

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**

ӨТ ШЫҒАРУ ЖОЛДАРЫНЫҢ АУРУЛАРЫМЕН БАЛАЛАРДА ДИСПАНСЕРЛІК БАҚЫЛАУДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ

ҚАБЫЛДАҒАН: АРИНОВА А.Н

ОРЫНДАҒАН: ИБАДУЛЛАЕВА А.Х

ФАКУЛЬТЕТ: ЖМ

ТОБЫ: 407-1

ЖОСПАРЫ

- I.Кіріспе
- II.Негізгі бөлім
- Өт қуығының балалардағы анатомиялық ерекшеліктері
- Биллиарлық жолдың дискензиясы
- Қабынулары
- Өт-тас ауруы
- III.Қорытынды



КІРІСПЕ

- **Өт шығару жолдарының ауруларына өт, бауырдан тыс және бауырішілік өт өзектерінің түрлі кеселдері жатады.**
- **Аурулардың 1-14 жас арасындағы таралымы 53,1%, жиірек қыздарда(6-10жас) кездеседі.**
- **Жиі кездесетіндері өт жолдары маторикасының функционалдық бұзылыстары, қабынулары (холецистит, холангит) және аномалиялары- сиректеу 16-27,5% . Соңғы кезде өт-тас ауруының жиілігі артуда. Билиарлық жүйенің ісіктері балаларда сирек кездеседі.**



ӨТ ҚУЫҒЫНЫҢ БАЛАЛАРДАҒЫ АНАТОМИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

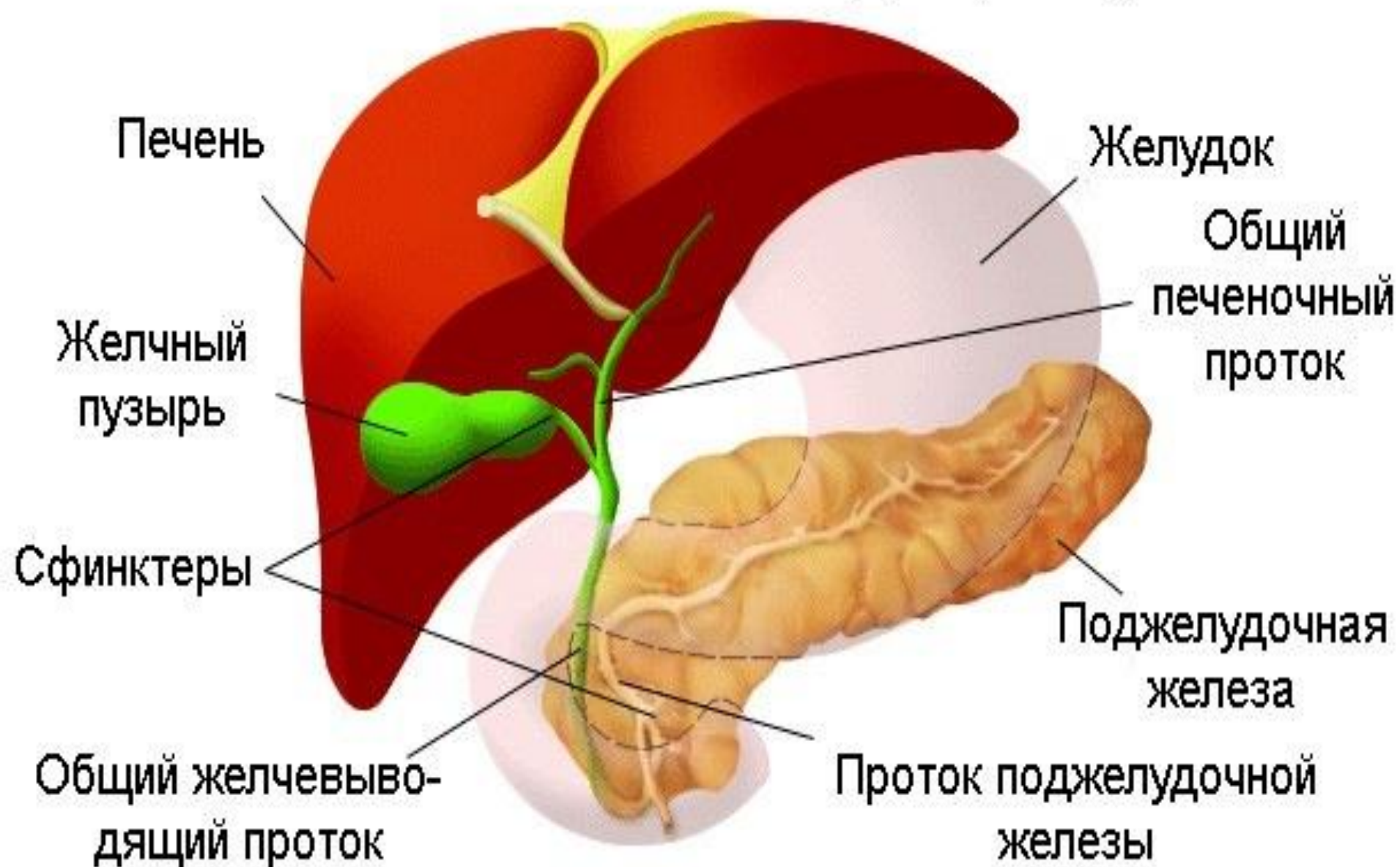
- Жаңа туылған балаларда өт қабы бауырмен жабылып тұратынды. Ол цилиндр немесе алмұрт тәрізді, сиректеу ұршық немесе S тәрізді болады. Соңғы түрі бауыр артериясының өзіндік қалпына байланысты. Баланың жасына сай өт қабының мөлшері арта түседі.
- Жаңа туылған баланың денесінің орталық жазықтығы өт қабы жазықтығымен үшкір бұрыш құрайды, ал ересек адамдарда ол параллель жатады. Жаңа туылған балада өт қабының түбі жан-жағынан денесі және мойны үш жағынан іш пердесімен жабылған. Өт қабының түбі ащы ішекпен түйісіп жатса мойны 2 елі ішектің жоғарғы көлденең бөлігінің алдыңғы бетін қиып өтеді.



