

**Лейкоздар. Гастриттер.  
Гастродуодениттер.  
Асқазан және он екі елі  
ішек жарасы.**



- Жедел лейкоз — қанның бағаналық жасушаларының мутациясы нәтижесінде сүйек миында біріншілік пайда болған біріншілік клональды (онкологиялық) ауру. Мутация салдары болып мутацияланған жасушалардың ұрпақтары қанның жетілген жасушаларының дифференцировкасына дейін қабілетінің жойылуы болып табылады. Жедел лейкоздардың морфологиялық субстраты бластты клеткалар.



- Жедел лейкоздардың (ЖЛ) дамуының қауіп-қатер факторлары : Созылмалы аномалиялар; сәулелену; дәрілік терапия және қоршаған ортаның ластануы нәтижесіндегі токсикалық әсерлер; Қосымша қан түзілу аурулары (миелодисплазиялар, рефрактерлік анемиялар, пароксизмальді түнгі гемоглобинурия и т.д.).



- Жедел миелобластты лейкоздар (ЖМЛ) Жедел аз дифференцирленетін лейкоз ЖМЛ жетілусіз ЖМЛ жетілумен Жедел промиелобластты лейкоз Жедел миеломонобластты лейкоз Жедел монобластты лейкоз Жедел эритромиелоз Жедел мегакариобластты лейкоз Жедел лимфобластты лейкозы (ОЛЛ) Жедел Т-бластты лейкоз; Жедел О-бластты лейкоз; Жедел В-бластты лейкоз; Жедел дифференцирленбейтін лейкоз (ОНЛ);



- Жедел лимфобластты лейкозы (ОЛЛ) Жедел Т-бластты лейкоз; Жедел О-бластты лейкоз; Жедел В-бластты лейкоз; Жедел дифференцирленбейтін лейкоз (ОНЛ);
- Лейкоз эпидемиологиясы Жыл сайын 1 млн тұрғынға жедел лейкозбен 35 адам тіркеледі. Ауру құрылымы көбінесе жасқа байланысты. ЖЛЛ көбінесе бала кезінде және 40 жастан асқанда дамиды. ЖМЛ барлық жастарда кездеседі. ЖМЛ жиілігі әйел және ер адамдарда бірдей.



□ Лейкоз патогенезі:

Жедел лейкоздардың патогенез негізінде қанның бағаналық жасушаларының мутациясы жатыр, ол мутацияланған жасушалардың пісіп-жетілуінің қабілеті толық жойылуына әкеледі. Мутантты клон ағзаның кез-келген реттеуші әсерлеріне автономды және қалыпты гемопоэтикалық жасушаларды тез ығыстырады, ол барлық гемопоэзді араластырады. Жедел лейкоз кезінде ісіктік жасушаларда алғашында өсіп-жетілудің дефектісі айқын болғандықтан жоғарғы қатерлік қан түзілудің экстрамедуллярлы ошақтарынан пайда болуымен, пролиферативті белсенділіктің жоғарылауымен, жүргізілген емге резистенттіліктің пайда болуымен көрінеді.



## Лейкоз кезіндегі клиникалық көрініс:

- Аурудың күрт немесе біртіндеп басталуы мүмкін. Сүйек миы жетіспеушілігі синдромдары және қабыну белгілері тән. Ауыз қуысындағы шырышты қабаттарында және миндалина тіндерінде лейкозды инфильтрацияларға байланысты некротикалық гингивит, тонзиллит (некротикалық баспа) пайда болады. Кейде екіншілік инфекция қосылып өлімге әкелетін сепсис дамиды. Науқас жағдайының ауырлығы айқын интоксикациямен, геморрагиялық синдроммен, тыныс алу жетіспеушілігімен (үлкейген кеудеішілік лимфа түйіндерімен тыныс жолдарын басып тастау салдарынан) көрінеді. Белсенді цитостатикалық ем жедел лейкоздардың ағымына әсер етті, яғни индуцирленген дәрілік патоморфозға әкеп соқты. Соған байланысты қазіргі кезде аурудың келесі клиникалық дәрежелерін ажыратады



