

DOI: 10.36719/2707-1146/06/32-34

**Ağaşirin Aydın oğlu Rüstəmov**

Azərbaycan Tibb Universiteti Elmi-Tədqiqat Mərkəzi  
tibb üzrə fəlsəfə doktoru, dosent

**Fatma Oruc qızı Rəcəbova**

Azərbaycan Tibb Universiteti Elmi-Tədqiqat Mərkəzi  
biologiya üzrə fəlsəfə doktoru, dosent  
aysel\_rustemliar@mail.ru

## ÖD YOLLARI DİSKİNEZİYALARININ VƏ XRONİKİ XOLESİSTİTİN KLİNİKİ TƏZAHÜRLƏRİNİN DİFFERENSİAL KRİTERİYALARI

*Açar sözlər: xolangioxolesistit, öd kisəsi, simptom, kliniki, diaqnoz*

### Differential criteria for clinical manifestations of biliary dyskinesia and chronic cholecystitis

#### Summary

For the diagnosis and differentiation of chronic cholestoxolangiitis from the diseases of the biliary system, 20 patients used modern instrumental and laboratory methods. In these methods, excision cholestorentgenography, retrograde cholangiography, high frequency ultrasound examination, and cholesterol in the blood, manometric tonometry.

In the objective examination, patients were disturbed by the pain on the right side of the neck, on the right side of the breast and in the right rib. Dyspeptic symptoms such as lower appetite, nausea, vomiting, and meteorism have been discovered.

Dietotherapy, spasmolytics, antibiotics, gallbladder and physiotherapy have also been used in the treatment. Thus, based on the results of our examination, it is recommended that they be used in early diagnosis of chronic cholestoxolangitis.

**Key words:** *cholangiocholecystitis, gallbladder, symptoms, clinical, diagnosis*

Hepato və biliar sistem orqanlarının topoqrafik, funksional oxşarlığı onların patoloji dəyişikliklərinin təzahürlərinin ümumiliyi ilə səciyyələnir. Öd kisəsinin iltihabı xolesistit, axarlarının iltihabı isə xolangit adlanır. Patoloji dəyişiklikləri isə müştərək şəkildə təzahür etdiyindən xolesistoxolangit diaqnozu şəkildə ədəbiyyatda təsvir olunur. Lakin bunların kliniki differensial diaqnozu haqqında məlumatlar azlıq təşkil edir. Bu məqsədlə aşağıdakı müayinə üsullarının tətbiqini məsləhət görmüşük. (4)

1. Ekskretor xolesisto rentgenoqrafiya-Xəstəyə acqarına vena daxilinə öd yollarını aşkar etmək məqsədi ilə billinqnost və ya billitraz kontrast maddələrdən birini 10 ml miqdarında yeridilir. 20 dəqiqə keçəndən sonra daxilə 1 ədəd çiy yumurta sarısı ağızdan qəbul etdirilir. Sonra isə öd kisəsinin və öd axarının rentgenoqrafik şəkili çıxarılır. Yumurta sarısı öd qovucu məqsədi ilə və öd axarlarının mənfəzini genişləndirmək üçün qəbul edilir.

2. Retroqrad xolesistoxolangioqrafiya- Bu əhəmiyyətli diaqnostik metodlardan olub öd yolları ilə yanaşı pankreas vəzinin də patoloji dəyişikliklərini hərtərəfli aşkar etməyə imkan verir. Bu məqsədlə "Olimpus" firmasından olan endoskopun ucunu öd yollarının on ikibarmaq bağırsağa açılan fater məməciyinə yeridərək, kontrast maddəni öd axarlarına vuraraq okulyar vasitəsilə fotoapararla şəkili çəkilərək, ödə və pankreas şirəsinin keyfiyyəti haqqında məlumat alınır.

3. Radioimmun ultrasəs müayinəsi (USM)-Fizioloji şəraitdə öd yollarının struktural dəyişiklikləri iltihabı prosesin xarakteri diskinetik funksional pozğunluqları aydınlaşdırılır.

4. Xolangiomanometriya-Öd durğunluğu zamanı axarlarda təzyiqli ölçülərək, artıb-azalmasına görə patoloji prosesin mahiyyəti aşkarlanır.

5. Qanda xolesterinin səviyyəsinin təyini.

Xolangioxolesistit diaqnozu ilə 20 xəstə müayinə üçün nəzəratə götürülüb. Xəstələrin qan qruplarını üzrə müayinəsində bu patologiyanın əksər hallarda ikinci qan qrup (Aβ), üçüncü qan qrupunda (Bα) dominantlıq göstərmişdir. (1)

Cinslərə görə isə qadınlarda rastgəlmə tezliyi kişilərə nisbətən üstünlük təşkil edir. Bizim fikrimizcə, bu hal irsi-genetik meyilliklə və qadınların evdarlıq şəraitində fəaliyyəti ilə əlaqələndirilir. Xəstəliyin inkişaf müddəti təxminən 3-5 il arasında formalaşır. (50 %).