- Жаңа туылған балаларда өт қабы өзегінің ұзындығы әртүрлі, әдетте жалпы өт өзегінен ұзынырақ болады. Өт қабының өзегі бауыр-ұлтабар жалғамасының бас қырын бойлап жатады да, бүгіліс құрайды. Осыған орай, кейде жоғары және төмен бөліктерге бөледі. Өт қабы өзегі бауыр өзегімен қосылып жалпы өт өзегін құрайды, оның ұзындығы әртүрлі болады. Жаға туылған балалардың өзінде 5-18мм деңгейінде болады. Жасы артқан сайын ұзара түседі.



Анатомия желчевыводящих путей



ӨТ ШЫҒАРУ ЖОЛДАРЫНЫҢ АУРУЛАРЫНЫҢ ЖІКТЕЛУІ

I. Функционалдык бұзылыстар:

а) дискенезиялар

- гипотония, гипокинезия;
- гипертония, гиперкинезия;
- аралас(не диссоциацияланған)

б) өт дискенезиясы

II. Механикалық бұзылыстар:

- аномалиялар;
- лимфа түйіндерінің гиперплазиясы;
- микрокалькулез ;
- холестаз синдромы.

III. Қабыну аурулары (обструкциямен және обструкциясыз)

- Холецистит
- Холангит
- Холецистохолангит.



