

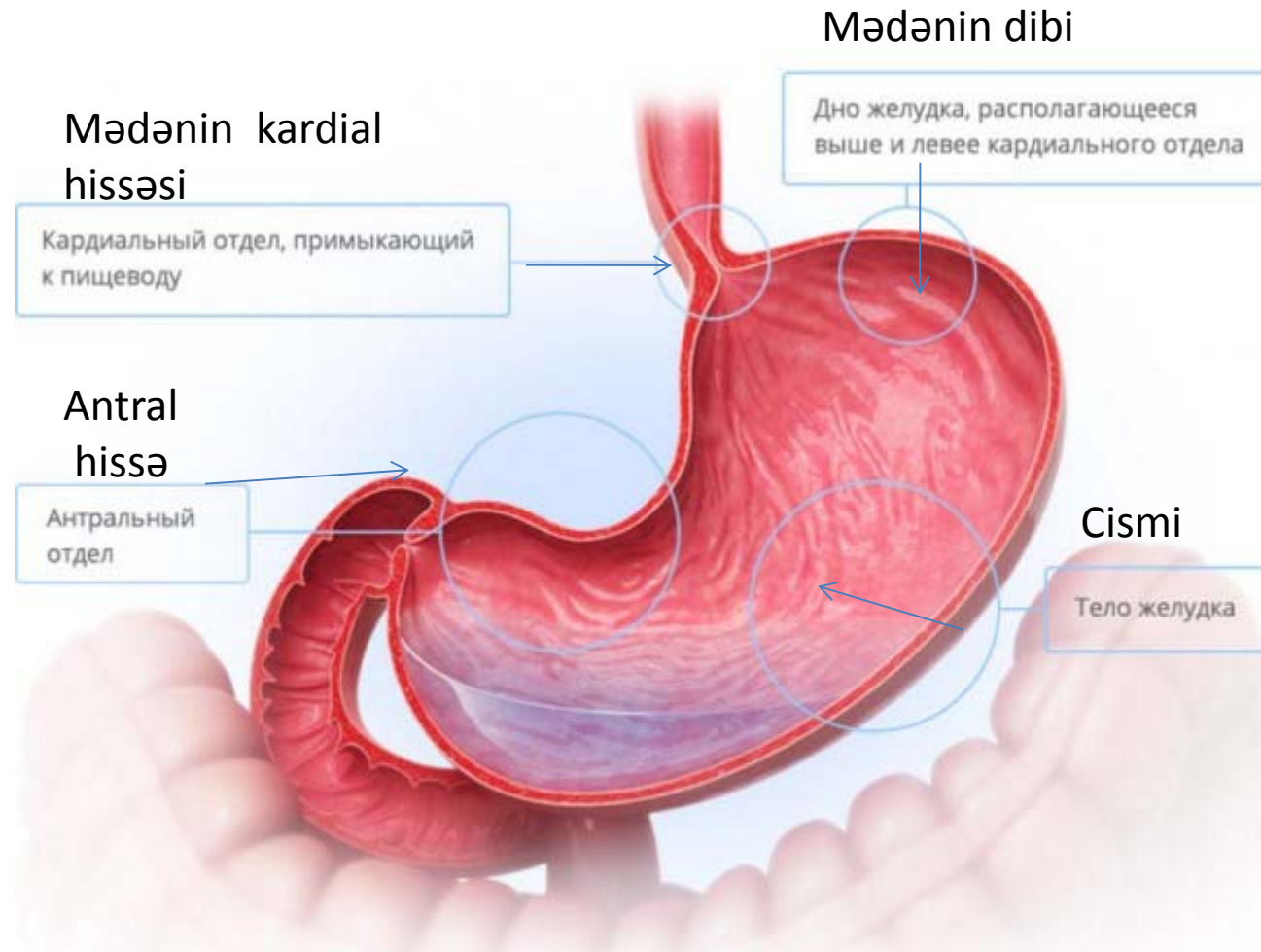
Uşaqlarda mədə-bağırsaq sisteminin xəstəlikləri

1. Qastritlər
2. Mədə xorası
3. Öd yollarının xəstəlikləri

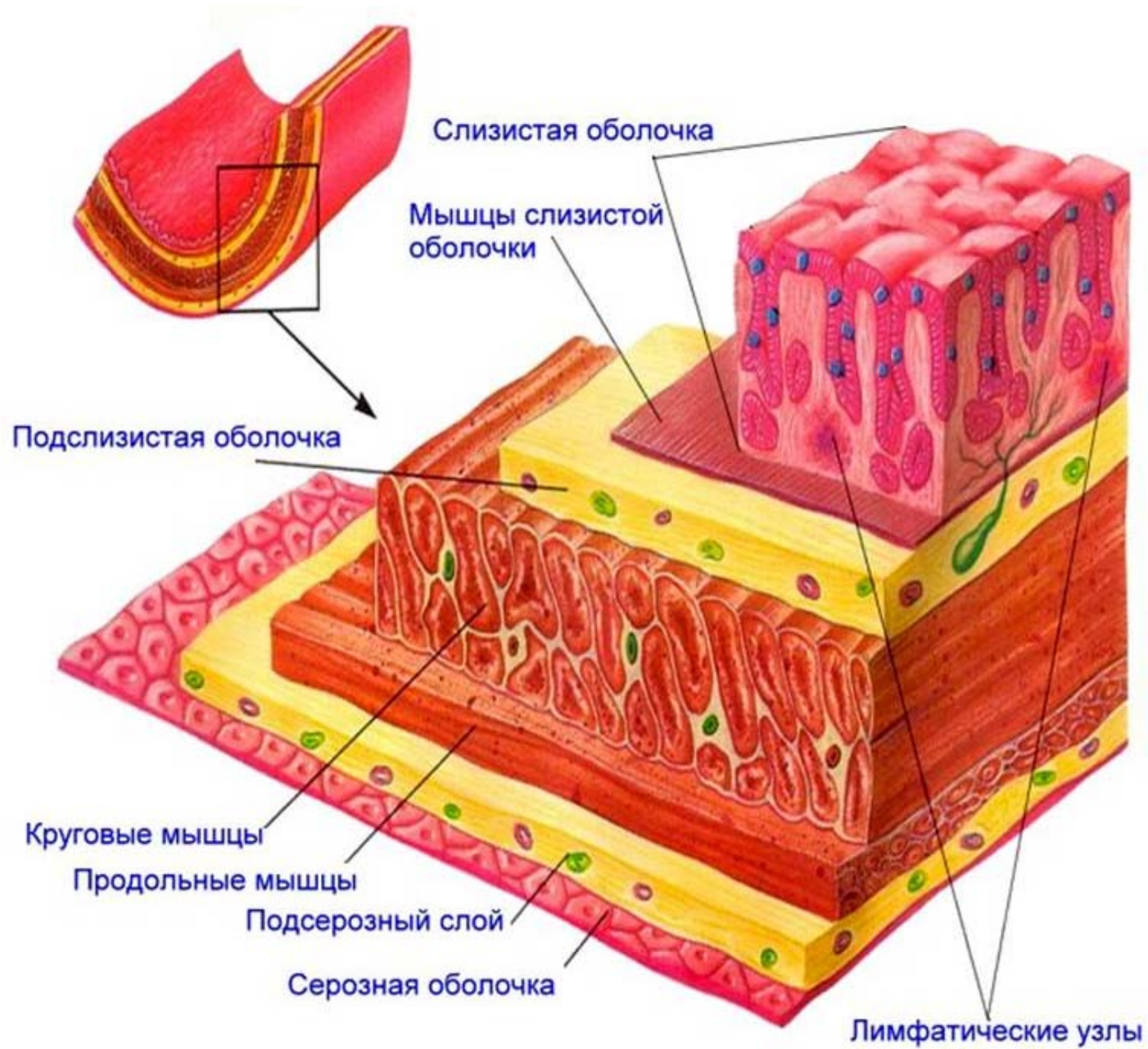
Ass. T.e.n. Əhmədov Gündüz

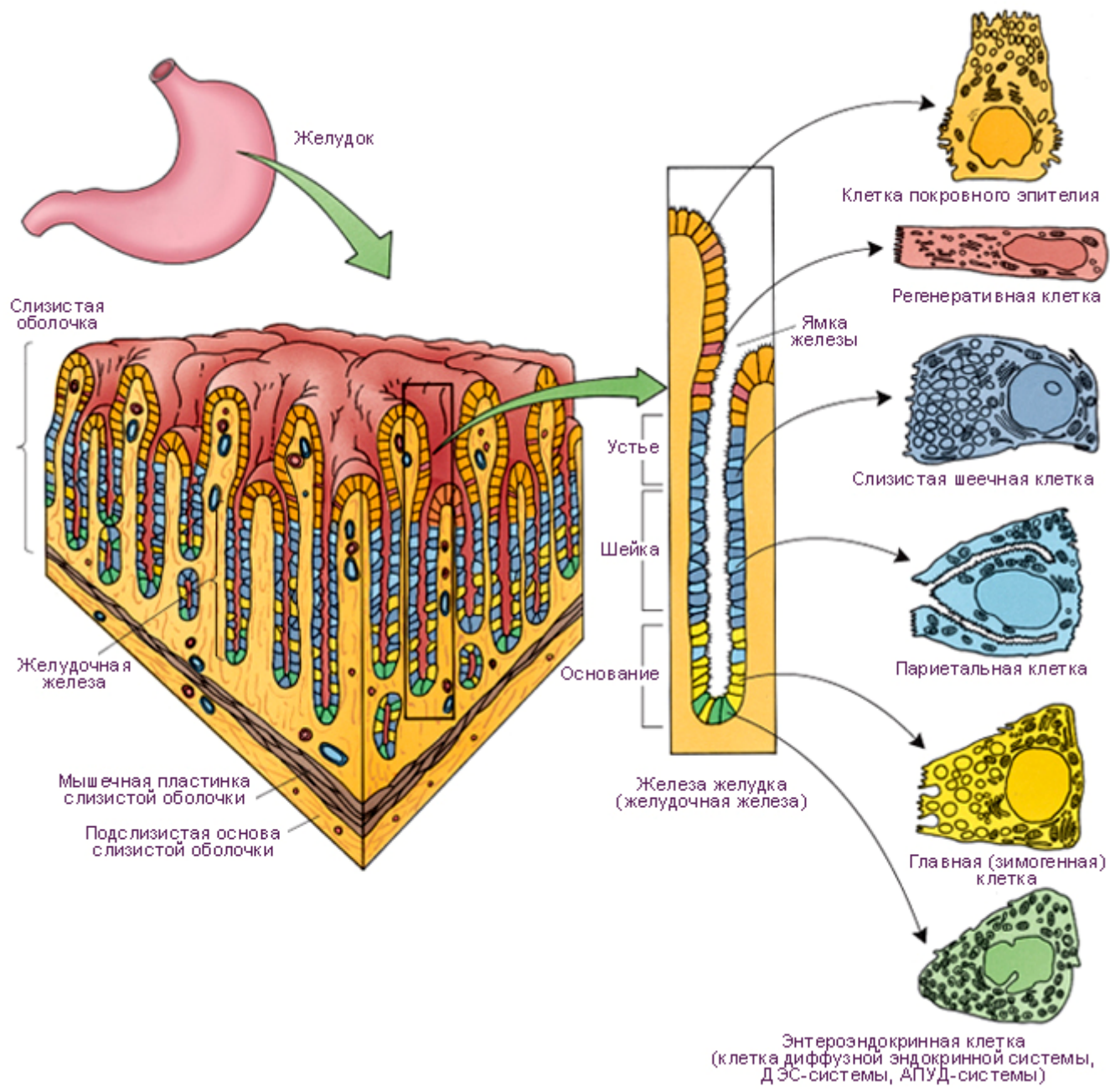
Qastritlär

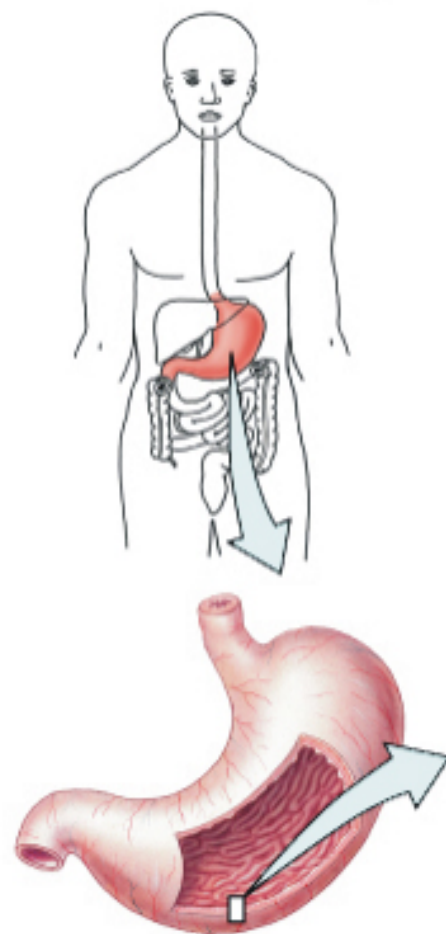
Mədənin anatomik quruluşu



На границе пищевода и желудка располагается нижний пищеводный сфинктер (круговая мышца). От двенадцатиперстной кишки желудок отделен сфинктером привратника.

