«Жедел іш». (перфорация, пенетрация, пилородуоденальды стеноз, қан кетуе) (Perforation, penetration, piloroduodenal stenosis, bleeding.

Нуржанова С

605 топ

Жоспары

- Кіріспе
- Негізгі бөлім
- Асқазан мен ен екі елі ішектің ойық жаралары
- Асқынулары
- Клиникалық көріністері
- Диагностика
- Хирургиялық көмекті ұйымдастыру

Асқазан мен он екі елі ішек ойық жарасы

- **Ойық жара ауруы –** асқыну кезеңінде асқазан мен ұлтабардың сілемейлі қабығында ақаулар (ойық жаралар) жетекші сипатты белгісі болып табылатын қайталанытын созылмалы ауру.
NB! H. pylori инфекциясы асқазанның шырышты қабығының зақымдалуына алып келеді және асқазан ойық жара ауруы (АЖА) мен ұлтабардың ойық жарасы ауруында (ҰТРЖА), асқазанның аденокарциномасында және MALT-лимфомасында маңызды рөл атқарады

- Асқазан мен ұлтабардың ойық жара аурулары қазіргі гастроэнтерологияның негізгі келелі мәселелерінің бірі болып саналады. АҚШ-та жылына 300 мың адам жаңадан ойық жарамен ауырады. 1988 жылы АҚШ-та жаңадан ойық жара ауруымен ауырған 35 мың науқас ауруханаларға түскен, солардың ішінде 6 мыңы қаза болған, 15 мыңдайында ойық жараның перфорациясы табылған, 90 мыңында – қан кету; 50 мыңдайына операциялар жасалған. XIX ғасырдың аяғында және XX ғасырдың басында ұлтабар мен асқазан ойық жараларының кездесетін арақатысы 1:20-дай болса, қазіргі уақытта ұлтабар ойық жаралары көбейді, асқазан мен ұлтабардың ойық жараларының жыныстық жиілік ара-қатысы еркектерде 5:1-ге, әйелдерде 2:1-ге жетті. Ұлтабар жарасы ауруы бар әйелдер мен еркектер арақатысы қазіргі уақытта 1:2, асқазан жара ауруында – 1:1.

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

Жіктемесі

Нозологиясы тәуелсіздік тұрғысынан ажыратылады:

- АЖ және гастродуоденальды жара симптоматикасы;
- · АЖ, H.pylori инфекциясымен байланыстырылған және байланыстырылмаған.

Ф. И. Комаров баспасы бойынша жіктелуі, 1992 ж.

I. Аурудың жалпы сипаттамасы (ДДҰ номенклатурасы):	II. Клиникалық нысаны:

I. Аурудың жалпы сипаттамасы (ДДҰ номенклатурасы):

1. Асқазан ойық жара ауруы (531);
2. Ұлтабар ойық жара ауруы (532);
3. Этиологиясы айқындалмаған жара ауруы (533);
4. Асқазанды кескеннен кейін пептикалық гастроеюнальды жара (534).

II. Клиникалық нысаны:

1. Жіті немесе алғашқы анықталған;
2. Созылмалы.

III. Ағымы:

1. қайтамаламалы;
2. жеңіл немесе жиі қайталанатын
3. орташа ауыр немесе қайталанатын (жыл бойына 1—2 қайталану);
4. ауыр (жыл бойына үш немесе одан көп қайталану) немесе үздіксіз қайталану; асқынулар дамуы

IV. Фазалары:

1. қабыну (қайталану)
2. басылмалы асқыну (толық емес ремиссия);
3. ремиссия.

V. Аурудың морфологиялық субстратының сипаттамасы. Ойық жараның түрлері

1. Жіті жара;
2. созылмалы жара.

Ойық жара өлшемі:

1. кішігірім (0,5 см-ден кем
2. орташа (0,5—1 см);
3. ірі (1,1—3 см);
4. алып (3 см-ден артық).

- **Ойық жараның даму сатылары:**

1. белсенді;
2. тыртықты;
3. қызыл тыртық сатысы;
4. ақ тыртық сатысы;
5. ұзақ тыртық болмайды.

Ойық жараның оқшауланулы:

1. асқазан (кардия, субкардиальды бөлім, тасқазан денесі, антральды бөлім, пилориялық канал, алдыңғы қабырға, артқы қабырға, кіші қисық, үлкен қисық);
2. ұлтабар (буылтық, постбульбарлы бөлім, алдыңғы қабырға, артқы қабырға, кіші қисық, үлкен қисық).

VI. Гастродуоденальды жүйенің қызметінің сипаттамасы (тек секреторлық, қозғалтқыш және эвакуация функцияларының бұзылыстары көрсетілген).

VII. Асқынулар:

1. Қан кету (жеңіл, орташа ауыр, ауыр, әлдеқайда тым ауыр);
2. тесілу;
3. пенетрация;
4. стеноз (компенсирленген, субкомпенсирленген, декомпенсирленген);
5. малигнизация.

