

Астана медицина университеті
Ішкі аурулар кафедрасы

Созылмалы холецистит.
Дискинезиясы



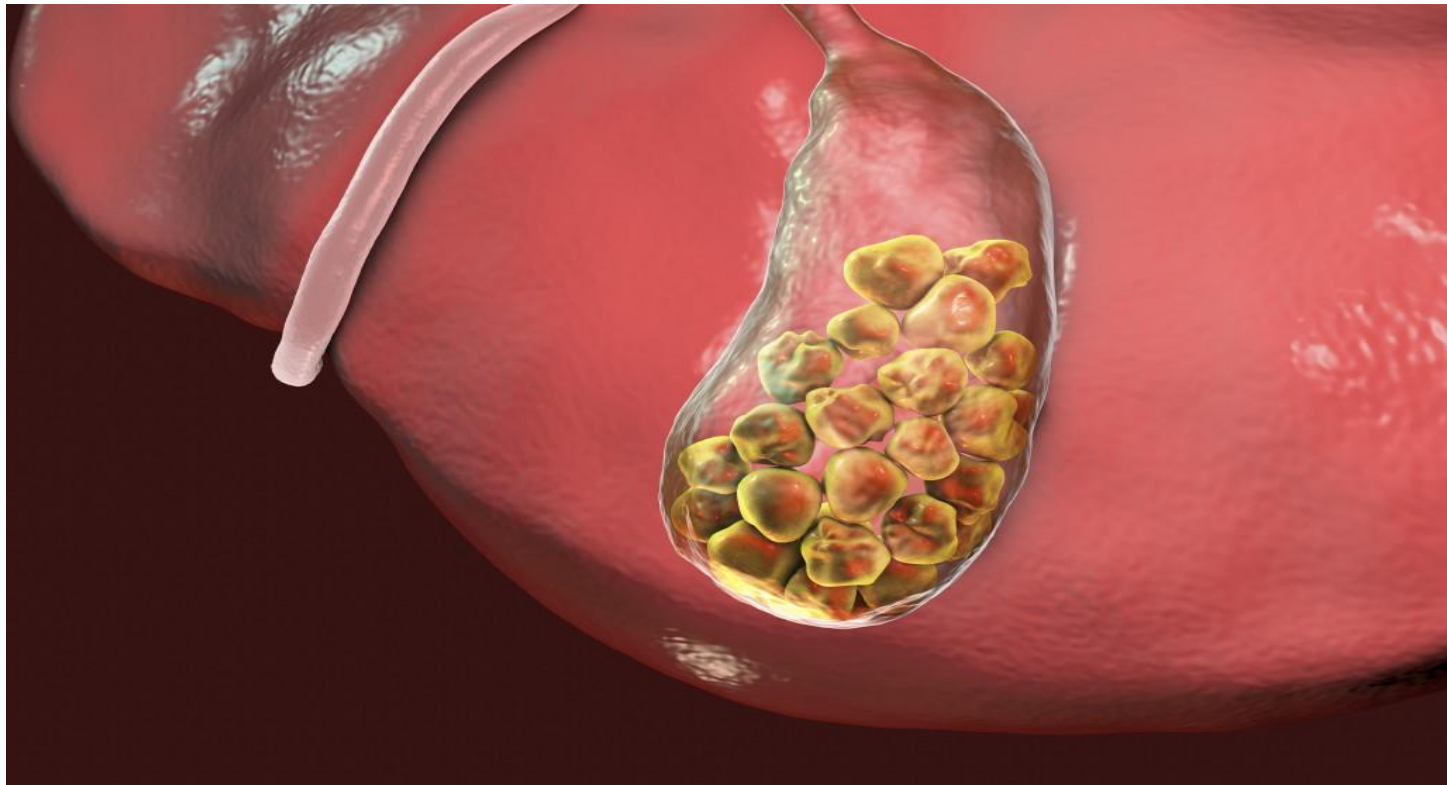
Дайындаған: Балтабай Б.Ж.
Қабылдаған: Махмутова А.Е.
Топ: 424 ЖМ

2018 ЖЫЛ

Жоспары

- Созылмалы холецистит анықтамасы, жіктемесі
- Негізгі клиникалық синдромдары
- Асқынулары мен Диагностикасы
- Емі

Созылмалы холецистит - өт қабының алты айдан астам ұзақтықта созылатын полиэтиологиялық қабынбалы ауруы, өт шығару жолдарының моторлы тондық бұзылуларымен және өттің физикалық химиялық қасиеттерінің өзгерістерімен қоса жүретін, өт қабында тастың пайда болуымен, билиарлы жүйенің моторлы тондық бұзылуларымен бірге жүруі мүмкін.



