қалыпты ағу жолдарында бөгет туғызса, яғни механикалық сарғаю пайда болса, бұл көрсеткіш жоғарылайды.
- **Зәрде өт пигменттерін анықтау.** Қалыпты жағдайда зәрде өт пигменттері болмайды. Егер зәрді зерттеу барысында өт пигменттері анықталатын болса, ол механикалық сарғаюдың бір дәлелі ретінде

Өт тас ауруын анықтау үшін әдетте, ультрадыбыстық тексеруді тағайындайды

- *Өт қуығын рентгенконтрастау тәсілімен зерттеу холецистография, ал өт жолдарын зерттеу холангиография деп аталады. Контрасты заттарды (билитраст, билиграфин, билигност т.б.) организмге енгізу жолдарының бірнеше түрлерін ажыратады: а) ас қорыту жолдары арқылы енгізу (пероральді жол), б) көк тамырға (венаға) жіберу арқылы және в) инфузионды-тамшылы жолмен жіберу. Осы аталған жолдармен жіберілген контрасты заттар қан ағымымен бауырға жетеді де гепатоциттер арқылы бауыр ішіндегі өт жолдарына, одан соң бауырдан тыс жатқан өт жолдарына жетіп, оларды контрастайды.*

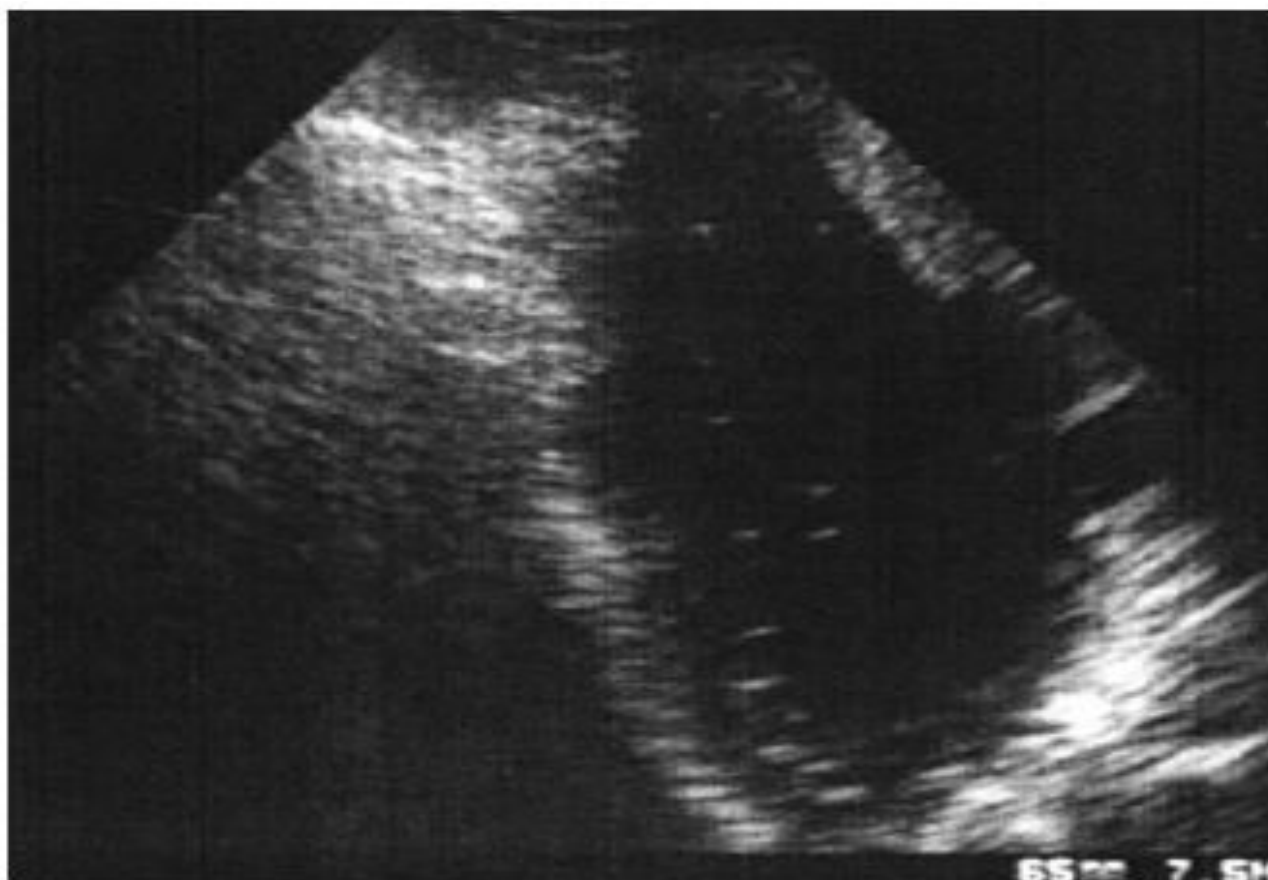
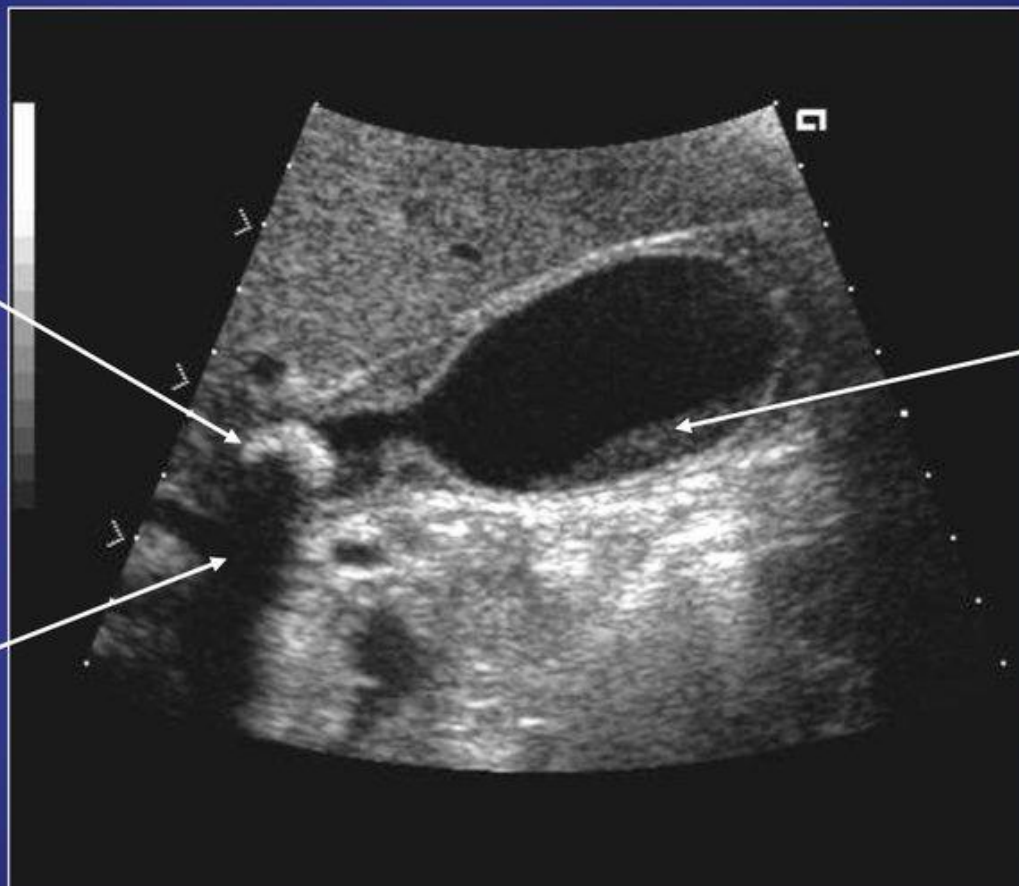


Рис. 1. УЗИ желчного пузыря
В просвете пузыря – множественные
гиперэхогенные частицы 1–2 мм

Камень в желчном пузыре

Гиперэхогенная структура (камень) в области шейки ЖП

За камнем видна анэхогенная дорожка (акустическая тень)