Этиологиялық факторлар

Агрессиялық факторлары:	Қорғаныс факторлары:
1. Тұз қышқылы-пепсин. 2. Асқазан мен ұлтабардың қимыл-қозғалысының бұзылуы. 3. Жұмсақ қабатының зақымдалуы. 4. Тамақтану факторлары. 5. Сыртқы ортаның әсері.	1. Жұмсақ кабықтың резистенттілігі. 2 Антродуоденальдық қышқылдықты тежеу. 3. Сілті секрециясы. 4. Тағамдардың түрлері.

Диагностика

- ДИАГНОСТИКАНЫҢ ЖӘНЕ ЕМДЕУДІҢӘДІСТЕРІ, ТӘСІЛДЕРІ ЖӘНЕ ЕМ-ШАРАЛАРЫ:

Диагностикалық өлшемшарттар

Шағымдар. АЖ асқынуында жетекші симптом – кеуде сол жағы және сол жақ иық ауырсынуы, эпигастрия, кеуде немесе бел омыртқа ауыруы. Ауырсыну науқастардың 92-96%-да кезедседі. Интенсивтілігі бойынша олар жаралық ақаудың тереңдігіне байланысты

ОЖА ауру синдомының сипаттамасы

Жараның таралуы	Аурудың пайда болу уақыты
Асқазанның кардиальды және субкардиальды бөлігіндегі жара	Тамақтанғаннан соң
Асқазанның ойық жарасы	Тамақтанғанан 0,5-1 сағат кейін
Пилориялық канал және ұлтабар буылтықтарындағы ойық жара	Кеш ауырсынулар (тамақтан 2-3 сағаттан кейін), «аштық» ауырсынулары, аш қарынға және тамақты қабылдағаннан кейін түнгі ауырсыну

Клиникалық көріністері

- **Ауырсынулар жану, кесілу, тесілумен ажыратылады.**
- АЖ ауырсынулар периодтылығымен, маусымдылығымен, және ритмімен сипатталады. Ауырсынулардың периодтылығы ауырсынусыз аралықтармен және ауырсынулармен пайда болады. Ауырсынулар әр түрлі уақытта тамақтануға байланысты пайда болады. Ерте, кеш, түнгі және аш ауырсынулар деп бөлінеді. Ерте және аштық ауырсынулар қарапайым АЖА үшін сипатталады. Кеш, түнгі және аштық ауырсынулары тамақтанғаннан кейін 1,5-4 сағаттан кейін пайда болады. Бұл ауырсынулар әдетте ҮТРЖА пайда болады тжәне моторлық бұзылыстармен, асқазан сөлінің гиперсекрециясымен және ұлтабардың шырышты қабатының қабынулық өзгерістерімен сипатталады.

  Көбіне АЖ клиникалық белгілері жараны таралуымен анықталады.
  Кардия жарасы несеп өсінділерінедегі, жүрек, сол иық, бел, сол жақ қабырға асты аймақта иррадиирлеуші ауырсынулармен сипатталатын стенокардияны еске түсіреді. Ауырсынулар тамақтану кезінде, тамақтанғаннан кейін 20-30 мин ішінде пайда болады. Үлкен қисықты жара полиморфизммен ерекшеленеді, жиі көлденең, тоқ ішектің бүрінділерінде, асқазан асты бездерде енеді.

  Ішектік жара кезінде бел аймағында иррадиирлеуші ауырсынулар тән. Олар үшін диспепсистік бұзылыстар сипатталады:
- қыжыл,
- кекіру,
- жүрек айну,
- құсу.
- Ішек жарасының артықшылықтарының бірі жарадан жиі қан кетуі болып табылады. Бұл жаралар тесілумен асқынады.

  Постбульбарлы жаралар ұлтабардың жоғары иілімінде немесе төменгі бөлігінің бастапқы қиындысында жиі орналасады. Клиникалық постбульбарлы жаралар қарапайым дуоденальды жарадан ерекшеленеді: жаралық анамнез айқын емесе, айқын ауырсыну синдромы, ауырсынулар тіректік және белде иррадиирленеді, жиі қан кетуімен өтеді. Буылтық ішілік жара ерте стенозбен асықнады. Кейде олар асқазан асты безіне енеді.

АЖ асқынуы

- АЖ асқынуында
- қыжыл,
- кекіру,
- жүрек айну,
- іш қату жиі кезедеседі.

Қыжыл асқазанның жұмыс және секрециялық қызметі бұзылған науқастарды 50% да туындайды.

Кекіру АЖ кезінде қышқыл, бос немесе тамақтық болады. Қышқыл кекіру асқазан сөлінің гиперсекрециясында пайда болады. АЖ кезінде жүрек айну аз байқалады, ол тек құсу барысында бірге жүруі мүмкін.

