

УДК 618.2: 616.366.

Созылмалы холецистит және жүктілік

*Нұржанов Х.Н., Сансызбаева Р.Ж., Байбулекова Д.Т.**Қазақстан-Ресей Медициналық Университеті,**Алматы қаласы, Қазақстан*

Тұжырым

Түйінді сөздер: Созылмалы холецистит, жүктілік, медикаментозды ем

Созылмалы холецистит (өт қалтасының қабынуы) – өт қалтасының қабырғасында қабыну өзгерістерінің болуымен сипатталатын созылмалы қайталанушы ауру болып табылады. Жүктілік кезінде әйелдің гормоналды өзгеруі айтарлықтай анықталады, сонымен холециститтің пайда болу себептерінің бірі болуы мүмкін.

Жүкті әйелдерге емдеу көбінесе науқас адамның басқа топтарымен сәйкес келеді. Дәрігерлік ем жүктіліктің кезінде барлық дәрілерді қолдануға болмайды. Олардың кейбіреулері ұрыққа жағымсыз әсер етуі мүмкін.

Созылмалы холецистит (өт қалтасының қабынуы) – өт қалтасының қабырғасында қабыну өзгерістерінің болуымен сипатталатын созылмалы қайталанушы ауру болып табылады.

Жүкті әйелдерде бауырдың және өт қалтасының созылмалы аурулары 3% кездеседі. Жүктілік кезінде холецистэктомияның жиілігі 0,1-3% құрайды.

Жүктілік кезінде холециститтің алдын алу үшін және қайта өршуін болдырмау үшін өт қалтасында өттердің тұрып қалмауына кедергі жасамау үшін кейбір шараларды (дене шынықтыру қимылдарын жасау, қыдыру, ретті және жиі тамақтарды (кейбіреулерін шектеп) қабылдауды және ошақты инфекцияны емдеуді ұсынады.

Холециститтің этиологиясы (себептері) қазіргі уақытқа дейін дұрыс анықталмаған. Көп зерттеушілер созылмалы холециститтің дамуының негізгі себебін инфекция деп санайды, дегенмен өт жеткілікті бактерицидті қасиетке ие, ал өт қалтасының және түтіктерінің эпителиясы – жергілікті иммундық қорғаныс механизміне ие. Өттің бактерицидтікінің төмендеуі және жергілікті қорғаныс механизмінің әлсіреуінің әсерінен әрекеттерін күшейтуі мүмкін. Шамамен, созылмалы холецистит жедел холециститтің нәтижесі болуы мүмкін, бірақ бұл жағдай аурулардың анамнезінде әуақытта бола бермейді.

Созылмалы холецистит кейбірде құрсақ қуысының мүшелерінің жедел іріңді инфекцияларынан кейін, яғни жедел аппендициттен, аднекситтен және ауыр тамақ токсико инфекциясынан кейін дамиды. Созылмалы холециститпен ауыратын аурулардан өттен жиі стафилококктар мен ішек таяқшаларынан себу арқылы анықтайды.

Созылмалы холециститке мүмкіншілік туғызатын факторлар, олар күйзеліс жағдайларда, гиподинамия, тамақты көп жеп қою нәтижесінде пайда болатын өт қалтасының және өт жолдарының аппаратының сфинктерлерінің (қысқыштарының) дисфункциясы болып есептеледі.

Өт қалтасының қабынуының дамуына әкелетін факторлар:

- іштен біткен деформация;
- өт жолдарының дискенезиясы;
- өт қалтасының жарақаттары;
- құрсақ қуысының ісіктері;
- зат алмасуының бұзылыстары (СД, атеросклероз);
- тамақ режимінің бұзылыстары (тамақ қабылдаудың арасындағы ұзақ үзілістер, құрғақтай ас ішу);
- іш қатулар, көп қозғалмай өмір сүру;
- аллергиялық реакциялар;
- жасына қарай өт қалтасын қанмен қамтамасыз етудегі бұзылыстар;
- жүктілік.

