

«ҚАЗАҚСТАН-РОСЕЙ
МЕДИЦИНАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ» МЕББМ



Жедел іш (перфорация, пенетрация,
пилородуоденальды стеноз, қан кетулер)

**НУО «КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»**

ОРЫНДАҒАН: МҰҚАШ Б.

ТОБЫ:618 ЖТД

ТЕКСЕРГЕН: ТОЛЕПБЕРГЕНОВ Г.К.

Асқазан мен он екі елі ішек ойық жарасы

- Ойық жара ауруы - созылмалы қайталанбалы ауру, шиеленісуіне және ремиссия кезеңдерді айнымалы отырып жатқан, басты ерекшелігі шырышасты еніп, асқазан немесе ұлтабар қабырғасының ақауларын (ойық) қалыптастыру болып табылады.

Асқазан мен он екі елі ішек ойық жарасы

- Факторлар агрессия және гастродуоденальной аймағының қорғаныс факторлардың арасындағы тепе-теңдік бұзылуынан туындаған
- Ол әдетте *Helicobacter Pylori* жұқтыру туындаған гастрит фонында, жүреді.

ЭТИОЛОГИЯ

1. Генетикалық бейімділік.
2. Созылмалы гастрит және дуоденит болуы.
3. *Helicobacter Pylori* және *Candida* жұқтыру.
4. Бұзылулар және теңгерілмеген диеталар.
5. Жаралы (NSAIDs, кортикостероидтар) бар дәрілік заттардың теріс пайдалану
6. Шылым шегу мен спирттік ішімдік ішу.

Ойық жара патогенезі

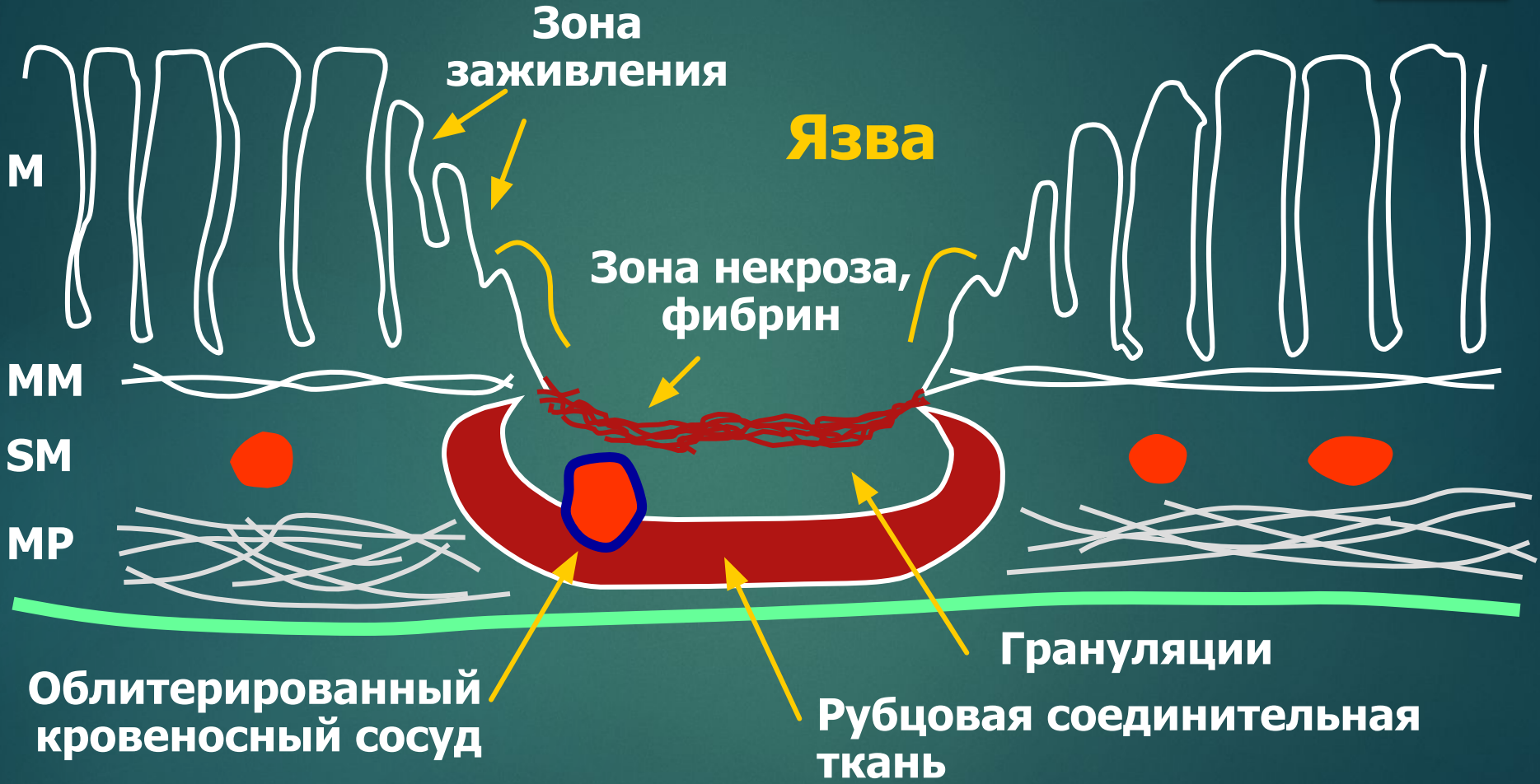
- Маңызды сілтеме - факторлардың «агрессия» және асқазанның шырышты қабатының «қорғау» факторлар мен он екі елі ішектің арасындағы теңгерімсіздік