Anamnestik məlumatlara əsaslanaraq biliar orqanların patologiyasının inkişafında polietoloji amillər iştirak edirlər. (9)

1. Alimantar faktorlar. (70 %) Bura qidanın kəmiyyət və keyfiyyət fərqi yəni yağlı və kəskin qidaların qəbulu başlıca olaraq onların quru halda və fasilələrində edilən xətalər aiddir. Bu faktorlara həmçinin tələsik qidalanmanı da aid etmək olar.

2. İkinci qrup etioloji faktorlara qonşu həzm orqanlarının patoloji prosesləri aiddir. Bunlardan xroniki persistəedici və aqressiv hepatitlər (30%), xroniki reaktiv pankreatidlər (15 %) və qeyri-spesifik xorali kolid (10%) təşkil edirlər.

3. Üçüncü amillərə-oqranizmdə uzun müddət mövcud olan xroniki infeksiya mənbələri aiddir. (25%) Bunlardan xroniki dekompensasiya edici, bakterial tonziliti (13%) burun və ətraf boşluqların iltihab ocaqlarını (12%) göstərmək olar.

Mikrobların ifraz elədikləri toksikoallergik komponentlərin təsiri nəticəsində əvvəlcə öd yollarında hərəkəti pozğunluqlar baş verərək, ödənin hərəkət sürətinin azalmasına və stazına gətirib çıxararaq iltihabı formalaşdırır.

4. Dördüncü orqanizmdə lokallaşan parazitlərdən bağırsaqların helmintozları (20%), xlamidiyaları (15%) və toksoplazmoz (10%) aşkar olunub. (5)

Xəstəliyin kliniki təzahürü etioloji faktorları kimi polimorf simptomlarla xarakterizə edilir.(4) Dominantlıq təşkil edən şikayətlərdən qarında olan ağrılar təşkil edir. (60%) Qida qəbuluna münasibətinə görə ağrılar müxtəlif xarakter daşıyır. Əsasən qida qəbulundan təxminən 20-30-dəqiqə keçdikdən sonra xəstəni narahat edir və döş sümüyündən yuxarı sağ kürəkəlti nahiyəyə (30%), boyunun sağ aşağı hissəsinə (15%) və sağ qabırğaaltı nahiyəyə (35%) irradiasiya edir.

Dispeptik pozğunluqlardan isə iştahanın azalması (30%), ürəkbulanma (40%), qusma (20%) təşkil edir. Sonrakı yerlərdə gəyirmə və qarının yuxarı hissəsində qazın toplanması durur. (30%) (8)

Ümumi baxışda xəstələrin üz dərisinin tündləşməsi fonunda, gözlərinin altında boş birləşdirici toxuma nahiyəsində həlqəvi kölgəlik müşahidə edilir. (45%) Qənaətimizə əsasən bunları bədəndə mövcud olan və qan cərəyanı ilə sirkulyasiya edən intoksikasiya ilə əlaqələndirilir və dərinin turqorluğu zəifləyir.

Palpasiya zamanı öd kisəsinin proyeksiya olunduğu nöqtədə ağrılıq təyin edilir. (70%) Bu nöqtə sağ qabırğa qövsü ilə qarının sağ düz əzələsinin kəsişdiyi sahəyə uyğundur. Şoffar zonasının ağrı simptomu (30%). Bu məkan qarının horizontal xətti ilə parasternal və orta körpücük xəttinin kəsişdiyi kvadratik sahədir. Başqa sözlə, bura xoledoxo-pankreatik zona da adlandırılır. Nadir hallarda göbəyin sağ tərəfində də ağrılar təyin etmişik. (15%) Ağır formalarda qaraciyərin böyüməsi sağ qabırğaaltı nahiyədən 1,5-2 sm kənara çıxması ağrılı və səthinin hamar olması təyin olunur. (15%)

Frenikus (diafraqma siniri) simptomu da müsbət təyin olunub. (20%) Bu sağ döş körpücük məməvari əzələnin ayaqcıqları arasına barmaq ilə təzyiq etdikdə öd kisəsi nahiyəsində ağrının hiss olunmasıdır. (6)

Aparılan instrumental müayinə üsullarını təhlil edərkən ekskretor xolesisto xolangioqrafiyada öd kisəsinin həcmində böyüməsi, divarının nazikləşməsi öd möhtəviyyatının rənginin bircinsli olması və kristal çöküntülərini mövcudluğu aşkar olunub.(55%) Normada öd kisəsinin qatılardırma funksiyası pozulmadıqda özülülük səviyyəsinə görə ödənin üst qatı aydın, orta qatı zəif tünd, aşağı qatı isə daha tünd rəngdə rentgenoqrafik olaraq görünür. İltihabı proses və xolestaz nəticəsində bu qatların differensiasiyası aydın nəzərə çarpmadığına görə ödənin bir rəngdə görünür ki, bu da kliniki olaraq üç qatlı simptomun mənfi olması kimi qiymətləndirilir və iltihabın mövcudluğunu təsdiqləyir. Gəldiyimiz nəticəyə əsaslanaraq bu ödənin yollarının diskeniziyası, disxoliziyası, xolestazı və diskriyası fonunda formalaşır. Məlumdur ki, ödənin kisəsi və ödənin axarları simpatik və parasimpatik sinir lifləri ilə inervasiya olunurlar. Bu axarların və simpatik sinirin şaxələri vasitəsilə həyata keçirilir. Normal şəraitdə sinin inervasiyasının müntəzəmliyi

