

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРГАНЧ ФИЛИАЛИ**

**ФАКУЛЬТЕТ ТЕРАПИЯ КАФЕДРАСИ**

**УТКИР ВА СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТЛАР.**

**ДАВОЛАШ ФАКУЛЬТЕТИНИНГ 4 КУРС ТАЛАБАЛАРИ УЧУН ФАКУЛЬТЕТ  
ТЕРАПИЯ ФАНИДАН МАЪРУЗА**

**УРГАНЧ- 2006**

Маруза матни факультет терапия фанидан Тошкент Тиббиёт Академияси  
Урганч филиали марказий услубий хайъати томонидан муҳокама қилиниб  
(баённома №\_\_\_\_) ва филиал илмий Кенгаши томонидан тасдиқланди  
(баённома №\_\_\_\_)

МУХ раиси,  
Профессор

Нуралиев Н.А.

**МАЪРУЗА МАКСАДИ:** Уткир ва сурункали холециститлар тушунчаси, этиологияси ва потогенези. Классификация, клиника, диагностика, даволаш усуллари ва профилактикаси.

**Тарбиявий максадлар:** Материални кенг ёритиб бериш йули билан талабаларни шу муаммога кизиктириш, шу касаллик диагностикаси ва даволашдаги охирги янгиликлар билан таништириш. Адабиётлар билан мустакил ишлашга кизикиш уйготиш. Профилактикани ахамиятига купрок эътиборни жалб этиш.

**Маърузани вазифалари:** Урганилаётган муаммони этиология, патогенез клиникаси, касалликнинг клиник кечиш хусусиятлари ҳамда диагностика ва даволашнинг замонавий усуллари ақтуаллигини хозирги замон микёсида асослаб бериш.

**Муаммони долзарблиги:** Уткир ва сурункали холециститлар муаммоси ички касалликлар потологиясида асосий уринлардан бирини эгаллайди. Касалликнинг таркалишига мойиллиги, кечишини узига хослиги ва диагностикадаги кийинчиликлар муаммони ахамиятлилигини билдиради.

#### **Маъруза режаси:**

|                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| Маърузани максади ва вазифаси      | - 5 минут  |
| Этиология ва патогенези ёритиш     | - 15 минут |
| Классификация ва клиника           | - 25 минут |
| Танаффус                           | - 5 минут  |
| Беморни курсатиш                   | - 10 минут |
| Лаборатор-инструментал диагностика | - 10 минут |
| Таккосий диагностика               | - 5 минут  |
| Даволаш ва профилактика            | - 15 минут |
| Хулоса . Саволларга жавоб          | - 5 минут  |

## УТКИР ХОЛЕЦИСТИТ.

Уткир холецистит бу ут пуфагининг яллигланиш касаллигидир.

**СОНИ.** Овкат хазм килиш системасидаги органлар касалликларнинг 36%ни ташкил килади. Терапевтик поликлиникалар ҳисобига, асосан, ут пуфаги билан касалланган беморлар 21% ҳолни ташкил килади. (бу ҳамма касал контингентига асосланиб) шаҳар аҳолиси куп касалланади.

## ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ.

Холецистит беморларнинг анемнезидан 45 ҳолларда сурункали тонзиллит, малярия – 20, дизентерия – 22,4, тиф ва паратиф инфекция-24,4, аппендицит – 26,7 борлиги аниқланган. Ути экилганда ичак таёкчалари, стрептококк, стафилакокк, энтерококк кам ҳолларда дизентерия таёкчаси, тиф ва паратиф, бактериялари протей борлиги аниқланади. 30 ҳолларда аралаш микрофлора, 50 ҳолларда эса микроорганизмлар умуман аниқланмайди. Ут йуллари касалликларига Боткин касаллиги, вирусли ёки иккиламчи инфекциялар, дискинезия (гипо ва атоник формалари), ламблиозлар ҳам сабаб бўлади.