IV. Үлкен дуоденалдық үрпі және жалпы запыран өзегі (жалпы холо-өттік өзегі маңы) аурулары:

а) функционалдық:

- Гипотония
- Гипертония

б) қабынулық

в) обструкциялық

V. Өт-тас ауруы

VI. Постхолецистоэктомиялық синдром

VII. Паразитарлық аурулар(аскаридоз, описторхоз, эхинококкоз, фасцилез, клонорхоз).

VIII. Ісіктік

IX . Жарақаттық



БИЛЛИАРЛЫҚ ЖОЛДЫҢ ДИСКЕНЗИЯСЫ

- **Өт қуығының және өт жолдарының жиырылу бұзылысының әсерінен және де Одди сфинктерінің қызметінің ақауы әсерінен өттің дұрыс бөлінбеуімен сипатталатын ауру.**
- **Этиологиясы:**
 - **Әртүрлі генезді нейроциркуляторлық дисфункция;**
 - **Басынан өткерген врусты гепатит;**
 - **вегетативті дискенезия және азқимылды өмір салты;**
 - **Невроздар;**
 - **Тағамдық аллергия;**
 - **Асқазан-ішек жолының созылмалы аурулары;**
 - **Асқазан-ішек жолының паразитоздары, лямблиоз;**
 - **Тұқым қуалаушылық биімділігі, бірақ ол көбінесе отбасының тамақтаны режимімен байланысты.**



Патогенезі:

- **Өт жолы маторикасының бұзылысан алып келетін екі негізгі фактор:**
 - 1) **Гепатоциттің функциялық бұзылысы, осыдан – дисхолия**
 - 2) **Өт шығару жолдарының бұлшықет қабатының нервтік регуляциясы бұзылысы орталық (нейроциркуляторлық дисфункция, невроздар) және перифериялық (асқазан-ішек жолдары дерттерінде интерорецепторлардан вицеро-вицеральды рефлекс типінде) генезбен.**
- **Дискенезияға энтералдық гормондар (холецистокинин, мотилин т.б) түзілісі бұзылысының де әсері бар.**



КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІ

- Науқастарда көбіне нейроциркуляторлық дисфункция белгілері анық: шаршағыштық, ашушандық, жылауықтық, қызбалық, бас ауруы, жүрек қағуы, тершендік.
- Бала оң қабырға доғасы асты, эпигастрий маңының ауыратынына шағымданады.
- Гипертониялы дискенезияда ауыру сезімі ұстамалы, өткір, бірақ қысқа мерзімді.
- Гипотониялық дис-да ауыру сезім тұйық, сыздап, оң қабырға доғасы астын керетін тәрізді; көбіне жүрек қағуы, тәбет төмендеуі және кекірумен қатар жүреді.



Балаға өт дискенезиясы диагнозын қою алгоритмі (Нижний Новгород, 1999)

Анамнез	<ul style="list-style-type: none">-Арудың басталуы біртіндеп-Ағымы созылмалы-Арудың байланысы жоқ: вегетативті дисфункция, нервті эмоционалды бұзылыстар, өт дамуының аномалиялары; инфекция, диета, дисгормоналды бұзылыстар.-Тұқым қуалау биімділігі
Шағымдары	<p>Өт функциясы дискоординциясына байланысты:</p> <ul style="list-style-type: none">-Оң қабырға асты доғасындағы ауру сезімі арқа, оң жауырынға беріледі(қысқа мерзімді, ұстамалы, кесіп шаншу тәрізді) <p>Өт бұлшықеті гипофункциясында:</p> <ul style="list-style-type: none">-тұйық, сыздаған ауыру сезімі оң қабырға доғасы астында;-Ұзақ мерзімді
Клиника	Кер, Ортнер ж.б.симптомдарының оң болуы мүмкін
Лабораториялық мәліметтер	<p>Запыранды микроскоппен тексеру(шырыш көп емес,холестерин кристалдары, микробар)</p> <p>Запыранды биохимиялық тексеру:</p> <ul style="list-style-type: none">-Өт қышқылдары мөлшері ↑-Урокиназа белсенділігі↓-Гситидаза белсенділігі↑