nəticəsində öd yollarının kinetikasi ardıcılıqla nizamlanaraq ödün hərəkətiliyini təmin edir. Diskoordinasiyası zamanı isə öd axarlarının diskineziyası baş verir. Xolongioqrafiya isə öd axarlarının kinetik qabiliyyətinin aşağı düşməsi nəticəsində axarın bəzi nahiyəsində genişlənmə, bəzilərinə isə mənfəzin daralması ilə növbələşdiyi müşahidə olunduğundan ödün hərəkət sürətinin azalması və stazi ilə nəticələnir. (2)

Retroqrad duodeno xolesistoqrafiyada kontrast maddəni fater məməciyindən yeridərkən öd yollarında maneəçilik mövcud olan yerlərdə ödün rənglənməsi görünür. Diskeniziyanın nəticəsində bu xolestazla əlaqələndirilir. (30%)

Yüksək tezlikli ultarasəs müayinəsi-öd kisəsinin əksər hallarda böyüməsini ( $60 \text{ sm}^3$ -dən yuxarı olması) divarın qalınlığının nazıqlaşması və ödün bir cinsli görünməsini müəyyənləşdirir. (60%)

Qanda xolestrenin miqdarının təyini-ödün qatılılıq dərəcəsiindən asılı olaraq yuxarı və aşağı sıxlılıq dərəcəsiini göstərir. Belə ki, apardıığımız müayinələrə və kliniki müşahidələrə əsaslanaraq, öd yollarının iltihabi proseslərinin vaxtında aşkar edib ona uyğun rasiional müalicə aparmaq məqsədilə müasir kliniki və instrumental müayinə metodlarının tətbiqi tövsiyə olunur. (7)

Xolesistoxolangitdə apardıığımız müalicənin planı:

1. Bütün xəstələrə pəhrizlə müalicə təyin edilmişdir. Stol №5-Buraya yaxşı həll olunan duruhəl qida maddələri daxildir.

2. Spazmolitiklər. Bunlar xəstəliyin ağırlıq dərəcəsiindən asılı olaraq həm daxilə, həm də inyeksiya şəklində təyin olunur.

3. Vegetonevrotik pozğunluqları aradan qaldıran neyroleptiklər.

4. Xəstəliyin ağırlıq dərəcəsiindən asılı olaraq antibiotikləri sutkada 2 və ya 3 dəfə olunmaqla əzələ daxilinə təyin olunur.

5. Xroniki infeksiya ocaqlarının sanasiyası.

6. Öd qovucu dərmanların təyini. Bunlar təsir mexanizminə görə ödün sintezini artıran dərmanlara ayrılır ki, bunlara xoleritiklər yaxud xolaqoqlar deyilir. Ödün on ikibarmaq bağırsağa axmasını təmin edənlər isə xolekinetiklər adlanır. Biz müalicədə xoleritikləri xolesistidlərdə, xolekinetikləri -isə xolangitlərdə tətbiq etmişik. Bu dərmanların tərkibində öd turşuları və duzları ilə yanaşı bitki mənşəli dərman maddələri də mövcuddur. (3)

Xəstəliyin sakitləşmə fazasında kor zondlama deyilən Dübəşi həftədə iki dəfə olmaqla 1 ay müddətində tətbiq etmişik. Bu əməliyyat səhər ac qarına daxilə 25 % 10 ml ilidilmiş maqnezium sulfat məhlulu və ya yarım stəkan mineral su məhlulu qəbul etdirməklə 1 saat müddətində xəstənin sağ qabırğaaltı nahiyəsinə istiqac qoymaqla aparılır.

### Ədəbiyyat

1. Болотовский Г.В. Холецистит и другие болезни желчного пузыря. СПб.: Невский проспект, 2003.
2. Бобров О.Е., Хмельницкий С.И., Мендель Н.А. Очерки хирургии острого холецистита. - Кировоград, ПОЛИУМ. 2008, 216 с.
3. Большая медицинская энциклопедия «Холецистит» Авт. Анна Кучанская Изд. «Весь» СПб, 2010 г.
4. В.В.Шеляпина «Диагностика и клиника заболеванный желчных путей у детей». 1982.
5. Ковалева Н.Г. Фитотерапия и современная медицина // Гепатиты излечимы! Цирроз, холецистит, желчно-каменная болезнь. М.: Яуза, 2010.
6. Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Элин А.Ф., Конькова М.В., Стукало А.А. Экстренная хирургия желчных путей. Донецк, ООО «Лебедь», 2005, 434с.
7. М.Я. Студенников «Заболованние желчных путей у детей», 1976.
8. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - К.: Здоровья, 1993, 512 с.
9. Шехтман М.М., Бурдули Г.М. Болезни органов пищеварения и крови у беременных. М.: Три-ада X, 1997, 304 с.

Рəyçи: prof. Q.Qarayev

Göndərilib: 22.02.2021

Qəbul edilib: 25.02.2021