Патогенезіне келетін болсақ, онда созылмалы холециститтің даму механизміне бірталай факторлардың қатысуы мүмкін. Аурудың басталуын өт қабының моторлық қызметінің бұзылыстарын, әсіресе дисхолиямен (өт құрамының өзгеруі) қосарланып келуімен байланыстырады. Бұл шырышты қабықтың асептикалық қабынуының дамуына мүмкіндік туғызады, сосын инфекция қосылады. Өт қабына микроорганизмдер қан, лимфа немесе энтероген жолдарымен (өрлеме инфекция) барып түсуі мүмкін. Тек өт қабында немесе өт түтіктерінде қармап орналасқан әртүрлі дәрежелі созылмалы баяу ағымды қабыну үрдісі дамиды.

Жүктілік кезінде ерте токсикоздың пайда болуына асқазан-ішек жолдарының, бауырдың аурулары, темекі тарту, дұрыс тамақтанбау мүмкіндік туғызады.

Жүктілік кезінде асқынудың ең көп таралған түрі болып құсуды айтуға болады.

Жүкті әйелдердегі созылмалы холециститтің клиникалық суреттемесі.

Созылмалы холециститтің ағымы оқтын-оқтын өршуімен сипатталады. Осы кезде негізгі симптомы ауыру сезімі болып есептеледі. Созылмалы холецистит кезінде тамақ ішіп болғаннан кейін, әсіресе, семіз, қуырылған тамақтарды қабылдаған кезінде оң жақ қабырғастың ауырлық сезімі немесе орташа ауыршандық шағымының таралуы болады.

Перихолецистит бар кезінде ауыру сезімі тұрақты сипатта болады, яғни дененің орнының ауыстырғанда, дененің алға бүгілісі кезінде. Ауыру сезім, қағида бойынша, оң жақ бел аумағына, оң жауырыңға, оң иыққа беріледі. Диспепсиялық бұзылыстарға жататындар жүрек айну, ауалы кекірік ащы дәм немесе ауызда тұрақты ащы дәмді айтуға болады.

Кейбірде аурудың өршуі дене қызуының көтерілуімен және оның субфебрилді цифрға дейін түсуімен жүреді, ал қалтыраумен болатын ең жоғарғы қызу, ол өт қабының эмпиемасын, оған қосылған холангитті көрсетуі мүмкін. Келтірілген симптомдар бұл созылмалы холециститтің әдеттегі ағымының сипатты түрі болып келеді, бірақ та 1/3 ауруларда олар ерекше болуы мүмкін және асқорыту мүшелерінің басқа ауруларының симптомдарына тартуы мүмкін. Жүктіліктің екінші жартысында 25% әйелдер ауыру сезімін нәрестенің қимылымен, оның жатырда

орналасуымен (екінші позиция) байланыстырады.

Созылмалы холециститтің өршуі 91,1% жағдайда жүкті әйелдерде жүктіліктің III-ші ұшайлығында дамиды.

Жүктіліктің асқынулары. Жүктіліктің бірінші жартысында ерте токсикоз дамиды. 50% жағдайда өтшығарушы жүйенің созылмалы аурулары жүрек айнумен, құсумен, ал 15% - сілекей ағумен асқынады. 23% жүкті әйелдерде құсу 12 аптадан артық асса жалғасады, ал 9% әйелдерде ол жүктіліктің 29-30 аптасына дейін жалғасады. Жүктіліктің екінші жартысы жиі кеш гестоздың (тінсулық, преэклампсия) түрлерімен асқынады.

Жүктілік кезінде холециститтің диагностикасы.

1. Анамнез. Жүктілік кезінде созылмалы холециститтің өршуі диагнозын шағымдардың негізінде, мұқият жиналған анамнездің, объективті мәліметтердің және зерттеулердің қосымша әдістерінің нәтижелеріне сүйене отырып қояды. Анамнезінде жедел холециститтің басынан өткізуі немесе оқтын-оқтын созылмалы холециститтің өршуі, жиі өт шығарушы жолдардың дискинезиясының болуы диагноз қоюға себеп болады.