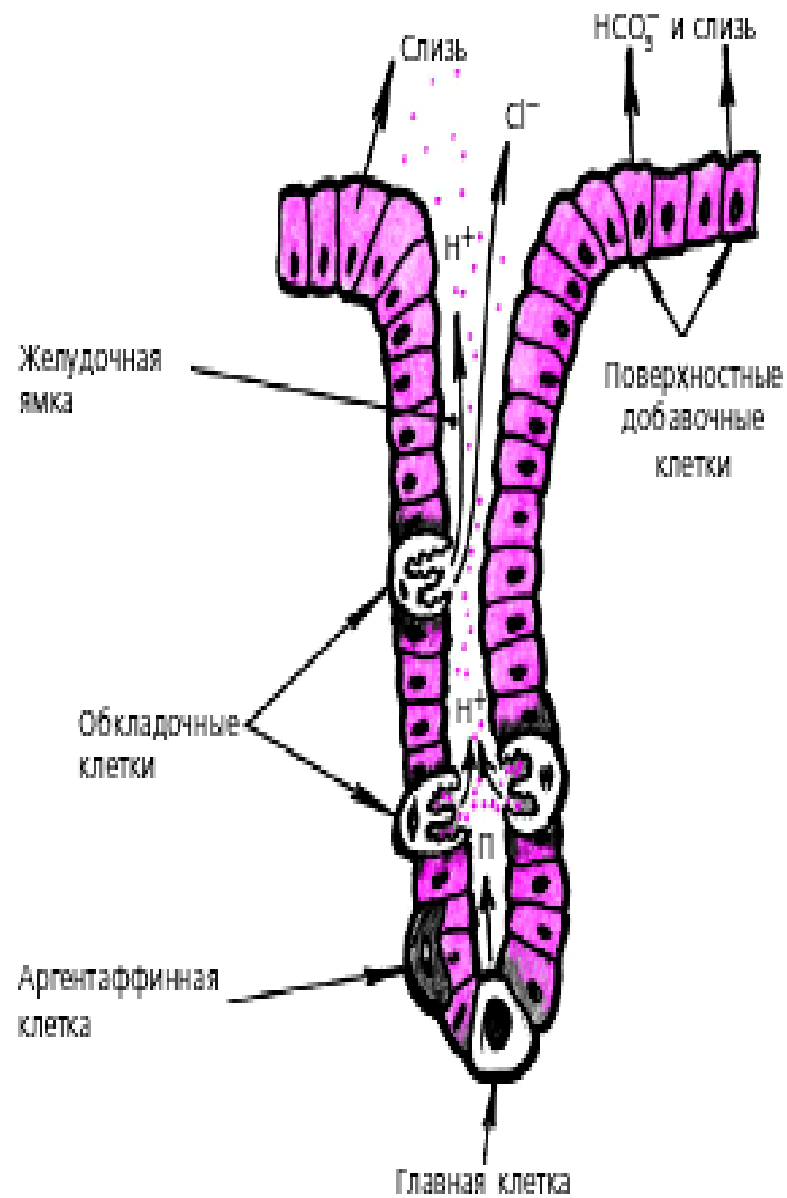
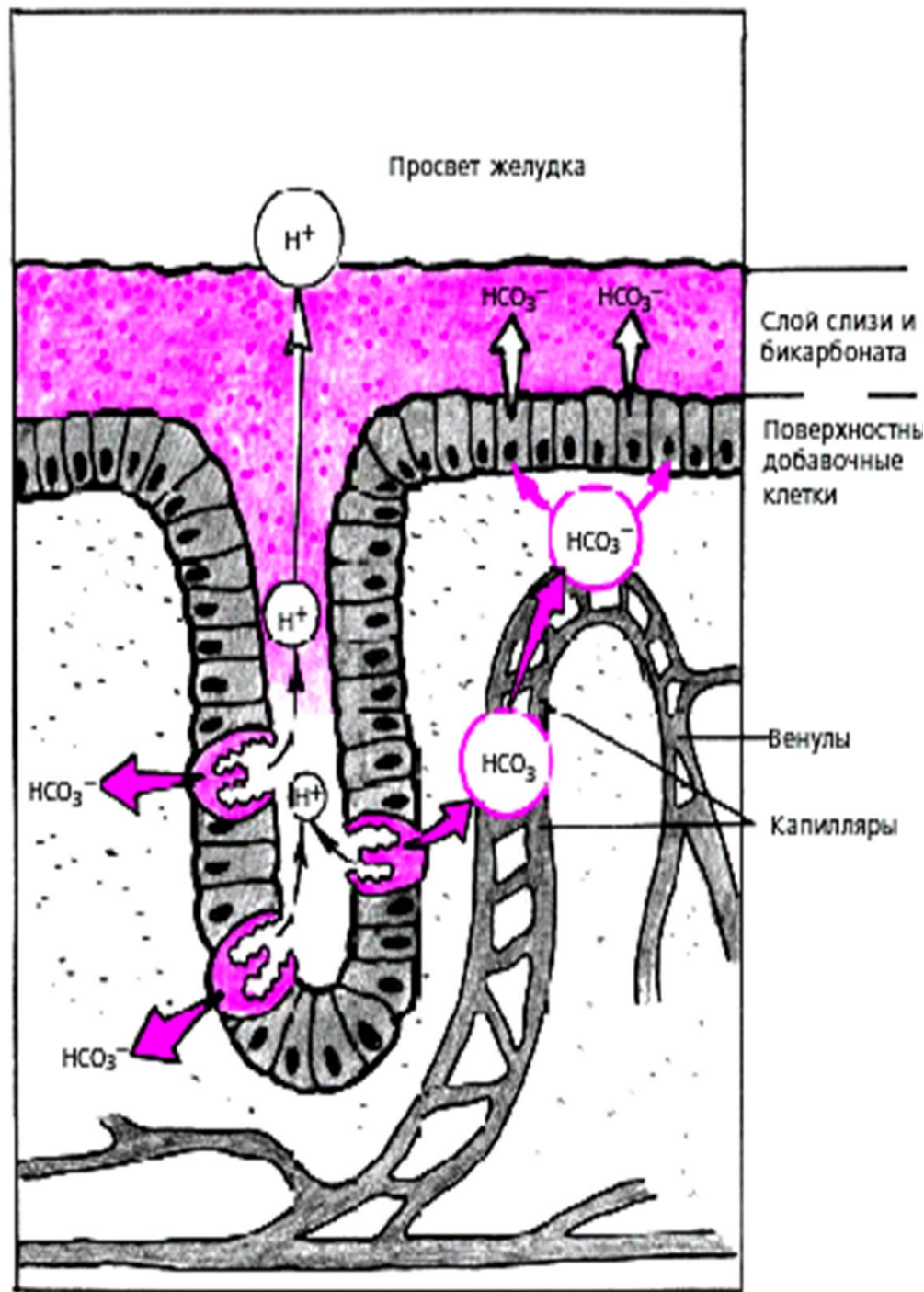




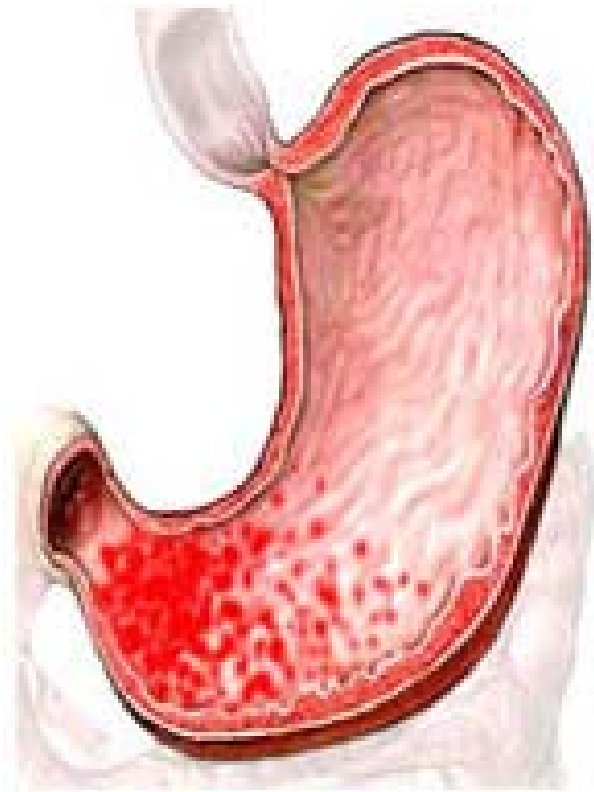


Клетки	Секрет	С тимулы	Функция
Слизистые клетки	Слизь	Раздражение слизистой	Создает барьер между слизистой и содержимым желудка
	Бикарбонат		Нейтрализует соляную кислоту и предотвращает повреждение эпителия
Париетальные клетки	Соляная кислота	Ацетилхолин, гастрин, гистамин	Активирует пепсиноген, бактерицидное действие
	Внутренний фактор		Объединяется с В12 для разрешения всасывания
Энтерохромаффиноподобные клетки	Гистамин	Ацетилхолин, гастрин	Стимулирует секрецию соляной кислоты
Главные клетки	Пепсиноген	Ацетилхолин, соляная кислота, секретин	Расщепление белков
	Желудочная липаза		Расщепление жиров
D-клетки	Соматостатин	Кислота желудка	Торможение секреции соляной кислоты
G-клетки	Гастрин	Ацетилхолин, пептиды, аминокислоты	Стимуляция секреции соляной кислоты

Xlorid turşusu



- *Kəskin gastrit* – mədənin selikli qişasının iltihabı ilə xarakterizə olunan polietioloji xəstəlikdir.



**Antral
hissənin
qastriti**

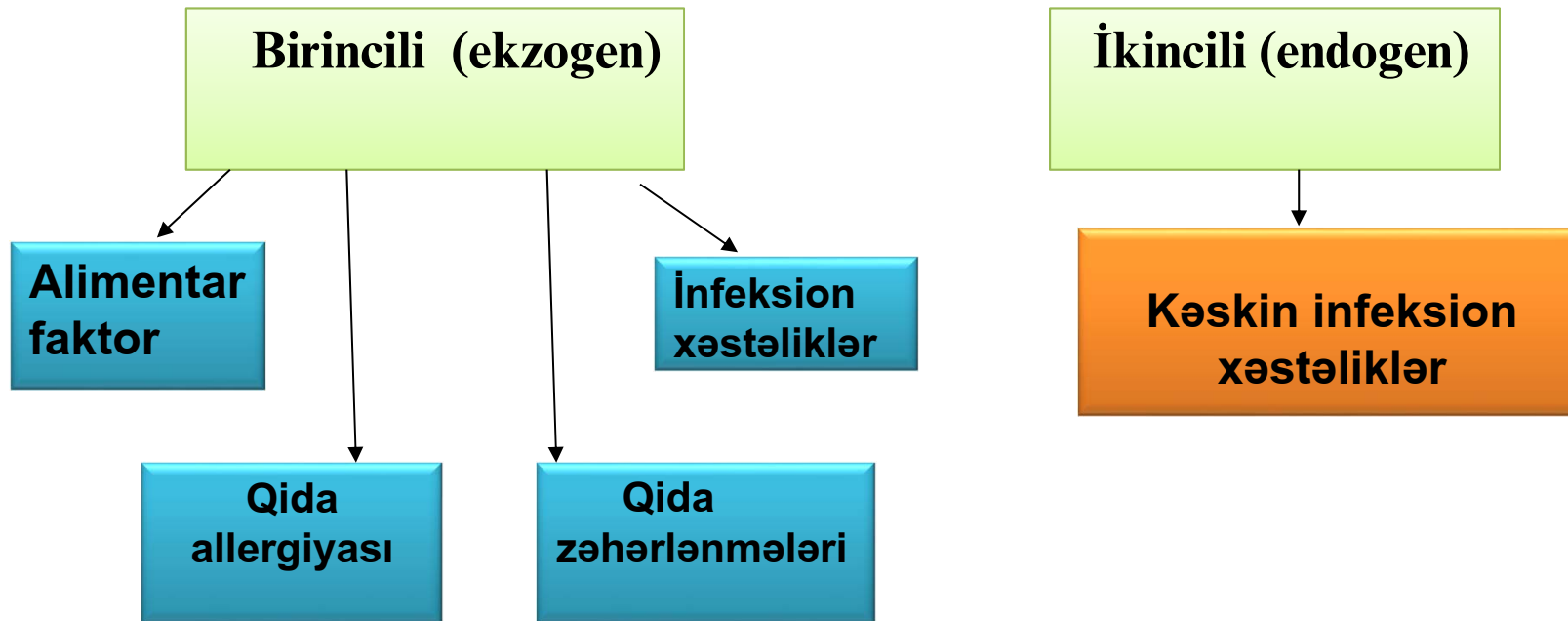


**Mədənin
dibinin
qastriti**



**Total
qastrit**

Qastritlərin etiologiyası



PATOGENEZ

EKZOGEN KƏSKİN QASTRİT



Patogen amilin
aqrivliyi və ya yüksək
konsentrasiyası

ENDOGEN KƏSKİN QASTRİT



Hematogen yolla
zədələnmə

KLİNİKA

Kəskin başlayır (qida qəbulundan bir neçə saat sonra)

Epigastral nahiyədə ağrılar

Ürək bulanma, qusma, hıçqırma

DİAQNOZ

anamnez

klinika

endoskopiya

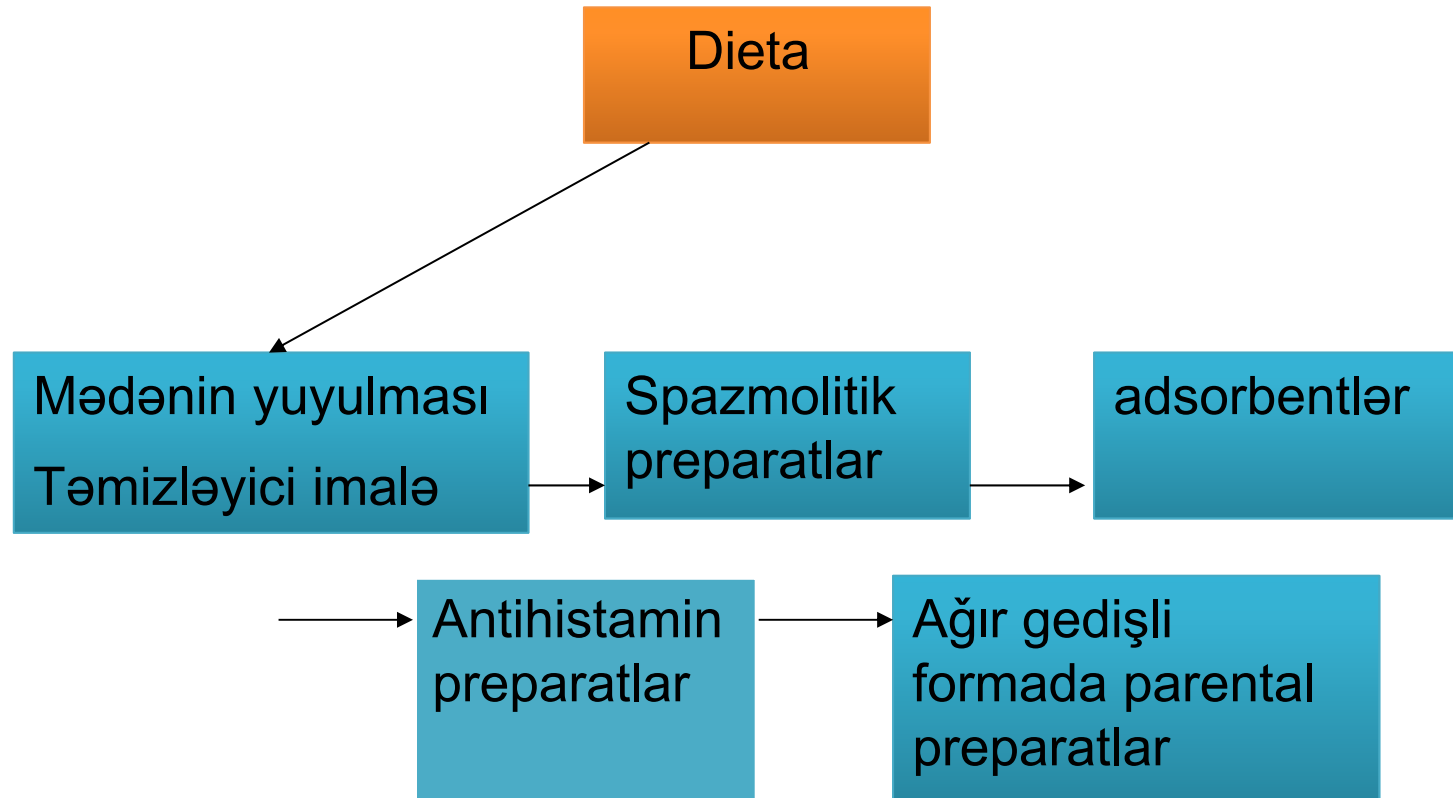
DİFFERENSİAL DİAQNOZ

Kəskin appendisit

pankreatit

Xolesistit

Müalicə



XRONİKİ QASTRİT

Xroniki qastrit - mədənin selikli və selikaltı qişasının xroniki iltihabi-distrofik proseslərinə səbəb olan polietioloji residivləşən bir xəstəlikdir.