Қабынбалық процесс таспен, қап аномалиясының дамуымен, соңғысының дискинезиясымен жүреді. Холангиттің дамуымен және холангиогепатиттің дамуымен бауырдың өзі зақымдалуымен, өт жолдары бойынша инфекция кіруі мүмкін.

Өт тас ауруы - сиптомкешені, тас түзілуімен ғана емес, типтік өттік шаншулармен қоса.



Этиологиясының ең басты факторы – өттің өтқабында іркілісі.

Өттің іркілісіне алып келетін себептер:

□ Уақтылы тамақтанбау (тамақ ішкенде өтқабы жиырылып босайды, ал сирек тамақтанғанда өт өтқабында ұзақ іркіледі);

□ Клетчатканың тапшылығы (клетчатка өттің сұйылуына және өтқабының босауына септігін тигізеді);

□ Гиподинамия;

□ Өттің ағып шығуына кедергілер (іштің қатуы, Одди, Люткенс сфинктерлерінің гипертонусы, тірелген тас, папиллит, т.б.);

□ Психоэмоциялық стресстер (өт жолдарының дискинезиясын туғызатын);

□ Өтқабының моторикасын реттеуге қатысатын гормондар арақатынасының бұзылысы.

Жіктемесі

Созылмалы холецистит жіктемесі (С. Циммерман, 1992):

I. Этиология және патогенез бойынша:

- бактериалды;
- вирусты;
- паразитарлы;
- микробты емес (асептикалық, иммуногендік);
- аллергиялық;
- "ферментативтік";
- себебі анықталмаған.

Форма бойынша:

- калькулезды емес;
- калькулезды.

III. Дискинезия типі бойынша:

- өт қабының гиперкинезі;
- өт қабының гиперкинезі (нормотониямен, гипотониямен);
- одди сфинктерінің гипертонусы;
- люткенс сфинктерінің гипертонусы;
- екі сфинктердің де гипертонусы.

IV. Ағым мінезі бойынша:

- сирек рецидивтік;
- жиі рецидивтік;
- тұрақты ағымды (монотондық);
- жасырын (атиптік ағым).

V. Фаза бойынша:

- асқыну;
- басылып бара жатқан асқыну;
- ремиссия (тұрақты, тұрақсыз).

Созылмалы холециститтің патогенезі

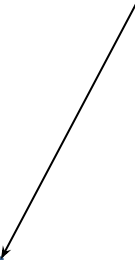
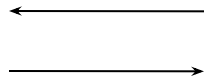
Гематогендік, лимфогендік немесе өрлеу жолымен түскен инфекция

Өттің іркілісін туғызатын және оның физикалық-химиялық құрамын өзгертетін себептер

Өтқабының кілегей қабығының зақымдануына әкелетін факторлар

Иммундық статусың өзгерісі

Созылмалы холецистит



Клиникалық көрінісі:

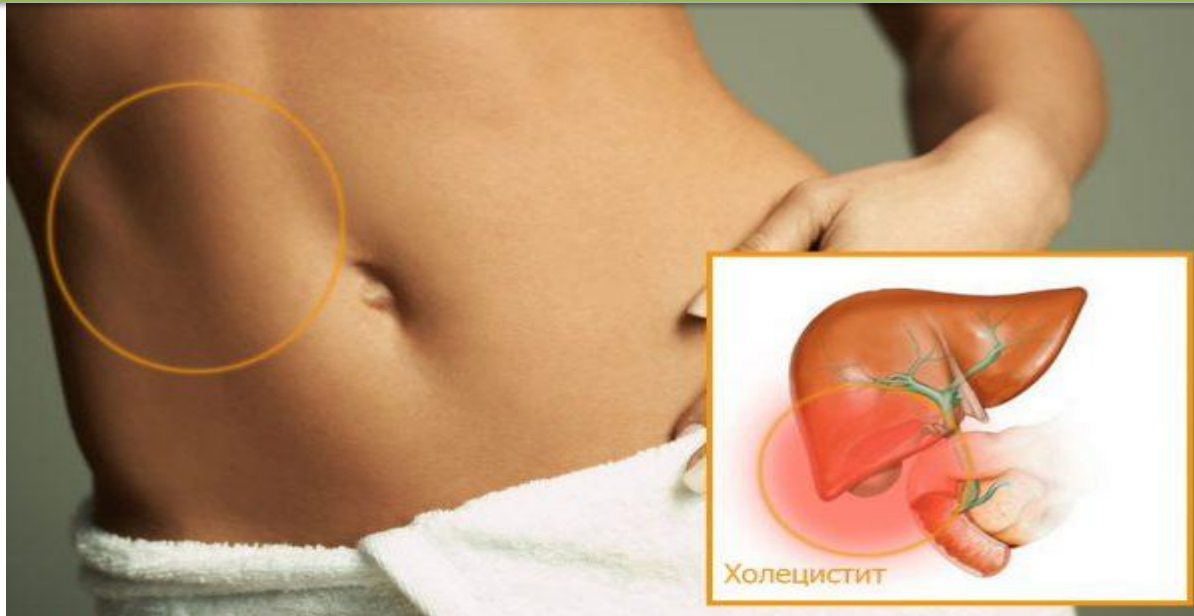
Әлсіздік, тез шаршағыштық, ашушаңдық, бас ауруы, тершендік, жүрек айнуы, ауызға ащы дәм келуі, тәбет төмендеуі, сирек құсу, кекіру, іш қату не тұрақсыз нәжіс, дерматит.

Ең жиі белгісі, іш ауруы: сыздап, тұйық, басып ауру сезімі; олар суық, майлы, қуырған, ащы тағамнан 20-30 мин өткен соң басталады

Объективті тексеруде: Бауырдың шамалы ұлғаюы, тері құқылдығы, токсикоз белгілері, тахи- және брадикардия, пульс лябилдігі, функционалды шу, гипотония сирек емес.

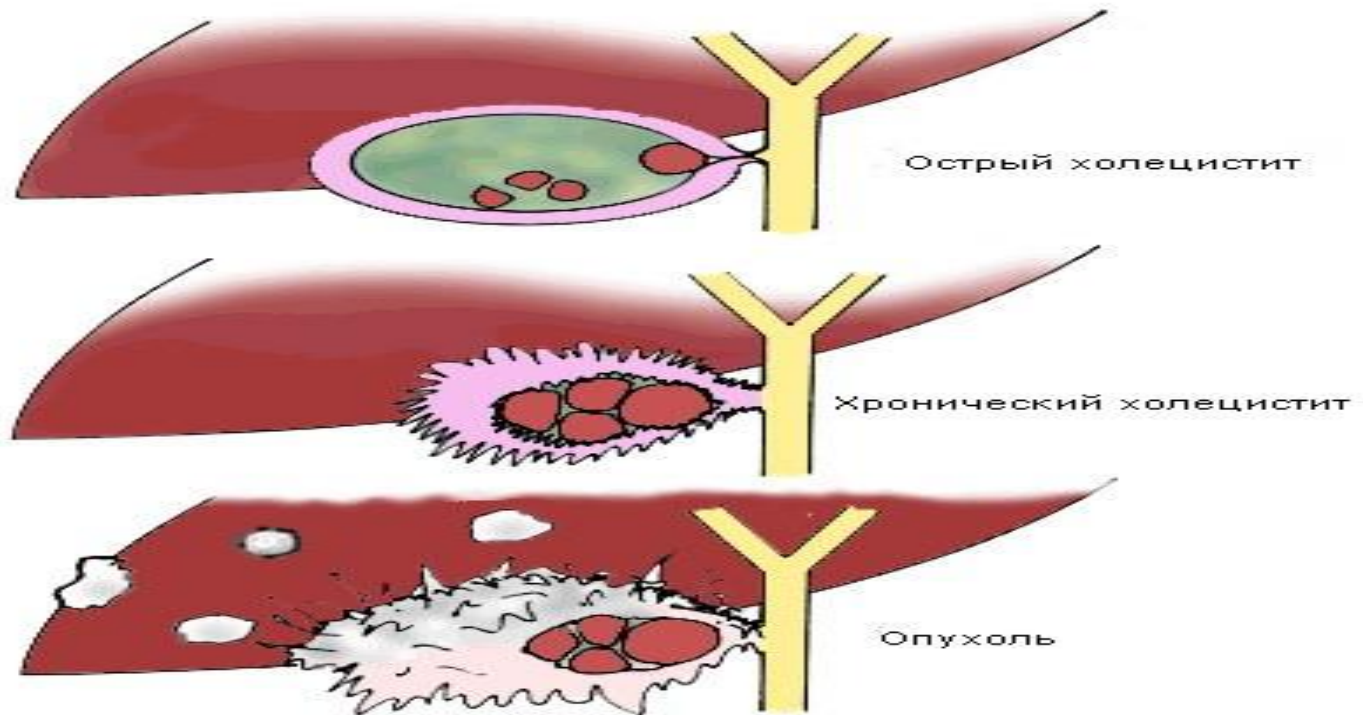
VI. Негізгі клиникалық синдромдар:

- ауру сезімдік;**
- диспепсиялық;**
- вегетативтік дистония;**
- оң жақтық реактивті (ирритативті);**
- етеккір алдындағы ширығу;**
- солярлық;**
- кардиалогиялық (холецистті-кардиалдық);**
- невротикалық-неврозтәрізді.**



Асқынулар:

- реактивті панкреатит;
- спецификалық емес реактивті гепатит;
- перихолецистит;
- созылмалы дуоденит и перидуоденит;
- дуоденалды стаз;
- басқалар.



Созылмалы холециститтің жіктемесі (Ногаллер А.М., 1979, Дәулетбақова М.И., 1995):

I. Клиникалық тип бойынша: калькулезды емес, калькулезды.

II. Ағым бойынша: рецидивтік, жиі рецидивтік

III. Фаза бойынша: асқыну, ремиссия.

IV. Дискинезия, немесе асқынған калькулездық холециститтің болуы бойынша:

- өт қабының дискинезиясымен (гипертониялық, гипотониялық);
- перихолециститпен, холангитпен, реактивті гепатитпен, панкреатитпен және басқа аурулармен асқынған.

Созылмалы холециститтің ауырлық дәрежелері

Жеңіл – асқынулар жылына 1-2 рет, клиникалық көріністер аздап айқын, аздап өттік шаншу ұстамалары мүмкін.

Асқынудан тыс – айқын емес диспепсия, оң қабырға астындағы аздаған ауыру сезім. Жұмысқа қабілеттілік сақталған.

Орташа ауырлық – асқынулар жылына 3-4 рет, кейде өттік шаншу

Ауыр – асқынулар жылына 5 рет және жиі, ай сайын өттік шаншу ұстамалары болуы мүмкін.

Клиникалық белгілер бірден айқын.

Қауіп-қатерлі факторлар:

- асқазан ішек жолдары ағзаларының ауруы;
- паразиттердің болуы (лямблилер, аскаридалар);
- өт қабы мен бауыр жарақаттары;
- созылмалы инфекция ошақтарының болуы;
- иммундық статустың бұзылуы;
- жиі іш қатулар;
- ретсіз тамақтану;
- жиі тойып тамақ жеу;
- аз қимылдық өмір салты;
- жүктілік;
- алкоголь, темекі тарту.

Диагностика критерилері

Шағымдар мен анамнез: абдоминалды ауыру сезімдік синдром (диеталық жүктемемен байланысты оң жақ қабырға асты, оң бұғанаға, иық буынына, жауырынға берілумен, диспепсиялық синдром (лоқсу, құсу, ащы кекіру), субфебрильді дене қызуы (сирек).