2. Физикалды тексеру. Ішті пальпация жасаған кезде өт қалтасының кескінінің (проекциясының) ауыру сезімділігінің, дем алғанда (Кера симптомы) күшеюін, сосын оң жақ қабырғасың доғасы бойынша алақанның қабырға қырымен соққылау (Ортнер симптомы) кезінде анықтауға болады. Бірақта, бұл симптомдарды әрдайым анықтай беруге мүмкіндік болмайды. Объективті тексеру кезінде оң жақ жауырынның астында, оң жақ қабырғасты Захарьин-Гед тері гиперестезия зонасын анықтайды.

3. Зертханалық зерттеу. Шеткі қан анализінде әдетте қалыптыдан ауытқуды табалмайды. Кейбір жағдайда орташа анық лейкоцитоз (лейкоцитарлық формуланың солға ығысуы және ЭТЖ жоғарылауы) анықталады. Қанның клиникалық және биохимиялық анализдерінің көрсеткіштерін абайлап бағалау қажет, себебі нейтрофилді лейкоцитоз жүктіліктің лейкомоидты реакциясы болуы мүмкін. Қанның биохимиялық анализінде кейбірде трансаминаздардың (АЛТ және АСТ), ЩФ және д-глутамил-транспептидазы (ГГТ) белсенділіктерінің жоғарылауын, гипербилирубинемияны және гиперхолестеринемияны анықтайды.

4. Құрал-сайманмен зерттеу.

Дуоденалдық сүңгілеу тек жүктіліктің бірінші жартысында ғана орындалады, бірақта сире жасалады. Өттің шөгіндісін микроскопиялық зерттеу аз ақпарат береді, себебі өттегі лейкоциттер тез бүлінеді.

Өтті себу кейбірде қабыну үрдісінің этиологиялық факторын табу және антибиотиктерге микрофлоралардың сезімталдығын анықтауға болысады. Дегенмен өт қалтасының бөлігіне ұлтабардың ішіндегілерінің қосылып кетуіне байланысты нәтижелері шартты мағына береді. Кейбірде қабынған қалтадан алынған өттің себуінде жалпы айтқанда микробтардың өсуі байқалмайды.

УДЗ – өт қалтасының патологияларымен созылмалы холециститтің диагностикасының негізгі әдісі болып табылады.

Созылмалы холецистит кезінде өт қалтасының мөлшері ұлғайған, қалыпты немесе кішірейген болуы мүмкін. Кейбірде өзгерген және бүріскен өтті қалтаны табуға болады. Созылмалы холециститтің негізгі эхографиялық белгісі – қабырғаларының 3 мм астам қалыңдауы. Дегенмен кейбір жағдайда қабырғалардың қалыңдығы қалыпты немесе керек десең кішірейген (холециститтің атрофиялық түрі кезінде) болуы мүмкін. Қабырғалардың қалыңдауы біркелкі емес, ішкі пішіні (контур) тегіс емес.

Өршу кезінде ультрадыбысты белгілердің біреуін

өт қалтасының қабырғаларының үш қабатылығы деп есептейді. Ішіндегісі, қағида бойынша, гомогенді емес (біркелкі емес), әртүрлі кірінділер (өттің біркелкі емес ұйындысы, микролиттер). Бұл кірінділер өттің ішінде емін-еркін жүзіп жүруі мүмкін, оны ауру адамның қалыпты орналасуын ауыстыруда жеңіл анықтауға болады. Сонымен қатар олар өт қалтасының қабырғасына бекітілуі мүмкін. Әдетте патологиялық өзгерістердің өт қалтасының мойын аймағында ең анық көрінуі. Өт айдайтын таңғы астан кейін өт қалтасының жиырылу қызметін анықтайды, ол қағида бойынша, төмендеген.