Etiologiya

Ekzogen- alimentar, infeksiya, helicobacter pylori, siqaret çəkmə

Endogen – həzm orqanlarının və digər daxili orqanların xəstəlikləri, Endokrin xəstəliklər, parazitər invaziyalar

İrsi meylik

QASTRİTLƏRİN TƏSNİFATI (A.B.MAZURİN, A.M.ZAPÇUDKOV)

Mənşəyinə görə	Yayılmalarına və lokalizasiyasına görə	Xəstəliyin dövrü	Mədə sekresiyasının xarakteristikası	Mədə zədələnməsinin morfoloji xarakteristikası	
				Endoskopiya	Histologiya
A).Birincili (ekzogen)	Oçaqlı	Kəskinləşmə	1.Arılmış	1.Səthi	1.Səthi
B. İkincili (endogen)	A) antral	Qeyri-tam Remissiya	2.Normal	2.Hipertrofik	2.Vəzilərin atrofiyasız zədələnməsi
	B) fundal		3.Azalmış	3.Eroziv	3. Atrofik a) zəif büruzə verən
	V)pilorodude-nal yayılmış	Tam remissiya		4.Atrofik	b) əsaslı büruzə verən v) selikli qişanın yenidən qurulması əlamətləri ilə gedən atrofiya

Qastritlərin təsnifatı (ümumi Sidney təsnifatı)

Tip	Topoqrafiya	Morfoloqiya	Etiologiya
Kəskin	Antrumun qastriti	İltihab aktivlik	1.Mikrob helikobakter və s.
Xroniki	Cismin qastriti	Atrofiya	2.Helikobakter: autoimmun,alkoqol,pa strezeksion,qeyri- steroid iltihabəleyhinə preparatlar,kimyəvi agentlər.
	Cism və antrumun qastriti (panqastit)	Bağırsaq metaplaziyası	3.Naməlum faktorlar,o cümlədən,mikroorqani zmlər.
		Helikobakter pilori	

MƏDƏ SEKRESİYASININ TİPİNDƏN ASILI OLARAQ XRONİKİ QASTRİTİN KLİNİK XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Xroniki qastritin növü	Ağrı sindromu	Dispeptik sindrom	Asteno-vegetativ əlamətlər.
Mədənin normal və yüksək sekresiyası ilə gedən xroniki qastrit	Küt,qıdadan 10-15 dəq.sonra başlayan ağrılar,acqarına ağrılar (bəzən)	Turşgəyirmə,qıcqırma,təzyiq hissi və epiqastriumda dolma hissi.Bəzən qusma,qəbizlik.	Tez qıcıqlanan,süslük,narahatlıq,baş ağrıları.
Sekretor çatışmazlıqlarla müşahidə olunan xroniki qastrit	Xarakter deyil	Mədədə dolma hissi,hava ilə gəyirmə,ağızdan su axma,acı yeməklərə meyl,q/sabit stul,ağızdan xoşagəlməz iy,hamar dil və ya onun qızarmış ödemli olması.Anqulyar stomatit. Damarlardan qanaxmanın olması.	Özünü qabarıq bürüzə verir.

Xroniki qastritlərin müxtəlif tiplərinin kliniki-laborator xüsusiyyətləri

Əlamətlər	A-tipli xroniki qastrit	B-tipli xroniki qastrit	C-tipli xroniki qastrit
Ağrı abdominal sindrom	Zəif bürüzə verir.Epiqastriumun palpasiyasında ağrı olur.	Əsaslı bürüzə verir,dietik qidalanmada ağrı azalır.	Əsaslıdır.Körpücükaltı antireflyüks terapiyada azalır.
Mədə dispepsiyası sindromu.	Əsaslı bürüzə verən: Mədədə qurultu, metieorizm stulun q/sabit olması,süd və yağ qəbulundan sonra diareya, dihidrovitamin anemiya əlamətləri.	Qəbizliyə meylik.	Gəyirmə, ağızda acılıq, ağızdan pis qoxu,isti çay,kofe, şokolad qəbulundan sonra qıcırma.
Mədə sekresiyası	Əsaslı hipoasid	Hiperasid və ya normal sekresiya ,nadir halda hipoasid.	Normal və ya hipoasid.
Qastri nin qanda səviyyəsi	Yüksək qastrinemiya	Normal səviyyə	Normal səviyyə
Endoskopik şəkil	Fundal hissənin zədələnməsi.Atrofik proseslərin olması	Antral hissənin hiperemiya və ödemi.Sel qişanın tək-tək eroziyaları.	Duodenoqastral reflöks əlamətləri,hiperemiya,ödem,selikli qişanın eroziyası.Antral və ya cisim hissədə
Yanaşı xəstəliklər (birgə gedən)	Xroniki tireoditlərlə,tireotoksikoz və s.autoimmun xəstəliklərlə birgə olur.	Öd yollarının xəstəlikləri,bağırmaq ağrıları, 12 barmaq bağırmaq xəstəlikləri.	Reflyüks-ezofaqit.

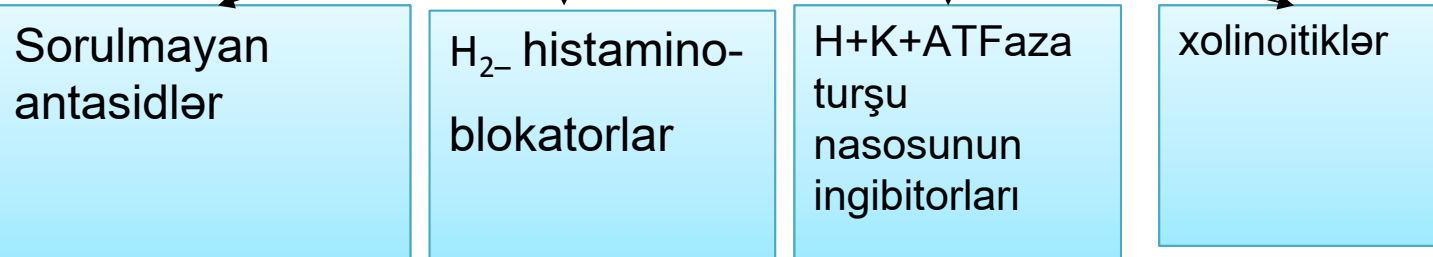
XRONİKİ QASTRİTİN MÜALİCƏSİ

DIETA

Sekresiyanın çoxalmasında std №1

Sekresiyanın azalmasında std №2

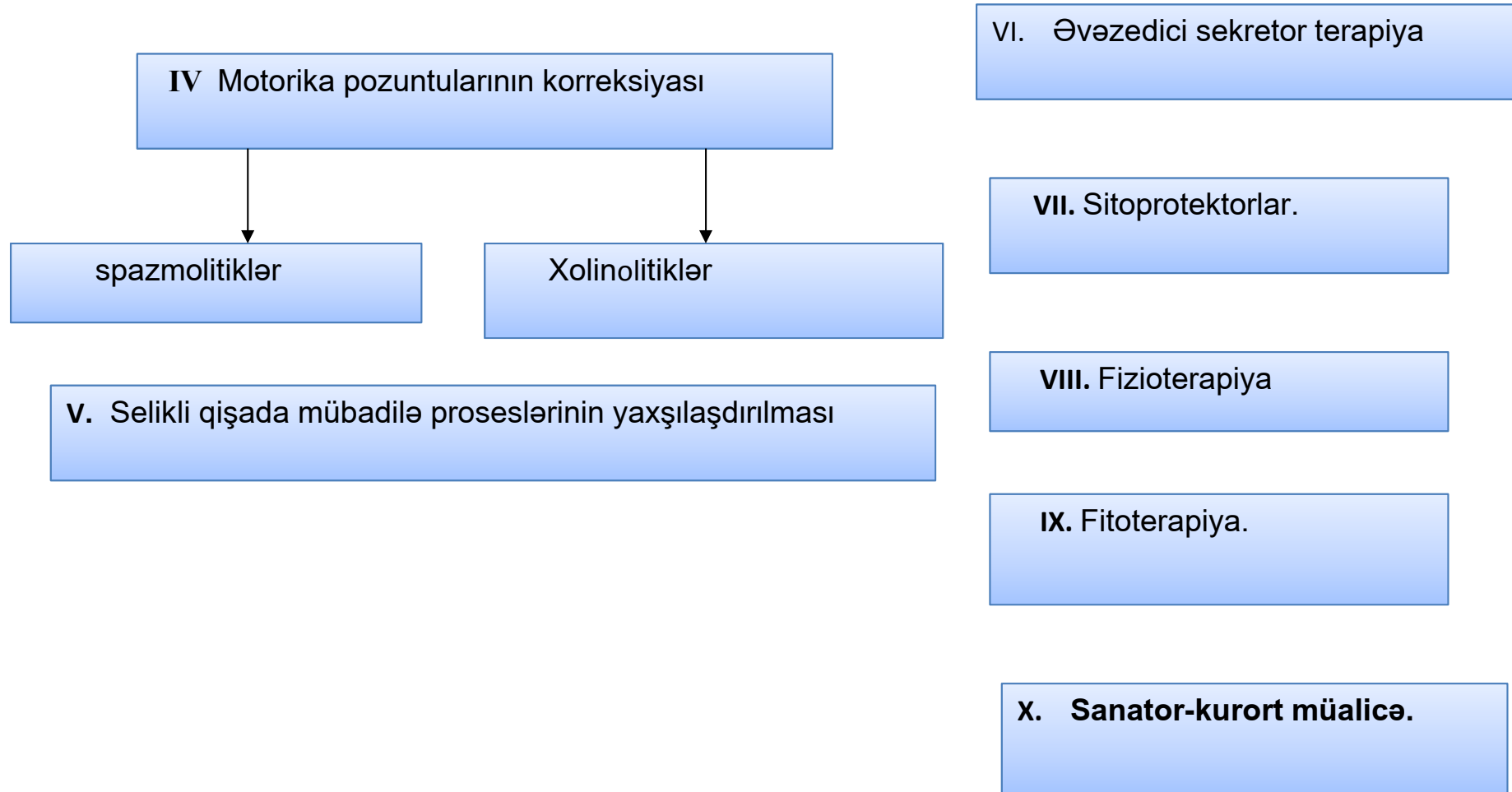
II Mədə hipersekresiyasının korreksiyası



III Antihelikobakterioz terapiya



XRONİKİ QASTRİTİN MÜALİCƏSİ



Dispanser müşahidə

1) 5 il müddətində aparılır:

- I- ildə – 4 dəfə .
- II- ildə 2 dəfə.

2) Residivəleyhinə müalicə.

3) Makroorqanizmin rezistentliyini yüksəltmək.

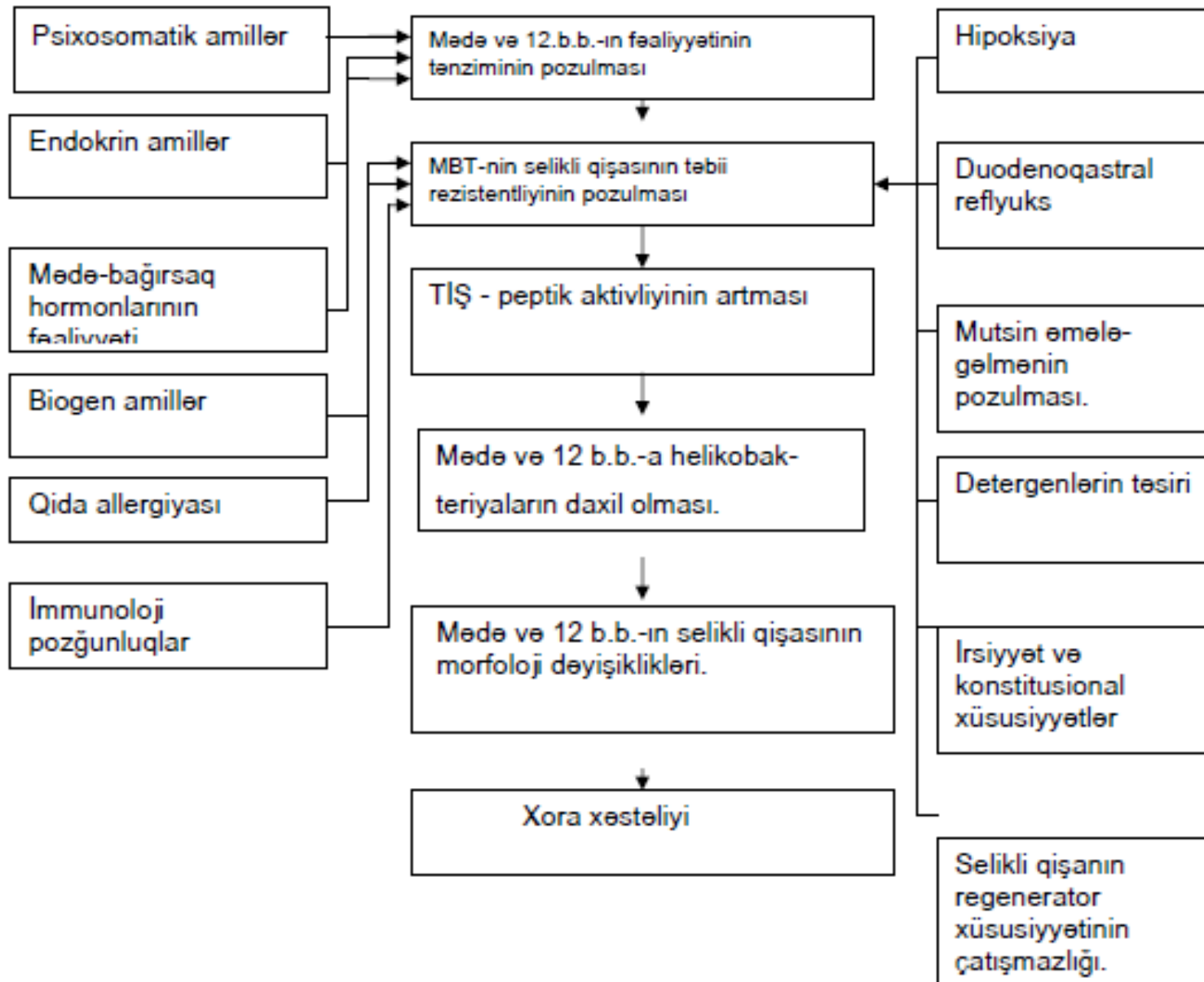
Proqnoz

1.H.p-nin tam eradikasiyasında sağalma ola bilər.

