



Ўт Пуфаги Ва Ўт Йўлларининг Сурункали Касалликлари

Хонимкулова Саодат Юсуповна

Тошкент Тиббиёт Академия Термиз филиали

Аннотация: Ушбу мақолада Ут пуфаги ва Ут йўлларининг сурункали касаллиги этиопатогенези касалликнинг кечиши асоратлари ва бу касалликни вақтида аниқлаб ташхис қуйиш ва даво чораларини уз вақтида бошлаш ва беморларни келажақдаги ҳаёт сифатини яхшилаш ногиронлик ва улим камайтириш каби муаммолар ва уларнинг ечими ҳақида фикр юритилади.

Калит сузлар: гипертоник дискинезияси, ОИТ касалликлари ,бактериоцид ,сфинктер ,Дисхалия , Холецистокардиал синдром ,спазмолитиклар .

Эпидемиология Сурункали холецистит – кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, ОИТ касалликларининг 1000 аҳолига нисбатан 6 – 7 ҳолатни ташкил қилади. Кўпроқ 40 ёшгача бўлган куп тукқан аёллар, семизлик ва қабзият билан азият чекувчилар кўпроқ касалланадилар. 50 ёшдан сўнг эркак ва аёллар ўртасида касалланиш деярли бир хил бўлади. Аксарият ҳолларда иш фаолияти психо - эмоционал юктамалар билан боғлиқ бўлган, кам ҳаракатли ҳаёт фаолиятига эга беморлар касалланади Ут пуфғи ва ут йўллари касалликлари ихтисосликдаги врачларнинг амалий фаолиятида тез-тез учрайдиган синдром ҳисобланади. Сўнгги маълумотларга кўра, жаҳонда 30 ёшдан ошган аҳолининг 35% га яқинида кузатилади. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) экспертлари хулосаларига кўра, 2023 йилга келиб бу кўрсаткич 40% ни ташкил этмокда

Мавзунинг долзарблиги : Сурункали холецистит – ўт чиқарувчи тизимнинг мотор – эвакуатор функциясининг бузилишлари билан кечувчи ўт пуфагининг яллиғланишидир

Кечиши бўйича:

- Енгил кечиши – (авж олишлар йилда 1 – 2 марта)
- Ўрта оғирликда кечиши – (авж олишлар йилда 3 ва ундан куп)
- Оғир кечиши – (авж олишлар ойда 3 ва ундан куп)

Жараён босқичлари бўйича:

- авж олиш босқичи
- сунаётган авж олиш босқичи
- ремиссиялар

Ўт пуфаги ва ўт йўлларининг функционал ҳолати бўйича

- Ўт қопи ва ўт чиқарув йўлларининг гипертоник дискинезияси.
- Ўт қопи ва ўт чиқарув йўлларининг гипотоник дискинезияси.
- Ўт чиқарув йўлларининг дискинезияларисиз.
- “Ишламаётган” ўт пуфаги

Этиология ва патогенези



Инфекциялар, аксарият холларда шартли патоген флора – ичак тёқчаси, стафиллококк, қорин тифи таёқчаси, лямблиялар келтириб чиқаради. Ўтнинг ўзи бактериоцид хусусиятга эга, аммо ўтнинг таркиби узгарганда ва айниқса ўт димланганда бактериялар ўт йўли орқали ўт пуфагига кўтарилади. Инфекциялар таъсири остида холе кислота литохоол кислотасига айланади. Нормада бу жараён фақат ичакда кечади. Агарда бактериялар ўт пуфагига кирса, ушбу жараён шу ерда кечади. Литохоол кислотаси шикастловчи таъсирга эга ва у ўт пуфаги деворида яллиғланиш чақиради, ушбу узгаришларга инфекция ҳам кушилиши мумкин. Дискинезиялар ўт пуфагининг спастик қисқариши, атониясига сабаб бўлади, бу эса ўт димланишига олиб келади. Аввал бу узгаришлар фақат функционал характерда бўлиши мумкин. Кейинчалик ўт пуфаги ва сфинктерлар харакатларининг номутаносиблиги юзага келади, бўлар ўт пуфаги ва ўт йўллариининг мотор функциясининг иннервациясининг бузилиши ва гуморал бошқаруви бузилиши билан боғлиқ. Нормада бошқарув қуйидагича амалга оширилади: ўт пуфагини қисқариши ва сфинктерларни бўшашиши – вагус, сфинктерлар спазми, ўт пуфагини тулиши – симпатик нерв орқали бошқарилади. Гуморал механизм – ўн икки бармоқли ичакда 2 та гормон ишлаб чиқарилади: холецистокинин ва секретин вагус каби таъсир қилади ва шу йўл билан ўт пуфаги ва унинг йўлларига бошқарувчи таъсир кўрсатади. Ушбу механизмни бузилиши вегетоневрозларда, ошқозон ичак тизими яллиғланиш касалликларида, овқатланиш ритмининг бузилишларида кузатилади.