Аспаптық зерттеулер

Фракционды дуоденалды зерттеулер:

-Гипермоторлы дискенезия (В мөлшері төмен не қалыпта; өт рефлексі жоғары, босауы жоғары)

-Гипомоторлы дискенезия (В мөлшері жоғары, өт рефлексі қалыпта, босауы төмен)

Эхография:

-Гипермоторлы дискенезия(өттің жиырылуы >60% 40минутта

-Гипомоторлы дсикенезия(өттің жиырылуы <50% 40 минутта), өзектер спазмы (өттің жиырылуы 10-20минутта), өттің даму аномалиялары;

Ажырату диагнозы

-12 елі ішектің ойық жарасы;

-Созылмалы гастродуоденит;

-Созылмалы холецистит



ӨТ ДИСКЕНЕЗИЯЛАРЫНЫҢ НЕГІЗГІ ФОРМАЛАРЫНЫҢ ЕМ НОБАЙЫ (А.В.МАЗУРИН)

Емдік шаралар	Гипотоникалы-гипокинетикалық	Гипертоникалы- гиперкинетикалық
Диета	Певзнер бойынша №5. Өсімдік талшықтары жеткілікті(17,2 г/кг/тәул), жеміс-жидтер	Певзнер бойынша №5, 5а. Механикалық, химиялық, тағамдық тітіркендіргіштер мен майларды шектеу.
Нейро-троптық дәрілер	Белсендіру әсері басым адаптогендер: кофеин, элеутерококк, пантокрин, женьшень, алоэ экстракты, прокинетиктер – домперидон (мотилиум), метаклопромид (церукал).	Седативтік әсері басым: кіші транквилизаторлар, новокаин (12 елі ішек ішінеде)
Спазмолитиктер	Көрсеткіші жоқ, керек емес	Көрсеткіштері бар: папаверин, но-шпа, ганглиоблокаторлар.
Физиоөем	Тонус көтеру типті: фарадизация , гальванизация, ДДТ, балшық басу, электроұйқы	Седативті типті: электрофорез, (новокаин, папаверин, магний сульфаты), Щербак гальвандық “жағасы”