2. Xora xəstəliyinə,mədə xərçənginə transformasiya.

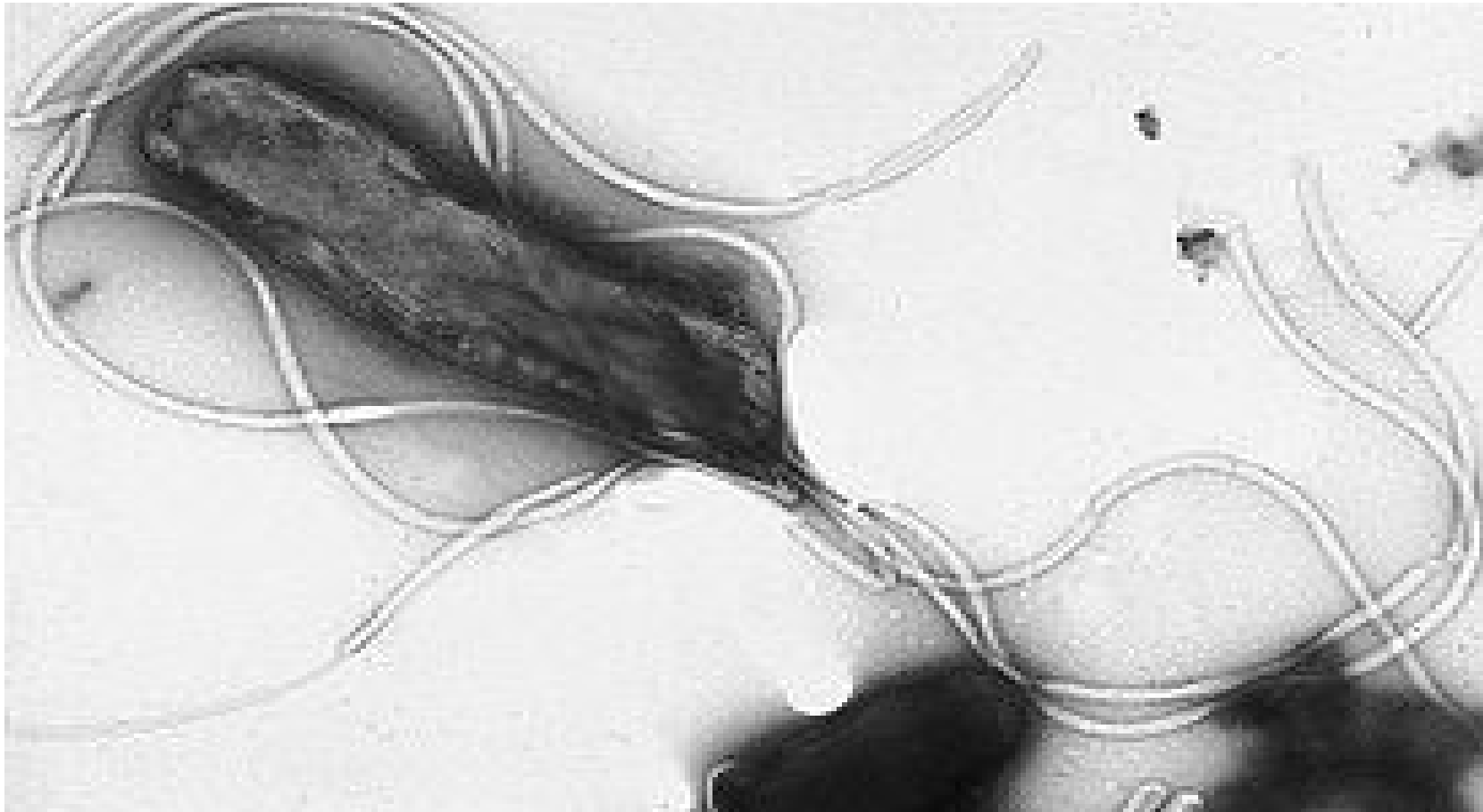
Xora xəstəliyi

Uşaqlarda xora xəstəliyinin patogenezinin sxemi.

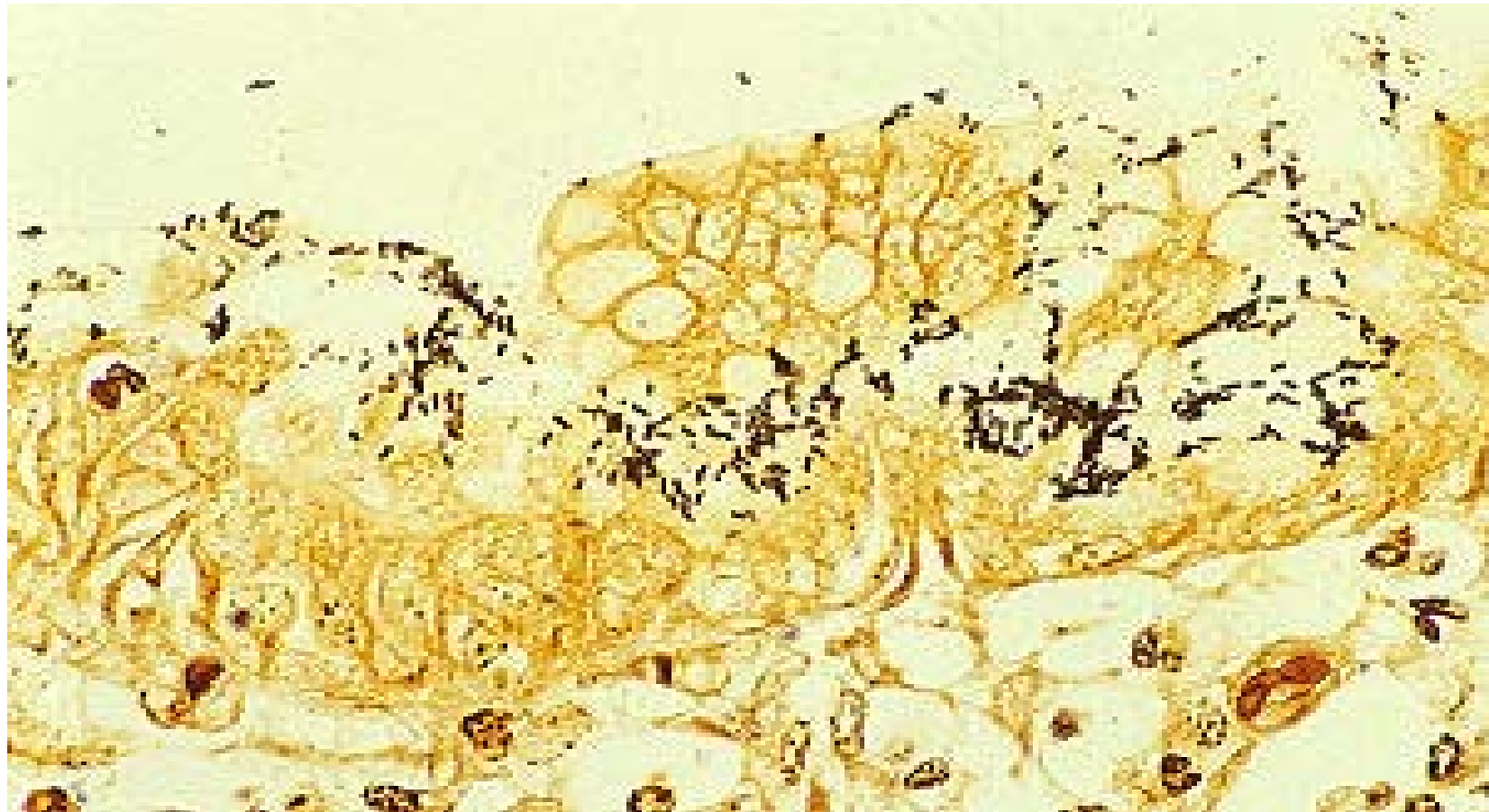


- H.pylori infeksiyası xərçəngin beynəlxalq agentliyi tərəfindən insan üçün kanserogen bir faktor olması kimi götürülmüşdür. Mədə-bağırsaq xəatəlikləri ilə əlaqəsi vardır.

Helicobacter pylori



Mədənin selikli qişası, heliobakteriya qastriti və selikli qişanın heliobakteriyalarla kolonizasiyası



Xora xəstəliyinin təsnifatı (A..V.Mazurin,1984)

Klinik–endo skopik mərhələ	Faza	Forma	Lokalizasiya	Klinik funksional səviyyə	Yanaşı gedən xəstəliklər
1	2	3	4	5	6
<p>Təzə xora</p> <p>Xora defektinin epitelizasiyasının başlanğıcı.</p> <p>Duodenit saxlanılmaqla selikli qişanın xora defektinin sağalması.</p> <p>Klinik -endoskopik remissiya</p>	<p>Kəskinləşmə.</p> <p>Natamam klinik remissiya.</p> <p>Klinik remissiya</p>	<p>Ağırlaşmamış</p> <p>Ağırlaşmış;</p> <p>-qanaxma;</p> <p>-penetrasiya;</p> <p>-perforasiya</p> <p>-mədə çıxacağıının stenozu</p> <p>-perivisserit.</p>	<p>Mədə və 12.b.b.</p> <p>-soğanaq</p> <p>-postbulbar hissə,</p> <p>ikili lokalizasiya</p>	<p>Mədə möhtəviy-yatının turşuluğu və motorika:</p> <p>Artmış.</p> <p>Azalmış</p> <p>Normal</p>	<p>Pankreatit</p> <p>hepatit</p> <p>enterokolit (kolit)</p> <p>ezofagit</p> <p>xolesisto-xolangit</p>

Əsas klinik sindromlar

1. Ağrı sindromu və dispepsiya: klinika əhəmiyyətli dərəcədə zədələnmənin lokalizasiyasından müəyyən edir.

Xora defekti mədənin cismində, əsasən kiçik əyrilikdə yerləşdikdə aşağıdakılar səjiyyəvidir: kobud, yağlı qida qəbulundan 25-30 dəq. sonra epigastral nahiyədə «erkən» ağrılar; kəskinləşmə (6-8 həftə) və remissiya dövrlərinin növbələşməsi; növbəti kəskinləşmələrdə ağrı sindromunun xarakterinin saxlanılması; hava gəyirmə, iştahanın azalması, «erkən» qusma (qidadan dərhal sonra);

Xora defekti 12.b.b.-in soğanaq hissəsində yerləşdikdə aşağıdakılar səciyyəvidir: acqarına kəskin ağrılar, hansı ki, qida qəbulundan sonra azalır, 1,5-2 saatdan sonra yenidən güclənir, ağrı əsasən gecə olur, yayılmış və ya göbəkdən bir qədər yuxarıda, piloroduodenal, yaxud sağ qabqaltı nahiyədə yerləşir, «gecikmiş» (qida qəbulundan 3-4 saat sonra) qusma (sarı-yaşıl rəngli, selikli və az miqdarda qida qalıqları ilə); turş gəyirmə, qıcırma iştaha normal və ya artmış olur; qəbizlik, meteorizm, piloroduodenal zonada palpasiya zamanı kəskin ağrı hissiyyəti;

Əsas klinik sindromlar

Xoranın postbulbar lokalizasiyası zamanı daha çox aşağıdakılar xasdır: acqarına davamlı ağrılar –gündüz kəsici, sancısı xarakterli və kürəyə,qarnın sol hissəsinə,irradiasiyaedən); 25-30 gün sürən sürətli gecə ağrıları,hansı ki,aktiv xoraəleyhinə terapiyaya,baxmayaraq xəstələr məcburi vəziyyət alırlar; dəri hiperesteziyası,müsbət Mendel simptomu; nəzərə çarpan əzələ gərginliyi olan qarnın ön divarına təzyiq etdikdə kəskin və uzun müddət (60 günə qədər) saxlanılan ağrı hissiyatı,tez-tez,çoxlu miqdarda duodenal qanaxmalar,tez-tez perforasiyalar: penetrasiyalar,stenozlar,perivisseritlər.

2.Asteno-vegetativ sindrom: yuxunun pozulması, emosional ləbillik, tezyorulma, oyanıqlıq, lokal hiperhidroz, arterial hipotenziya, bradikardiya, qırmızı dermoqrafizm.

Ağrı sindromu

- Mədə xorası

Qida qəbulundan dərhal
və ya 30-40 dəqiqə
sonra

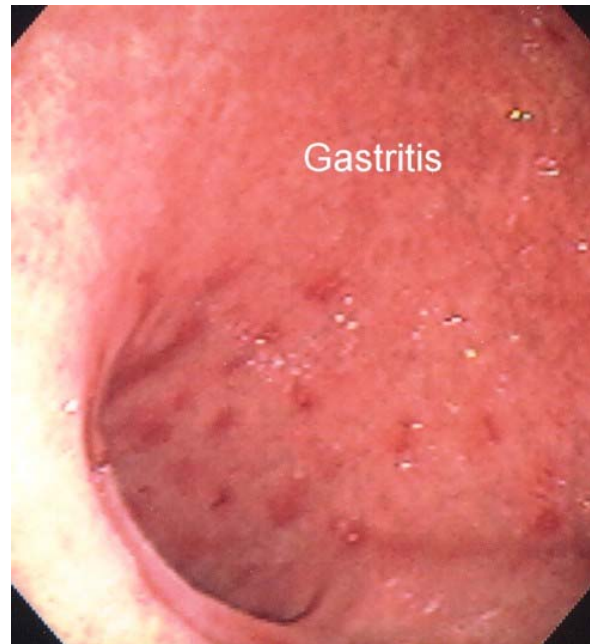
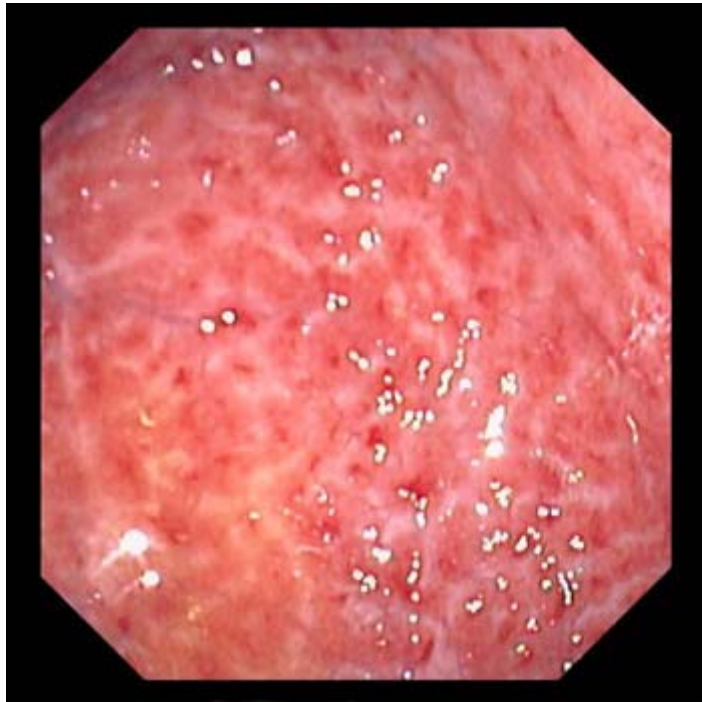
- Onikibarmaq bağırsaq xorası