Дисхолия – ўтнинг физик – кимёвий хоссаларининг бузилишидир. Ўт пуфагидаги ўтнинг концентрацияси жигарникига қараганда 10 баробар юқори. Меъёрда ўт билирубин, холестерин (сувда эримайди, шу сабабли, эрувчан коллоид эрувчан холатда ушлаб туриш учун холатлар керак бўлади.), фосфолипид, ўт кислоталари, пигментлардан иборат. Нормада ўт кислоталари ва унинг тузлари (холатлар) холестеринга нисбаттан 2:1 нисбатда бўлади, агарда холестерин миқдори ошса, масалан 10:1, у чукмага туша бошлайди ва ўз навбатида тошлар хосил бўлишига олиб келади. Дисхолиялар холестерин (қандли диабетда, семизликда, оилавий гиперхолестеринемияларда), билирубин (гемолитик анемиялар ва х.), ёғ ва ёғ кислоталарининг куп миқдорда бўлиши билан кечади. Шу билан бирга утнинг инфизирираниши муҳим рол уйнайди.

Касалликни ривожланишида алиментар омилнинг ахамияти катта: норегуляр овқатланишлар орасидаги катта интервалларнинг бўлиши ва кечкурун куп миқдорда гўштли, аччик, ёғли овқатлар ейиш ўз навбатида Одди сфинктерини спазмига ва ўтнинг димланишига олиб келади. Ундан тайёрланган, ширин махсулотлар, балиқ, тухумнинг куп миқдорда бўлиши, клечатканинг етишмаслиги ўт рН ни пасайишига ва унинг коллоид турғунлигини камайишига олиб келади. Амалиётда кўпроқ юқоридаги кўрсатилган омиллар комбинацияланади.

Клиника.

1. Оғриқ синдроми: оғриқларнинг турғун локализацияси характерли – ўт пуфаги нуктасида ва ўнг ёнбошда, кўпроқ ёғли, қовурилган, совуқ газланган сув ва пиво истеъмолидан кейин кучаяди. Оғриқ характери турлича бўлиши мумкин. Нокалкулез холециститда оғриқлар тумтоқ, калкулез холециститда эса чидаб булмас кескин бўлади. Оғриқларни силкинишлар, юриш, юк кўтариш, баъзан



психоэмоционал зуриқишлар келтириб чиқариши мумкин. Оғриқлар асосан куракка, ўнг елкага, буйиннинг ўнг соҳасига таркалади. Оғриқлар маҳаллий иссиқлик таъсиридан кейин ва спазмолитиклар қўллагандан сўнг қолади. Бел соҳасида ҳам оғриқлар кузатилиши мумкин. Агар оғриқлар 4 сотдан зиёд давом этса— демак жараён ўт пуфагидан ташқарига тарқалган.

2. Диспепсия синдроми ошқозонга ўтнинг тушиши оқибатида юзага келади. Бунда оғизда аччиқ таъм сезгиси, айрим вақтларда эпигастрал соҳада оғирлик хисси пайдо бўлади. Баъзан кўнгил айниши ва қайд қилиш қушилади.
3. Ичак диспепсияси. Қорин дам бўлишига мойиллик, баъзан сутли пархезни кўтара олмаслик, тез тез ич кетишлар, қабзиятлар кузатилади. Холецистопанкреатитда суюқ қўланса хидли суюқ ич кетиш бўлади. Ўн икки бармоқли ичакдан ошқозонга рефлюкс кузатилади, бу субъектив оғизда аччиқ таъм сезгиси билан кечади. Ўтнинг рефлюкси натижасида аста секин ошқозон шиллиқ қавати атрофияга учрайди. Баъзан холецистит турлича шаклда кечиши мумкин:
 1. Ойлаб давом этувчи чўзилувчан субфебрил харорат кўтарилиши. Бундай ҳолатларда холециститни ҳисобга олмаган ҳолда турли хил сурункали инфекция учоқлари (сурункали тонзиллит, ревматизм, туберкулез) ҳақида уйлайдилар.
 2. Холецистокардиал синдром. Вагусни висцеро – висцерал рефлекс билан боғлиқ юрак соҳасидаги оғриқлар билан намоён бўлади. Оғриқлар юрак чуққиси соҳасида жойлашади, бемор уларни локализациясини бармоқ билан кўрсатиб берадилар. Оғриқлар давомли, симилловчи, хуружсимон характерда бўлиши мумкин (ЭКГ да ўнг курак ва III стандарт тармоқларда манфий Р тулкинлар бўлиши мумкин). Баъзан ритм бузилишлари экстрасистолиялар кўринишида бигимения, тригимения турида бўлиши мумкин. Ташхисни аниқлаштириш учун оғриқларни овқат билан боғлиқлигини ҳисобига олиш керак. Оғриқлар аввал ўнг ёнбошда бўлиб, сўнг юрак соҳасига узатилиши мумкин.
 3. Бўғим синдроми. Бу ҳолатда беморлар ревматизмдан даволанадилар, текширувларда эса яллиғланиш белгиларини топа олмайдилар. Холециститни давосидан сўнг оғриқлар йуқолади.
 4. Аллергик синдром. Бунда айрим озиқ маҳсулотларини, айниқса сутни, айрим дориларни кўтара олмаслик аниқланади.
 5. Қондаги узғаришлар – авж олиш фазасида – ЭЧТ ошиши, нейтрофилли лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, асоратли кечганда билирубин, трансaminaзалар миқдорининг ошиши хос. Бунда анемия ва тромбоцитопения кузатилмайди. Ремиссия пайтида нейтропенияни кузатишимиз мумкин. Унинг аниқ сабаби хали аниқланмаган. Қузиш давридан холи пайтда яққол нейтропения(4000) деярли 20% да аниқланади. Лейкопения шунингдек яра касаллигида ҳам аниқланиши мумкин. Нейтропениянинг мавжудлигига қарамадан беморларда бактериял ва вирусли инфекцияларга сезувчанлик аниқланмайди.
 6. Неврастеник синдром.
Холециститнинг шакллари билмаслик гиподиагностикага олиб келади.
Объектив: асоратланмаган холециститда бемор умумий ахвол кам ўзгаради.