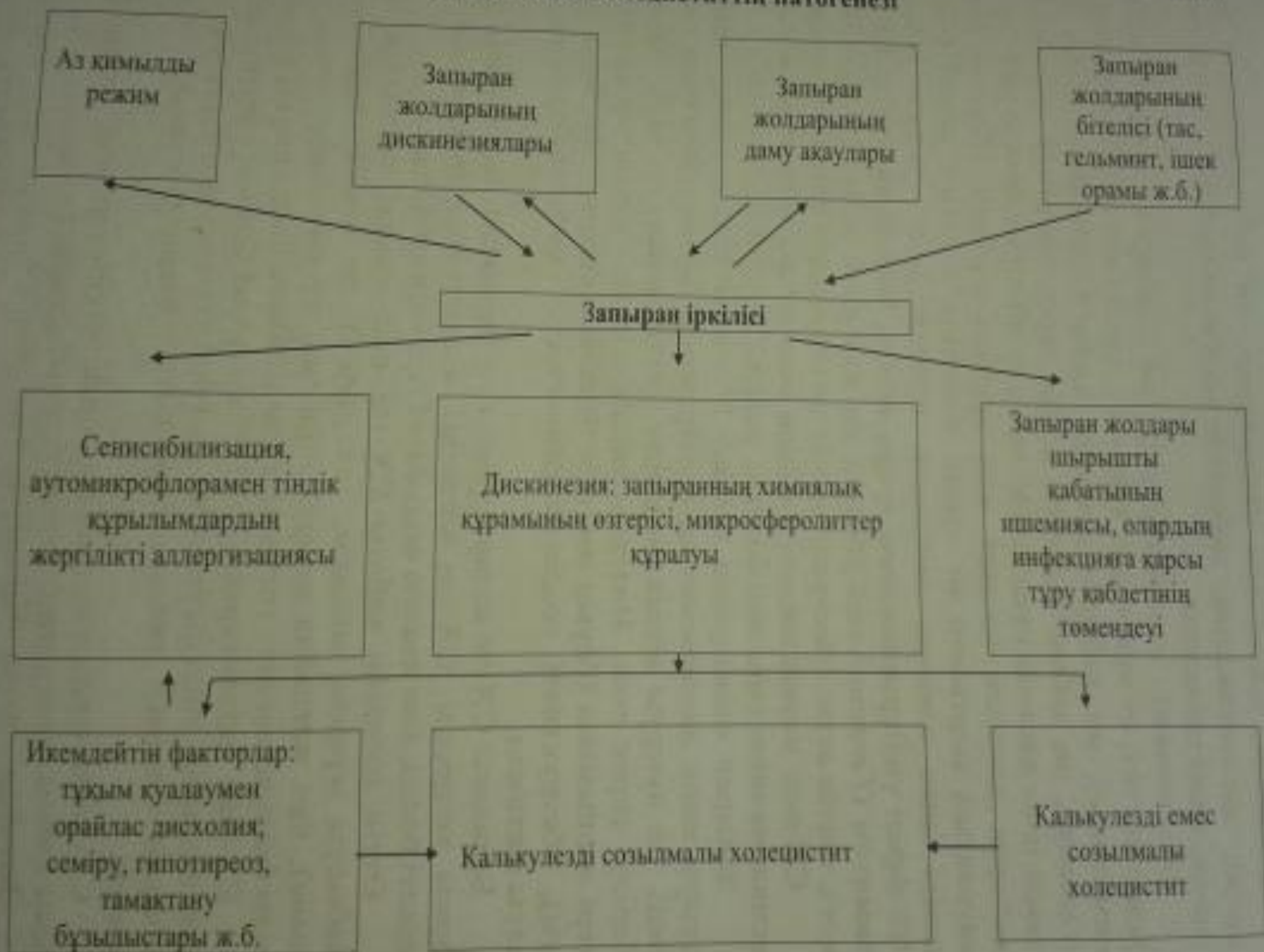
СОЗЫЛМАЛЫ ХОЛЕЦИСТИТ

- Өт пен өт шығару жолдарындағы созылмалы қабыну процесі. Ылғи да екіншілік, дамуы дисхолия, дискинезия, өт жолдарының іштен біткен аномалиялары не жүре пайда болған патологиядан. Балалардағы жиілігі 10-12%.

Этиологиясы:

- Өт қабының инфекциялық(бактериялық, вирустық, паразитарлық) немесе инфекциялық емес(асқазан және ұйқы безі сөлінің дуоденобилиарлық рефлюксі, атопиялық диатез) қабынуы;





КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІ:

- әлсіздік, тез шаршағыштық, ашушандық, бас ауруы, субфебрилитет, тершендік, жүрек айнуы ауызға ащы дәм келуі, тәбет төмендеуі, сирек-күсу, кекірік, іш қату немесе тұрақсыз нәжіс, дерматит.
- Ең жиі белгісі: іш ауруы – сыздап, тұйық, іш тұсын басқанда ауыру сезімі(суық, майлы, қуырған, ащы тағам ішкеннен соң 20-30мин өткен соң басталады.) Ауыру ауық- ауық ұстамалы кейіпте, шаншу, жырту не кесу сезімімен, жарты сағаттан бірнеше сағатқа созылуы ықтимал. Ауыру орны түрліше: науқастардың 50%-да – оң қабырға доға асты, 30% да – эпигастрий, кейбір балада белгісіз. Ауыру сезімі 2-3 сағаттан кейін тиылады.
- Объективті тексеруде: бауырдың шамалы ұлғаюы, тері құжылдығы, токсикоз белгілері, тахи- және брадикардия, пульс лябильдігі, функционладық шу т.б
- Объективті симптомдар: Кер, Ортнер, Мерфи, Греков-Ортнер, Лепине, Мендель, Шоффар т.б оң болады.