Qida qəbulundan 1,5 – 3
saat sonra, “ac ağrılar”,
kecikmiş ağrılar



Əlavə müayinələr

- Fibroqastroduodenoskopiya



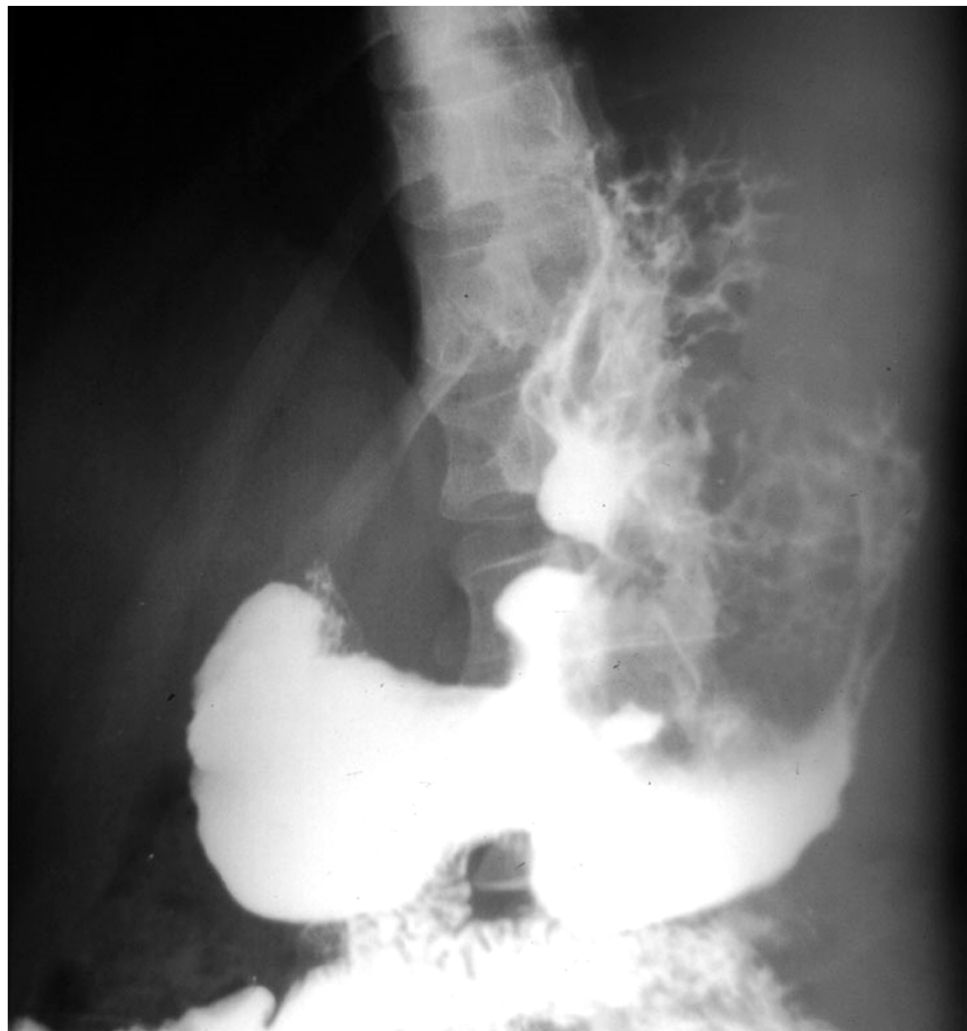
Mədənin rentgenoskopiyası

- Motor və evakuator funksiyanın qiymətləndirilməsi



Rentgen müayinə

- Xoranın birbaşa əlamətləri:
 1. «Taxça» simptomu
 2. Soğanaq hissənin deformasiyası
- Əlavə əlamətləri:
 1. giriş hissənin spazmı
 2. tonusun artması
 3. mədənin hipersekresiyası



„en profil“

„en face“



© www.universitypublisher.org/radio2/wiki

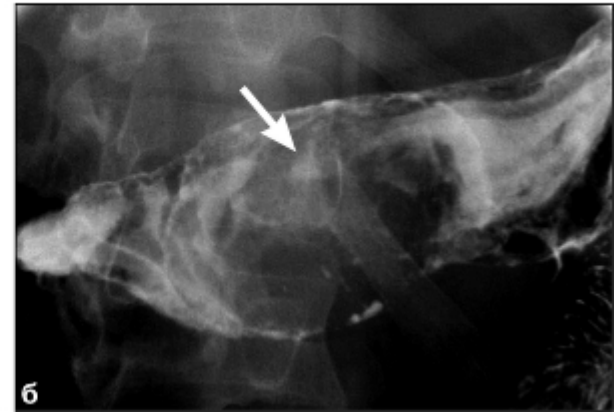


Ulcus

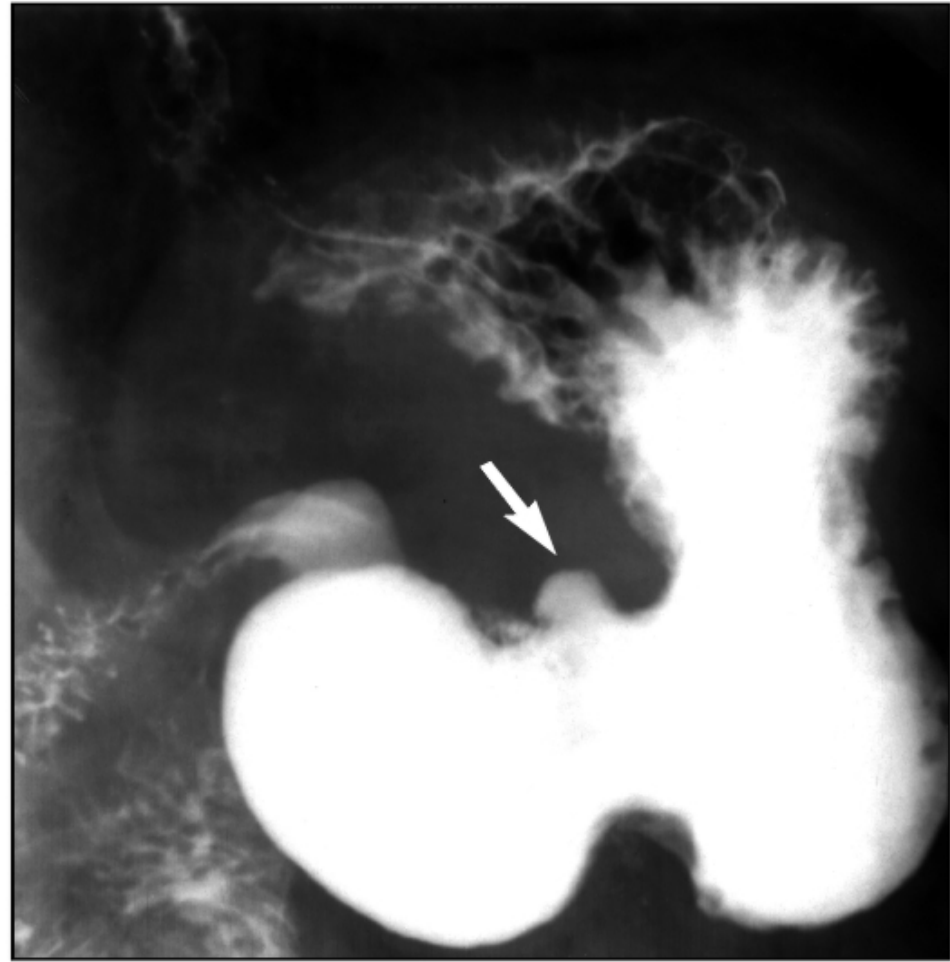
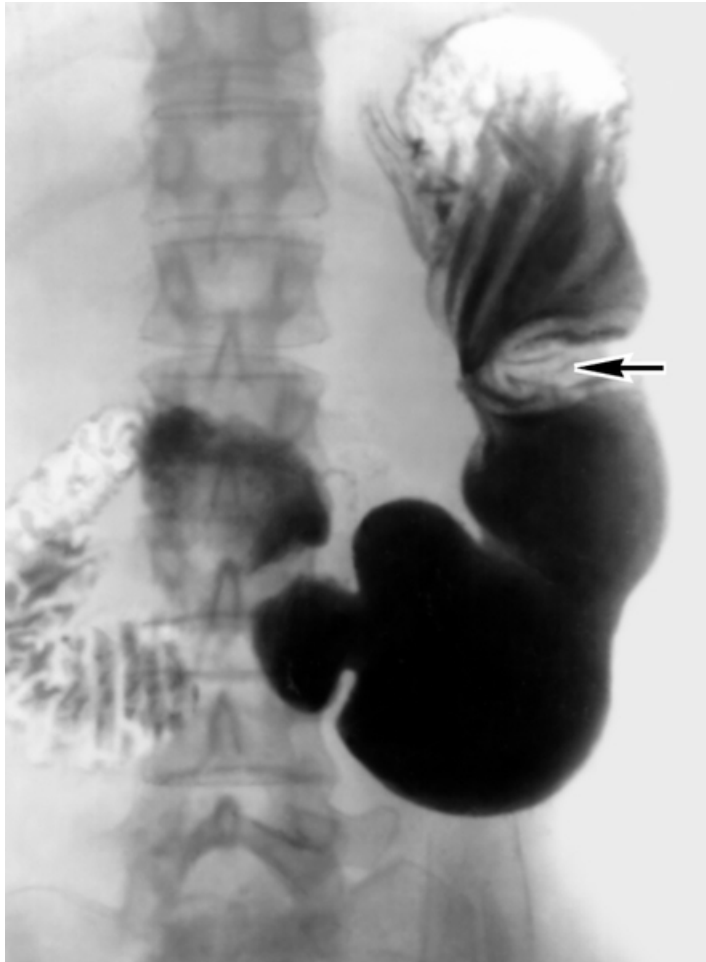


Narbe

ЯЗВЫ



Mədə xorası



Rentgenoloji əlamətlər düz və dolaylı olur:

Düz əlamətlərə aiddir:

xoralı «taxça» iltihabi valla birgə, «taxça» və ya xora çapığına doğru istiqamətlənmiş selikli qışa büküşlərinin radial konvergansiyası ilə birgə mədə konturunun çapıq deformasiyası.

Endoskopiya: müxtəlif ölçüdə (formada və dibi fibroz ərpədə örtülü dərinlikdə) selikli qışa defekti; gastrit , gastroduodenit, duodenoqasttral reflüks əlamətləri; çapıq-xora deformasiyası;

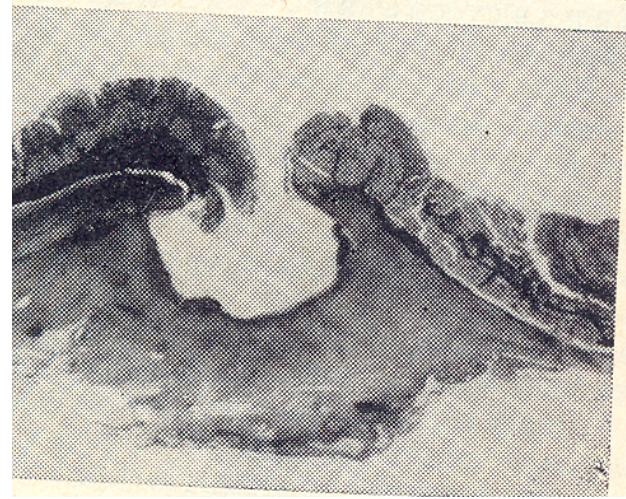
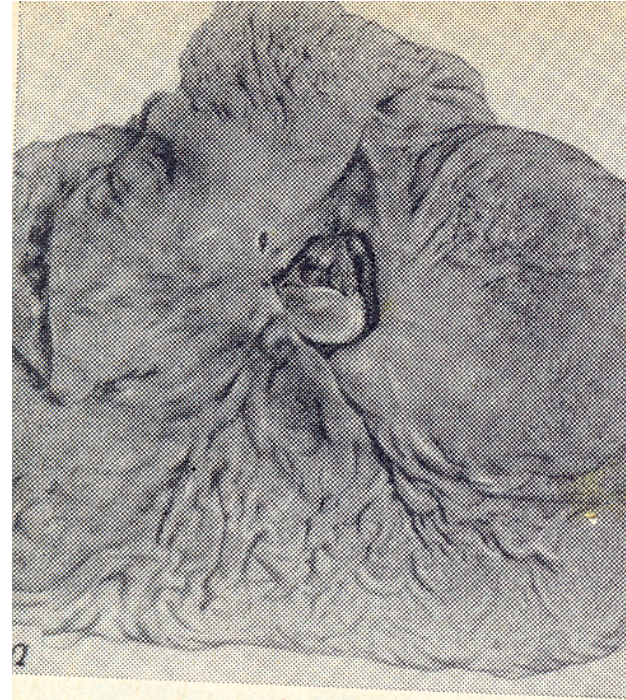
Dolaylı əlamətlər: Mədə tonusu - nun dəyişməsi, 12 b.b. kontrastının stazı və onun sürətlə boşalması, lokal ağrı hissiyatı ilə birgə müəy - yən sahədə selikli qışa relyefinin pozulması, pilorospazm, mədə əzələlərinin yerli sirkulyator spaz - mının yaranması, acqanna sekretor maye səviyyəsinin tapılması.

Mədənin turşu və sekretəməl - gətirmə funksiyalarının tədqiqi: duz turşusu və pepsinin xüsusilə bazal sekresiyada hipersekresiyası (əksər xəstələrdə).

Fibroqastroduodenoskopiya





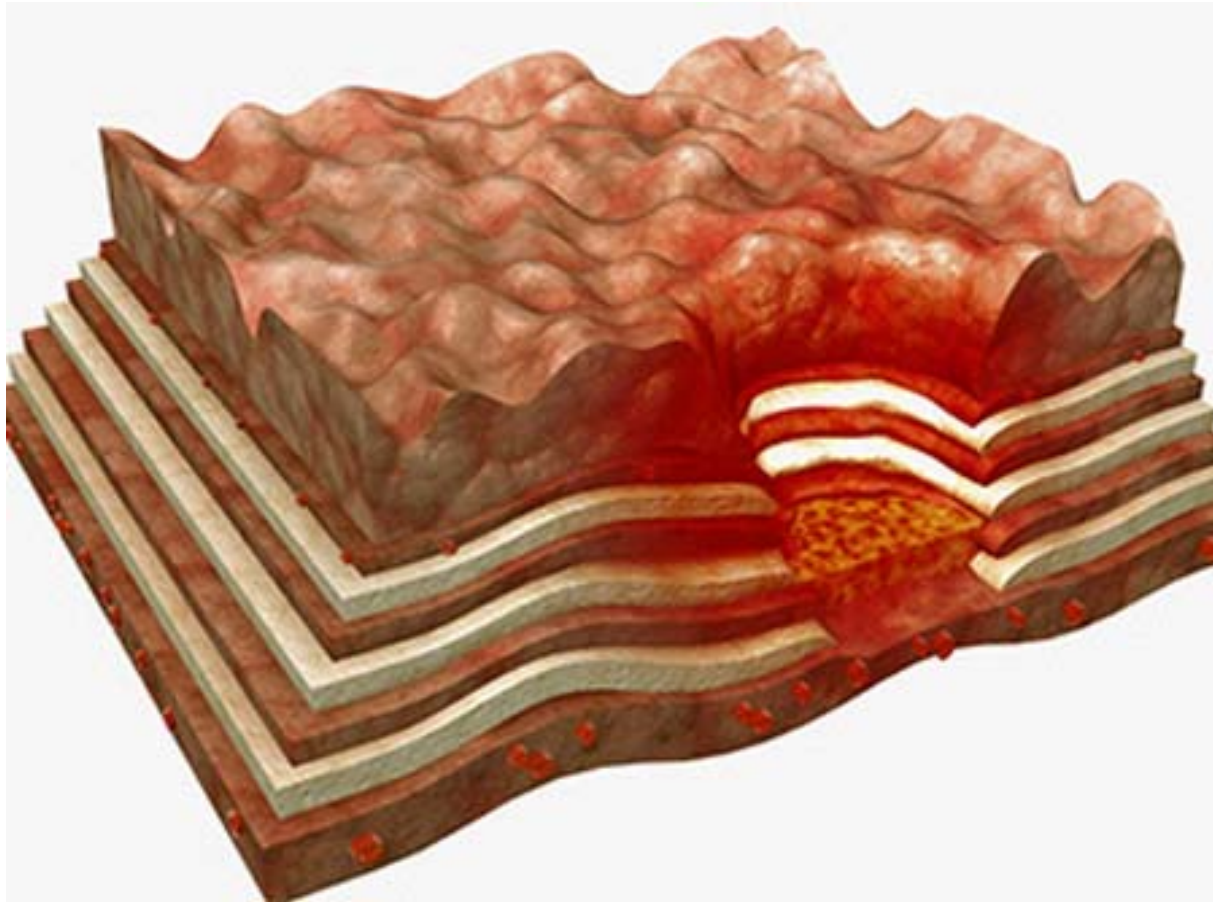


Duodenal Ulcer (DU)