Холестазда сариклик кузатилиши мумкин. Тил оқ ёки жигарранг қараш билан қопланиши мумкин. Ўт пуфак сохаси пальпацияда оғриқли бўлади, аммо семиз кишиларди диафрагмани юқори туриши ҳисобига бу аниқланмаслиги ҳам мумкин. Ўт пуфаги истискосида кўпинча ўт қоғи бужмайган, хажми кичиклашган, атроф туқималар билан битишмалар ҳосил қилган бўлади, бунда яллиғланиш жараёни қушни аъзоларга утиши мумкин.

Мусбат симптомлар:

- Кер симптоми –турган ҳолатда ўт қоғи пальпациясида нафас олганда оғриқ аниқланади.
- Мерфи симптоми – утирган ҳолатда ўт қопини пальпациясида нафас олганда оғриқ бўлади.
- Мюссе (френикус - синдром). Туш умров - сургичсимон мушаги оёқчалари ораси босилганда оғриқ бўлади.

Ташхислаш. Лаборатор маълумотлар.

1. Авж олиш даврида қон тахлили: нейтрофил лейкоцитоз, ЭЧТ нинг 15 – 20 мм/с гача ошиши, С – рефаол оксилнинг ортиши, альфа-1 ва гаммаглобулинларнинг ошиши, сиал кислоталарини ошиши ҳос.
2. Дуоденал зондлаш, ўт пайдо бўлиши,микдори ва вақти аниқланади. Агарда шиллиқ аниқланса уни микроскопик текширилади. Лейкоцитоз ва лямблияларни мавжудлиги ташхисни тасдиқлайди. Б-кисмдаги утда узгаришлар ўт пуфагида, С-кисмдаги ўтда узгаришлар ўт йўлларида эканлигини кўрсатади.
3. Рентгенологик текширув. Агар ўт қоғи яхши кўринса, демак у склерозланган. Шунингдек вена ичи холецистографияси ҳам ўтказилади. Тошлар рентгеннегатив бўлиши мумкин, аммо улар ренген контраст фониди яхши кўринади. Айрим пайтларда томография ҳам қилинади. Дискинезияларни мавжудлигида яллиғланиш белгилари булмайди. Аммо ўт пуфаги кучли чўзилган бўлади ва секин ёки тез бўшашади.
4. Қон зардобиди билирубиннинг 51 мкмоль/л дан кўтарилганида ва клиник яққол сариклик билан кечганда уни сабабини аниқлаш учун эндоскопик панкреатикохолеангиография (ЭРПГХ) бажарилади.Шунингдек радиотелевидиние, сканерлаш, амалиётлари ўтказилади.

Ўт йўллари дискинезияси

Ўт йўллари дискинезияси – ўт йўллари деворининг тонуси ва қисқариш функциясининг бузилиши бўлиб, умумий ўт йўлидан ва ўт қопидан ўт суюклигини 12 бармокли ичакка чиқарилиши бузилади.

Этиология. Дискинезиянинг асосида ўт йўлларидаги сфинктер бўшашини ва уз навбатида қисқариш функциясининг бузилиши ётади. Ўт чиқариш йўллари дискинезияси этиологиясига кўра бирламчи ва иккиламчи бўлади.

Бирламчи - бу ўт йўлларида функционал касаллиги бўлиб, нейрогуморал механизмнинг бузилишидан келиб чиқади. Дискинезия кўпроқ конституционал ваготомия ва симпатикотомия ўтказган одамларда, овқатланишдаги хатоликлар

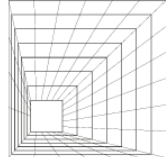


(сифатсиз овқатлар, ёғли овқатлар ва уларнинг нерегуляр қабул қилиши), гиподинамия ва семизликда куп учрайди.