- Сүйек миының жеткіліксіздігі.
- Геморрагиялық синдром
- Анемиялық синдром
- ДВС-синдром





- Лейкоз диагностикасы: Қанды динамикалық (апта сайын) зерттеу (бластты жасушаларға айналуы, лейкомиялық зияние болуы). Стернальды пункция (сүйек миында 30 % - дан көп болуы, миелограммада қалыпты жасушалық қатынастардың бұзылуы, мегакариоциттердің азаюы немесе жойылуы) әр 2-4 апта сайын. Трепанобиопсия көмегімен алынған сүйек миын зерттеу (қан түзілу өсінділерінің қалыпты қатынастарының бұзылуы кезінде диффузды немесе ірі ошақты бластты инфильтрация, қалыпты гемопоэздің бұзылуы, сүйектің сорылуы) — 2-3 айда 1 рет қайталау керек.



- Лейкоздарды емдеу Полихимиотерапия принциптері:
- Екпінді емдеу әдісі; Препараттарды циклді қабылдау; Емдеу интенсивтілігі; цитостатикалық препараттардың сәйкес келуі. Барлық химиопрепараттар екі негізгі топқа бөлінеді:
- 1-ші топ — жасушалық циклға (циклоспецификалық) әсер ететін, митоздың бір немесе бірнеше фазасына әсер ететін химиялық агенттер
- 2-ші топ — бұл химиялық зат, оның әсері циклға тәуелсіз.



## Болжамы:

- Болжам науқастың жасына байланысты. Жедел лимфобластты лейкоз (ЖЛЛ) кезінде болжам 5-10 жастағы балаларда (100% жағдайда тұрақты ремиссия) қолайлы, 80% жағдайда сауығу болып табылады. Жедел миелобластты лейкоз (ЖМЛ) кезінде адекватты емделгенде 95% науқастарда 30 жасқа дейінгі науқастарда тұрақты ремиссия (5 жылдан артық ремиссия) болады. 20% науқастарда сауығу болады.



## Гастриттер

- Гастрит-асқазанның шырышты қабатының қабынуы.
- **Этиологиясы.** Әдетте жедел ағымды гастриттің дамуында экзогендік жайлардың маңызы бар; токсикалық инфекциялар, тамақтану бұзылыстары (режим, рацион жайы, пісіп жетілмеген көкөністер, майлы, тәтті, көпклеткалы тағамдарды мөлшерден тыс қабылдау, өте ыстық не өте салқын, қорытылуы ауыр не жағымсыз тағамдар, кейбір тағамдардың жақпауы (аллергиялық сезімталдық).
- **Клиникалық көрінісі:** ауру өте жылдам, кейде кенет басталуы мүмкін, алдында бала аз уақыт мазасызданады — енжарлық қалтырау, лоқсу, асқазан толу сезімі, сілекей ағуболады.. Бұған қоса бас ауыру, бас айналу, тәбеттің жоғалуы, іш бүріп, қайталап құсу болады. Ұзақтығы-2-5 күн. Инфекциялық гастритте улану белгілері, дене қызуының көтерілуі, сусыздану байқалады. Ұзақтығы-7-10 күн.



## Диагностикасы:

- 1) Этиологиясын анықтау (инфекциялар, тамақтану кемістіктері).
- 2) Гастроскопия (шырышты қабаттарының алқызыл түсі, ісінуі, геморагиялар мен эрозиялар).
- 3) Клиникалық белгілері.
- 4) Инфекциялық аурулармен, хирургиялық аурулармен ажырату диагностикасы.



□ **Емі;**

1. Төсек режимі (1-3 күнге)

Ішке жылу басу (қозғалыс және сөл шығару қызметінің бұзылысын қалпына келтіру үшін)

Сұйық (суық чай, лимон қосылған қайнаған су, 5-тік глюкоза, Рингер сұйығы, қоңыр итмұрын (шиповник) тұнығы.

Қажетті сұйық мөлшерін жасы мен жоғалған дене салмағына қарай толтырады; сұйық вена арқылы жіберіледі (инфузия).

№1 диетаға ауыстырады. Қалыпта тамақтануға көшіру 1-2 аптаға созылуы тиіс.