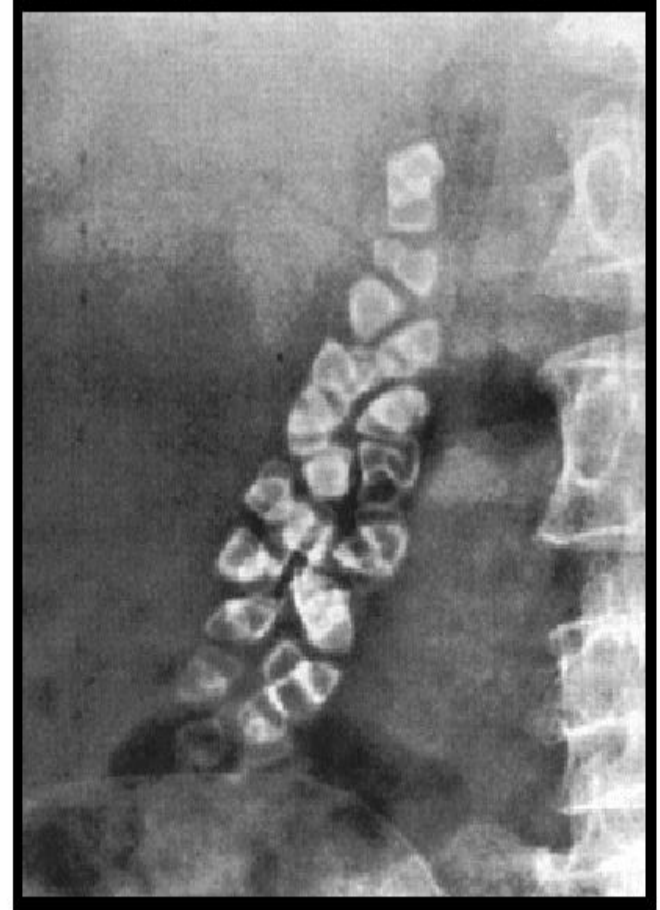
Физикалық тексеру: кейбір науқастарда нұрлы қабат және терінің сарғаюы байқалады. Науқастардың басым көпшілігінде артық дене салмағы анықталады.

Пальпация кезінде өт қабының орналасу айналасында ауырсыну байқалады – іштің оң түзу бұлшықетінің сыртқы шеті оң қабырғалық доғамен қиылысады (Кер симптомы), терең тыныс алу және құрсақтың ішке тартылуында өт қабының зонасында ауырсынулар (Мерфи симптомы).

Инструменталдық зерттеулер: УДЗ, КТ (конкременттердің болуы, өт қабы көлемдерінің үлкеюі немесе кішіреюі, қабырғаларының қалыңдауы), рентгенологиялық (пероралды немесе көктамыршілік холецистографияны орындайды).

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

1. Қанның жалпы анализі (6 параметр).
2. Глюкозаны анықтау.
3. Сілтілік фосфатазаны анықтау.
4. Билирубин мен фракцияларды анықтау.
5. Холестеринді анықтау.
6. Құрсақ қуысы ағзаларын УДЗ.
7. Эзофагогастродуоденоскопия.
8. Зәрдің жалпы анализі.
9. Капрологияға нәжісті зерттеу.
10. АЛТ анықтау.
11. АСТ анықтау.
12. С-реактивті ақуызды анықтау.
13. Жалпы ақуызды анықтау.



Холецистография.
На холецистограмме видны тени конкрементов в просвете
желчного пузыря

Аспаптық зерттеудің нәтижелері:

- **Оральдік холецистографияда** анықталатын өзгерістер: өтқабының контрастталуы баяуланады (90 минуттан артыққа созылады); өтқабының деформациясы (бүгілуі, иректелуі), жөнді толмауы; өтқабы тонусының, жиырылуының бұзылыстары.
- **Холеграфия** (оны оральдік холецистографияда өтқабы контрастталмаған жағдайда жасайды). Контрастық затты венаға енгізгеннен кейін өт түтіктері көрініп, ал өтқабы көрінбесе оны “істен шыққан өтқабы” аталады. Бұл өтқабының бүрісуінен, тасқа толуынан, мойнының таспен бітелуінен немесе өтқабы түтігінің облитерациясынан болады.
- **Өт жолдарының УДЗ-і.** Тастарды, өтқабының деформациясын, қабырғасының қалыңдауын, тығыздалуын және моторлық функциясының бұзылыстарын анықтайды.



Қосымша диагностикалық шаралар тізімі:

1. Қан диастазасын анықтау.
2. Қандағы ақуыз фракцияларын анықтау.
3. Дуоденалдық заттарды зерттеу (зондтаусыз).
4. Биологиялық сұйықтықтарды колонияларды алып себу.
5. Көктамыршілік холангиохолецистография (көрсетімдер бойынша).
6. Пероралдық холецистография (көрсетім бойынша).
7. Мақсатты пункциондық бауыр биопсиясы (көрсетімдер бойынша).
8. Эндоскоптық ретроградтық панкреатохолангиография (көрсетімдер бойынша).
9. Бауырдың, өт қабының компьютерлік томографиясы (көрсетімдер бойынша).