Иккиламчи - Ўт йўлларининг рефлектор ва гуморал бошқарилиши билан боғлиқ бўлган бошқа касалликлардан кейин келиб чиқади. (Умумий неврозларда, эндокрин бузилишлар - калқонсимон без, буйрак усти беши, тухумдон касалликлари, ошқозон ва 12 бармоқли ичак, жигар, ўт йўллари касалликлари, қорин бўшлиғи ва кичик чанок бўшлиғи аъзоларининг сурункали касалликлари, сурункали аппендицит, сурункали сальпингоофарит)

Клиника. Ўт йўллари дискинезиясининг гипертоник – гиперкинетик тури ўнг қовурға ёйи остида ва қориннинг ўнг ярмида даврий хуружсимон оғриқнинг пайдо бўлиши билан характерланади. Ёғли, совук, аччиқ овқатлар истеъмол қилгандан ва психоэмоционал зуриқишдан кейин ўт қоғида бирданига босимнинг ошиши хисобига оғриқ пайдо бўлади. Овқатдан 1 соат кейин оғриқ кучаяди. Оғриқ елкага ва куракка узатилади. Баъзан хуружлар кўнгил айниш, қушиш, ичак функциясининг бузилиши – қабзият билан қушилиб келади. Баъзи беморларда вазомотор (гипотензия, юрак уриб кетиши, юракда оғриқ) ва нейровегетатив (йиғлоқилик, уйқунинг бузилиши, кўп терлаш, бош оғриғи) синдромлар кузатилади. Обьектив текширганда ўт қоғи проекциясида оғриқ бўлади. Тоғсиз холецистит учун характерли симптомлар яққол эмас ёки умуман бўлмаслиғи мумкин. Шу билан бир каторда тана хароратининг кўтарилиши, лейкоцитоз, ЭЧТ нинг ошиши кузатилмайди. Даврий хуружлар орасида ўнг қовурға ёйи остида оғирлик хисси сақланиб туради. Ўт қоғи соғаси пальпациясида даврий хуружлар орасида оғриқ сақланиб туради. Ўт йўллари дискинезиясининг гипотоник – гипокинетик турига ўнг қовурға ёйи остида доимий тўмтоқ ва эзувчи оғриқ, оғриқнинг узатилиши аниқ чегарага эга эмаслиғи хос бўлади. Кучли эмоция ва овқат истеъмол қилгандан кейин ўнг қовурға соғасида оғриқ хиссининг кучайиши ва симмилловчи характерга эга бўлган оғриқ пайдо бўлади. Аксарият беморлар иштаханинг пасайиши, хаво билан кекириш, кўнгил айниш, оғизда аччиқ таъм, қориннинг дам бўлиши, қабзиятга шикоят қилади. Пальпацияда ўт қоғи проекциясида кучсиз оғриқ аниқланади.

Ташхислаш. Ўт чиқариш йўллари моторикасининг бузилишида асосий диагностик метод – УТТ хисобланади. Ўт чиқариш йўллари ва ўт қоғини УТТ си овқат егандан 12 соатдан кам булмаган вақтда ўтказилиши керак. Ўт қоғини функционал холатини аниқлаш учун ўт чиқарилишгача ва ундан кейинги хажми аниқланади. Нормада ўт чиқарилгандан кейин ўт қоғининг хажми 40% га камаяди, ўт қоғи гипокинетик дискинезияда меъёрда бўлиши мумкин ёки ўлчами бир мунча ошади. Ўт қоғи деворларида ўзгаришлар ва холецистит белгилари булмайди. Ўт қоғининг бўшашиши секинлашган (30 минутдан кўп) ва етарли эмас (40% дан кам). Ўт қоғининг гиперкинетик дискинезияда ўт қоғи юмалок шаклда-ноксимон, тонуси ошган бўлади. Ўт қоғи бўшашиши тезлашади. Рентгенологик холецистография ва холангиография методларидан фойдаланилади. Бу усуллар ўт чиқариш йўллари функционал холатини баҳолашга ёрдам беради. Холецистографияда оғиз орқали йод сақловчи контраст



моддалар (холевид, йодпагност, билитраст) юборилиб, ўт чиқарилиши стимулланади. Ўт чиқишидан олдин ва кейин ўт қопи текширилади, холангиография ўтқазиш учун контраст модда (билигност) вена ичига юборилади, 15, 30, 45 минутдан кейин назорат сурати олинади. Фракцион дуоденал зондлашда ўт чиқариш йўллари гипокинетик дискинезиясида стимулятор юборгандан кейин ўнг қовурға ёйи ости соҳасида оғриқ синдроми камайиши аниқланади. Қопли рефлекс сустлашган: ўт суюқлигини ажралиши оралиқлар қисқаради. Ўт қопида ўтнинг миқдори ошган (В-порция, 100-150мл га етиши мумкин, нормада 30-70мл), А ва С порцияларда ўзгариш бўлмайди. Гиперкинетик дискинезияда таъсирловчи юборилгандан кейин ўнг қовурға ёйи ости соҳасида оғриқ пайдо бўлиши ёки кучайиши мумкин.