Микроорганизмлар ут йулига энтероген, гемотеген ва лимфоген йукл билан тушади. Энтероген таркалиши натижасида ошқозон ичак секрецияси пасаяди, ахилия, моторикани бузилиши, ошқозон ости беши, ичак касалликлари ут йуллари дискинезияси, ошқозонда рН микдорини 3 дан оширидан ошқозон ва 12 бармокли ичакда микрофлоранинг сонини оширади. Инфекциянинг гемотеген ва лимфоген йул билан таркалиши организмнинг иммунитетини пасайишида (жигарнинг барьер функциясининг пасайиши ва ут ажралишининг бузилиши (стаз), шиллик қаватнинг яллигланиши, ут йулларида конкрементлар бўлиши натижасида яллигланиш процессларига олиб келади. Ут йулларининг сурункали касалликларининг патогенезида нотутри овқатланиш муҳим аҳамиятга эга. Овқатланиш режимининг бузилиши, овқат ейишни узок интервали бўлиши утнинг димланишига сабаб бўлади.

Клиникаси ва ташхисоти, даволаш, профилактикаси жаррохлик бўлимларида ётқизиблиб, куриб чиқилади ва даволанади.

## СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТ.

Сурункали холецистит уткир, эркин ва секинлик билан ривожланувчи ут тош касалликлари натижасида юз беради. Купинча сурункали холецистит секретор етишмовчилик ҳолида кечадиган гастрит, панкреатит, семизликка кушилиб келиши мумкин.

**КЛИНИКАСИ.** Сурункали холецистит узок вақт монотон кечиши, периодик қайталиниши билан характерланади. Сурункали рецидивловчи холециститнинг клиникаси ут пуфаги деворида яллигланишли узғаришлар, инфекция турига боғлиқ.

Асоратсиз кечадиган катарал ва инфильтратив формасида оғрик хуружи бўлиб, хуруж парҳез бузилганда, жисмоний ва нерв-психик травмалар, инфекциялар натижасида кузатилади. Оғрик хуруж вақтида, бошқа сурункали холециститнинг симптомлари кузатилмайди, кам ҳолларда диспептик ҳодисалар, унғ қовурғалар остида оғрик, субфебрилитет ёғли овқатни қутара олмаслик кузатилади.

Сурункали калькулез ва вокалькулез холецистит сурункали холангит билан кечади.

Сурункали холециститнинг сушт кечишида: ноаниқ симиллаб оғриш, унғ қовурғалар остида оғирлик ҳисси, субфебрил ҳарорат, кекириш, қунгил айнаиши,

метеоризм, кабзият, холсизлик, склералар субитериилиги, юракда симиллаган огрик характерли хисобланади. Сурункали холециститнинг ут йуллари дискинезияси билан кечиш, субфебрилитет лейкопения, нормал РОЭ холида утади. Агар яллигланиш компоненти кушилса, юкори температура, РОЭ нинг ошиши, лейкоцитоз характерли хисобланади. Асорали (флегмоноз, флегмрерз ярали) сурункали рецидив холециститда бошка формаларидан клиник кечиши билан: ранги окариши, юкори иситма интермиттирловчи ёки гектик характерда булади, умумий холсизлик, ут пуфаги сохасида каттик огрик, пуфакли симптомлари мусбат, жигар катталашган. Конда лейкоцитоз, лейкоцитор формуланинг нейтрофил гранулоцитлар томонига силжиши, РОЭ ошган, прогрессиа анемия билан фаркланади.

Сурункали холециститнинг енгил формаларида (кечадиган) кечишда учта каттик булмаган, доимий огрик синдроми унг ковургаларости сохасида, жисмоний меҳнатдан, пархезни бузилишидан кейин ошади, кам холларда диспептик симптомлар характерли булади. Ут пуфаги куп микдорда яллигланиш элементлари кузатилади. Кайталаниш йилида 1-2 марта булиб, 2-3 хафта давом этади. Холециститнинг урта огирликда кечишда яккол огрикли синдром хуружлар ораси даври билан утади. Дардсимон холатлар намоён булади, кайд килиш, тери саргайиши, субфебрил харорат, асоратлар (перихолецистит, холангиг, гепатит) билан кечади. Дардсимон хуружлар йилига 5-6 марта кузатилади.