Термометрия.

Салыстырмалы диагностиканы асқорыту мүшелерінің басқа ауруларымен жүргізеді, олар:

Созылмалы панкреатит.

Дуоденит.

Гастрит.

Ұлтабардың ойық жарасы.

Ішектің ісіп қызарған синдромы.

Асқазанның, ішектің және билиарды жолдың функциялық аурулары.

Жүктілік кезінде созылмалы холециститті бар әйелдер акушер-гинеколог, терапевт және гастроэнтеролог дәрігерлердің бақылауында болуы қажет. Диагнозын қалай қою керек? Оған мысал,

Диагнозы: Жүктіліктің 11-12 аптасы. Ерте токсикоз. Созылмалы холецистит.

Жүктілік кезінде холециститті емдеу.

Емнің мақсаты:

Ауыру сезімін басу.

Өт қалтасының және өт жолдарының сфинктерлік аппаратының қызметін бұрынғы қалпына келтіру.

Өт қалтасындағы қабыну үрдісін және инфекцияларды басу.

Ұлтабарға өттің жеткіліксіз түсуінің нәтижесінде билиарды жетіспеушіліктің бұзылысынан болған асқорытуды бұрынғы қалпына келтіру.

Дәрі-дәрмексіз ем жүргізу. Тамақтанудың маңызы өте зор, бұл жиі (күніне 4-6 рет) және бөлшектеп (аз мөлшерде) тамақтану қажет. Бұл өт қалтасының ретті түрде босатуына мүмкіндік туғызады. Рационнан семіз, қуырылған, ащы тамақтарды, газдалған сусындарды, шарапты, сыраны, жұмыртқаның сарыуызын, жаңғақтарды, тоғаш нандарды, салқын тамақтарды, кремді, шикі көкөністерді және жемістерді алып тастау керек.

Емдәмді (№5 үстел) тағайындайды. Ауыру сезімі басыла бастаған кезде рационды кеңейтеді: көкөністерден жасалған тамақтарды (шикі сәбізді ұсақтау), винегреттерді (қырыққұрауларды), қарбыздарды, қауындарды, мейіздерді, қара өріктерді, кептірілген өріктерді және басқаларын кіргізу қажет. Бұлар өт қалтасының қызметін бұрынғы қалпына келтіруге мүмкіндік жасаумен қатар, қосарланып келген іш қатуды жояды.

Гипомоторлы дискинезиясының қосарлануы кезінде ең қолайлы «холецистокинетикалық» заттар (майсыз еттен немесе балықтан жасалған сорпалар, қаймақ, шала пісірілген жұмыртқа) мен липотропты заттармен бай (сүзбе, нәруызды омлеттер, нәлім) өнімдер, ал дискинезияның гипермоторлы түрі кезінде минерализациясы төмен жылы минералды суларды (Ессентуки 17, Арзни, Березовская, Баталинская т.б.) ұсынады. Жүктіліктің екінші жартысында, әсіресе жүктіліктің III – ұшайлығында, сұйықтықтарды орташа мөлшерде ішкен дұрыс болады, ал минералды сулармен емделудің қажеті жоқ. Ем шөптердің қайнатпасы (солмасгүлдердің гүлдері, жүгер аналығы, жалбыздың жапырағы, аскөктің дәні, итмұрынның жемістері, зерек тамыры) өтті айдау

әсеріне ие.

Жүктілік кезінде холециститтің дәрі-дәрмек емі.

Өт айдаушы дәрілік заттар барлық жүкті әйелдерге қолдануға болады. Көбінесе, өт шығарушы жолдардың дисфункциясының гипомоторлы түрі басым болғандықтан, жақсысы, ол босаңсыған әсер беретін холецистокинетиктерді қолданған жөн. Жүктіліктің бірінші ұшайлығында бірталай ауруларда өт жолдарының дискинезиясының гиперкинетикалық түрі байқалады. Сондықтан оларға аллохол, панкреатин, холензимдерді тағайындайды.