Даволаш. Амбулатор даволанади, ёндош патологиялар мавжудлиги шифохонага ётқишига кўрсатма бўлади.

Пархез. Пархезда тана вазни камайишида энергетик қувватни ошириш керак (3000ккал/сўт дан кўп), овқатланиш кунига 4-5 марта тез-тез, кам-кам бўлиши керак. Аччиқ, қовурилган, дудланган овқатлар тавсия қилинмайди.

Гипертоник дискинезияда ёғли, гўштли, ўсимлик ёғи, хамирдан тайёрланган ёғли махсулотлар, пиво ва газланган ичимликлар чекланади, чунки бу махсулотлар ўт қопини қисқаришига олиб келади.

Гипокинетик дискинезияда ўт қопини қисқаришини стимуляция қиладиган озиқ-овқатлар, мевалар, сабзавотлар (карам, сабзи, помидор), ўсимлик ва хайвон ёғлари, магний тузларига бой бўлган махсулотлар, дағал ўсимлик клечаткалари (кепак, олма, наматак қайнатмаси) тавсия қилинади.

Дорилар билан даволаш

Гипертоник дискинезия.

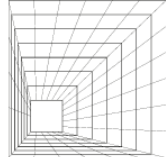
Спазмолитиклар - ўт чиқариш йўллари спазмни бартараф этади, шу билан бирга ўт оқишини яхшилайдиган ва оғриқ синдроми барҳам топади. Баъзи бир холатларда хуружларда спазмолитиклар эпизодик равишда қўлланилиши мумкин. Агар оғриқ синдроми узок давом этса шу гуруҳ преператларини 2-4 хафтага буюриш мумкин.

Миотроп спазмолитиклар: ношпа 2мл м\о ёки 0,04гр 2-3 маҳал кунига оғиз орқали қабул қилинади, мебеверин (дюспаталин) 200мг кунига 2 маҳал 1-2 ой давомида буюрилади.

Холиноблокаторлар: платифиллин 1мл 0,25гр эритма м\о 2 маҳал кунига, пирензепин 0,025г 2 маҳал кунига оғиз орқали, метацин 0,004-0,006г оғиз орқали кунига 2-3 маҳал, атропин 0,1% 1мл п\к ёки м\о 1-2 маҳал кунига.

Холеретиклар - ўт хосил бўлишини кучайтиради, ўт оқими харакатини яхшилайдиган. Холеретиклар бир вақтнинг узида ўт қопи тонусини пасайтиради ва унинг қисқариш ритминини камайтиради қўлланилади. Бу гуруҳга қуйидаги дорилар киради.

Таркибида ўт кислота сақловчилар: аллохол 1 таб 3 маҳал овқатдан кейин кунига, холензим кунига 1 таб 3 маҳал овқатдан олдин, лиобил 0,2г 1 таб 3 маҳал кунига, холлагон 0,2г 1 таб 3 маҳал кунига.



Синтетик дорилар: никодин 0,5г 1 таб 3 маҳал кунига овқатдан кейин.

Ўт хайдовчилардан ташқари замбуруғга қарши ва яллиғланишга қарши таъсир этадиган дорилар буюрилади, оксафенамид 0,5г 1 таб 3 маҳал кунига овқатдан кейин.

Ўсимлик табиатли дорилар: бессмертник гулидан қайнатма тайёрлаб 6-12 мл ни 200мл сувга қайнатиб 0,5 ст 2-3 маҳал кунига овқатдан 15 мин олдин. Фламин 0,05г (бессмертник гулининг курук концентрати) 1 таб 3 маҳал кунига овқатдан 30 мин олдин, маккажўхори попуги қайнатмаси 10 грамни 200 мл сувга қайнатиб, 0,5 ст 3-4 маҳал кунига овқатдан 30 мин олдин, наъматак қайнатмаси 0,5 ст 2-3 маҳал кунига овқатдан 15 мин олдин буюрилади.

Гипотоник дискинезия

Ўт қопининг қисқариш функциясини ошириш учун ва Льюткенс, Одди сфинктерларини бўшаштирадиган дорилар қўлланилади.

Ўт қопининг қисқариш ва тонусини куча тирадиган дорилар: сульпирид 0,05г 1 таб 2-3 маҳал кунига овқатдан 15 мин олдин ёки 2 мл 5% ли эритмани м/орасига, лимонник настойкаси 20-25 томчидан 2-3 маҳал кунига овқатдан 30 мин олдин, пантокрин 30 томчидан 2-3 маҳал кунига овқатдан олдин, дофамин рецепторлари марказий ва периферик блокаторлари (метоклопрамид, домперидон) 10мг 3 маҳал кунига овқатдан 30 мин олдин.