Лабораторлық зерттеулер: дуоденалды зондтау кезінде дискинетикалық бұзылыстарды, сонымен қатар В порциясының микроскопиясы кезінде қабынулық элементтерді және паразиттерді, сонымен қатар оны себу кезінде инфекциялық агенттерді анықтау; қанда нейтрофильді лейкоцитоз және эритроциттердің тұну жылдамдығының жеделдеуі, олардың реактивті қабынуы кезінде бауыр мен ұйқы безінің функционалды сынамаларының өзгерістері болуы мүмкін.

Нормальный
пузырь



Воспаленный
пузырь



Емдеу тактикасы

Ем диеталық режиммен қатар антибактериалды, қабынуға қарсы, холеретикалық, спазмолитикалық терапия жүргізуді қарастырады және негізгі ауруларға, асқынулардың болуына, жағдай ауырлығына тәуелді.



Дәрі-дәрмектік ем:

1. Келесі антибактериалдық препараттардың бірін тағайындайды:

- синтетикалық пенициллиндер (ампицилин* 2 г/тәулігіне - 10 күн);
- макролидтер (эритромицин* 2 г/тәулігіне, кларитромицин* 1 г/тәулігіне, спирамицин* 6 МЕ/тәулігіне -10 күн);
- тетрациклиндер (доксциклин *100-200 мг/тәулігіне -10 күн);
- фторхинолондар (ципрофлоксацин* 1г/тәулігіне - 10 күн);
- цефалоспориндер (цефуроксим*750 мг/тәулігіне, цефтазидим* 1-6 г/тәулігіне - 10 күн).

Лямблиоз болған кезде келесі препараттардың бірі көрсетілген: орнидазол* 1 г/тәулігіне - 5 күн немесе метронидазол * 1 г/тәулігіне – 10 күн.

Таңдау препараттары болып табылады: ко-тримоксазол* - 2 апта, интетрикс.

Өттің коллоидты қасиетін қалпына келтіру мақсатында, тиімділігі дәлелденген, урсодезоксихол* қышқылын 500 мг/тәулігіне тағайындайды.

3. Өт қышқылдарын байланыстыру үшін құрамында алюминий бар антацидтер көрсетілген, күніне 15 мл x 4рет тамақтан соң 1,5-2 сағаттан кейін.

4. Өт қабының гипертониялық дискинезиясы кезінде спазмолитиктердің бірін тағайындайды:

- пинавериум бромид* - 100-150 мг/тәулігіне;
- гимекромон 600 мг/тәулігіне;
- бускопан 10 мг x 3 рет;
- галидор* 2,0 мл x 2-3 рет тәулігіне.

Гипотониялық дискинезия кезінде холецистокинетиктер көрсетілген:

- домперидон* немесе метоклопрамид* 30-40 мг/тәулігіне;**
- магния сульфаты* 10-25%, 2 ас қасықпен тәулігіне 3 рет;**
- сорбит* 10% 050,0 x 2-3 рет тәулігіне.**

6. Холекинезді күшейтетін препараттар – аллохол* 2 таб. x 3-4 рет тәулігіне, тамақтан соң.

7. Полиферменттік терапия:

- панкреатин*;**
- фестал*;**
- панзинорм*.**

Антибактериалды терапия аяқталғаннан соң: пребиотиктер - хилак форте* 60 тамшы x 3 рет- 1 апта, сонан соң 30 тамшыдан x 3 рет - 2 апта, іш қатуларда - лактулоза* 1 – 2 ас қасық x 1 рет тәулігіне.



Негізгі дәрі дәрмектер тізімі:

1. *Ампициллин 0,25 г, табл.
2. *Урсодезоксихол қышқылы 250 мг, табл.
3. *Құрамында алюминий гидрототығы, магний гидрототығы бар қосылған препараттар 15 мл, ішке қабылдау үшін суспензия.
4. Гимекромон 200 мг, табл.
5. Аллохол.
6. *Домперидон 10 мг, табл.
7. *Панкреатин, таблетка, құрамында 4 500 ЕД кем емес липаза бар капсула.



Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі: *метронидазол 500 мг, табл.

Ем тиімділігінің индикаторлары: өт қабы мен ұлтабар функцияларын қалпына келтіріп, аурудың симптомдық көріністерін жою.

* – Негізгі (өмірге маңызды) дәрілік заттар тізіміне кіретін препараттар

