

ҚР Денсаулық сақтау
МИНИСТРЛІГІ
С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.
АСФЕНДИЯРОВА

Кафедра: №1 Хирургиялық аурулар

Тақырыбы: Созылмалы холецистит.
Постхолецистоэктомия.

Орындаған:

Қабылдаған:

Топ:

Алматы 2017

ЖОСПАР

I.Кіріспе

II.Негізгі бөлім

□ Созылмалы холецистит: клиникасы, диагностикасы, емі

Постхолецистоэктомиялық синдром: клиникалық көрінісі, диагностикасы және емі

III.Қорытынды

Пайдаланылған әдебиеттер

Созылмалы холецистит

- *Холецистит* (cholecystitis; грек. Chole-өт, cystis-қап және itis-қабыну) – өт қабының қабынуы. Өте жиі кездесетін (әсіресе әйелдерде) ауру. Өт қабы қабырғасының зақымдануына, моторикасының бұзылысына әкелетін және өт тастарының түзілуіне септігін тигізетін өтқабының бейспецификалық қабыну ауруы.
- *Созылмалы холецистит* өт қабында тас түзілуіне әкелуі мүмкін өт қабындағы созылмалы қабынулық процесс. Асқазан ішек жолдарының жоғарғы бөлімінде инфекциялық процесс, асқорыту бұзылысы, бауыр ауруы, зат алмасу бұзылуы, дұрыс тамақтанбауда пайда болады.

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.

Созылмалы холециститтің патогенезі

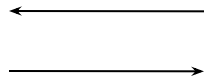
Гематогендік, лимфогендік немесе өрлеу жолымен түскен инфекция

Өттің іркілісін туғызатын және оның физикалық-химиялық құрамын өзгертетін себептер

Өтқабының кілегей қабығының зақымдануына әкелетін факторлар

Иммундық статусың өзгерісі

Созылмалы холецистит



Хронический 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.

Иррадиациясы.

Ауырсыну кеуденің оң жартысына, оң жауырынға, оң бұғанаға, белдің оң жағына таралады. Оң қабырғалықтың ауырсынуымен қатар көршілес ағзалардың дисфункциясынан (дуоденогастральдік, гастроэзофагальдік рефлюкстерден) диспепсиялық бұзылыстар болады: **ауамен кекіру, ащы дәм сезіну, жүрек айнуы, тәбеттің төмендеуі.** Мұндай науқастарда эпигастрий аймағының үнемі ауыруы – гастриттің, кіндік маңының немесе іштің төменгі аймағының түйіліп ауыруы және іштің қатуы немесе өтуі–созылмалы колиттің, сол қабырғалықтың немесе іштің белді буындырғандай ауыруы–панкреатиттің болуын көрсетеді.



- реактивті панкреатит (холепанкреатит);
 - реактивті гепатит;
 - перихолецистит;
- созылмалы дуоденит және перидуоденит;
 - созылмалы дуоденостаз;

Диагностикасы

- Анамнез(айқын шағымдары, отбасында осы тектес аурулар жиі болуы);
- Үздіксіз дуоденалды зондтау қорытындысы;
- Ультрадыбыстық скандау мәліметтері;
- Клиникалық және биохимиялық қан сынағы: лейкоцитоз, СОЭ жоғары, протеинурия, цилиндрурия. (бауыр, ұйқы безі функциясына баға беру үшін);
- кеселдің өршуінде асқазанды да зондпен тексеру қажет.



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.



Емі

Диетотерапияда қолданылатын №5 емдәм. Өршу кезінде қуырған, өткір майлы тағамдар берілмейді. Тағамдарды суға пісіріп немесе буға бұқтырып дайындайды. Липотроптық заттарға бай тағамдарды (сүзбе, сыр, балық, бұршақ дәндері) ұсынылған жөн. Рецидивке қарсы ем амбулатория жасағанда 1 ай бойы жасалады.

**Антибактериялық дәрмектер өт құрамында
жиналу деңгейіне қарай 3 топқа бөлінеді:**

1. Биік концентрацияда жиналатындар:

- эритромицин 0,25 г күніне 4-6 рет;
- ампициллин 0,5 г күніне 4-6 рет;
- олеандомицин 0,25 г күніне 4-6 рет;
- рифампицин 0,15 г күніне 2-3 рет тамақтан 30 мин бұрын.

2. Жеткілікті емдік концентрацияда жиналатындар

- тетрациклин 0,25 г күніне 4 рет;
- доксициклин гидрохлорид
бірінші күні 0,1 г 2 рет, қалған
күндерінде күніне 0,1 г 1 рет;
- бисептол 2 таб. күніне 2 рет;
- фуразолидон (фурагин,
фурадонин) 0,05-0,01 г күніне 4
рет.