Сгущение желчи или «песок» в полости ЖП

- **Рентген сәулесімен зерттеу (холецистография, холангиография).** Өт-тас ауруын рентгенологиялық әдіспен зерттеу олар орналасқан аймақты жалпы шолып, көруден басталады. Бұл тәсіл кейбір пациенттерде рентгенконтрасты тастарды (құрамында кальцийі басым тастар) анықтауға мүмкіншілік тудырады
- Дегенмен бұл тәсілдің ақпараттылығы өте төмен (2-3%) болып келеді және құрамы өзге (холестеринді, пигментті) тастарды анықтамайды. Сондықтан өт қуығы мен өт жолдарын рентгенологиялық жолмен зерттеу, басым көпшілік жағдайларда, адам организміне дәрі-дәрмектер (контрасты заттар) енгізіп, өт жолдарын контрастау арқылы жүргізіледі (инвазивті тәсіл).

Емі

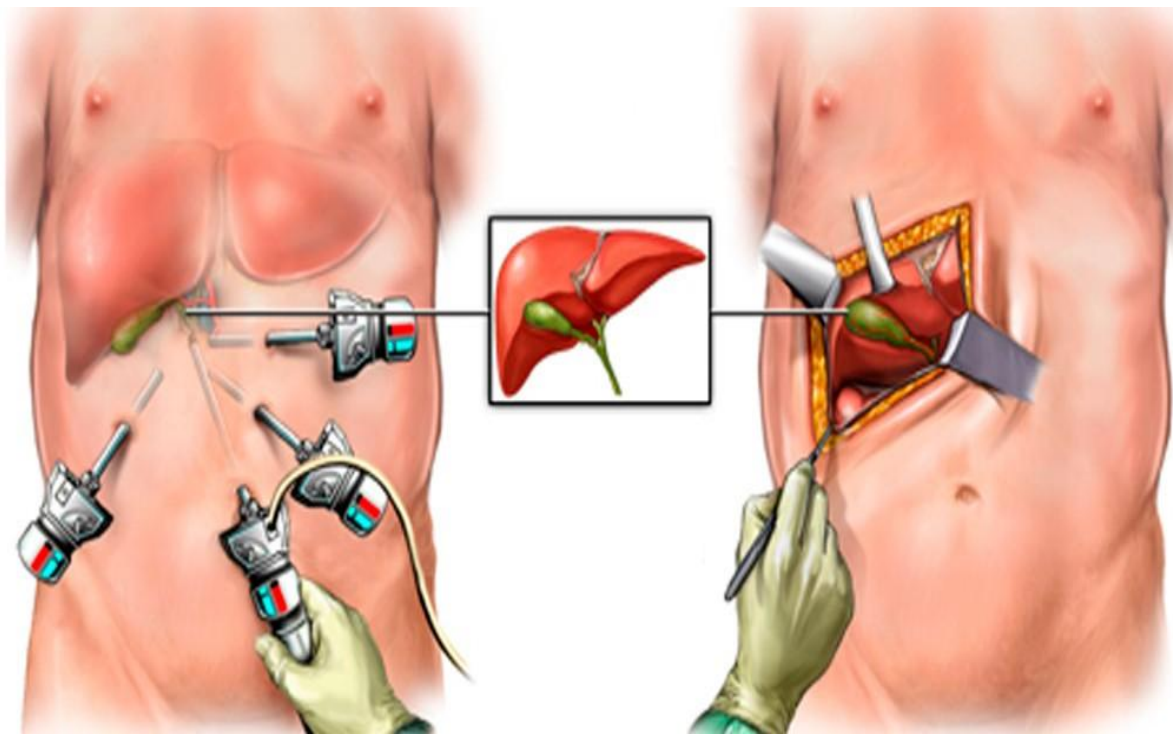
- Диета №5, төсектік тәртіп

Холестеринді өт тастарын хирургиялық емес емдеу

- Хирургиялық емес емдеу ерекше жағдайда тағайындалады, мысалы, холестеринді өт тастары бар науқаста операцияға кедергі келтіретін күрделі ауру болса. Әдетте, хирургиялық емес емдеудің 5 жылынан кейін өт қабындағы тастар қайта түзіледі.
- Холестеринді өт тастарын бұзу үшін хирургиялық емес емдеудің 2 түрі бар:
- **Тастарды еріту үшін дәрілік препараттарды қабылдау.** Урсодиол (Актигалл) және Хенодиол – өт қышқылы бар дәрілік препараттар, олар өт қабындағы тастарды ерітуге қабілетті. Бұл препараттар ұсақ холестеринді тастарды ерітуде аса тиімді. Барлық тастарды осылай еріту үшін бірнеше ай немесе жыл қажет болуы мүмкін.
- **Соққы-толқынды литотрипсия.** Өт тастарын бұзу үшін арнайы аппарат - литотриптер қолданылады. Ол соққы толқындарын шығарады, бұл толқындар адамның денесі арқылы өтіп, өт тастарын ұсақ бөліктерге ұсатады. Бұл шара сирек қолданылады және урсодиолды қабылдаумен қатар тағайындалады.
-

Оперативтік емдеу

- Өт қабын алып тастау бойынша операция холецистэктомия аталады.. Өт қабын алып тастаған кезде өт - өт қабында жиналудың орнына бауырдан бауыр және жалпы өт түтіктері арқылы тікелей ұлтабарға түседі.
- Хирургтер холецистэктомияның екі түрін орындайды:
- **Лапароскопиялық холецистэктомия.** Лапароскопиялық холецистэктомия кезінде хирург іш қуысында бірнеше шағын тіліктер жасайды және жіңішке, ұшында кішкентай камерасы бар түтік – лапароскопты енгізеді. Камера іш қуысындағы ағзалардың және тіндердің үлкейтілген бейнесін бейнемониторға береді. Одан кейін хирург өт қабын тілік арқылы алып шығарады. Науқасқа жалпы наркоз беріледі. Холецистэктомиялардың көпшілігі лапароскопиялық жолмен өткізіледі. Көптеген лапароскопиялық холецистэктомиялар амбулаторияда өткізіледі, демек, науқас сол күні үйіне қайтады. Үйреншікті дене белсенділігіне әдетте, операциядан кейін бір аптадан кейін көшуге болады.
- **Ашық холецистэктомия.** Ашық холецистэктомия өт қабының күшті қабынуында, жұқпалануында немесе басқа операциялардан кейін тыртықтар болуында орындалады. Бұл жағдайлардың көпшілігінде ашық холецистэктомия басынан бастап жоспарланады. Бұл жағдайларда науқастың қауіпсіздігі мақсатында хирург ашық холецистэктомияға көшеді. Бұл операцияны өткізуде өт қабын алып тастау үшін хирург тігінен 10-15 см жуық тілік жасайды. Науқас жалпы анестезияда болады. Операциядан кейін қалпына келу үшін науқастар ауруханада бір аптаға жуық болады. Үйреншікті дене белсенділігіне әдетте, операциядан кейін бір айдан кейін көшуге болады.



Өт жолдарының дискинезиясы.

- **ӨТ ЖОЛДАРЫНЫҢ ДИСКИНЕЗИЯСЫ** - өт қабышығының 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 қабынының 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 нервінің 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 баялауы 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 порциясының 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, берберина бисульфат сұйықтығы, карловар тұзы, петрушка тұндырмасы, пижма гүлдемесінің сығындысы.

Холекинетіктік (өт айдаушы) әсермен келесілер ие:

жоғары минерализацияланған (Арзни, Эссенуки 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

- Қарттарда гипотониялық дискинезиясында азған ынталандырғыш заттарды қабылдау

(жарты дозада) тағайындалады, оларға аралия, заманиха тұндырмасы, элеутирококк, лавзея,

пантокрин, женьшень сығындысы жатады. Қарттарға арналған ем курсы 10-12 күн.

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.

Спазмоликалық препараттар (холеспазмолитиктер):

Холинолитиктер - гастроцепин, 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, но-шпа) 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

- холеспазмолитикалық препараттарды қолданады, сонымен қатар оң жақ қабырға астының ауру сезімінен

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>