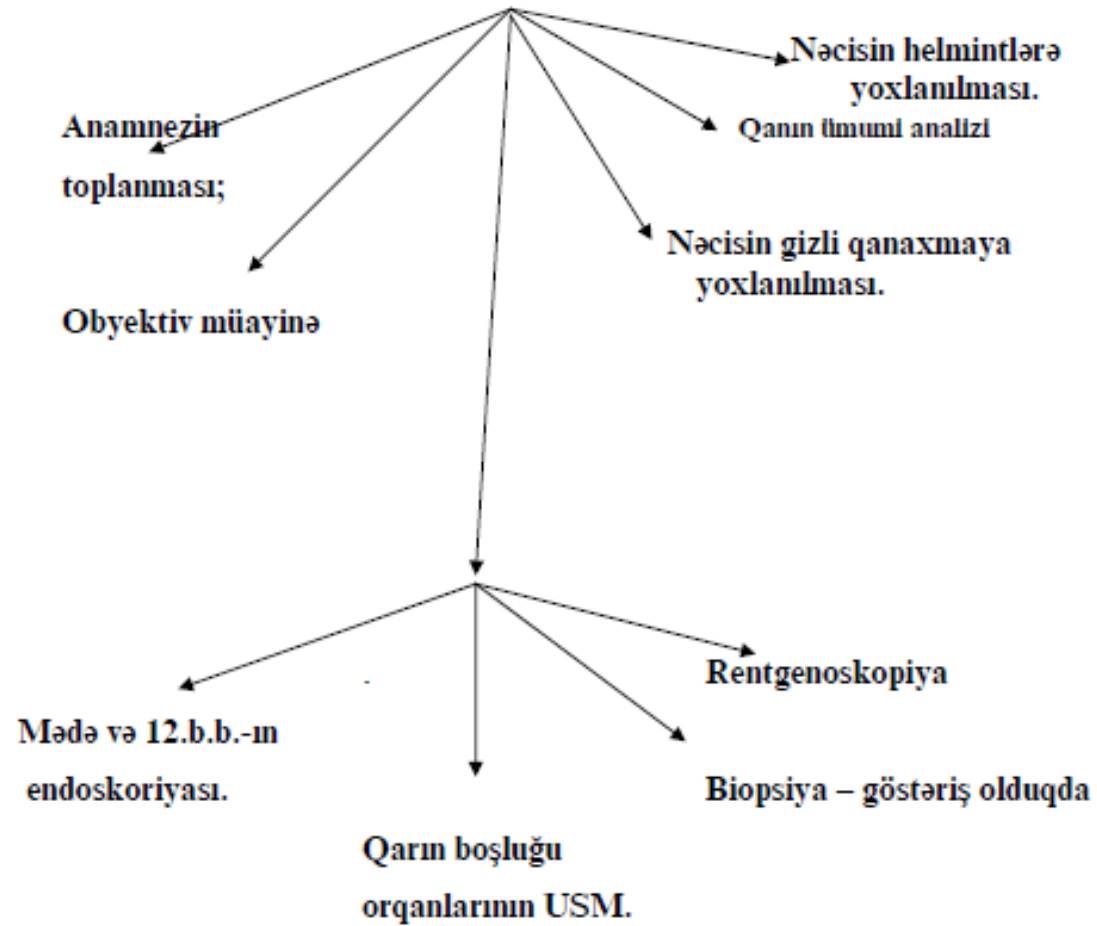
Gastric Ulcer (GU)





Xora xəstəliyini aşkar etmək üçün diaqnostik

proqram:



DİFFERENSİAL DİAQNOSTİKASI

Əlamətlər	Diaframmanın qida borusu dəliyinin dəbəliyi	Ödçıxarılı yolların xəstəlikləri	Mədə və 12.b.b.-in kəskin xorası.
1	2	3	4
Klinik	Ağrı və dispeptik pozğunluqların bədən vəziyyətinin dəyişməsi ilə əlaqəsi (horizontal vəziyyətə artır). Döş sümü- yünün xənjərəbənzər çıxıntısı nahiyəsini palpa- siya etdikdə maksimal ağrı hissiyyəti.	Yağlı yeməkdən, fiziki gərginlikdən sonra ağrının artması, ağrının çox vaxt sağ qabıqaltı nahi- yədə yerləşməsi. Xolesistit əlamət- ləri, dəri və skleranın subikte- rikliyi.	Xəstəliyin dərman qəbulu ilə əlaqəsi (salisilatlar, qeyri- steroid iltihab əley- hinə preparatlar, hormonlar və s), kəskin stresslər, ya- nıq xəstəliyi və s. Ağrı sindromu səjiyyəvi deyil, xora qanaxması və ya deşilməsi əlamətləri tipik sayılır.
Paraklinik	Dəbəliyin rentgenoloji və endoskopik əlamətləri.	Qanda bilirubin, xolesterin, qələvi fosfatazanın artması. USM-də öd yollarının diski- neziyası, öd kisə və axajaqların anomaliyası, öd kisəsi divarının qalınlaşması və tərkibinin dəyişmə- si.	Arterial təzyiqin enməsi, rentgenosko- piya zamanı qarın boşluğunda sərbəst qazın olması. FEQDS-də kəskin xora, qanaxma və ya perforasiya əlamət- ləri, çoxsaylı eroziv dəyişikliklər.

Mədə və 12.b.b.-in xora xəstəliyi zamanı müalicə proqramı

Dietaterapiya:
Stol №1a,1b,6-7
dəfəlik
qidalanma az
porsiyalarla.

Ağrı və dispeptik
əlamətlərin aradan
qaldırılması.

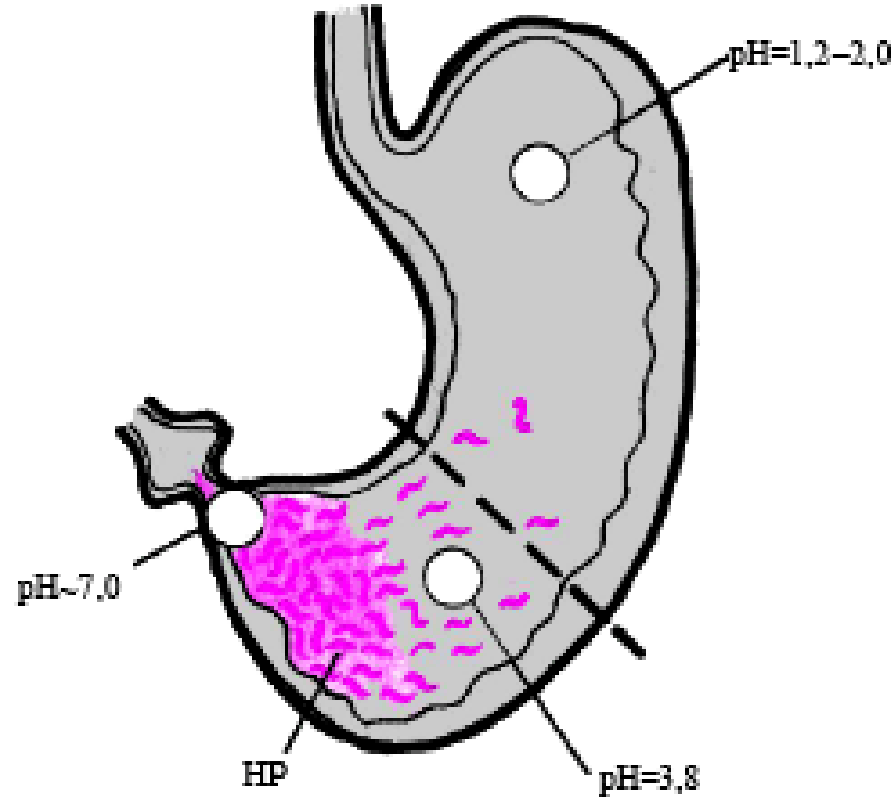
Helikobakter
piloriya təsir.

MSS-in
fəaliyyətinin
normallaşması.

Xora defekti
səthinə yerli
təsir.

Xoranın sağalmasının sürətlənməsi: xora və 12.b.b.-da yerləşdirdə turşu və pepsinin-
əmə ləğəl mənin- azaldılması; xora medioqastral olduqda-hiperasidliyi; artmış
proteolitik aktivliyi azaltmalı,selikli qişanın müdafiəsi,epitelizasiya proseslərinin
yaxşılaşdırılması.

Mədə mövtəviyyatının müxtəlif hissələrinin pH göstəriciləri. Heliobakteriyanın aktivləşməsi üçün pH 4,0-8,0 arası olmalıdır