Қорғаныш факторы

- Шырышты-биакрbonatny кедергі
- Тұрақты perestaltika
- Entre-ұлтабар қышқылы тежегіш
- Шырышты қабатының Белсенді регенерациялау
- жақсы қан жабдықтау

Таблица 1. Основные факторы агрессии

Факторы	Повреждающие вещества
Эндогенные (условно повреждающие)	Соляная кислота Пепсин Липаза желчного сока Желчь
Экзогенные	Этанол Составляющие табачного дыма НПВП
Инфекционные	Бактерии <i>H. pylori</i>
Сочетанные заболевания <ul style="list-style-type: none"> • обструктивные заболевания легких • эмфизема легких • цирроз печени • почечная недостаточность 	Системный ацидоз Усиление обратной диффузии ионов H^+ в слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки



Классификация

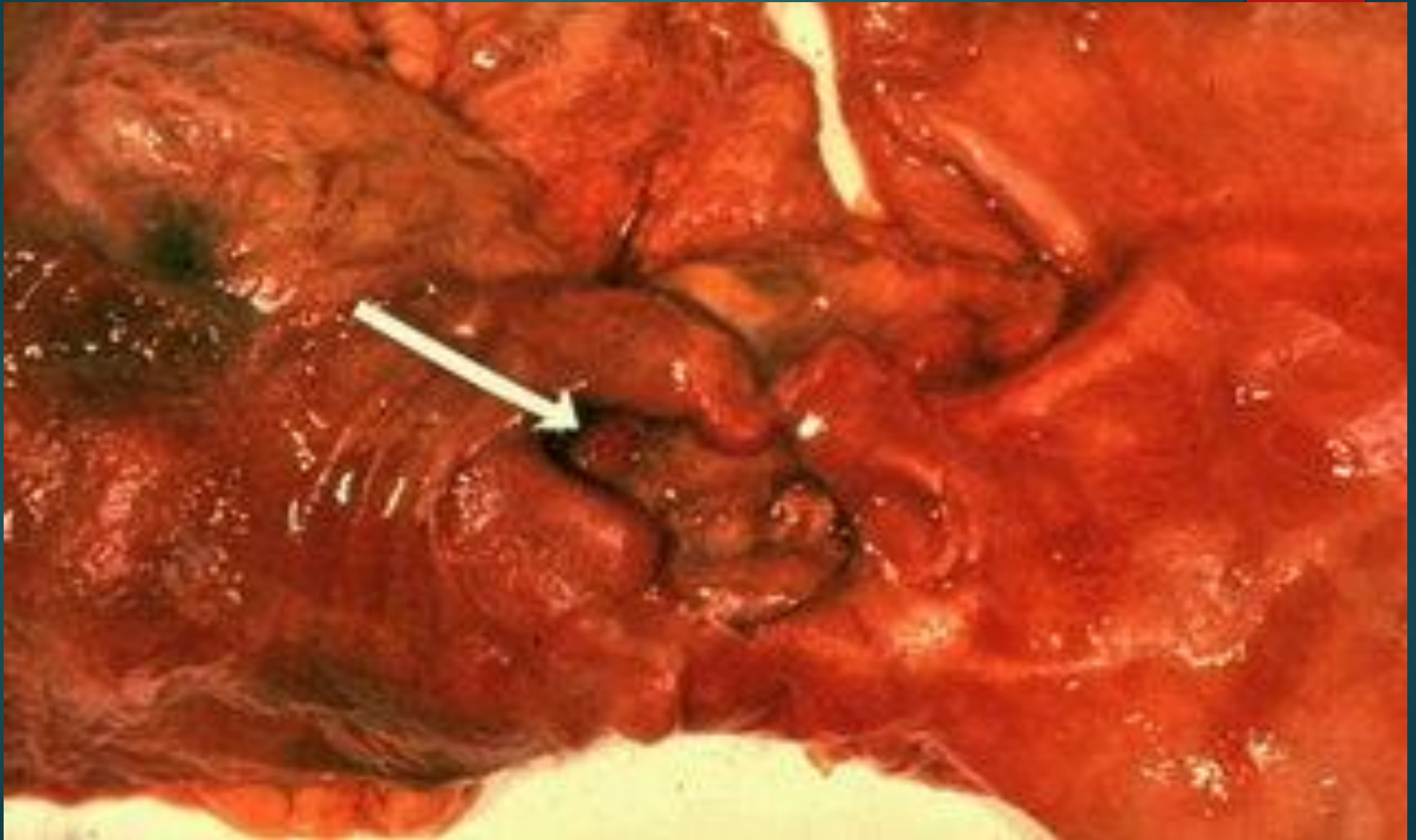
Орналасуына байланысты:

- асқазан жарасына (жүрек және subcardial бөлімдері, асқазан дене, antrum, pyloric арна);
- он екі елі ішектің ойық жарасы (баданалар және Postbulbarnye бөлімі);
- Со-Ойық жара ауруы асқазан және ұлтабар.

Язва желудка



Язва двенадцатиперстной кишки



Ойық жара асқынуы

- Асқазан-ішектік қан кету
- Перфорация
- Тыртықтық стеноз
- Пенетрация
- Малигнизация



▶ Ойық жара ауруының
клиникалық көріністері
локализациясына байланысты
болады:

Ойық жара ауруы:

- дереу тамақтан кейін немесе 20-30 минуттан кейін пайда болады Ерте ауырсыну. нашар аурудың асқынуын маусымдық айқын.
- ауыруы әуе, изжоги Отрыжка, жүрек айну сүйемелдеуімен.
- қоңыржай қарсылық алдыңғы құрсақ қабырғасының бұлшық ұштастыра эпигастрий пальпация үшін нәзіктік,. сол жердегі (симптомы Мендель) жергілікті соқпалы ауырсыну.
- Ауырсыну Антацидты, спазмолитикалық және антисекреторлы есірткі қабылдағаннан кейін өтеді.