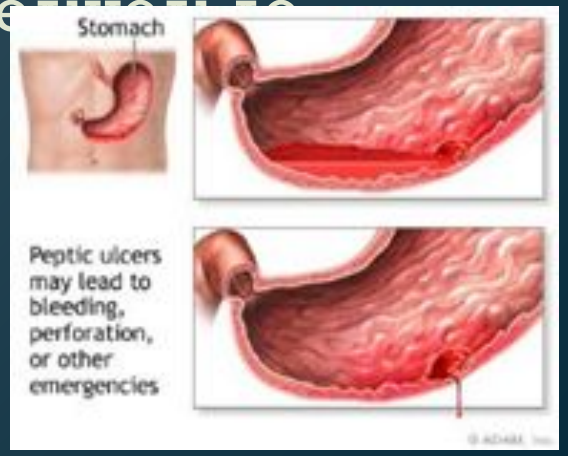
Құсу әдетте жаралық ауырсынулардың жоғары деңгейінде және ерте немесе кеш болуы мүмкін, асқазан сөлінің АШҚ қабынуының рефлекторлық үдерісінде болады. Құсқаннан кейін жиі интенсивтілігі азаяды немесе ауырсынулдар тоқтап, жағдайы жақсарады.

. Жара ауруының асқынулары.

- Асқазан мен ұлтабардың жара ауруының асқынуларының жиілігі жөніндегі әдеби мәліметтердің мәні бірікпейді. Хирургиялық тұрақты материалдарға негізделген осы заманғы статистика жараның асқыну пайызының мол екендігін көрсетеді, өйткені жиі жара ауруының асқынуынан азап шеккен науқастар хирургқа келіп қаралады.
- Хирургтың да, терапевтің де (гастроэнтерологтардың да) жарамен ауырған науқас-тардың жалпы саны жайында мәліметтер болғандықтан аурудың асқынулар статистикасы дәл емес деп есептеледі. Патологоанатомдардың статистикасы да біржақты сипатта болады. Статистикалық аса маңызды мәліметтер мыналар: жиілігі бойынша 1-орында асқазанның, ұлтабардың ойық жараларынан қан кету түрі – 15%, 2- орында – ойық жараның ұйқы безіне пенетрациялануы – 13%, 3- орында – жараның тесілуі – 12%, 4- орында жараның ракқа ауысуы – 10-12% және ең соңында – асқазанның шыға берісінің тыртықтық стеноздары.

Асқазан мен ұлтабар ойық жараларынан қан кету.

- Асқазан мен ұлтабар ойық жараларынан қан кету 15-20%-тей кездеседі. Қанайтын жаралар жиі асқазанның кіші иінінде немесе асқазан мен ұлтабардың артқы қабыраларына орналасады. Ойық жарадағы инфильтратқа ірі күре тамырлар да қатысады, міне осылардың қабырғаларының қабынуы инфильтратпен езіліп же (эрозия), қан кете бастайды



Клиникасы.

- Қан кетудің молдығына қарай бұл аурудың клиникасы да әртүрлі болады. Негізгі аурудың белгісі болып қан құсу саналады, кейінірек қарамай түсті қанды нәжіс пайда (Грегерсен сынамасы) болады. Құсығын аурулар кейде «бауыр түйір-шіктеріне» теңейді. Қанның едәуір кетуімен байланысты үлкен не шамалы жедел қансырау дамиды.
- **Оның белгілері** – жедел әлсіздік, бас айналу, аурудың терісінің, шырышты қабықтарының бозаруы пайда болады, қан тамырлардың соғуы жиілейді (минутына 100-120 рет соғады).
- Кейде ауру есінен танып, талып қалады, тіпті, коллапс байқалады. Ойық жарасынан қан кеткенде қанды құсық болмауы да мүмкін, бірақ қан кетуден 12-24 сағат өткен соң сұйық қара майға ұқсаған нәжіс байқалады. Ауыр және орташа қанаған ойық жараларда қанды құсық әдетте қайталап келе береді.
- Лабораториялық тексергенде қанның жалпы сараптамасында эритроциттердің және гемоглобиннің саны азаяды, келесі күндері қанның сұйықтануымен байланысты эритроциттердің, гемоглобиндердің саны одан әрі азая береді.

Г. А. Барашковтың сызбасы қан кетудің сатысын анықтауға қолданылады

Қан кету көлемі, Мл	Гемоглобин, г/л	Қанның салыстырмалы тығыздығы	Гематокриттік сан
500-ге дейін	110,5-105,4	1057-1054	44-40
600-1000	103,7-85	1053-1050	38-32
1000-1500	90,1-64,6	1049-1044	30-23
1500-ден жоғары	73,7-ден төмен	1044-тен төмен	23-тен төмен

Қан ағудың лабораториялық көрсеткіштері.

I сатысы (қан ағудың жеңіл)	Hb> 100г/л ; Hb>40%; пульс- 100 >3.5х1012 /л
II сатысы (қан ағудың орташа)	Hb-80-100г /л: Hb-30-40% ; пульс- 100-120;Эр-3.5-2.0х 1012 /л
III сатысы (қан ағудың ауыр)	Hb<80 г/л : Hb < 30% ; пульс- >120; Эр < 2.0х 1012 /л

Диагностикасы және емі.