Бұлардың бәрі тамақтан кейін
ішіледі.



3. Өте аз мөлшерде жиналатындар: мономицин, неомицин, т.б. аминогликандар, левомецетин.

Антибактериялық емнің бір курсының ұзақтығы – 7-10 күн, 3 күн үзіліс жасап, емді тағы 7-10 күн қайталайды.

Емханалық жағдайда өтқабының санациясын толық жетілдіру мақсатымен антибактериялық емді жарты жыл, қажет болса 7-8 ай жалғастырады. Ол үшін әр айда 7 күннен ішкізеді (дәрмектің түрін әр айда ауыстырып тұрады).

Өт айдайтын дәрмектер.

Ауырсынудың қатаңдау кезінде жеңіл өсімдіктік **холеретиктер** беріледі (холосас, өт айдаушы шөптер).

Ауырсыну басыла келе антимикробтық, қабынуға қарсы әсері бар холеретиктерге көшеді (никодин, циквалон, оксафенамид, уролесан, т.б.).

Холецистокинетиктерді (циквалон, берберин сульфаты, ксилит, т.б.) өт жолдарының гипотониялық түрінде ғана, ауырсыну толық басылған кезден қолданады.

Постхолецистоэктомиялық синдром

- Өт қуығын тура және жанама жолмен кесіп алып тастағаннан кейін пайда болатын ауру.
- Өт-тас ауруынан алынып тасталған өт қуығы науқасты зат алмасудың бұзылысынан сақтандыра алмайды, операциядан кейінде тас пайда болуы мүмкін.
- Өт қуығын алып тастағаннан



Постхолецистэктомиялық синдромның дамуында БӨЖ зақымдалуымен байланысты. Өт түтігіндегі тастар өт қуығын алып тастаса да ауру сезімнің қайта пайда болуына себепші болады. Сирек жағдайда өт түтігіндегі тастар постхолецистэктомиялық синдромның себепшісі болуы мүмкін. Сирек жағдайда өт қуығын алып тастағанда ішек биоценоздың бұзылысына алып келеді.



Емі

ПХЭС-қ емі комплексті түрде болуы керек және бауырдың, өт шығатын жолдардың (түтіктер мен сфинктерлер), асқазан –ішек жолдарының және ұйқы безінің басқа да қауіп қатерде жатқан мүшелердің қызметі мен құрылысын қайтадан қалпына келтіру.

Ішектік микрофлораны қалпына келтіру үшін қысқа 5-7 күндік антибактериальды препараттар (доксоцилин, фуразолидон, метронидазол, интетрикс) қолданамыз. Кейінгі емдеу түрі қалыпты микрофлораның өсуіне алып келетін ішектік микробты пейзаж құратын препараттар қолданамыз (мысалы, бифидумбактерин, линекс).

-Жиі қалыпты тамақтану (күніне 5-7 рет) майлылығы төмен диеталарды ұстану (өсімдік майының тәулігіне 40-60г), *ескерту* қуырылған, өткір, қышқыл тағамдар қолдануға болмайды.

-Дротаверин мен мебеверинді ауырсыздандырғыш ретінде қолданады.

-Медикаментозды емдердің барлығын қолданып, ем нәтижесіз болса, онда өт жолдарын қайтадан қалпына келтіру үшін оперативті ем қолданады.

-Тиісті ферменттік жетіспеушілікті қайтадан қалпына келтіру үшін, орташа тәуліктік дозада құрамында өт қышқылдары бар (фестал, панзинорм форте) майдың ыдырауын жақсартатын ферменттік препараттар қолданамыз.

-Ферменттік препараттарды ем ретінде, алдын-алу ретінде де қолдана беру керек. Сол себепті емнің курсы жекеше өткізген дұрыс.

Қорытынды

- Өт жолдары қабынуының алдын алуда өт тас ауруын емдеу қажет, мысалы, өттен ішекке өткізетін тасты құмға айналдыратын соққы толқынды литотрипсия қолданылады. Сондай ақ рационалды тамақтану қажет, тұзды, майлы, кептірілген, ащы, қуырылған тамақтарды шектеп, дене салмағын бақылап отыру.
- Постхолецистэктомиялық синдромның алдын алуда өт циркуляциясының ауруына алып келетін қосымша ауруларды анықтау қажет: бауырды, ұйқы безін, өт шығару жолдарын, ас қорыту жолдарын, іш қуысының қан тамыр жүйесін операцияға дейін тексеру.

Қолданылған әдебиеттер

- 1. А.Нұрмақов “Хирургия”
- 2. М.И.Кузина “Хирургические болезни”
- 3. www.google.ru