Асқазанда ойық жара орнына байланысты

15

- Іштің кеуде жарасына кардиальды; бірден ішкеннен кейін, сол иығына тарата туындауы мүмкін.
- Қашан іштің аз қисықтық жылы жара ішкеннен кейін бір сағат ішінде пайда болады.
- (Кеш ауырсынуды) тамақ ішкеннен кейін 1,5 сағаттан - асқазан antrum және pyloric ауыруы 1,0 кейін орын
- Құсу жеңілдік әкеледі.

Он екі елі ішек ойық жарасы

- кейінірек ауыруы және «түн», нейровегетативті өзгерістер мен психологиялық бұзылулар сүйемелдеуімен.
- негізінен күзде және көктемде аурудың асқынуын маусымдық
- ұлтабар баданалар қан, перфорациясы, ену, деформация: жаралар внелуковично (постбульбарно) орналасқан болса, ауру ең ауыр (білдірді пароксизмалды ауырсыну, диспепсиялық белгілері, асқынулардың қарқынды дамуы болып табылады

Асқынуы

- Ойық жара ауруы асқынуы балалардың 8-9% деңгейінде тіркелді. Ұлдар асқынулар жиі қыздарға қарағанда 2 есеге орын.
- Құрылымы, олар жиі асқазан жарасының қарағанда дамыту ұлтабар, қан асқынулардың басым.
- Балалардың Ойық жара перфорациясы жиі кезде асқазан жарасына орын алады. Осы асқыну өткір «қанжар» эпигастрий ауыруы жүреді, жиі күйзелісті күйі дамытады. Байланысты құрсақ қуысына ауаның жазбаға іш бұруды үшін бауыр түтігу тән жоғалуы.

- ▶ Пенетрация - ұзақ ауыр процесі мен жеткіліксіз терапия фонында, сирек болып табылады.
- ▶ Клиникалық кенеттен ауырсыну ену сипатталады артқы қайталама құсу үшін шығаратын.

Диагноз ФГДС пайдаланып көрсетеді.

Асқазан-ішектік қан кету

- Ең оқшаулануы асқазан жарасында байқалады. Ол «кофе негіздер» (hematemesis) немесе қара Жди орындық (Melena) мазмұнын құсу көрінеді. Құсу асқазан Кардиальды бөлікте жаппай қан мен тұз қышқылы төмен секрециясын, сондай-ақ ойық оқшаулау өзгеріссіз деңгейдегі қоспасы белгілене алады.
- Melena тек бірнеше сағаттан кейін ала алады, ал кейде, жара қан клиникалық суретте бірінші кезекте болады. Ортақ шағымдар (әлсіздік, естен тану, қан қысымы төмен, тахикардия) болып табылады - себебі жоғары қан ошақтарының көрінісі

Перфорация

- Тесіктері дамуы бойынша физикалық күш тусуіне, тамақтану тым көп мөлшерде болғанда.
- Кейде перфорация жарасы («үнсіз») симптомсыз аясында, кенеттен пайда болады.
- («Қанжар») клиникалық өткір ойық жара перфорациясы, эпигастрий ауыруы, даму коллаптойд жағдайында. Науқастың анықталды: іш пальпациясы кезіндегі «тақтай тәрізді» бұлшықеттің ширығуы алдыңғы құрсақ қабырғасының және өткір ауырсынуы, оң симптомы Щеткин-Блюмберг.
- Болашақта жақсарудан кейін , жорамал суреттің белгілі бір уақыттан кейін диффузиялық перитонит прогрессивті перитонит көрінісі байқалады.

Тыртықтық стеноз

- Пилорика каналының немесе он екі елі ішектің бастапқы бөлігінде орналасқан ойық жара сауығу кейін қалыптастырылады
- Осы асқынуға хирургиялық тігу әсер етеді
- Пилорикалық стенозға тән клиникалық белгілері күн бұрын жеп азық-түлік, құсу және «шірік» жұмыртқа иісі қыжыл. Эпигастрий іш пальпациясында «кеш шашырауына» (симптомы Василенко) кейде көрінетін асқазан перистальтикасын анықтауға болады.
- Привратниктің декомпенсациялық стенозы кезінде жеткіліксіз тамақтану сееп болуы мүмкін.

Пенетрация

- Пенетрация ұйқыбезіне, өтке өтуі мүмкін және т.б
- Пенетрация кезінде ойық жарада өткір ауыру сезімі, тамақтануға байланыссыз, дене қызу жоғарылап, жалпы қан анализінде СОЭ жоғарылап кетеді.
- Пенетрация жара радиологиялық және эндоскопиялық растады.
- Ауырсыну синдромы қабынудың жамылып ену (панкреатит, перитонит, холецистит) болды денені жүреді