- Жоғарыда айтылғандай ішек-асқазаннан қан кетіп асқына-тын аурулардың саны көп, хирургтің маңызды мәселелерінің бірі – қан кетудің көзін табу және оны жою.
- Асқазан-ұлтабарлық қан кету диагностикасын дамытудағы жаңа кезең – **талшықты оптикасы бар эндоскопты** қолдану.
- Науқас ауруханаға келіп түскенде дәрігердің алдында тұратын негізгі мәселенің бірі – кеткен қанның көлемін және науқас адамың хал-күйінің ауырлық дәре-жесін анықтау болып табылады. Қан тамырының соғуы, артериялардың қысым көрсет-кіштері, гемоглобиннің, эритроциттердің, гематокриттің мөлшері, емдеу тактикасын таңдап алуға дұрыс критерий бола алады.
- Асқазан-ұлтабарлық қан кететін жара этиологиясымен ауруханаға жатқызылған науқастарды емдеу әдетте қан кетуді тоқтату және қан айналымының көлемін қалыпқа келтіру мақсатындағы шаралардан басталады.

Ауруханада жатқан науқастарға

- жалпы қабылданған гемостатикалық терапиямен (викасол, хлорлы кальций, 5%-тік аминокапрон қышқылы) қатар, көрсеткіштер бойынша гемотрансфузия қолданылады, қан препараттары, плазма алмастырғыштары науқас-тардың қан тамырларына құйылды. Қан кету тоқтамай, үдеген кезде операцияларға жататын көрсеткіштер гемодинамикалық және гематологиялық көрсеткіштердің өрши кемуі, гемостатикалық терапия мен қан құюдың 24-48 сағат ішінде нәтиже бермеуі. Асқазан-ұлтабардан қан кетумен ауырған науқастардың асқазанының ауырған бөлігін алып тастауда, анастомозды қалыптастыра жасауда және ұлтабардың қалдық ұшын және ұлтабарды жақсылап тігуге ерекше талап қойылады, өйткені бұл манипуляциялар пластикалық қабілеттілігі төмендеген, ишемия-ланған, қабынған тіндер тұсында жасалады

- Өңештің портальдық гипертензия ауруында кардиальдік бөлімінен қан кетуде құсу– фонтанға ұқсаған, кейде аурудан біраз жерге дейін атқыта құсу, кейде сұйық құсығында қанның түйіршіктері кездеседі.
- Эзофагит, өңештің пептикалық ойық жарасы тек рефлюкс эзофагиттен, өңеш ахала-зиясының салдарынан туындайтын, ойық жарлардан соң, өңештің диафрагмадан шығар тұсындағы жарықтардан соң, не асқазанның кардиальдік бөлігіне операция жасалған соң түзіледі.
- **ПГ-ның** қан кетулерінде соңғы жылдары стенттеу қолданылып келеді.

Емханада **консервативтік көмек ретінде** жоғарыда көрсетілген **гемостатикалық препараттарды** қолдана отырып, **Блекмор зондын қояды**

Оның бір баллоны – асқазанға, ал екіншісі – өңеш ішіне қойы-лады. Алдымен ас қазандық баллонға 60-70 мл. ауа, - өңешке 30-40мл. ауа жалпы -180мл. 5-6 сағаттан ауа шығарылады, 5-10 минут уақытқа (жалақ ойық жара түзілмес үшін), зондтың барлық тұра-тын уақыты – 48 сағаттан аспауы тиіс.

- **Питуитрин** (20,0мл. 200,0 физиологиялық ертіндімен венаға, 0,5 сағаттан соң осындай дозаның жартысын жібереді).
- ***Ескерту*:** фибриноген, аминокапрон қышқылы өңештен қан кетуде қолданылмайды!.
- **Фиброэзофагогастроскопия** И. П. Королевтың зерттеуі бойынша аса қатты қан кету-де кан аққан тұсты дәл таппаса да, қай ағзадан ағып тұрғанын анықтауға болады. Өңештен қан ағып тұрса, гемостатикалық ем жүгізіледі де одан нәтиже алмаса, опера-цияларды бір түріне дайындап барып жасайды. Кенеттен қан кету себебі кардиоэзо-фагиялық аймақтың кілегей қабатының бойлық жарылуынан болуы мүмкін – Маллори-Вейс синдромы. Қан кетудің алдында көп құсық (жиі алкогольді қабылдағаннан кейін) келеді. Маллори-Вейс синдромы 18 науқас адамнан табылады.

Тесілген ойық жаралары.

- Асқазан меп ұлтабардың ойық жараларының тесілуі – жиі кездесетін және ең қауіпті асқыну болып саналады.
- Клиникада **перфорация** (тесілу) деп ойық жаралардың тесі-луімен асқазанның, ұлтабардың ішіндегісін іш қуысы на құйылуын айтады. Жиі мұндай тесілулер еркектерде болады, әдетте ауыр физикалық зорланудан кейін, тамақты көп жегеннен кейін, асқазанды тазартып жуғанда, рентгеноскопия кезінде контрасты зат-тарды жұтқызғанда байқалады.

Жіктелуі.

- Тесілген асқазан мен ұлтабардың ойық жаралары өздерінің локали-зацияларына және клиникалық өтуіне қарай бөлінеді.