БАЛАҒА СХ ДИАГНОЗЫН ҚОЮ АЛГОРИТМІ (Нижний Новгород, 1999)

Анамнез	<ul style="list-style-type: none">-Кеселдің басталуы біртіндеп,-Ағымы созылмалы не толқынды,-Аурудың байланысы: өт дамуының аномалиясызапыран жолдарының дискинезиясы, инфекция, диета бұзылысы, вегетативті дисфункция, нервті-эмоционалды бұзылыстар,-Тұқым қуалау биімділігі
Шағымдары	<ul style="list-style-type: none">-Іш ауруы, жиі оң қабырға доғасы асты(тұйық,күшті,ұстамалы)-Ауыру синдромының байланысы: диета бұзылыстары, физикалық жүктеме, психо-эмоционалдық бұзылыстар, итеркуррентті аурулар;-Ауру сезімінің оң қабырға доға асты, иық, жауырынға берілуі
Клиника	<ul style="list-style-type: none">-Өт симптомдары оң(Кер, Ортнер, Мерфи) ++++ дейін-Оң қабырға доғасы астында іш еті қарсылығы-Токсикоз белгілері-Аурудың өршуінде қызыну(болуы мүмкін)
Лабораториялық мәліметтер	<p>ЖҚА мүмкін: ЭТЖ жоғарылауы, өршу кезінде нейтрофильді лейкоцитоз</p> <p>Қан биохимиясында: -диспротеинемия(↑α_1,α_2,β, γ-глобулиндер)</p> <ul style="list-style-type: none">-Сілтілі фосфатаза↑, тимол сынағы↑, фибриноген↑, С-РБ(+,++)↑-аминотрансферазалар↑, билирубин↑,липопротеидтер↑-Запыран биохимиясы:-Билирубин концентрациясы төмен, өт ұышқылдары концентрациясы төмен, сілтілі фосфатаза төмен.

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-



СХ ӨРШУІН СТАЦИОНАРДА ЕМДЕГЕН ЖӨН(2-4АПТА), РЕЦИДИВКЕ ҚАРСЫ ЕМДІ АМБУЛАТОРИЯ ЖАҒДАЙЫНДА 1 АЙ БОЙЫ МЫНА КЕСТЕ БОЙЫНША ЕМДЕЙДІ.

Емдік шаралар	Өршу кезеңі	Рецидивке қарсы
Қозғалыс режимі	3-5күн төсектік сосын жалпы ауруханалық	Жаттығулық
Диета	Певзнер бойынша №5	Физиологиялық
Өт айдаушылар	Синтезі химиялық фитокомплекстер	Фито-комплекстер
Дәрілер	Поливитаминдер	Поливитаминдер
Емнің физикалық тәсілдері	Диатермия, УВЧ тоғы, папаверин, магний сульфаты, новокаинмен электрофорез бауыр аймағына, ультрадыбыс көрсеткіштеріне қарай	ЕФК(ЛФК), уқалау(массаж), балшық емі, арасандар
Седативтілер	Көрсеткіштеріне қарай	Көрсеткіштеріне қарай
Паразиттерге	Көрсеткіштеріне қарай	Көрсеткіштеріне қарай

ӨТ-ТАС АУРУЫ

- Бауырдың өт өзектері, жалпы өт өзегі, өтте тас құралымен ерекшеленетін гепатобилиарлық жүйенің заттек алмасу бұзылысының ауруы.