Холекинетиқлар – ўт хайдовчи дорилар бўлиб, улар ўт қопини қисқаришига ва Одди, Льюткенс сфинктерларини бўшаштиришига таъсир этади: ксилит ёки сорбит 10% 50-100 мл эритмани 2-3 маҳал кунига овқатдан 30 мин олдин 1-3 ой давомида, магний сульфат 20-25% эритмани 1 ош\қошиқдан 1 маҳал оч коринга 10 кун давомида, карловар тузи 1 чой\қошиқдан 2-3 маҳал кунига овқатдан 30 мин олдин, писта, зайтун, чаканда (облепиха) ёғи 1 ч/к 3 маҳал овқатдан олдин. Фитодорилар – артишок барглари экстракти (цинарикс, хофитол), наъматак экстрактидан фойдаланилади.

Минарал сувлар гипертоник дискинезияда тавсия этилади: Арзни, Нафтуся, Смирновская Эссенуки №4, № 20 минераллари –40-45С да 0,5 ст 3-4 марта кунига овқатдан олдин қўлланилади.

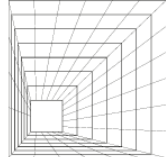
Гипотоник дискинезияда тавсия этилади: Арзни, Эссенуки №17 юқори минераллари, 3-4 марта кунига қўлланилади.

Дискинезиянинг гипертоник турида тубаж қарши кўрсатма ҳисобланади.

Гипотоник турида тубаж ксилит ва сорбит, магний сульфат билан қўлланилади.

Ўт тош касаллиги

Ўт тош касаллиги (ЎТК) – гепатобилиар тизимнинг алмашинув касаллиги бўлиб, холестерин ва билирубин алмашинувининг бузилиши натижада ўт қопида (холецистолитиаз), умумий ўт йўлида (холедохолитиаз) ёки жигар ўт йўллари (жигар ичи холелитиаз)да ўт тошларининг ҳосил бўлиши, умумий ўт йўлларидаги тошларнинг ўтиб кетувчи обструкцияси ва силлиқ мушаклар спазми ва ўт йўли ичи босимнинг ошишига жавоб берувчи ўт санчиғи симптомлари билан характерланувчи касалликдир. ЎТК асримизда сони нисбатан ортган касалликдир. Бутун дунёда хар куни холелитиаз



билан 1млн гача бемор аниқланади. 60-70 ёшдагиларнинг ҳар 10 тадан бири ЎТК билан оғрийди. ЎТК 5-10% ни ташкил этади.

Этиология ва патогенез. Ўт қопада тошлар гормонлар таъсири остида ривожланади. Холецистокинин, гастрин, глюкагон, секретин ва вазофаол интестинал гормонлар ўт ҳосил бўлишини стимуллайди. Ўтнинг ажралиши ва тормозланиши соматостатин, панкреатик полипептидлар, вазофаол интестинал пептидларга боғлиқ. Ўт суюқлиги ўзида коллоид эритмани ҳосил қилади, эритма мицелла кўринишида бўлиб унинг таркибига фаол моддалар кирилади. Асосий модда: холестерин, фосфолипидлар, лецитин ва ўт кислоталари туздан иборат. Холатохолестерин коэффициенти 1,3 : 1ни ташкил этади. Агар компонент таркибида ўт кислоталари камайиб кетса, холестерин миқдори ошиб, дискриния ривожланади, натижада тош ҳосил бўлади.

Литогенез тузилмаси:

1. Организмда холестерин кўпайса, ўт суюқлигининг ҳам холестеринга тўйиниши ошади.
2. Инициацияловчи омил – овқат дисбаланси туфайли, ўт пуфаги деворида яллиғланиш ривожланиши натижасида гликопротеидли шиллиқ ажралиши кучаяди ва шиллиқли тиқин ҳосил бўлиши билан унга холестерин чўкади.
3. Ўт суюқлиги таркибининг ўзгариши яъни лецитин ва ўт кислотаси ўртасидаги муофиқликнинг бузилиши холестеринли чўкмалар пайдо бўлишига олиб келади.

Қанчалик холестерин миқдори кўп бўлса, шунчалик тез чўкма ҳосил бўлади. Таркиби бўйича 3 хил тошлар тафовутланади: холестеринли, пигментли ва аралаш. Тоза холестеринли тошлар рентгенда ноконтраст бўлади.

ЎТК 3 босқичга бўлинади.

1-босқич. Ўтнинг физико-кимёвий ўзгариши.

2-босқич. Тошни ташувчи босқич.

3-босқич. Тошли холецистит.

ЎТКда хавф омиллари: кўпроқ семиз одамлар, кам ҳаракатлилик, 40-ёшдан ошган, сариқ-сочли тоифа одамлар, наслий мойилликнинг бўлиши, дискинезия, гормонал дорилар айниқса эстроген сакловчилар қабул қилгандан кейин ривожланади.