Сурункали холециститнинг огир формасида доимий (ойида 1-2 марта ва узок вакт мобайнида дардсимон хуружи билан кечиши, хуружлар ораси даврида огрик синдроми, асоратлари (перихолецистит, холангит, гепатит) билан кечади.

### **СОЛИШТИРМА ТАШХИСОТИ.**

Сурункали холецистит бошка ухшаш касалликлар билан холида ҳам кечиши мумкин гастрит, ярали касалликлар, гепатит, панкреатит, колит, аппендицит, аднексит. Сурункали холециститнинг куйидаги вариантни тафовут килинади: ошкозон ичакли, невростения, кардиал, эндокрин ва бошқалар. Турли хилневротик симптомларнинг кушилиши касалликнинг айрим холларида (юкори кузгалувчан, фикрчанлик, бош огриги, юракда огрик, вегатив томирли дистония) холециститни невростения, психостения билан солиштиришга асос беради. Бу холарда бирламчи инфекция учогини топиш керак ва соматоген невроз ёки диэнцефал холлар келиб чиқиши хакида уйлаш кеак. Сурункали холецистит ва кушилиб келувчи невротик бузилишларни комплекс даволаш терапевтик эффект беради. Ёш кишиларда юрак сохасида огрик, тахикардия, субфебрил харорат, РОЭнинг ошиши, купинча сурункали тонзиллит, ревмокардит деган нотугри ташхис куйишга олиб келади. Юрак учида систолик шовкинлар эшитиш, конда С-реактив протеин микдорини ва сиал пробасини мусбат булиши ревматизимга шубҳа килига асос беради. Яхшилаб огрик характерини сураб олиш, яъни ёгли овкат билан боғлайдими - йукми, пайпаслаб ва терининг гиперестезия зоналарини аниклаш ва дуоденал суюкликнинг узгариши куп холада тугри ташхис куйишга ёрдам беради. Дуоденал суюкликни микроскопик текширилганда куп микдорда шиллик, эпителий хужайралари, лейкоцитлар, асосан В порциясида топилади. Хозирги вақтда утда лейкоцитлар булиши илгаридек ташхисий ахамиятга эга эмас. Утда лейкоцитларни булиши бу дуоденал эпителий хужайралари, аутолиз натижасида хосил булган чуқиш ядроси (лейкоцитлар) хисобланади. Кам холларда ут порциясидан лямблия ёки уларнинг цисталарини топиш мумкин. Туш сохасида хуружсимон огрикнинг булиши, бу огрик юрак ва туш ости сохасига узатилади.

Огрик жисмоний ва асаб таранглагидан ҳам пайдо булади. Волидол ёки нитроглицерин ичилгандан кейин енгиллик сезиши билан стенокардияни сурункали холецистит ажратишга ёрдам беради. «Субфебрил никоб» жуда куп холарда сурункали холециститда ангиохолит билан кушилиб келганда кузатилади. Бу холларда ноинфекцион субфебрилитет, термоневроз, диэнцефал синдром, тиреотоксикоз деган ташхисларни

куйишади. Бунда холециститни даволаш чоралари курилганда кам эффект беради, шунинг учун онкологик касалликларга текшириш керак.

Куп холларда сурункали холециститнинг яширин ёки атипик клиник белгилари: сурункали гастрит, яра касалликлари, колит, панкреатитга ухшаш кечиши нотугри тахшиш куйишга олиб келади. Сурункали гастрит купинча сурункали холециститга кушилиб келади. Ярали касалликлар типиклиги, туш усти соҳасида периодик кузатиладиган огрик (очликдан, кечки огрик) билан фаркланади, бу огриклар сода ичилганда, кайд килинганда йуколади. Ярали касалликда огрик хуружлари мавсумга боглик булади. Огрик умуртка погонасига узатилади. Кекириш, кабзият, пилородуоденал зонада, Богаса, Оппенховский нукталарида огрик сезади. Рентгада – «ниша», бурмалар конвергенцияси, «курсатгич бармокнинг» симптоми, ошкозоннинг моторикасида узгаришлар кузатилади.