Этиологиясы:

- Алғашқы 3 айлығында жасанды тамақтану
- Тағамда талшықтар, витаминдер және микронутриенттер аз, ал майлар, оңай сіңірілетін ксенобиотиктер мен көмірсулардың көп болуы.
- Ішетін су құрамын өзгертетін экологиялық ерекшеліктер
- Ұзақ мерзімді парентералды тамақтану
- Созылмалы гемолитикалық анемиялар
- Семіру
- Гипертриглицеридемия,
- Муковисцидоз,
- Ішектің созылмалы аурулары
- Бауырдың созылмалы аурулары.
- Қант диабеті
- Гиподинамия, физикалық белсенділік азаюы



ПАТОГЕНЕЗИ

- Тас құралу процесінде үш фактор қатысады:
 - 1) “Литогенді” запыран – запыран құрамының бұзылысы(дискразия), бұл оның эуколлоидтылығын азайтады;
 - 2) Кезекті кристаллизация және тас құралуы үшін “ядролар” болуы;
 - 3) Запыран іркілісі



КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ:

- Өт-тас ауруындағы іш ауыру ұстамасы: ұстамалы түрдегі ауру сезімі оң қабырға доғасы астында; негізі – өт ағу бұзылысы, өт пен оның өзектеріндегі жазық бұлшықет спазмы, осыдан запыран жолдарында қысым артады. Әдетте, кенет кешке не түнде басталып, тұрақты не оқтың-оқтың мазалайды.
- Объективті байқауда “өт” симптомдары оң, 9-10 кеуде омыртқасы аймағында гиперестезия. Қызу көтерілуі мүмкін, бұл өттегі инфекцияның белсенуіне рефлекторлы сипат.
- Кей науқастарда ұстамада тері сарғаюы мен қышуы, зәр түсінің қоңырқайланып, нәжіс ағаруы, қанда тіке билирубин жоғарылап, сілтілі фосфатаза белсенділігінің жоғарылауы байқалады.
- Диспепсия синдромында жүрек айнуы, ауамен кекіру, ащы дәм сезіну, тамақтанудан соғ эпигастрий маңының “толуы” орын алады.



Балаға ӨТА диагнозы қою алгоритмі (Нижний Новгород 1999)

Анамнез	<ul style="list-style-type: none">-Кеселдің біртіндеп не жедел басталуы-Созылмалы не латентті ағым-Ауру байланысы: өт литогендігіне байланысты, дәрілерді ұзақ мерзім қабылдау, өт жолдары даму аномалиялары, өт жолдарының гипокинезиясы мен гипотониясы, жоғары калориялы тағамдар, вегетативті дисфункция-Тұқым қуалаушылық бейімділігі
Шағымдары	<ul style="list-style-type: none">-Іш ауруы, жиі оң қабырға доға асты,-Іш ауру ұстамасының диета бұзылысы, физикалық жүктеме, психо-эмоционалдық бұзылыстар, интеркурренттік аурулармен байланысы,-Ауыру сезімінің оң қабырға доғасы асты, оң иық, жауырынға таралуы
Клиникасы	<ul style="list-style-type: none">-Аз уақытқа сарғаю-Өт симптомдары (Кер, Ортнер, Мерфи +++)-Оң қабырға доғасы астында бұлшықет қарсылығы (+++)-Токсикоз белгілері-қызыну-Жедел кезеңінде бауыр ұлғаюы

<p>Лабораториялық диагноз</p>	<p>Мүмкін: ЭТЖ едәуір жоғарылауы, өршу кезеңінде лейкоцитоз, нейтрофильді жылжумен.</p> <p>Қан биохимиясында</p> <ul style="list-style-type: none"> - Билирубин жоғары - Холестерин жоғары - Өт қышқылдары жоғары - Лейцинаминопептидаза жоғары <p>Запыран микроскопиясы: (“В” үлесінде кішкен тастар, құм, қристалдар)</p>
<p>Аспаптық диагноз</p>	<p>Фракционды дуоденалды зондылау</p> <p>Эхография : өттің ішінде дөңгелек, қоғалмалы, қатты құрылым, артынан “акустикалық” көлеңке байқалады.</p> <p>Холецистография:</p> <ul style="list-style-type: none"> - толу кемістіктері (дефект) - Өт проекциясында қатты құрылым көлеңкесі
<p>Ажырату диагнозы</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 12 елі ішек ойық жара ауруы - Созылмалы панкреатит - Созылмалы холецистит