Локализациясына қарай асқазан-ның ойық жаралары былай бөлінеді:

- а) асқазанның кіші иінінің, алдыңғы қабыр-ғасының, артқы қабырғасының шығаберіс жағының, препилорикалық (қақпақшаның алды), кардиалдық бөлігінде;
- б) ұлтабардың тесілген ойық жараларының локализациясы: алдыңғы және артқы қабырғада болады.

Клиникалық өтуіне қарай

- еркін іш қуысына тесілу
- бүркемеленіп тесілу
- атиптітесілуі

Клиникасы.

- Көпшілік науқастарда жараның тесілуі алдында әртүрлі уақытқа созылған **«асқазан анамнезі»** болады. Жиі **«тым-тырыс жасырын өтетін жараның»** тесілуі 17 науқаста (4,3%) кездеседі. Жарасы тесілуге тиісті науқастардың көпшілігінің жара анамнезінің жоқтығы туралы мәліметтер аз болса да бар, өйткені ол **«тым-тырыс»** жаралардың жиілігін көрсетіп тұрған жоқ, қайта нашар жиналған анамнездің жиілігін көрсетеді.

Асқазан мен ұлтабардың ойық жараларының тесілуінің клиникалық өтуін үш кезеңге бөлуге болады:

- біріншісі шок кезеңі,
- екіншісі – тынышталу кезеңі,
- үшіншісі – перитонит дамитын кезең

Бірінші кезеңде.

- Тесілген жараның алғашқы және негізгі белгісі – кенеттен пайда болатын өте қауіпті қатты басталатын эпигастрикалық аймақтың ауыратыны (**біреу ішке пышақ сұғып алғандай көрінетін**). Жиі жағдайда мұндай құрсақтың қатты ауырғаны ауруды шок қалпына апарады. Аурудың өңі қуарып, бозарып кетеді, терісі сұрланады, суық жабысқақ тер пайда болады, қан тамырлардың тонусы төмен түсіп кетеді, тыныс алуы үстірт, қорғана, сақтана тыныс алады, денесі әлсіреп, қозғалусыз, мұқтаж болған қалыпта жатады
- Құрсақтың қатты ауыратыны сонша, ол есірткінің (наркотик) әсеріне көнбейді. Науқас аурудың қауіпті болған мезетін минутіне дейін дәлдеп айта алады. Науқас жиі қозғалмай, мәжбүрлік (бүктеліп аяғын ішіне тартып) қалпында жатуға тырысады. Мұнымен қабат құрсақтың бұлшық етінің кенеттен жиырыл-ғандығы, әсіресе эпигастралдық аймақта пайда болады.
- рентгеноскопиялық зерттеу кезінде бауыр мен диафраг-маның арасында «**қол орақтың пішіні**» сияқты көрініп тұрады. Перитонитке дейінгі құсу шамалы болады, «**тақтайға ұқсас құрсақ**» – симптомы.

Ойық жараның тесілуінің екінші кезеңі.

- Клиникалық көрініс 6-8 сағат өткенде, әсіресе екінші күн тәулігінде, бактериялық перитониттің жайылу белгісі дамыған кезде өзгереді. Сонда науқас кенет әлсірейді, қан тамырының соғуы жиілейді, дене қызуы артады, құрсағы кебеді, метеоризм пайда болады, жел шықпайды. Мұндай кезеңде, анамнезде ойық жара ауруы көрсетілмегенде, перитонитті тудыратын кезді анықтау қиынға соғады. Аурудың ең басталар кезінде оған диагноз қою бәрінен маңызды. Дер кезінде жасалған операция науқастың өмірін ұзартады. Перитонит дамыған кезде алғашқы күннің өзінде-ақ науқастың жартысына жуығы қаза болады, ал қалғандар (шамалысын қоспағанда) жақын арада қаза болады. **Щеткин-Блюмберг** симптомы оң,
- **А. П. Крымов** симптомы – кіндік аймағы не шап жарығы шығатын тесік тұсын саусақ ұшымен зерттегенде және дуглас кеңістігін тік ішегі арқылы зерттегендегі ауырсыну. Сол жақ қабырғасына жатқанда **И. К. Спижарныйдың** семсер тәрізді тұстағы тимпанит. Жүрек соғу дыбысы ұлғайып, кіндік тұсына дейін жетуі – **Causton** симптомы, қабырға асты тұсында естілетін диафрагманың үйкелу симптомы – **Brunner** ж.т.б.

- Қалталанған перфорацияның клиникалық көріністері диагноз қою үшін ойық жара тесілгеннен кейін бірнеше сағат өткен соң науқастың күйі нашарлаған кезде оңай болуы мүмкін. Алайда мұны өмірге қауіпті жағдайдан өтіп кетті деуге болмайды. Өйткені қалталанған перфорация тек маңындағы ағзаларға жабысу және қабыну процестерінің түзілуімен ғана біте қоймай, сонымен қатар диафрагма астындағы немесе бауыр астындағы абсцестің дамуымен, ең ақырында қалталанған перфорация құрсақ қуысына екінші қайтара жарылып, асқазанның ішіндегісі ішке құйылып, перитонит не сепсис дамуы мен аяқталуы мүмкін.