Biopsie morfoloji müayinesi, HB aşakar edilməsi



HELICOBACTER PYLORI INFECTION

COMMON PRECURSOR
OF GASTRITIS AND
PEPTIC ULCERS

RISK FACTOR FOR
GASTRIC CARCINOMA

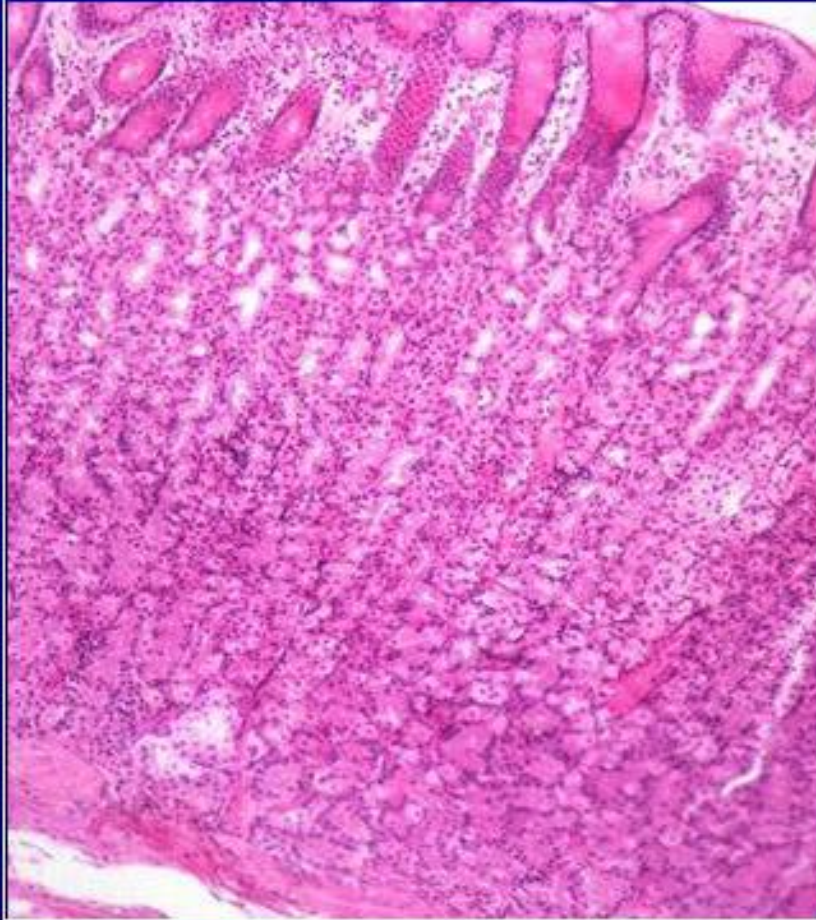
CURVED
GRAM-NEGATIVE
ROD

ORGANISMS SYNTHESIZE
UREASE, WHICH PRODUCES
AMMONIA THAT DAMAGES
THE GASTRIC MUCOSA

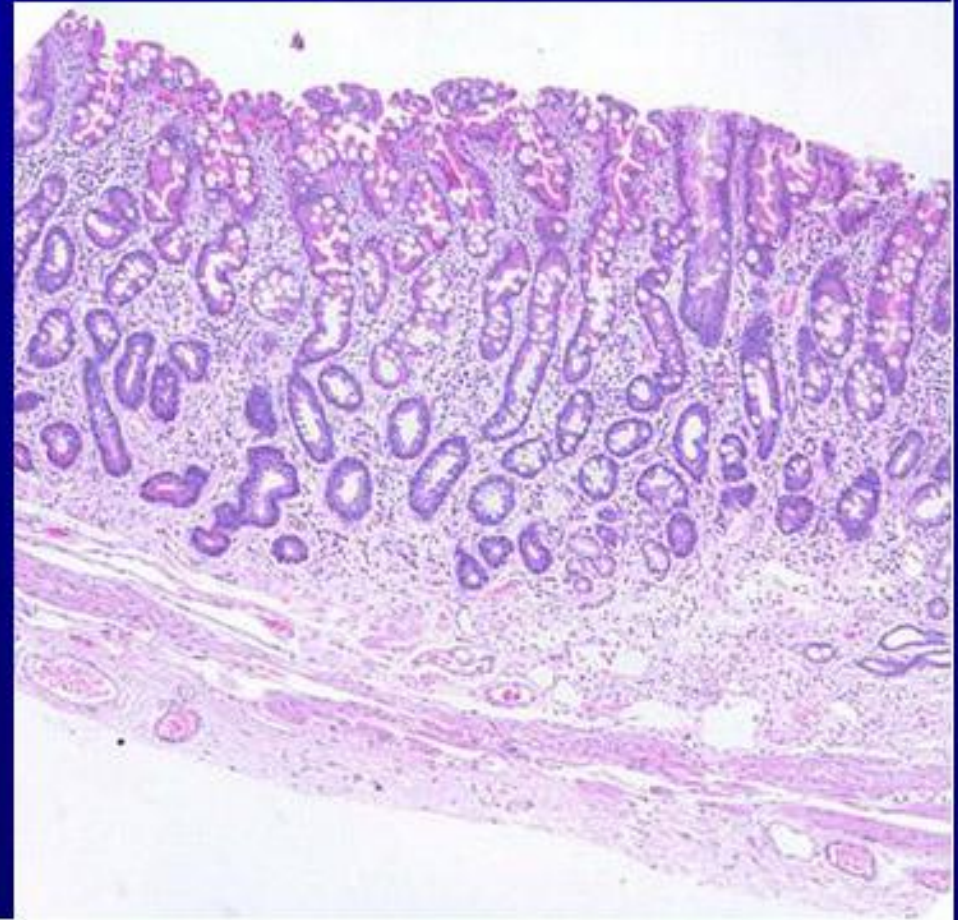
TREATMENT:
OMEPRAZOLE,
CLARITHROMYCIN,
AND AMOXICILLIN

AMMONIA ALSO
NEUTRALIZES ACID PH,
WHICH ALLOWS THE ORGANISM
TO LIVE IN THE STOMACH

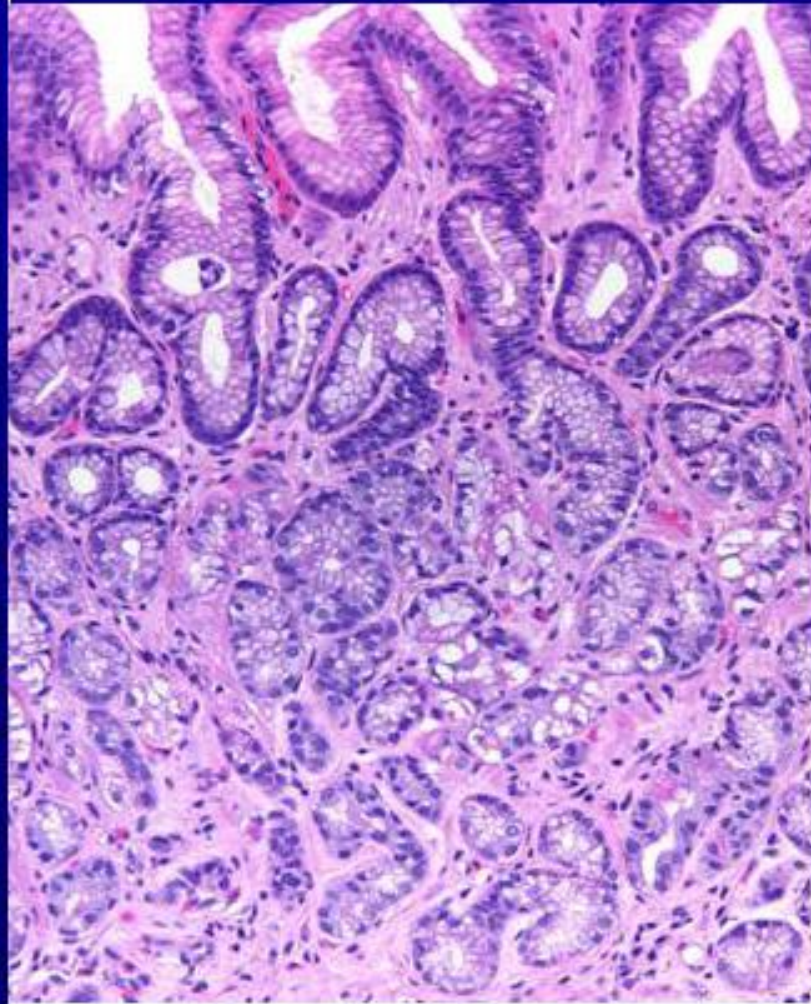
Normal Body/Fundus



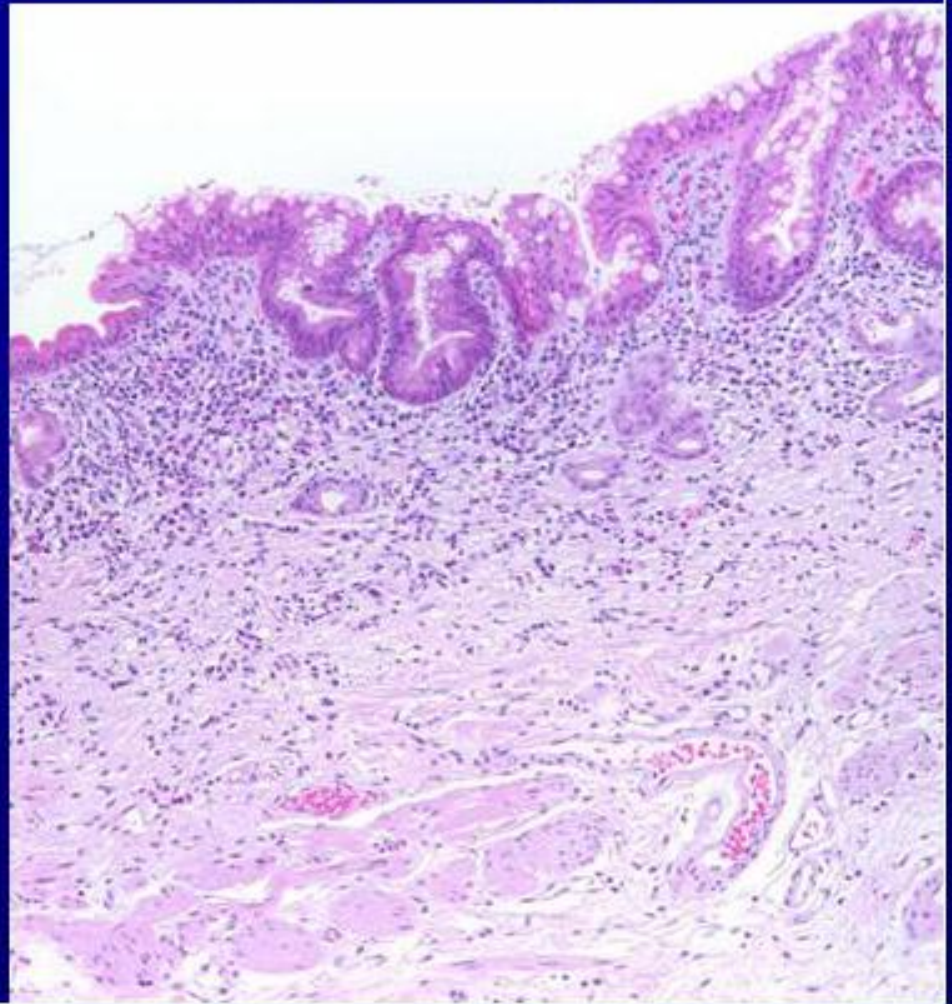
Body Atrophy/IM



Normal Antrum



Antrum Atrophy/IM



Funksional dispepsiyaların müalicəsi. Əsas dərman preparatları

- H₂ – histamin reseptorlarının blokatorları 8:1
- Proton pompasının inhibitorları (ağrı olduqda)
- Prokinetiklər (diskinetik variantda)
- Antasidlər.

Antasid preparatlar

- ▣ Mədə turşusunun 4-6 saat neytrallaşdırır
- ▣ Adsorbsiya və örtücü effekt göstərir
- ▣ Ağrıkəsici effekti var

Maqniyum tərkibli preparatlar:

Maaloks 1-2 həb yeməkdən 1,5 saat sonra

Fosfalgel ½- 1 paket yeməkdən 1,5 saat sonra

Qastal 1-2 həb yeməkdən 1,5 saat sonra

Prokinetilər

mədə-bağırsaq sisteminin stimuləediciləri

- ✓ Dopamin reseptorlarının antoqonistləri metoklopramid (serukal), domperidon (motilium)
- ✓ Kombinə olunmuş mexanizmə malik olan prokinetilər, dopamin reseptorlarının antoqonisti və asetilxolesterinesteraza blokatoru – itoprid hidroxlorid (qanaton) 25 mq 3 dəfə.
- ✓ Sizaprid (koordinaks, prepulsid)
- ✓ Zofran 4 mq 2 dəfə

H₂-blokatorlarının təsnifatı

- ◆ I nəsil simetidin 1970
- ◆ II nəsil ranitidin 1979
- ◆ III nəsil famotidin 1985

Proton nasosunun blokatorları

- Xora xəstəliyinin bazis terapiyası
- Pariet (rabeprazol) 20 mq sutqada

Omez (omeprazol) 20 mq sutqada

Lansoprazol 30 mq sutqada

Pantoprazol 40 mq sutqada

Antixelibakteriya preparatlari

- **Klaritromisin**
- **Amoksisillin**
- **Tetrasiklin**
- **Metronidazol**
- **Tinidazol**
- **Pilorid (ranitidin+vismut subsitrat)**

Antihelibakteriya terapiyası (Maastixt-4, Florensiya 2010)

□ Üclü terapiya :

- Proton pompasının blokatorları блокаторов протонной помпы
- Vismut preparatları (de-nol)-üclü və kvadroterapiya
- H₂-reseptorlarının blokatorları (o cümlədən ranitidin-vismut-sitrat)

□ İki antibiotiklə müştərək:

- Klatrimisin кларитромицином
- Amoksosillin
- Tetrasiklin (vismut preparatları ilə müalicə zamanı)
- Metronidazol (tinidazol)

Eradikasiyanın effektivliyi

- 14 günlük terapiyada 80% effektiv olmalı
- 5% əlavə təsir olmalı
- müalicə bitdikdən 4 həftə sonra müalicə qiymətlətləndirilməlidir
- İki histoloji və bir tənəffüs testi vasitəsilə qiymətləndirilir

Eradikasiyanın ilkin müalicəsi

- **14 gün ərzində üçlü sxem**

Pariet 20 mq sutqadaПариет 20 мг 2 раза в сутки

Klaritromisin 250-500 mq 1 dəfə

Amoksillin 1000 mq 2 dəfə

və ya

Vismut trikaliy disitrat 120 mq 4 dəfə

Pariet 20 mq 2 dəfə

Tetrasiklin 500 mq 4 dəfə

Metronidazol 500 mq 2 dəfə

və ya

Pariet 20 mq 2 dəfə

Vismut trikaliy disitrat 120 mq 4 dəfə

Klaritromisin 250-500 mq 1 dəfə

Amoksillin 1000 mq 2 dəfə

İlinci xətt üzrə müalicə
Kvadroterapiya 10 gün

Pariet 20 mq 2 dəfə

Vismut trikaliy disitrat 120 mq 4 dəfə

Metronidazol 500 mq 3 dəfə

Tetrasiklin 500 mq 4 dəfə

Üçlü müalicə

Pariet 20 mq 2 dəfə

Amoksisiklin 1000 mq 2 dəfə

Tetrasikilin 500 mq 4 dəfə və ya Furazilidon 200 mq 2 dəfə

Alternativ müalicə üsulu

Pariet 20 mq 2 dəfə

Amoksosillin 1000 mg 2 dəfə

Müalicə terapiyası 5 gün

sonradan

Pariet 20 mq 2 dəfə

Klaritomisin 500 mg 2 dəfə

Tinidazol 500 mg 2 dəfə

Müalicə müddəti 5 gün

Reabilitasiyanın poliklinik etarı

1.Qida rejimi, istirahət,zərərli adətlərdən imtina,psixo-vegetativ pozğunluqların korreksiyası.

2.Profilaktik müalicənin fasiləli kursları (antasidlər,xolinolitiklər,selikli qışanı regenerasiya edən dərmanlar,duz turşusu və pepsinin sorbentləri).Kurslar 1 aydan az olmamalı,2-3 il ərzində hər rübdə,sonra ildə 2 dəfə aparılmalıdır.

3.Xora xəstəliyinin residivli gedişi zamanı –fasiləsiz 2 illik müalicə (antisekretor preparatlar, qan və limfa dövranını yaxşılaşdıran vasitələr,motorikani yaxşılaşdıran dərmanlar,göstəriş olduqda-fasiləli profilaktik müalicə.

4.Sanator-kurort müalicəsi.

Xora xəstəliyi olan uşaqların dispanser müşahidə sxemi

Mütəxəssislərin baxışı	Pediatr-rübdə 1 dəfə,1 il ərzində, sonra 6 ayda Sonrakı illər ildə 1 dəfə stomatoloq və LOR-həkim-iildə 2 dəfə.Nevropatoloq-göstəriş olduqda.Sanator-kurort müalicəsi-xora defektinin epitelizasiyası və ağırlaşmalar olmadıqda məsləhətdir.
Müayinə metodları	Nəcisin gizli qanaxmaya yoxlanılması, koproqrama, FEQDS-müalicədən 6 ay və 1 il sonra,qanın ümumi analizi,qanın biokimyəvi analizi.
Baxış zamanı nəyə fikir verməli	Ümumi vəziyyət,epiqastral və piloroduodenal zonada ağrının olub-olmaması,onun irradiyası, ritmi. Dispepetik əlamətlər,nəjisin xarakteri, palpasiya zamanı epiqastral nahiyədə ağrı və aktiv əzələ gərginliyi.
Profilaktik peyvəndlərin aparılması	Profilaktik müalicədən 1-1,5 ay sonra,xora defekti sağalan zaman.
Qeydiyyatdan çıxarılmıya göstəriş.	Qeydiyyatdan çıxarılmır.14 yaşdan sonra yeniyetmə kabinetinə keçirilir.

ÖD YOLLARININ XƏSTƏLİKLƏRİ

Uşaqlarda daha çox öd yollarının funksional pozğunluqlarına və iltihab proseslərinə təsadüf etmək olar (diskineziya, xolesistit, xolesistoxolangit).

3,5-15,5% təşkil edir. 7-15 yaş uşaqlar xəstələnir, bəzi hallarda erkən yaşlı uşaqlarda xəstələnməyə bilər. Daha çox qızlar arasında təsadüf olunur.

ETİOLOGİYASI

1. Mikroblar

stafilokok, streptokok, bağırsaq çöpü, protey, enterokok

2. viruslar

3. Göbələklər.

4. Lyambliya.

İnfeksiya orqanizmə müxtəlif yollarla daxil olur.

hematoqen

limfoqen

Qalxan yollarla

Başqa səbəblər

1. Diskineziya

2. Mikrosirkulyasiya pozulur.

3. Hemodinamika pozulur.

4. Bioloj aktiv maddələrin ifrazı (Histamin, serotonin, heparin)

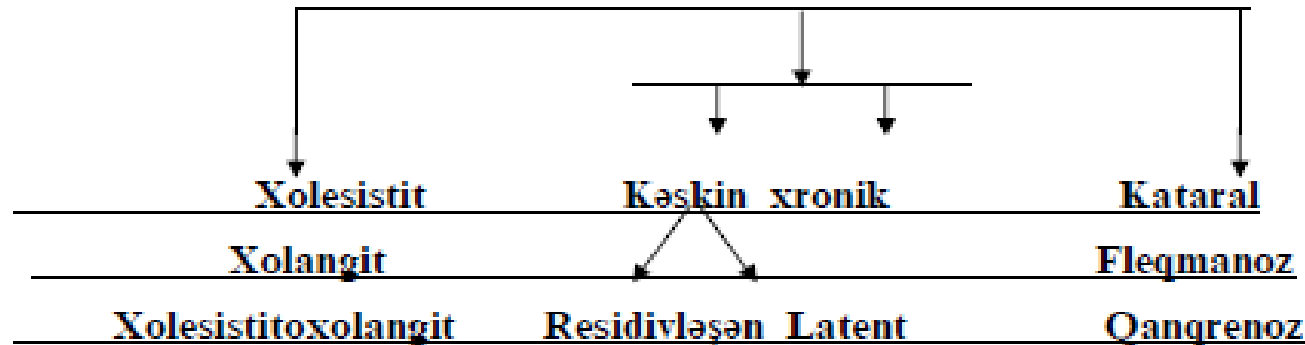
5. Qanın reoloj xüsusiyyətlərinin dəyişməsi

6. Duodeno-biliar reflüxs

7. Abakterial xolesistit (eozinofil xolesistit)

ÖD YOLLARI XƏSTƏLİKLƏRİNİN TƏSNİFATI (M.J.STUDENİKİNƏ GÖRƏ)

Anadangəlmə qüsurlar		Öd yollarının şişləri		Öd daşı xəstəliyi		Öd yollarının iltihabı			Öd yollarının diskineziyası		Öd yollarının parazit xəstəlikləri			
Öd kisəsinin inkişaf qüsurları		Axacaqların inkişaf qüsurları		Öd kisəsinin şişi		Axacaqların şişi		Atipik (az simptomlu)		Tipik (qaraciyər sancıları ilə)		Lokalizasiyasına görə		
								Gedişinə görə		İltihabın səciyyəsinə görə		Hipertonik forma		
								Hipotonik forma		Lyamblyoz				
										Opistorxoz				
										Fasillyoz				
										Askaridoz				



DISPEPTİK ƏLAMƏTLƏR

ANOREKSIYA

ÜRƏKBULANMA

GƏYİRMƏ

EPIQASTRAL NAHIYƏDƏ AĞIRLIQ HİSSİ

AĞRI SAĞ QABIRĞA ALTINDA (DEFANS OLA BİLƏR)

SPESİFİK SİMPTOMLAR

- **Zaxarin simptomu** – öd kisə nahiyəsinə basdıqda ağrı hiss olunur.
- **Obrazsov simptomu** – nəfəs alan vaxt sağ qabırğa altında dərin palpasiya etdikdə – kəskin ağrı hiss olunur.
- **Ortner simptomu**- sağ qabırğa qövsünü ovucun kənarı ilə döyücləmə zamanı ağrı hiss olunur.
- **Qlinçikovun simptomu** – müqaisəli palpasiya zamanı sağ qabırğaaltı nahiyədə əzələlərin gərginliyi.
- **Merfi simptomu** – sol əlin baş barmağı ilə öd kisəsini basdıqda, kəskin ağrı olduqda, xəstə dərindən nəfəs ala bilmir.
- **Qeorqiyevskinin frenikus simptomu**- m.sternocleidomastoideus ayaqcıqları arasına basdıqda ağrı hiss olunur.
- **Müssinin diafraqmal buketi** – 3 ağrı nöqtəsindən ibarətdir (1).boyunda, 2).5 qabırğanın döş sümüyünə birləşən yerdə, 3) 9 qabırğa ilə döş sümüyünün birləşdiyi yerdə.