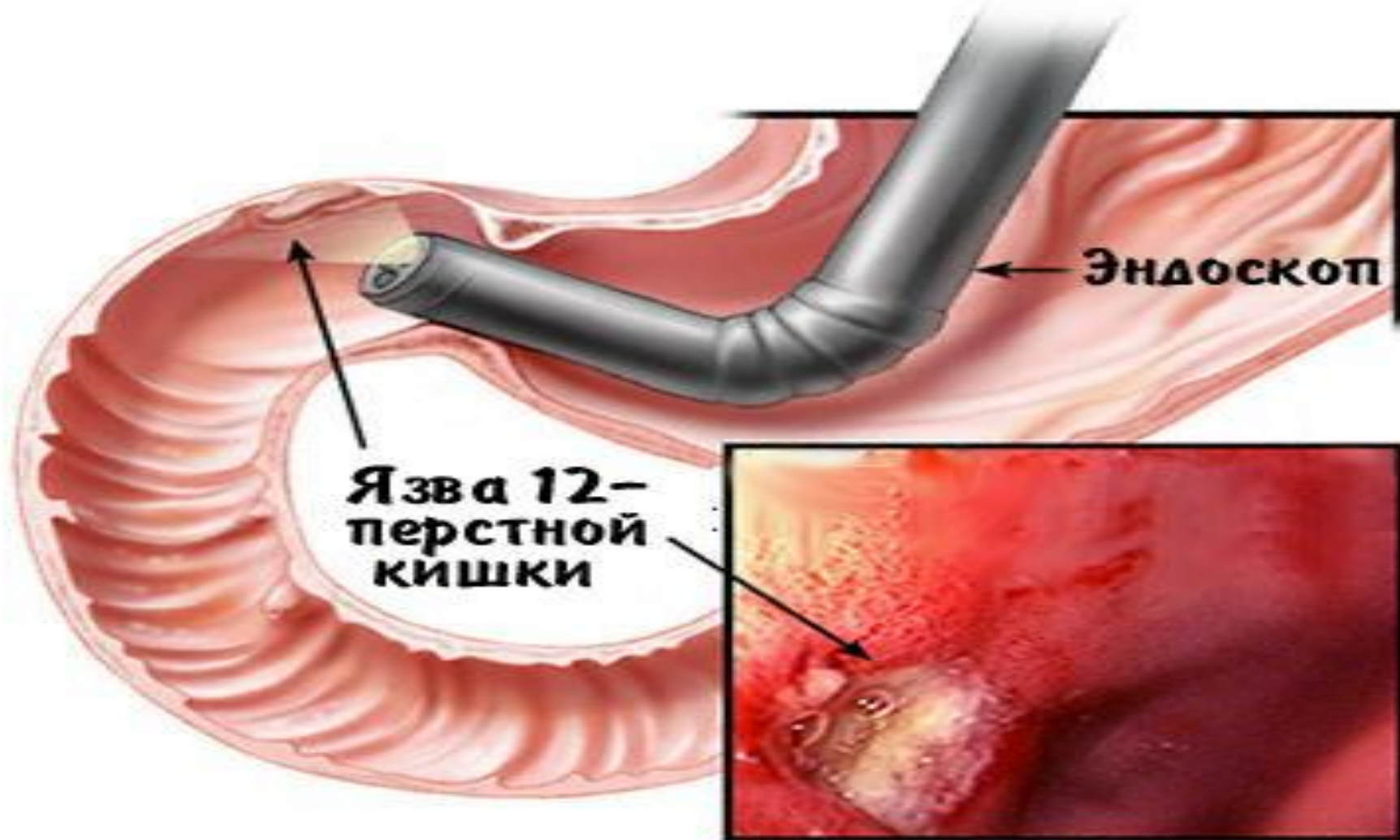
Ойық жара диагностикасы:

23

- Гастродуоденоскопия Ойық жара ақаулар көрінісінде, олардың орналасқан жерін, тереңдігін, сипаты ашады, т.б. асқынулардың және болуы.
- Рентгенологиялық асқазанды зерттеу кезінде сульфат барийді енгізеді.
- Н. Рүлорі анықтау
- Нәжісті Жасырын қанға тексеру.
- Жалпы қан анализі, жалпы зәр анализі.

ФГДС :

- Ойық жаралы ақау анықтау және шырышты қабығының қабынуы, ілеспелі болуына оның орналасқан жері, өлшемін, сипаты мен оның таралуын сипаттау
- Зерттеу үшін дуал қажетті материал (асқазан мазмұны, шырышты биопсия) (рН-метр НР тарату, шырышты гиперплазиясы өзгерістер, атрофиясы)
- Тыртығын қарсы жара емдеу, жылдамдығы мен сапасын тиімділігін объективті мониторинг қамтамасыз ету үшін.