Хирургиялық араласу:

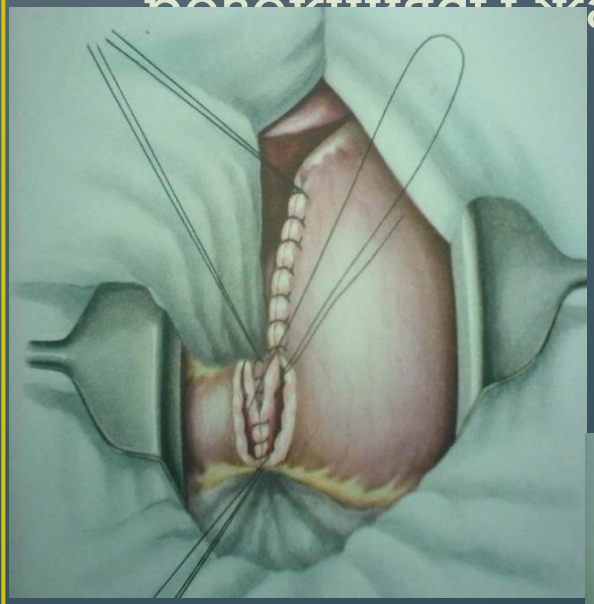
- Амбулаториялық жағдайларда орындалатын хирургиялық араласу:
- Амбулаториялық жағдайда хирургиялық араласу жүргізілмейді.
- Стационарлық жағдайда орындалатын хирургиялық араласу:
- Анестезиологиялық қамтамасыз ету:
- жалпы жансыздандыру.
- **Перфоративтік жара кезіндегі хирургиялық араласу мақсаты:**
- перфоративтік жараны жою;
- патологиялық экссудатты көшіру, іш қуысын санациялау және дренаждау;көзді бақылау (абдоминальды сепсис кезінде);
- асқазанның декомпрессиясы немесе перитонит аясында парез кезінде назонтестиналдық интубация;операциядан кейінгі кезеңдегі әрі қарайғы тактиканы анықтау (абдоминальды сепсис кезінде).

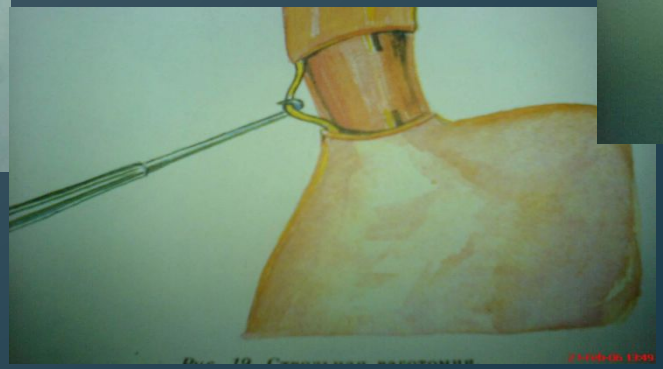
Хирургиялық емдеу

- перфорациялық жара асқазанға және он екі елі ішекке паллиативтік немесе радикалды операция емінде ашық иминиинвазивті әдіс орындалады.
- **Паллиативтік операциялар:**
- * жараны тігу;
- * кейіннен дәрі-дәрмекпен емдеу арқылы жараны кесу;
- * Graham әдісімен үлкен сальник оқшауланған учаскесімен перфорациялық тесік тампонада;
- * Оппель-Поликарпов (Cellan–Jones) әдісімен перфорациялық тесік тампонадасы (асқазанды резекцияға қарсы көрсетілімдер болған кезде, ал тігу тігістерді кесуге әкеп соғады) ·
- **Радикалды операциялар:**
- * асқазан резекциясы;
- * ваготомиямен жараны кесу.
- **Операция көлеміне әсер ететін факторлар:**
- * жараның түрі және орналасуы;
- * перфорация сәтінен бастап өткен уақыт;
- * перитониттің сипаты және таралуы;
- * ойық жара ауруы асқынуының болуы;
- *науқастың жасы;
- * операция жасайтын бригаданың техникалық мүмкіндіктері;
- * операциялық-анестезиологиялық тәуекел дәрежесі

Емі

- операциялық ем –жараны тігу, пилора-антрумэктомиямен ваготомия, экономды асқазан резекциясы жасалынады





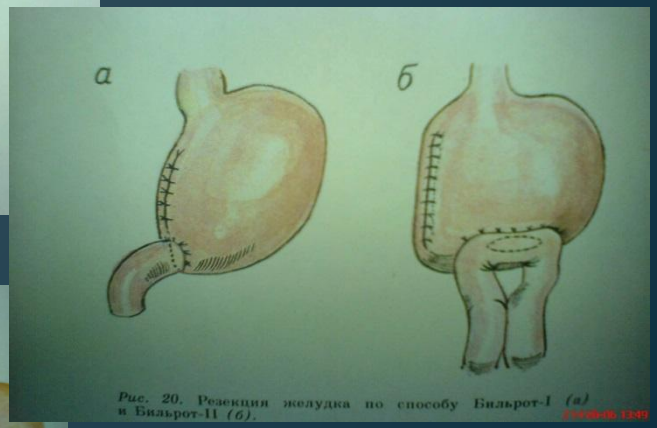


Рис. 20. Резекция желудка по способу Бильрот-I (а) и Бильрот-II (б).