ЕМІ

- ӨТА диагнозы қойылғанда шығатын мәселе: балаға хирургиялық ем қажет па жоқпа. Кеселдің негізгі емі – хирургиялық (холецистэктомия). Науқастардың кейбіреуі ғана консервативті ем алады.
- Консервативті ем құрамы: диета, литолитикалық ем, қосалқы дискенезияларда – спазмолитиктер.
- ӨТА емінде дита аса мәнді. Жалпы қағидалары: асқазан-ішек жолдары шырышты қабатын механикалық және химиялық аялау. Рұқсат етілетіні: сиыр, құс, қоян, күрке тауық еті; піскен балық, ботқа, көкөніс, жеміс-жидектер(ащы және піспегеннен басқалары). Майлы тағам, өте суық сусындар мен тағамдарды(балмұздақ), дәмдеушілер(сірке суы, бұрыш, пияз, тоқаш) , консервілер, қақталған тағамдар, шұжық, қуырылған берілмеуі тиіс. Науқасқа берілетіні: сүт, вегетариандық және жидек сорпалары; екінші тағамға қайнатылған ботқа, пудинг, суға ұайнатылған балық пен ет, сусындар қоя емес шай, компот морс, кисель, сүт, айран т.б.



□ Дәрі –дәрмектік ем науқастағы қосалқы бұзылыстарға байланысты беріледі. Өт ұстамасында тезірек ауру сезімін қойдыру керек. Бұл мақсатта атропиннің 0,1% ерітіндісі (1/2 тамшыдан жасына) немесе беладонна экстракты(1мг жасына), папаверин, ношпа, спазмолитин, тефиллин т.б беріледі.

□ Антибиотикотерапия. Өт жолдарының қабынуы, ауру сезімі мен дене қызуының жоғарлауы антибиотиктер беруге көрсеткіш болып табылады. Антибактериалдық ем курсы ұза емес (7-10күн). Холециститте антибиотиктерді бактисубтилмен және міндетті түрде витаминдермен(С,В тобы, А) бірге беру керек.

□ Холециститпен науқастарды емдеуде өт айдағыштарды кең қолданады.

□ Литолитикалық дәрілер холестериндік, көлемі 10мм-ден аспайтын өттік тастарды ерітуге қолданылады. Хенофальк холестерин түзілісін азайтып, запранның коллоидтық тепе-теңдігін қалыптастырады – 15мг/кг есебінен. Тиімдірегі урсофальк: гепатотоксикалық эндогенді өт қышқылдарының ішектік реабсорбциясын тежейді, запыранда холестериннің қанығуын азайтады, осыдан ішекте оның сіңірілуі азайып, бауырдағы түзілісі тежеледі. Мөлшері 10мг/кг күніне, үздіксіз 6-24 ай бойы



ДИСПАНСЕРЛЕУ

Өт жолдарының аурулары (холецистит, холангит, холецистохолангит, дискинезия) аймақ балалар дәрігерінде “Д” учетта тұрады. Педиатр – 1жылы әр 2-3 ай сайын, ал келесі жылдан бастап 6 ай сайын, оталаринголог, стоматолог көрсеткішіне қарай тексереді.



ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1. “Балалар ауруларының пропедевтикасы” Б. Түсіпқалиев, Ақтөбе 2002ж
2. “Педиатрия” Б.Х.Хабижанов , С.Х.Хамзин II том Алматы 2012
3. “Амбулаторлық – емханалық педиатрия” Е.Т. Дадамбаев Алматы,2010
4. http://karapuz.kz/pages_out.php?cid=830
5. <http://puzkarapuz.ru/content/1611>
6. http://ilive.com.ua/health/hronicheskiy-holecistit-u-detey_76576i15937.html