- **Qantərəfindən olan dəyişikliklər:**

- Leykositoz,
- neytrofilyoz,
- eozinofiliya,
- monositopeniya,
- EÇS- sürətlənməsi.

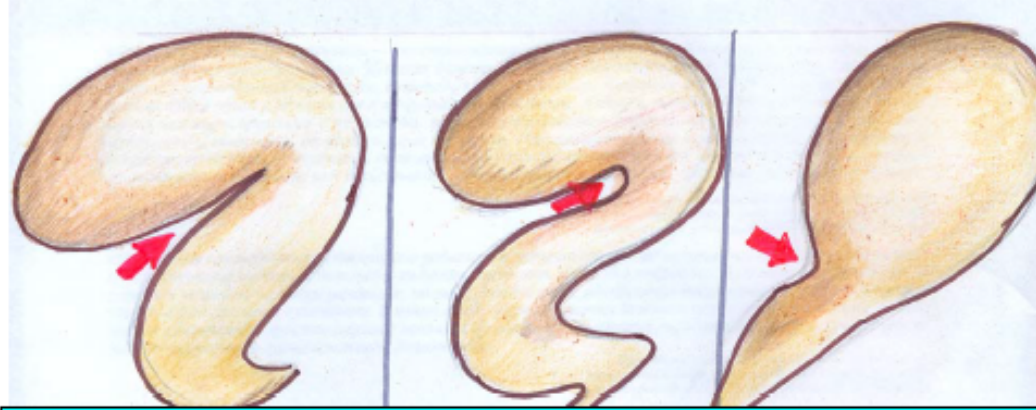
- **Başqa orqan və sistemlər tərəfindən dəyişikliklər:**

- Mədə
- Mədəaltı vəzi
- Bağırsaq
- Hipoxoliya (ödüün biokimyəvi tərkibinin dəyişməsi)

- **Xolesistoxolangitdə**—qara ciyərin funksiyası pozulur

- Karbohidrat
- piqment,
- dezintoksikasiya

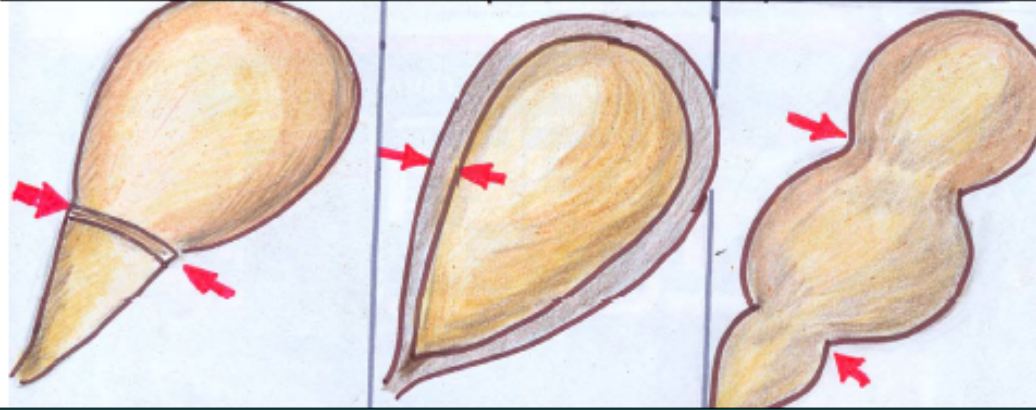
Öd yollarının diskineziyası



Bumeranq

«S» bənzər

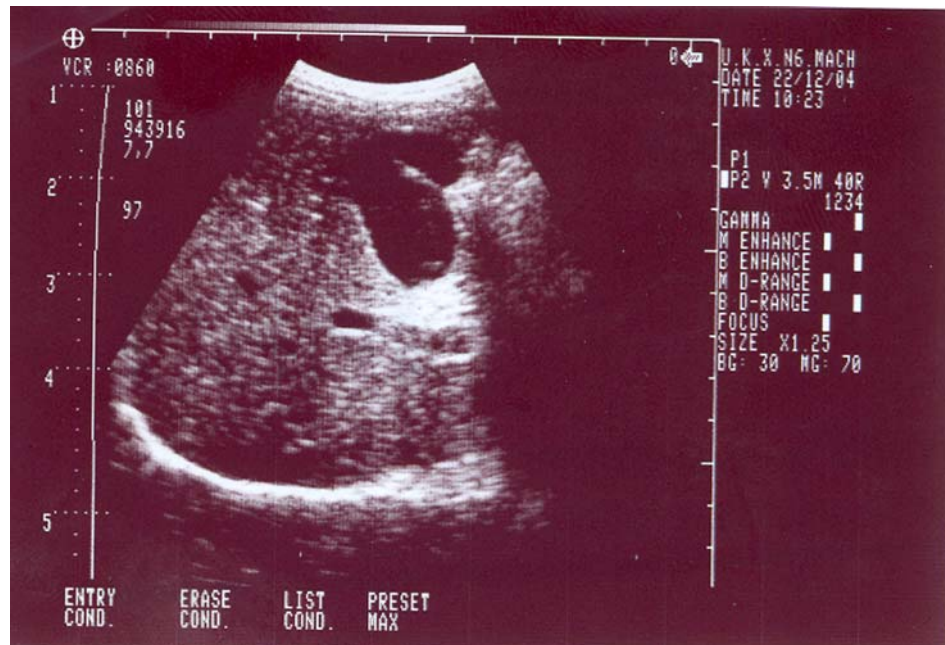
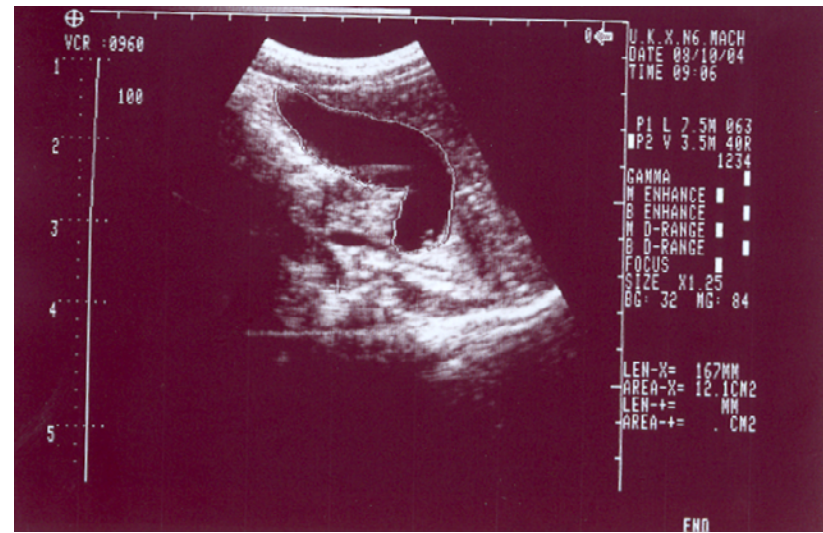
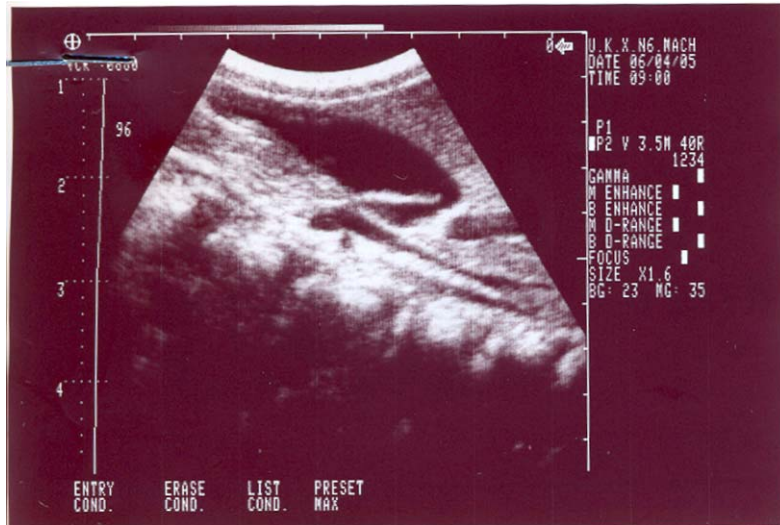
«Daralmış» forma



Öd kisəsi daxili
arakesmə

Divarın ikiləşməsi

İkiqat
«daralmış»



UŞAQLARDA ÖD ÇIXARICI YOLLARIN XƏSTƏLİKLƏRİNİN DIFFERENSİAL-DİAQNOSTİK MEYARLARI

Meyarlar	Diskineziyanın forması		Xronik xolesistoxo- Langit	Öd daşı xəstəliyi
	Hipertonik	Hipotonik		
Anamnez	Nevroloji əlamətlər, Emosional yüklənmə, Vegetativ sinir sisteminin ləbilliyi	Mənfi emosiyalar, fiziki gərginlik	Zəiflik, əzginlik, intoksikasiya əlamətləri, poli- hipovitaminoz	Bundan əvvəl Biliar sisteminin- xəstəliyi
İrsi meyillik	Səciyyəvidir	Səciyyəvidir.	Səciyyəvidir.	Səciyyəvidir.
Mövsümi kəskinləşmə	Yaz-payız dövrü	Səciyyəvr deyil	Yaz-payız dövrü	Səciyyəvi deyil
Xəstəliyin davamətmə müddəti	1 ilə qədər	1-1,5 il	1,5-2 il	uzunmüddətli
Ağrı sindro- mu: Daimi ağrılar	Səciyyəvi deyil	Səciyyəvidir.	Səciyyəvidir.	Səciyyəvidir.
Ağrının qidalanma ilə əlaqəsi	Soyuq qidanın qəbul edilməsindən sonra 30-40 dəqiqə sonra	Qida qəbulundan 1- 1,5 saat sonra. Əsasən yağlı qida Qəbulundan.	Qida qəbulundan 1,5-2 saat sonra, əsasən yağlı qida və qızardılmış qida	Qida qəbulundan dərhal sonra
Tutmaşəkilli ağrılar	Səciyyəvidir.	Səciyyəvi deyil	Səciyyəvidir.	Kəskinləşmə dövründə xarakterdir.
Sağ qabığaltı nahiyə ağrıları	Səciyyəvidir.	Səciyyəvidir.	Səciyyəvidir.	Səciyyəvidir.
Küt sızıldayıcı ağrılar	Səciyyəvi deyil	Səciyyəvidir.	Səciyyəvidir.	Səciyyəvi deyil

KLİNİKA

- Əsas simptom – sağ qabırğa altında ağrının olması qida pozğunluğundan, fiziki yükdən, emosional gərginlikdən , keçirmiş xəstəlikdən sonra.
- Qara ciyərin böyüməsi.
- Dispeptik pozğunluqlar: ürəkbulanma, qusma, qəbizlik. Dili ərpli, ağız kənarında çatlar.
- Mədə, 12-barmaq bağırsağ, mədəaltı vəzi tərəfindən funksional dəyişikliklər, yaxud xəstəliklər.
- Diaqnoz qoymaq üçün fraksion duodenal zondlama aparılır.

MÜALİCƏ

1. Həzm sisteminin funksiyasını normallaşdırmaq.
2. Müalicəvi qida.
3. Xronik infeksiya ocağının sanasiyası.
4. dehelmentasiya
5. Vitaminoterapiya.
6. Etaplı müalicə (poliklinika, stasionar, sanatoriya, poliklinika).
7. Dispanser müşahidəsi üçün uşaqlar 5 qrupa bölünür.

ÖD KİSƏSİ DİSKİNEZİYASININ ƏSAS FORMALARININ MÜALİCƏ SXEMİ (A.V.Mazurinə görə)

Müalicə tədbirləri	DİSKİNEZIYA	
	Hipotonik-hipokinetik	Hipertonik-hiperkinetik
Pəhriz	Pevznerə görə 5 saylı stol . Bitki təkilbli ödqovucu qidalar məsləht görülür.	5;5 a saylı pəhrizlər.Mexaniki və kimyəvi qida qıcıqlan dırıcılarının, yağların məhdudlaşdırılması.
Neyrotrop dərmanlar	Əsasən stimələedici təsirli,kofein,eleuterokokk, pantokrin,jenşen,aloye ekstraktı	Əsasən sedativ təsirli: trankvilizatorlar,novokain,həmçini n intraduodenal
Spazmolitik preparatlar	Tətbiqi məsləhət deyil	Göstərişdir:papaverin,no-şpa, qanqlioblakatorlar
İsti proseduralar	Yalnız kəskinləşmə dövrlərində tətbiq olunur.	Geniş istifadəsi məsləhətdir.
Müalicə bədən tərbiyəsi	Tonuslaşdırıcı tipli: geniş təyin edilir.	Qoruyucu metodika
Fizio terapevtik proseduralar	Tonuslaşdırıcı tipli: qalvanizasiya,diadinamoterapiya, palçıq müalicəsi.	Sedativ tipdə: novokain,papaverin,maqnezium- sulfat elektrofarezi.Şerbax yaxalığı.
Duodenal zondlama Tyubajlar	Tətbiqinə geniş göstəriş var (həftədə 2-3 dəfədən az olmayaraq)	Ehtiyatla təyin olunur
Mineral sular	Yüksək və orta mineralizasiyalı otaq temperaturunda, əsasən natrium sulfatlı və maqnezium sulfatlı ,gündə 3 dəfə,2 qəbula 300-400 ml-dən çox olmayaraq.	Hidrokarbonat-natrium- xloridli,nisbətən alçaq mineralizasiya ilə qazın az miqdarı ilə,isti halda gündə 5-6 dəfəyə qədər,kiçik porsiyalarla.

- Diqqətinizə görə minnətdaram!