Язва двенадцатиперстной кишки

12 елі ішекті зерттеу

Эндоскопическая фотография



Язва желудка



Эндоскоп

Антральный
отдел

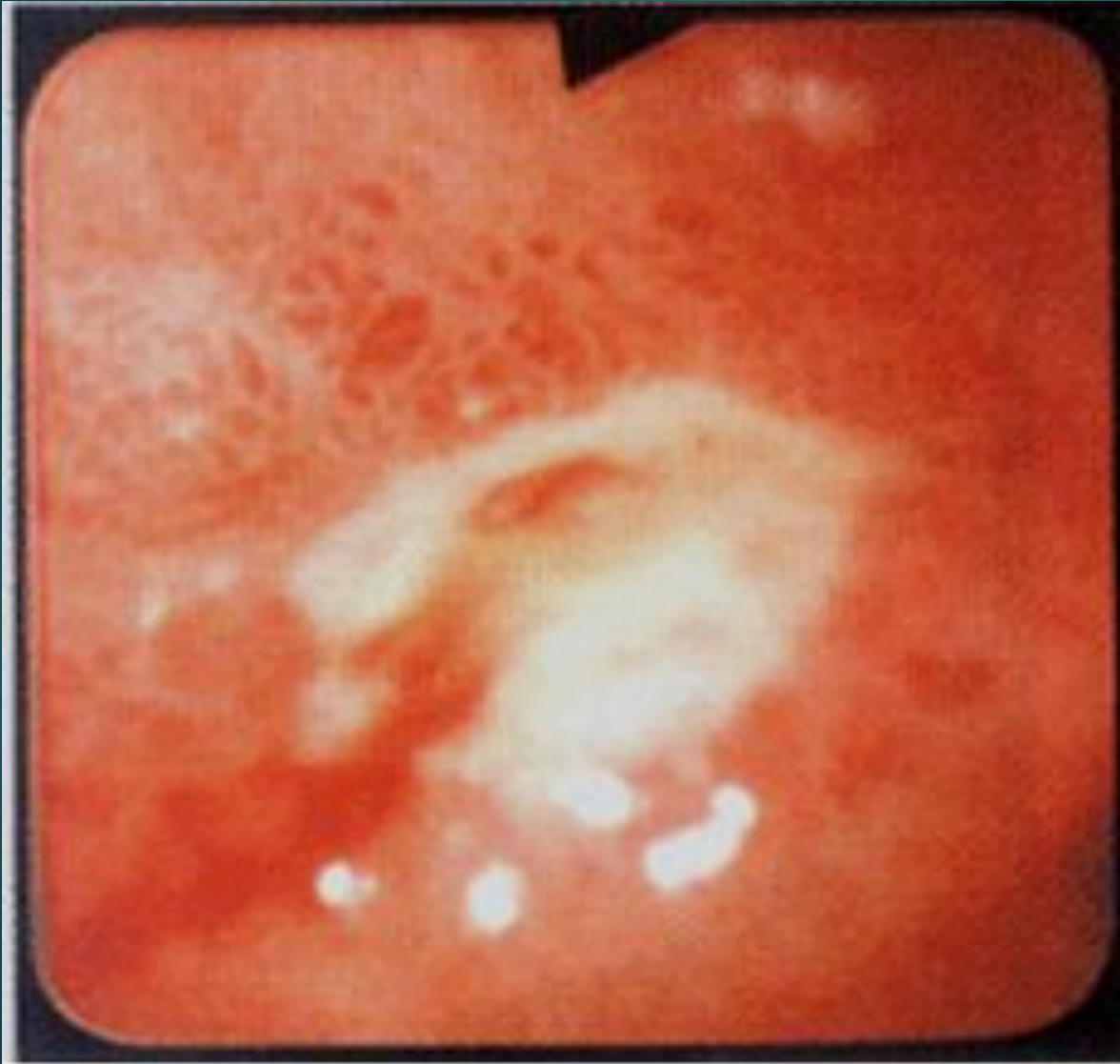
Язва желудка (рисунок и эндоскопическая фотография)

Асқынуы



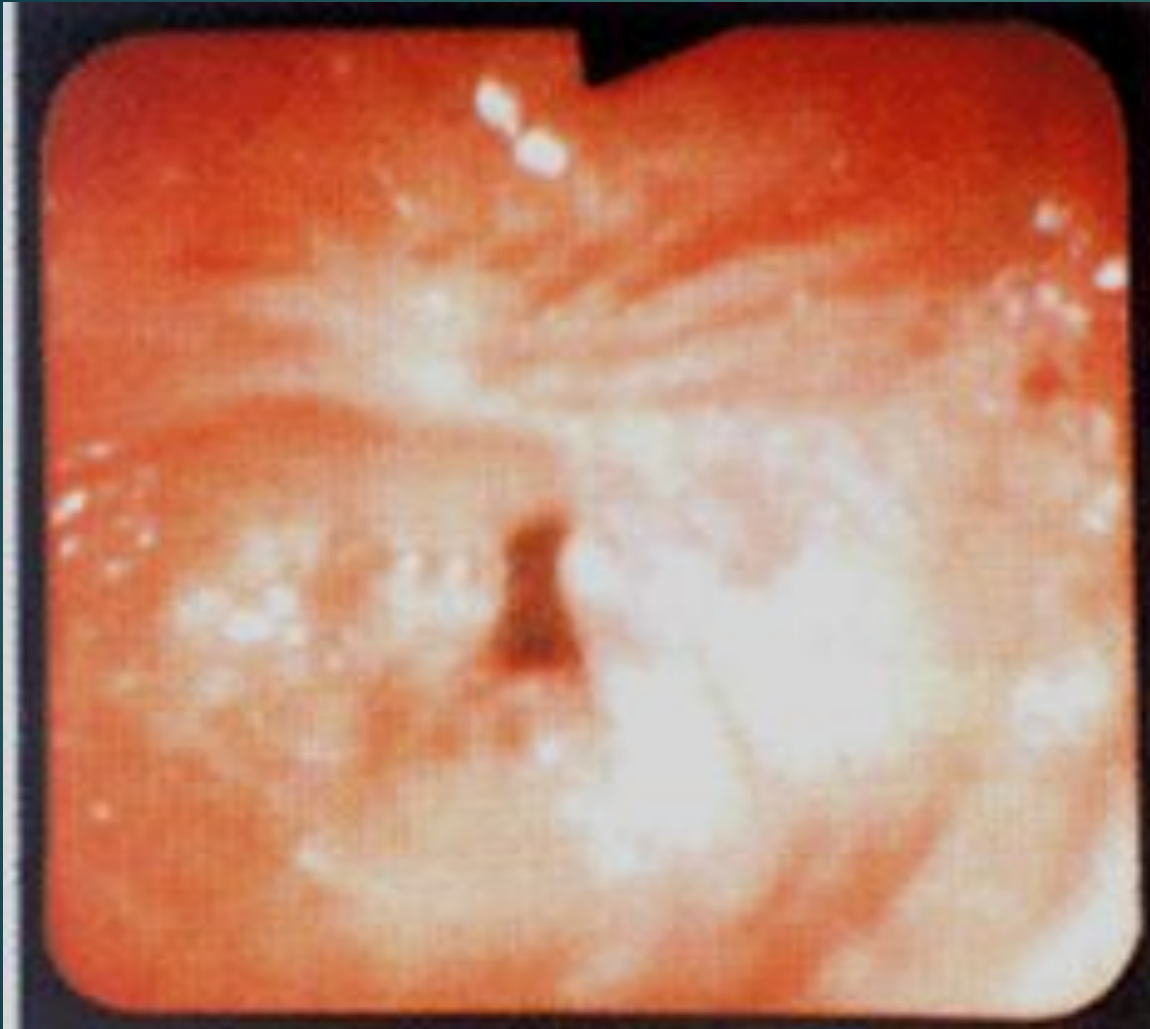
Жарасына дөңгелектеледі. Ойық шеттері жоғары тегіс және жақсы-жақты болып табылады. Жара шырышты ісіну және гиперемия жуық, ол анық, жоғарыда қоршаған шырышты және көтерілсе бастап шектеу жатқан көтерді жастық пішінді. Ойық жара төменгі кейде (жарасына қан болса), сарғыш-сұр патина жабылған - геморрагиялық.