Антибактериялық препараттарды тек императивтік (бұйрықтық) көрсетулермен, ереже бойынша, хирургиялық емнің алдында және кейін тағайындайды. Оларды таңдау кезінде жүктіліктің мерзімін ескеру қажет. Сондықтан, антибиотиктерге келесі талаптар қоялады:

- ішке қабылдаған кезде өтті жақсы шығару;
- ішек ішіндегісін және өтті зарасыздандыру;
- бауырдың ферменттеріне тұрақтылық;
- бауырға уыттылықтың жоқтығы;
- кең спектрлі әсері үшін.

Спазмолитиктер (түйілуді басатын) мен анальгетиктерді (ауырсынуды басатын) (дротаверин, папаверин) ауырсыну синдромы кезінде тағайындайды.

Метоклопрамид дискинезияның қай түрі болмасын жүкті әйелдердің өт қалтасының моторикасын, соның ішінде жүкті әйелдердің құсуы кезінде қалыпқа келтіреді.

«Соқыр» тюбаждар өттің тұрып қалмауымен күресу үшін 30-40 мл өсімдік майларын, 1 шай қасық карловар тұзын 1 стақан суға ерітіп ішуге ұсыныс жасайды.

Ұстама арасы кезеңінде физиотерапиялық ем жүргізуге болады. Ол ауырсыздандыру, түйілуді басу, трофикалық әсерлерге ие, өт қалтасының және сфинктерінің әртүрлі дискинезия түрлеріне салыстырмалы түрде әсер етеді, яғни олардың ширақтылығын төмендетеді немесе жоғарылатады.

Гиперкинетикалық дискинезия кезінде индуктотермияны, УВЧ-нің электрлік өрісін, микротолқынды терапияны қолданады, ал өт қалтасының гипотониясы мен гипокинезиясын синусоидты модульденген токтармен, төменгі жиілікті импульсті токтармен жақсы емдеуге болады. Ультрадыбысты терапия және инерфексотерапия өт жолдарының дискинезиясының екі варианттарында да қолдануға болады.

Жүктіліктің асқынуларын болжау және алдын алу.

Созылмалы холециститтермен зардап шеккен жүкті әйелдермен емді аурудың өршуі кезінде ғана емес, ремиссия кезінде де алдын алу үшін жүргізу керек.

Алдын алу шараларының көмегімен өт қалтасының қабыну үрдісінің дамуын, конкременттердің пайда болуын, созылмалы холециститтің және холелитиаздың өршуін болдырмауға болады.

Ол үшін әйелдер консультациясында келесілерді жүргізу қажет:

билирубинге қан анализін, холестеринге жүктіліктің II-III – ұшайларында тапсыру керек;

жалпы уробилинге зәр анализін, өт пигменттеріне 1 айда 1 рет тапсыру қажет;

терапевт-дәрігер 1 айда 1 рет диспансеризация ретінде осы жүкті әйелдерді қарап тұруы қажет;

гастроэнтеролог-дәрігер тек көрсетулері бойынша қарауы керек;

акушер-гинеколог-дәрігер ауруларды жүктіліктің мерзіміне қарай кесте бойынша қарап тұруы қажет;

сауықтыру шараларын жүргізу керек емдәм (№5 үстел), жүктіліктің 16,28,38 апталарында 7-10 күндей өт айдайтын заттарды, фитотерапияны, спазмолитиктерді,

үрдістің өршуі кезінде антибактериялық заттарды тағайындаған жөн).

Жүктіліктің асқынуларын емдеу ерекшеліктері.

Жүктіліктің асқынуларын емдеу.