Пилородуоденальды стеноз

- Даму себебі 12 елі ішек жара ауруы, сирек пилорикалық каналдың және препилорикалық жаралары.
- **Клиникасы**: 3 кезеңде өтеді:
- 1. компенсациялық;
- 2. субкомпенсациялық;
- 3. декомпенсациялық;

1-ші кезеңде науқас жағдайы орташа. Тағам тарылған саңылаудан ауырсынып өтеді. Эпигас-трий аймағында ауырсыну сезімі, қыжылдау, кекіру, құсу болады. Құсудан соң жеңілдік, ау-ырсыну басталады. Рентген зерттеуде асқазан үлкейген, перистальтика күшейген, пилородуа-денальді канал тарылған.

2-ші кезеңде эпигастрий аймағында ауырсыну сезімі күшейеді, сасық кекірік, көбірет құсу, құсық массасы тамақ аралас, құсу жеңілдік әкеледі. Асқазан перистальтикасы күшейген. Науқас жағдайы әлсіз, жүдеу, су-тұз алмасуы және қышқыл-негіздік жағдайы бұзылған. Рентген зертеуде асқазан кеңіген, перистальтика әлсіз, аш қарында сұйықтық бар, пилородуаденальді канал тарылған.

3-ші кезеңде эпигастрий аймағында қатты ауырсыну сезімі, күнделікті құсу ұзақ сақталған тамақпен. Диурез сусыздану нәтижиесінде азаяды, перистальтика әлсіз. Науқас жағдайы әлсіз, жүдеу, терісі құрғақ.

Диагностикалық алгоритм (схема)

Физикальные данные:
Нарушение желудочной эвакуации + гипотония или тяжелый эксикоз или судороги или сильной абдоминальная боль или признаки ЖКК

Высокий риск развития осложнений, органной дисфункции.
Немедленная инфузия солевых растворов, включая ионы калия, промывание желудка через зонд. **Экстренная** госпитализация в хирургический стационар для дальнейшего обследования и

Нет

Лабораторная диагностика:
Сгущение крови, алкалоз, гипокалиемия, азотемия

Нет

Инструментальная диагностика:
На ЭГДС с биопсией верифицирована злокачественная опухоль

Консультация онколога для определения дальнейшей диагностической программы и тактики лечения

Нет

Рентгенография с контрастом: Установлена стадия декомпенсации

Госпитализация в хирургический стационар в **ЭКСТРЕННОМ** порядке

Нет

Консультация хирурга и эндоскописта для решения вопроса о тактике

Госпитализация в хирургический стационар в плановом порядке

Консервативная медикаментозная терапия и эндоскопические методы лечения в амбулаторных условиях (возможно как 1 этап)

Шағымдары, анамнез

↓

Физикалық зерттеулер

↓

- Жалпы қан талдауы – анемия болуы мүмкін (айқын немесе жасырын қан кету), лейкоцитоз және ЖА асқынбалы түрінде ЭШЖ артуы (пенетрация немесе

Жараның те-уі, айқын перивисцерит);

- Жасырын қанға нәдіс талдауы – гастродуоденальды қан кетуді анықтау үшін.
- H.pylori диагностикалауда гистологиялық әдіс және/немесе ЖУТ

- Биосепсиямен бірге ФЭГДС;
- Биоптатты гистологиялық және цитологиялық зерттеу;
- ІО УДЗ – көрсетілім бойынша;

Рентгенология зерттеу – пилоростеноз дәрежесін анықтау үшін (аурудың асқынулары болғанда)

↓

Диагноз қою

↓

Хирург кеңесі – көрсетілім бойынша (қан кету, тесілу, пенетрация және/немесе пилоростеноз симптомдарының болуы

Медикаментозды емдеу

- (аурудың ауырлық дәрежесіне байланысты) науқастарды жоспарлы хирургиялық араласуға операция алдындағы дайындық ретінде қолданылады. Ойық жара және қабыну процесі болған кезде қазіргі заманғы антисекреторлық дәрілер және антихеликобактерлік препараттар қолданылады. Су-электролит алмасуының, қан плазмасының ақуыз құрамының бұзылуын түзетуді және дене салмағын қалпына келтіруді қамтамасыз ету қажет. Бұл мақсаттарға тұз препараттарын, глюкоза мен аминқышқыл препараттарын немесе парентеральды тамақтануға арналған кешенді теңдестірілген препараттарды парентеральды енгізумен жетеді. Дегидратация мен гипокалиемияны жою маңызды.

Хирургиялық емге көрсеткіш

- стеноз аймағын эндоскопиялық дилатациялау әдісі немесе стентті орнату. Әдіс хирургиялық араласудың жоғары қаупі жағдайында жеке немесе емдеудің бірінші кезеңі ретінде пайдаланылуы мүмкін.