ЎТК нинг клиник классификацияси.

Клиник кечишига қараб

1. Ўт пуфагидаги конкрементнинг симптомсиз кечиши.
2. Асоратсиз симптоматик кечиши.
3. Асоратли кечиши.

Кимёвий таркибига қараб.

1. Холестеринли тошлар - тоза ва аралаш.
2. Билирубинли тошлар – кора ва жигар ранг.

Кальций тузларини туйинишига қараб.

1. Кальцификацияланган (оҳакланган)
2. Нокальцийфикацияланган (оҳакланмаган)

Физик структурасига қараб:

1. Микрокристалл холестеринли тошлар

Локализацияга қараб: тошларнинг ўт пуфагининг танасида ва тубида жойлашиши.



Ўлчамига қараб: майда-3смгача, йирик 3смдан катта.

Сониға қараб: ягона 1-2та, куплаб 3тадан куп.

Клиник кўринишиға қараб:

1. Сурункали оғриқли шакли.
2. Сурункали диспептик шакли.
3. Жигар санчиғи
4. Латент шакли.

- Стенокардик.

- Артралгик.

- Диспептик

Сеймта учлиги:

ЎТК + хиаталь чурра + йўғон ичак дивертикулёзи

Клиника. Тошларининг сонига, уларнинг ўлчамига, жойлашишиға, яллиғланиш жараёнининг фаоллиги ўт чиқариш тизимининг функционал холатига ва қўшни аъзолар патологиясига қараб асосий клиника юзаға келади. Агар тошлар ўт пуфағи танасида ёки тубида жойлашса, улар кўр зона дейилади. Клиникаси бўлмайди. Улар тош ташувчилар ҳисобланади. Агар тош ўт йўлида бўлса хуружсимон жигар санчиғи бўлади. Инфекция билан кўшилиб келиши мумкин. Шунини айтиб ўтиш керакки, ҳаракатдаги тошнинг туриб қолиш жойига қараб симптомлар келиб чиқади. Жигардан ташкари ўт йўллари шикастланишида асосий белгилари: оғриқли синдром, диспептик синдром, сарғайиш ва ўт санчиғи билан намоён бўлади.

Ўт санчиғи хуружини ривожланишиға ёғли, аччиқ овқатлар, ширинликлар, дудланган озуқалар, физик ва эмоционал зўриқишлар, инфекция ва ишда энгашган холатлар туртки бўлади.

Унга ўнг қовурға ёйи остида оғриқнинг тўсатдан пайдо бўлиши ўнг елкаға ва курак ости соҳасига тарқалиши хосдир. Атипик оғриқлар бел ва юрак соҳасида бўлиши ҳам мумкин. Оғриқ интенсивлиги турлича: кучсиз эзувчидан то кучли кесувчигача бўлиши мумкин. Ўт пуфағи ичи босими ошиши ва сфинктернинг спастик қисқариши ҳисобига ўт пуфағи деворининг тортилиши билан оғриқ синдроми пайдо бўлади, ўт пуфағи ва ўт йўли шиллиқ қаватини тошлар шикастлайди. Ўт санчиғи диспептик синдром билан кўшилиб келади

Диспептик синдром. Аччиқ таъмли кекириш ва доимий оғизда аччиқ таъмнинг бўлиши билан кечади. Кўпчилик беморлар ошқозон тўлиб кетиш хиссига шикоят қилади. Қориннинг юқори қисмининг шиши, нажас келишининг бузилиши, кам холларда кўнгил айнаши, аччиқ таъмли қайд қилиш кузатилади. Ўт пуфағи гипо ва атонияси бирга келган холларда қусиш, ўнг қовурға остидаги оғриқ ва оғирлик хисси каби шикоятлар камаяди. Гипертоник дискинезияда эса оғриқлар кучли бўлади. Қусуқда ўт суюқлиги аниқланади.

Яллиғланишли интоксикацион синдром. Холецистит ва ўт тош касаллиги авж олиш даврига тана хароратининг кўтарилиши хос. Харорат кўпинча субфебрил бўлади, кам холларда фебрилгача кўтарилади. Холециститнинг деструктив шакллари ёки асоратлари гектик харорат, кўп терлаш, кучли қалтираш билан кечади. Иситмалаш ҳар доим йирингли яллиғланиш билан (ўт пуфағи эмпиемаси, жигар абцесси) билан боғлиқ.



Холсизланган беморда йирингли холециститда ҳам ҳарорат субфебрил бўлиши мумкин. Баъзан эса реактивликнинг пасайиши натижасида тана ҳарорати меъёрида бўлади. Объектив кўрганда қорин шишганлигини, қорин олд девори таранглашганлиги, ўт пуфаги соҳасида оғрик, ўт пуфаги оғрикли, кўзгалиш белгиларининг мусбат бўлиши аниқланади.