Ойық жара жазылуы



Ойық жара тереңдігін және диаметрі азайту. Ан жара сопақ немесе Саңылаулы тәрізді пішіні болып табылады. Көрінетін жара грануляциялық ұлпаның төменгі жағында. Қабыну роликті, Ісіну және ойық айналасында шырышты қабатының гиперемия азайту. Шырышты жинақталу ойық оқшаулау аймағында қайырылады.

Тыртықтық ойық жара



Жара Рубцов орнына сызықтық немесе жұлдыз пішініндегі шырышты қабатының бедерінің әр түрлі бұзылыстары бар болып табылады.

Қашан терең ойық немесе аурудың жиі қайталануына емдік өте дәрекі деформациясын және стеноз дамуы мүмкін.

Негізгі диагностика әдістері инфекцияи НР

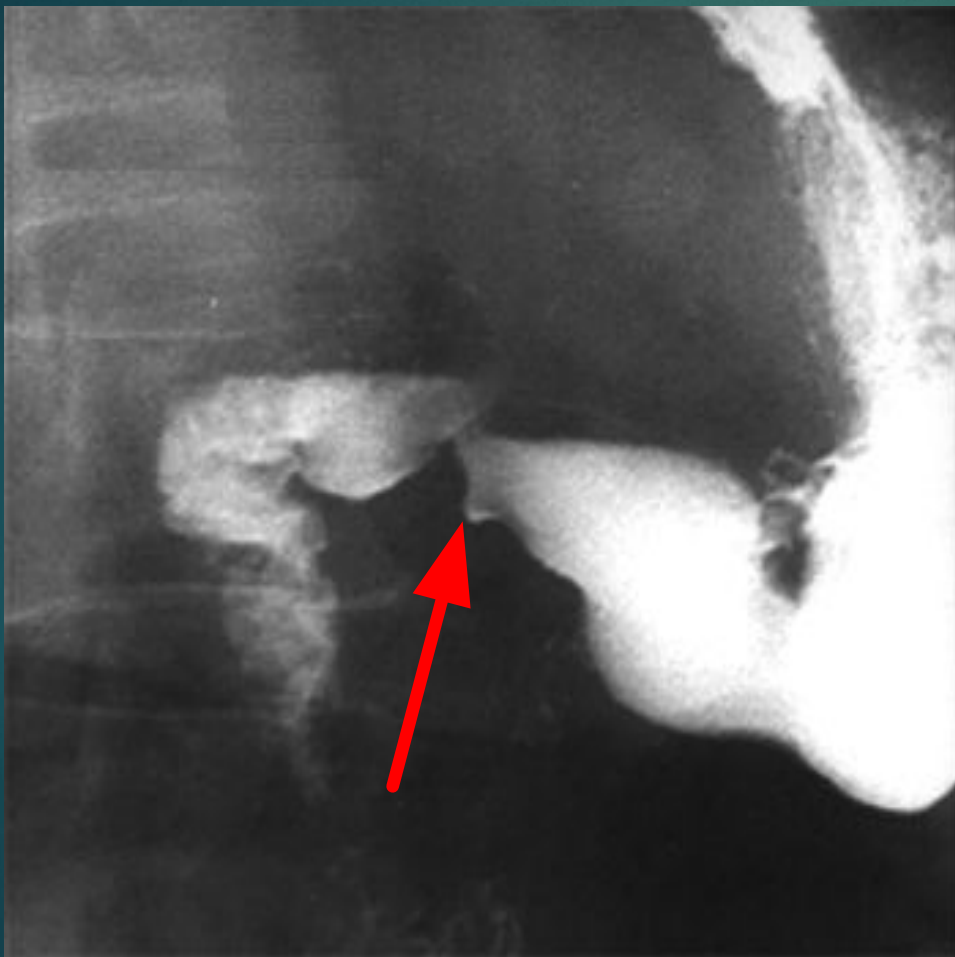
Диагностика әдісі	Қолдануға көрсеткіштер	Инвазивті	Неинвазивті
Серологический	Скринингті диагностика инфекцияи НР	+	-
Микробиологический	Определение чувствительности НР к антибиотикам	+	-
Морфологический	Первичная диагностика инфекцияи НР у больных ЯБ	+	-
Уриазный тест	Первичная диагностика инфекцияи НР у больных ЯБ	+	-
Дыхательный тест	Первичная диагностика инфекцияи НР у больных ЯБ, контроль эффективности эррадикационной терапии	-	+
Определение Нр в кале	Скрининговая диагностика инфекцияи НР	-	+