Құсудың жеңіл түрі бар жүкті әйелдерді емдеу амбулаториялық жағдайда, ал құсудың орташа және ауыр дәрежелерінде стационар жағдайында жүргізіледі. Ем кезінде жүкті әйелдердің құнды тамақтануының рөлі өте зор. Тамақ құрамы бойынша әртүрлі, жеңіл сіңетін болуы қажет. Оны суытылған күйде, жатып, әр 2-3 сағаттан кейін аздан-аздан бөліп қабыдаған жөн. Тәулігіне 5-6 рет аз көлемде минералды газсыз сілтілі суды ішкен жөн. Дәрі-дәрмек препараттардың ұрық жұмыртқасына кері әсері тимеуі үшін емді дәрі-дәрмексіз заттардан – орталық электроаналгезиядан, ине шаншудан, психотерапиядан бастаған жөн.

Жүктіліктің II және III – ұшайлығында гестоздың пайда болуы кезінде тиісті терапияны жүргізеді. Созылмалы холециститтің емі, ереже бойынша, консервативті ем болып есептеледі. Тек қана анық ауыру сезімі, өтқалтасының өрескел деформациясы, жиырылу қызметінің әдәуір төмендеуі және өршуі бар ауруларға стационарлық ем қолдануға тура келеді.

Босану және босанғаннан кейінгі кезеңдердегі асқынуларды емдеу.

Босану және босанғаннан кейінгі кезеңдердегі асқынуларды емдеу үшін, ол үшін инфекциялық асқынулардың алдын алу қажет.

Ауруханаға жатқызу көрсетулері:

Жүктіліктің қай мезгілінде аурудың өршуі болса, сол кезде жатқызу керек;

Көрсетулері бойынша жүктіліктің 38 аптасында жатқызу қажет.

Аурудың өршу кезеңінде емді стационар жағдайында 10-14 күндей жүргізген жөн және аурудың ремиссиясына жету мүмкіншілігіне қол жеткізу керек, бұл емнің нәтижесін бағалау болып табылады.

Босандырып алудың мерзімін және әдісін таңдау.

Босандырып алу барабарлық ауыртпауды пайдаланып (перидуралдық анестезия) босану жолдары арқылы жүргізеді, ал кесар тілігі операциясы акушерлік көрсетулері бойынша жасалады. Созылмалы холециститті бар әйелдер үшін ақпарат ретінде айтатымыз, бірінші, ол өршудің сатысынан тыс шипажай – дауажай жағдайында ем алу (Ессентуки, Железноводск, Пятигорск, Трускавец, Моршин және т.б.), екінші, аурудың өршуі кезінде стационар жағдайында ем алу, үшінші, дәрі-дәрмексіз және дәрі-дәрмекті емді дер кезінде алып тұру, төртінші, дәрігерлердің бақылауында болу.

Резюме

Хронический холецистит и беременность

Нұржанов Х.Н., Сансызбаева Р.Ж., Байбулекова Д.Т.

Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: Хронический холецистит, беременность, медикаментозное лечение

Хронический холецистит — воспалительное заболевание желчного пузыря с вероятностью образования в нем камней. Оно может быть как острым, так и хроническим. Беременность является одним из факторов риска для развития болезни, поскольку в этот период у женщины серьезно меняется гормональный фон, что может стать одной из причин формирования холецистита.

Лечение у беременных во многом совпадает с тако-

вым у других групп заболевших людей. Медикаментозная терапия должна назначаться врачом, поскольку не все лекарства для лечения данной болезни можно применять. Некоторые из них могут негативно повлиять на плод.

Summary

Chronic cholecystitis and pregnancy

*Nurzhanov Kh.N., Sansyzbayeva R.Zh., Baibulekova D.T.
Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan*

Key words: Chronical cholecystitis, pregnancy, medication treatment

Chronical cholecystitis is an inflammatory disease of the gallbladder. It can be both acute and chronic. Pregnancy is one of the risk factors for the development of the disease, because during this period a woman's hormonal system seriously change, which can be one of the reasons for the formation of cholecystitis. Treatment in pregnant women is difficult, nevertheless with that opinion we know what treatment and what will be do.

Drug therapy should be prescribed by a doctor, because we have a pregnancy. Some of them may have undesirable effects to the fetus.