Сурункали панкреатитда огрик чап ковургалар ости, чап курак ости соҳасида булиб, ураб олувчи характерга эга. Ёгли овкатлар, алкоголь истеъмол килганда, травма, инфекцияларда огрик кучаяди. Спазмолитиклар ва наркотик модалар билан огрик колдирилади. Панкреатитга иштаханинг йуколиши, кайд килиш, коллоптоид ҳолатлар, «полифекалия», чап ковургалар ости ва чап курак ости соҳасида, терида гиперестезия зонаси булиши, Мейо, Робсон, Грота симптомлари ва бошқалар. Лейкоцитоз, РОЭ ошган, сийдикда, конда диастаза микдорида ошган, рентганда характерли узгаришлар кузатилади.

Сурункали гепатитда доимий, унг ковургалар ости соҳасига симиллаган огрик характерли. Яна иштаха йуколиши, жигарда огрик, катталаштиш, каттиклаштиш кузатилиши, паталогик функционал пробалар, сариклик, РОЭнинг ошиши ҳам характерлидир.

Шунинг учун ут йуллари дискензияси била солиштириш ташхисини куйиш керак. Дискиензия ут пуфаги ва ут йулларининг тонусини функционал бузилишига айтилади. Дискинезиянинг 2 формаси тафовут килинади:

1. гипертоник – гиперкинетик

2. гипотоник – гипокинетик. Биринчисида огрик интенсив, хуружсимон, таъсирланганда келиб чиқади: холецистит дагидек узатилади, спазмолитиклар билан енгил утиб кетади: вегатив симптомлар ҳам кузатилади, терлаш, окариш, юрак уриши. Гипотоник-гипокинетик дискинезияда симиллаган, узок вақт давом этадиган огрик, унг ковургалар остида кузатилади. Куп шикоятлар, объектив текширишлар ҳам ахамиятга эга. Шунинг учун ут пуфагини органик зарарланиши куп моментли дуоденал зонада, холецистография ва холеграфия ёрдамида аниклаш мумкин.

### **ДАВОЛАШ.**

Холецистит билан касалланган бемоорлар 3 – этапда даволанади. (стационар, амбулатор, санатория ва курортда).

Шифохонада касалликнинг формалари (дискинезия борлиги, тош, паразитлар борлиги) аникланади. Ётиш режими (каттик булмаган) яллигланишга Карши (иссик, тинчлик) ва седатив факторлар учун насос булиб хизмат килади. Гипо ёки атоник дискинезияни булишида узок вақт ётиш тавсия килинмайди. Гипертоник дискинезияда эса беморларга узок вақт ётиш тавсия этилади, бу ут пуфагини спастик кискаришини камайтиради. Дискинезияли беморларни психик тинчлаштириш керак. Пархезли овкатланиш учун №5а, 5б, 5 пархез столи тавсия этилади. Качалликнинг жуда огир формаси: сариклик, калтираш, тана харорати жуда кутарилиши, антибиотиклар кулланилганда хавфли асоратларнинг бошланишига (перфорация ёки ут пуфагининг гангрена) олиб келади.

Антибиотиклар билан даволаш чоралари хирург билан келишилган ҳолда амалга оширилади.