Ойық жара ауруы немесе ұлтабар ең таралған радиогграфиялық белгілері болып табылады:

1. Симптом «тамшылар»

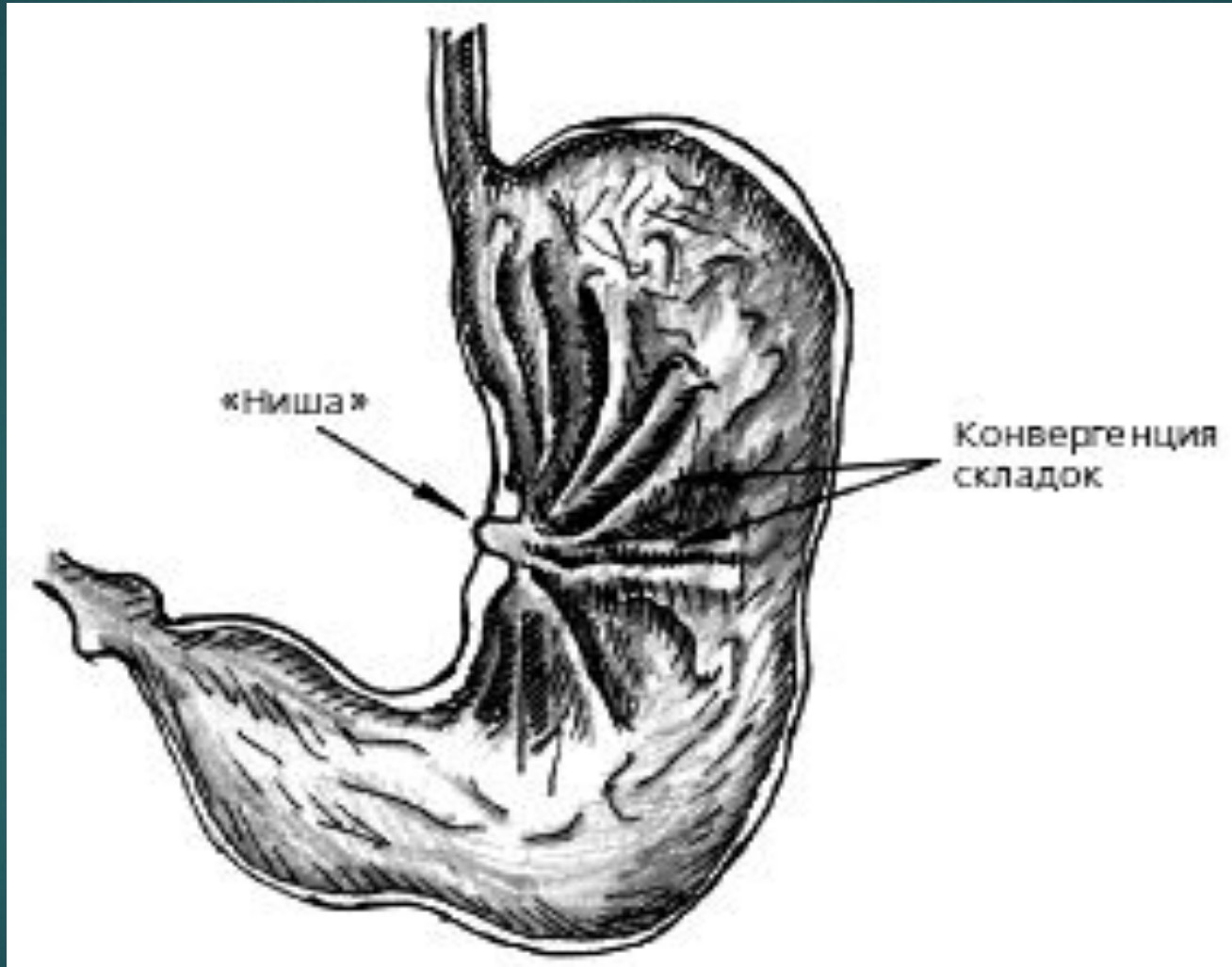


Науқаста асқазан антральды бөлігі рентгенограммасында

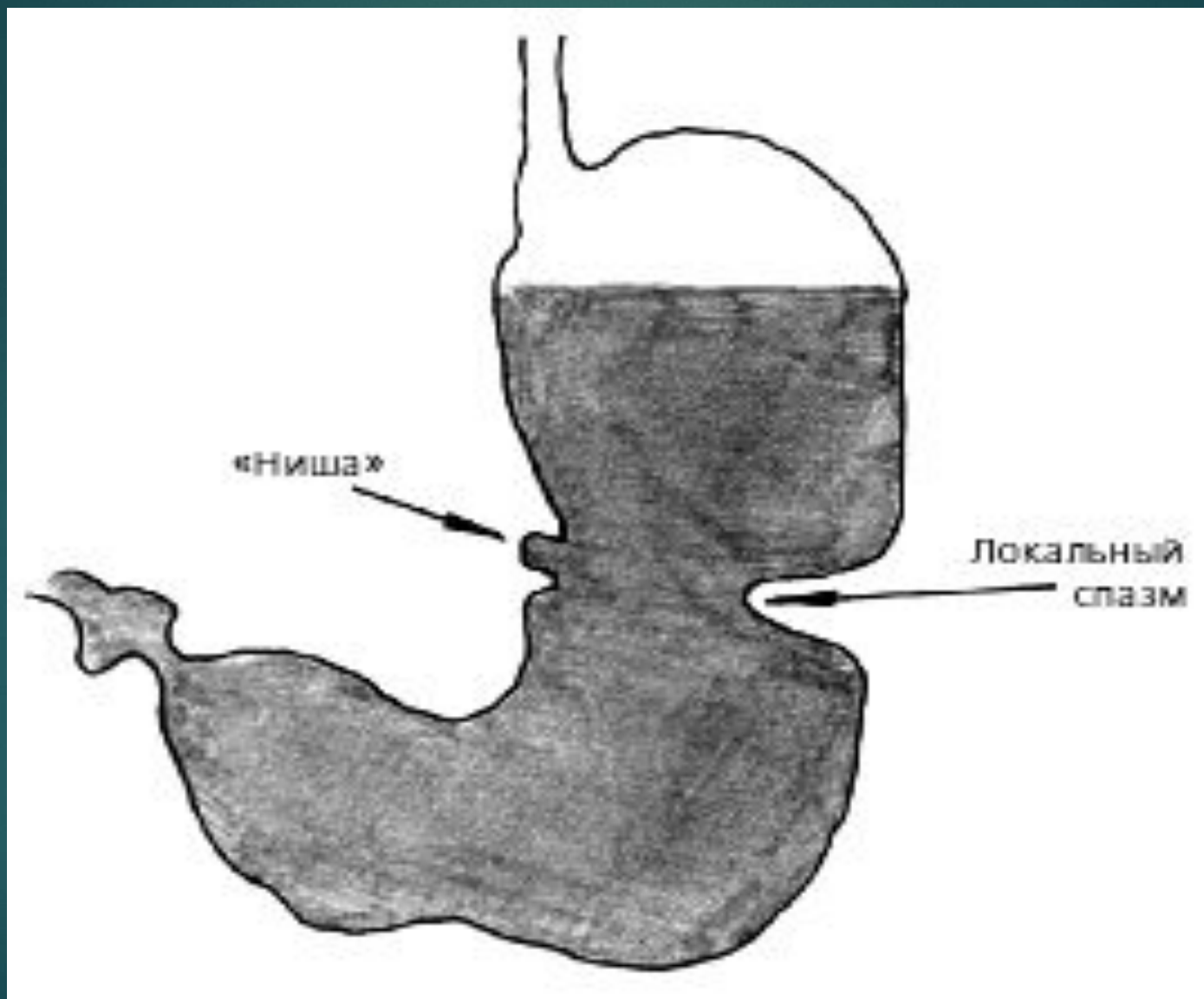


- СИМПТОМ «НИШИ»

2. Шырышты кабат конвергенциясы



3. Симптом «нужкаулы перста» (симптом де Кервен);



Дифференциальды диагностика

- Дәрілік жарасына - өткір дамыту, ойық кенеттен асқазан-ішек қан немесе перфорациясы таныта атипті клиникалық көріністеріне (өткір жой- сурет, маусымдық және жиілігі болмауына) пайда.

Ойық жара емі

36

1. Антацидтер: Алмагель, Алюмаг, Фосфалюгель, Маалокс, и т. д.
2. Антисекреторлы препараттар:
 - а) блокаторы H₂ гистоминді рецепторлар: Фамотидин, Ранитидин и Зантак.
 - б) ингибитор «протонды помпы»: Омепразол, Лансопрозол
3. Антихеликобактериальды терапия: Кларитромицин, Амоксицилин, Тетрациклин.
- ▶ 4. Прокинетики: домперидон (мотилиум), цизаприд
5. Витаминотерапия (особенно витамины группы В).
6. Регенерация процессінің стимуляторы (Солкосерил, Актовегин).
7. Седативные препараттарға көрсеткіштер: Тиазепам, Реланиум.
8. Көрсеткіштер: анаболикалық гормондар.
9. Физиоом: парафинді аппликация аймағы эпигастрий, озокерит, диатермия.