Индивидуальная карта наблюдения пациента

Категория пациентов	Общий анализ крови и мочи	Биохимический анализ	Визуальная диагностика Р-графия, УЗИ, КТ	ФГДС	Консультация гастроэнтеролога
Консервативное лечение	1 год -2 раза 2 год – 1 раз, далее по показаниям	1 год -2 раза 2 год – 1 раз, далее по показаниям	1 год -2 раза 2 год – 1 раз, далее по показаниям	2 раза в год, далее по показаниям	1 раз в год, далее по показаниям
Состояние после	1 год-3раза; 2 год-2раза; 3 год -1	1 год -3 раза 2 год – 2 раза, далее	1 год -2 раза 2 год – 1 раз, далее	По показания	2 раза в год, далее по

Жара пенетрациясы

- Жара пенетрациясының дамуында 3 кезең бар:

1. Қабырға ішілік жара пенетрациясы.

2. Фиброзды өсу кезеңі.

3. Көрші органдарға жара пенетрациясының аяқталуы.

- Жиі жағдайда жара пенетрациясы кіші шарбы-ға, ұйқы безі басына, бауыр, 12 елі ішек байламына шығады. Жара пенетрацясы бауырға, өт қабына, көлденең тоқ ішекке және оның шажырқайына шығады. Клиникасында қатты ауырсыну синдромы дәрілік емдеуге жатпайды, ауырсыну таралады. Арқаға таралу жара пенетрациясы ұйқы безіне өткенде болады. Зерт-теуде бұлшық ет қатаюы (висцеро-моторлы рефлекс), локальды ауырсыну. Қан анализінде лейкоцитоз, СОЭ жоғарылайды. Рентген зерт-теуде ниша көрінеді.
- Органға жара пенетрациясы органмен асқазан (12 елі шек) арасында патологиялық фистула пайда болады. Ол арқылы жара органға өтеді. Фистула дамуы ауырсынумен, температура жоғарлауымен, лейкоцитозбен көрінеді. Құрсақ арты кеңістікке жара пенетрациясының ашылуы, іш пердесімен жабылған жерде орна-ласқан жаралар кезінде болады. Асқыну құрсақ арты флегмонасына әкеледі.

Шағымдары, анамнез

↓

Физикалық зерттеулер

↓

- Жалпы қан талдауы – анемия болуы мүмкін (айқын немесе жасырын қан кету), лейкоцитоз және ЖА асқынбалы түрінде ЭШЖ артуы (пенетрация немесе

Жараның те-уі, айқын перивисцерит);

- Жасырын қанға нәдіс талдауы – гастродуоденальды қан кетуді анықтау үшін.
- H.pylori диагностикалауда гистологиялық әдіс және/немесе ЖУТ

- Биосепсиямен бірге ФЭГДС;
- Биоптатты гистологиялық және цитологиялық зерттеу;
- ІО УДЗ – көрсетілім бойынша;

Рентгенология зерттеу – пилоростеноз дәрежесін анықтау үшін (аурудың асқынулары болғанда)

↓

Диагноз қою

↓

Хирург кеңесі – көрсетілім бойынша (қан кету, тесілу, пенетрация және/немесе пилоростеноз симптомдарының болуы

Маман консультациялары үшін көрсетілімдер:

- · хирургтың консультациясы жаралық аурудың асқынуына күдіктенгенде (тесілу, пенетрация, тыртықты-жаралы стеноз, жараның малигнизациясы).
Йық жарадан қан кету ЖА науқастардың 15-20%-ында асқазанда таралуынан пайда болады. Оның пайда болуына тәукеле факторлары:
- ацетилсалицил қышқылын және стероид емес қабынуға қарсы заттар / агенттер қабылдау;
- *H. Pylori* инфекциясы;
- Жара өлшемі> 1 см.
Жарадан қан кету құсқанда «кофе қоюы» (гематимезис) немесе дегти тәріздес нәжіс (мелена) түрінде пайда болады. Жалпылама қан кетуде және тұз қышқылының аздаған секрециясында, сонымен қатар жара асқазанның крдианальды бөлігінде таралғанда, құсық массасында қан қоспасын көрінеді. Кейде асқазандық қан кетудің клиникалық көріністердің бірінші орнында жалпы шағымдар болады (әлсіздік, сананы жоғалту, артериальды қысымның төмендеуі, тахикардия).

Госпитализация

- ЕМДЕУГЕ ЖАТҚЫЗУ ТИПІН КӨРСЕТУМЕН ЕМДЕУГЕ ЖАТҚЫЗУҒА АРНАЛҒАН КӨРСЕТІЛІМДЕР

  Жоспарлы емдеуге жатқызуға арналған көрсетілімдер: амбулаториялық дәрілік терапияның тиімсіздігінде.

  Шұғыл емдеуге жатқызуға арналған көрсетілімдер:
  • аурудың асқынған түрлері;
  • аурудың ауыр синдромы;
  • амбулаториялық дәрілік терапияның тиімсіздігі;
  • ілеспелі аурулар.