Сурункали холециститда кайталаниши бўлса, утда қайси микрофлора борлиги аниқлангандан кейин индивидуал ҳолда антибиотиклар куллаш мумкин. Феноксиметил пенициллин – 500000 ЕД суткасига 8 марта, томир орасига ҳам 100000-200000 ЕД, 500000 ЕД суткасига 2 маҳал, эритромицин 600000-800000 ЕД, суткасига, левомецитин 0,5 гр.дан кунига 4 маҳал 7-10 кун мобайнида 3 кунлик дам олиш билан яна қайтарилади, ампицилин – 0,5 гр.дан кунига 6 маҳал кулланилади, агар антибиотикларни яхши қабул қила олмаса ва энтероколити бўлса, норсульфазол, этазол, сульфалимизин (3-4гр.дан суткасига) тавсия этилади. Кушилиб келувчи энтероколит амёбали ёки трихомоналили этиологияда бўлса, энтеросептол кулланилади. Агар лямблиялар чикса трихополни 0,25 гр.дан кунига 3 маҳал куллаш керак. Нитрофуран гуруҳи ҳам кулланилади. Холицистокинетиклар ҳам ишлатилади, бу препаратлар ут пуфагининг мушакли қисқаришини оширади магний сульфатнинг концентрланган суюқлиги, оливкали, кунгабокар мойи ва холеретиклар кулланиладилар ут секрециясини таъсирлайди аллохол, холензим, холагон, дехолин. холасос, маккажухори попуги, дехолин холеретик ва холецистокинетик таъсирга эга. Калькулёз холециститда ва лискинезиянинг гипертоник формасида холецистокинетик препаратлар кулланилади. Улар ут пуфаги атонияси учун эффектдир. Ут пуфаги гипотониясида оливкали ёғ, дехолин 0,25 гр.дан Николин – 2 таблеткадан кунига 4 маҳал ичилади. Ут пуфагида димланиш кузатилса, зол оркали 12 бармокли ичакка магний сульфат суюқлиги билан ювилади. Сорбит, ксилит (10гр.дан кунига 3 маҳал), маккажухори попуги, холосас, бессмертник, ут чойи берилади. Огрик бўлса, огрик қолдирувчи ва спазмолитик моддалардан (атропин сульфат, метацин, пагаверин гидрохлорид, промедол) тавсия қилинади. Промедолни куллаш, жигар-ошқозон ости амплуасини қисқаришига олиб келади ва бундан реактив панкреатит ҳолати келиб чиқади, шунинг учун уни атропин сульфат Билан бирга куллаш керак. Агар қусиш бўлса тери остига 0,5-1,0 мл.дан, 2,5 ли аминазин суюқлиги, томир ичига 10 мл 0,25 ли новокаин суюқлиги юборлади. Поликлиника шароитида пархез ва режимга эътибор берган ҳолда ут пуфагини системали дренажлаш керак, буни ут моддалар, дуоднал зондлаш ёрдамида ут йуллари ювиш (зондсиз дубаж) ҳолида амалга ошириш керак. Зарур ҳолларда антибактериал даво олиб борилади. Сурункали холециститни даволаш учун профилактик курслар утказиш эффектив ҳисобланади. Гипо ва атоник дискинезия формасида системали даволовчи бадантарбия асосий даво чораси ҳисобланади.

Сурункали холициститни курортда даволашда балчик аппликация минерал ванналар, физиотерапевт муолажалар (диаметрия, диатермия, индуктотерапия, ут уфаги соҳасида УВЧдан) фойдаланилади. Огрик синдроми, ут ажралишининг бузилиши белгилари йуқлигида, ялликланишда кайталаниш норма ёки паст субфебрил ҳарорат, РОЭ 30 мм соатдан ошмаган ҳолларда физиотерапевтик даво чоралари қўрилади. Минерал сув ичиб ут пуфагини интрадуоденал ювиш. Ошқозоннинг юқори секрецияси вақтида ишқорли сув «Боржом» типиде куллаш мумкин. Минирал сувларни иситган ҳолда куллаш керак. Гипо ёки атоник дискинезия формасида юқори минерализацияси ишқорли сувдан (Ессентуки №17, Арзни, Баталик) 1 стакан дан кунига 3 маҳал совук ёки илик ҳолда 30 минут овқатдан олдин фойдаланилади. Дискинезияни гипертоник формасида ҳам концентратияли туз ва жуда паст газли минерал сувлар «Ессентуки №4», «Ессентуки №20», «Славянская», «Смирновская» кулланилади. Бу ҳоларда сув иссик ҳолда 5-6 мартадан ичилади.

### **ПРОФИЛАКТИКАСИ.**

Қасалликни оғохлантириш учун, унга семирмаслик, режим, спорт билан шугулланиш керак, етарли жисмоний активлик қабзиятнинг профилактикаси, инфекция

учокларини интенсив даволаш уз вактида дискинезия ва хазм килиш аъзосининг бошка касалликларини уз вактида даволашлар киради.