Емі

- ▶ Асқынбаған ойық Көптеген науқастар амбулаториялық деңгейде емдеуге болады, күн мен азық-түлік бала оңтайлы режимде шартымен.
- ▶ Мамандандырылған гастроэнтерологиялық бөліміне жатқызу күрделі ойық немесе әлеуметтік себептер жағдайларда көрсетілген.

«Маастрихт 4»

Біріншілік терапия:

- ИПП в стандартты дозада 2 рет тәулігіне.
- Кларитромицин 500 мг 2 рет тәулігіне.
- Амоксициллин 1000 мг 2 рет тәулігіне.
- Метронидазол 500 мг 2 рет тәулігіне.

Терапия ұзақтығы – 10 күннен 14 күнге дейін

«Маастрихт 4»


Екіншілік терапия:

- ИПП в стандартты дозада 2 рет тәулігіне
- Висмута субцитрат 120 мг 4 рет тәулігіне
- Кларитромицин 500 мг 2 рет тәулігіне.
- Амоксициллин 1000 мг 2 рет тәулігіне или Метронидазол 500 мг 2 рет тәулігіне

Терапия ұзақтығы – 10 күннен 14 күнге дейін

Шұғыл хирургия үшін абсолюттік көрсеткіштер:

- ойық перфорациясы;
- құбылыстардың бар мол қан жарасының тогының соғуына gemorragicheskorgo немесе консервативті (эндоскопиялық әдістерін қолда арсеналын пайдалана қоса) кесіледі.

- 
- пилородуоденальды стеноз
 - жара қан немесе қайталанатын қан тоқтатты рецидивін жоғары тәуекел.
 - Пенетрациялық ойық жара



Назарларыңызға
рахмет!!!