Ташхислаш Қон биокимёвий таҳлилида холестаза белгилари, ишқорий фосфотазанинг ортиши, гамма-глутаминтранспептидаза, лецинаминопептидаза, альфа₂ ва гамма-глобулин фракцияларининг ортиши, узоқ муддатли сариқликда албумин миқдорининг камайиши, АЛТ ва АСТ биров кўтарилиши хос.

- Холецистография ва ўт пуфаги УТТ тошлар тасвирларини беради.
- Рентген: Ўт пуфагининг ўзига хос функционал хусусиятлари аниқланади: тошлар, битишмалар, конкрементлар ва бошқалар. Рентгенограмма ёрдамида тошлар аниқланади.
- Холангиография: вана ичига контраст модда юбориб ўт чиқарувчи йўллар патологияси аниқланади.
- КТ
- МРТ

Ретроградпанкреатохолангиография.

Таққослама ташхис: ўт тош касаллигининг қуйидагилар билан таққосланади.

- Сурункали тошсиз холецистит
- Ўткир гангреноз холецистит-эмпиема. Бунда ўткир яллиғланишга хос реакциялар, кучли оғриқлар ҳарорат кузатилади.
- Ўнг томонлама буйрак санчиғи-бунда оғриқ човга, сонга яъни пастга иррадиация беради.
- Яра касаликлари билан ўн икки бармоқли ичак пиёзчасида жойлашганда.
- Ўткир панкреатит билан орқага иррадиация беради. Белбоғсимон оғриқлар хос.
- Ўткир аппендицит билан агар ўнг ёнбош сохада оғриқлар камайса бу ўсик деструкцияси натижасида юзага келади.
- Ўт йўллари ва ўт пуфаги раки бошланиши аста секин сариқлик ривожланади.

Ўт тош касаллигининг асоратлари:

1. Истиско
2. Эмпиема
3. Перфорация
4. Перитонит
5. Холедохнинг қисман ва тўлиқ тикилиши.

Юқорига кўтарилувчи инфекция холангитга хос. Агар даволаш тўғри олиб борилса холангит ривожланмайди. Бундан ташқари холедохда тош бўлса у ўт чиқиб кетишига тўсқинлик қилади. 80% субкапилляр тутам вирусунг оқими ва холедох орасида бўлиб панкреатит ривожланишига олиб келади.

ДАВОЛАШ: Асосий вазифа касалликнинг белгиларини бартараф қилиш ва тошларнинг хосил бўлишини дискриния босқичида олдини олишга қаратилган. Юқори калорияли, холестеринга бой овқатлардан ташқари 4-6 марта овқатланиш тавсия этилади. Пархез



кўп қисми сут, мева ва сабзавот махсулотларидан иборат бўлиши шарт. Ёғли овқатларни чеклаш. Дискринияда нахорга 100-150 гр янги мевалар ёки сабзавотлар-сабзи нордон карам буюриш фойдали. Холангит кўшилиб келганда кенг таъсирга эга бўлган антибиотиклар қўлланилади. Тетрациклин 0,2гр 3мах. Гентамицин 80мг 2мах. Цефалерзон 1гр 2мах м/о. Ципрофлоксацин 500мг 2мах/сут. Тошларни эритиш мақсадида литолитик воситалар, хенодезоксихол ва хеноурсодезоксихол кислоталари-урсасан, хемодиол, урсофальк, хемофальк 15мг/кг/сут хисобида қўлланилади. Фақат холестерин тошлар эришини назарда тутиш керак. Оддий сфинктернинг меъерий ўтказувчанлигини тиклаш мақсадида мебеверин (дюспаталин) 200мг 2мах/сут овқ 20 дак олдин. Пробиотик мақсадида дюфалак 15-30мл 2-3 мах 1кунда. Хилак-форте 60 томчидан 2-3 мах. Симптоматик даво мақсадида омепразол 20мг 2 махал кунига фермент воситалар ўт кислоталари тутмайдиган мини микросфералар креон 10000 1 капс овқат вақтида.

Жаррохлик даво қилинади: холецистэктомия, ультратовуш ёрдамида тошларни майдаланади.

Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар:

- 1.Ўткир холецистит
2. Тез –тез харорат билан кўзиш
3. Обтурацион сариқлик
4. Бир неча кун давомида даво самара бўлмаган жигар санчиғи.

Операцияга кўрсатма 50 ёшгача бўлган беморлар, ЎТК латент даври.

Агар оғриқ кучли бўлса, обтурацион сариқлик бўлса консерватив терапиядан сўнг операция қилиниши керак.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Gadaev A. Ichkikasalliklar, T.: —TuronZaminZiyo, 2019.
2. Мерта Дж. Справочник врача общей практики. Перевод с английского. М.: Практика, 2005.
3. Нобель Дж. Общая врачебная практика. М.: Практика, 2005.