### **АМАЛИЁТДАН МИСОЛЛАР:**

Бемор, 58 лет, бухгалтер, унг ковурга остида унг елка ва унг курак остига таркалувчи огрик, огрикнинг ёглик ва ковурилган овкатдан кейин кучайиши, огиз тахиз булиши шикоятлари билан клиникага ёткизилди. Узини 5 йилдан бери бетоб хисоблайди. Амбулатор ва стационар шароитда даволанган, даволанишдан кейин ахволи яхшиланган. Пархезга риоя килиш тавсия килинган. Клиникага тушишдан олдин пархезни бузган.

Объектив: тана вазни огир. Тери коплomalари ва шиллик каватлар одатдаги рангда. Тана харорати меърида, Упкада везикуляр нафас. Юрак тонлари бугиклашган. АД 130/70 мм.сим. уст. Тили нам, ок караш билан копланган. Корин тери исти ёг клеткачаси хисобига катталашган, чукур пальпацияда унг ковурга остида огрик. Жигар ва талок катталашган. Френикус-симптом мусбат. Ич юриши ва диурез меърида.

КУА: Нъ 120г/л, эр 3,8x10<sup>12</sup>/л, лейко 4,2x10<sup>9</sup>+/л, СОЭ 15 мм/ соат

ПУА: нисб ог.1018, оксил йук, лейко 1-2/1, оксалатлар.

Дуоденал зондлаш: «А» порция: оч сарик, тиник. Лейк 6-10/1

П «В» - хира, тук жигар ранг, пигм. -30-40/1, копигм. -10-15/1

П»С» - оч сарик, тиник, шилимшик+++ ,лейк 4-6/1, оддий паразитлар топилмади.

Огрикнинг иррадиацияси, огрик синдромининг пархез бузилгандан кейин пайдо булиши, мусбат пуфак симптомлари, механик сариклик белгилари йуклиги, дуоденал зондлаш «В» порциядаги узгаришлар асосида диагноз: Сурункали нокалькулез холецистит.

Юкоридагиларни хисобга олиб, Пархез №5, антибиотиклар. Ут хайдовчи препаратлар ва спазмолитиклар тайинланди.

### **ДЕМОНСТРАЦИОН МАТЕРИАЛ:**

Мавзу буйича жадваллар № курсатилади.

Мавзу буйича 2 та бемор тахлил килинди.

### **АУДТОРИЯГА САВОЛЛАР:**

1. Сурункали холециститга олиб келувчи сабабларни айтинг.
2. Сурункали холециститга хос лаборатор текширувларда кандай узгаришлар булади?
3. Диетотерапиянинг хусуситлари кандай?

### **ХУЛОСА**

Демак, сурункали холецистит, уз вактида аниклашни талаб этадиган, куп учрайдиган касалликдир. Касалликни аниклашда бемор билан кандай сухбат олиб боришни билиш мухим ахамиятга эга. Бунда огрикнинг характери, пайдо булиш вакти, беморнинг овкатланиш хусуситларини аниклаш лозим.

Беморни узок вақт кузатиш лозимлиги, медикаментоз даволанишни физиотерапевтик муолажалар, диетотерапия билан бир вақтда олиб бориш муҳимлиги шифокор ва бемор уртасида узвий боғлиқлик бўлиши кераклигини курсатади.

Юқорида айтиб утилган текшириш усуллари, инструментал диагностика касалликни аниқлашни енгиллаштиради. Даволаш эса доривор гиёҳлар кушиб бойитилади.

Калькулез холецистит ривожланиши мукинлигини ҳисобга олиб, жаррох кузатуви ҳам талаб этилади.

### **АДАБИЁТЛАР:**

1. Камолов Н.М., Куйлиев М.У. Ички касалликлар. Олий билимгоҳларнинг талабалари учун уқув қўлланмаси. Т., Ибн Сино. 1991.
2. Шаропов У.Б. (Овчаренко С.И.), Гаффорова Ф.Х., Шодмонов У.И. Ички касалликлар Шаропов У.Б. таҳрири остида Т., Ибн Сино 1994.
3. П.Я. Григорьев., Э.П.Яковенко. Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварения. М., Мед., 1990.