Бактерияларға қарсы ем тағайындалады;

ферменттер,

С мен В (В1В2В3) тобының витаминдері;

ас тұзының изотоникалық, глюкозаның 5 ертіндісі,

Алдын алу-тамақтану гигиенасы тәртібін қатаң сақтау (жеке және қоғамдық); қосалқы созылмалы инфекция ошақтарынан дер кезінде тазартып-сауықтыру; гельминттерден арылту; асқазан-ішек жұмысын қалыпқа келтіру шаралары; дәрі-дәрмектер қабылдауға ұқыпты қарау; балалардың соматикалық ауруларын дер кезінде анықтап әрі мұқият емдеу.



- **Асқазан мен 12 елі ішектің созылмалы аурулары. Гастродуодениттер.**
- Ас қорыту, функционалдық бірыңғайлығына қарай созылмалы гастрит пен дуоденит көбінесе аралас гастродуоденит түрінде байқалады.
- Созылмалы қабыну қарын мен 12 елі ішектің шырышты қабатындағы дистрофиялық өзгерістерімен білінеді.
- **Этиологиясы мен патогенезі** өте күрделі, әлі толық зерттелмеген. Соңғы кезге дейін бұл дерт асқорыту жүйесінің қарын-12 елі ішек бөліміндегі инфекциялық емес қабынуы деп қарастырылап келді.
- Австралия зерттеушілері (Уоррен Маршал 1983) ашқан жаңалық ( олар осы ағзалардың шырышты қабатынан Грам-теріс-*Helicobacter pylori*-микробтар бөліп шығарып, өздеріне тәжірибе жасады) бұл аурулардың этиологиялық және патогенетикалық жайларына көзқарасты мүлдем өзгертуге негіз болды.



- Созылмалы гастродуоденит дамуына себепші жағдайлар;
- **1. Алиментарлық жағдай.**
- **2. Тағамдық аллергия.**
- **3. Дәрі-дәрмектер.**
- **4. Инфекциялық әсерлер. (*Helicobacter pylori*)**





- **Клиникалық көрінісіне** полиморфизм тән.
- 1. Ауырсыну синдромы; іштің жоғарға тұсы, тамақ ішкен соң бірден аз не анық. Бірақ қысқа мерзімді болса, беткейлік гастритке тән.
- 2. Диспепсиялық синдром; «сасық» кекіру, ауыздан жағымсыз иіс байқалады. Лоқсу, құсу, ішек бұзылыстары (көбіне іш қатуы) болуы мүмкін.
- Пальпациялық көріністер; ауырсыну сезімі эпигастрий аумағында толық байқалады.



## □ **Диагнозы.**

- 1. Анамнездің мәні аса зор;
- 2. Асқазанды зондпен тексеру бұл ағзаның қышқыл, фермент және сектеторлық қабілетінен мәлімет береді.
- 3. Гастрофибродуедоноскопия. Бұл тәсіл асқазан мен ұлтабардың кілегей қабатындағы қабыну процесін, атрофиялық, беткейлік, эрозиялық өзгерістерді анықтауға т.б. мүмкіншілік береді.



## Емі.

- Созылмалы гастрит емі балаларда кешенді, әрі сатылы жүргізілуі тиіс.
- 1. Өзіндік ауру пайда болған кезде (қайлалау)баланы ауруханаға жатқызып, төсектік режим тағайындаған жөн. Бұнымен асқазан жүйесі қозғалысы азайып, қанайналысы молайып, шырышты қабат репарациясы жоғарылайды.
- 7-10 күннен соң жартылай төсектік, 3 аптадан соң жалпы режимге ауыстырылады.
- 2. Кешенді әрекеттер арасында ең маңызды орын диетотерапияға беріледі (негізі механикалық, термикалық және химиялық жұғымдылығы, тиімділігі). 3-5 күнге 1 «а» диетасы тағайындалады, содан екі апта бойы 1 «б», кейін Певзнер бойынша №1 стол (осылай кемінде 6 ай бойы).
- Клиникалық симптомдары тарқаған соң, 6 айдан кейін науқас бір жылға №5 диетаға көшіріледі.
- Тағамда В, С, А, Е витаминдері мөлшері жеткілікті болуы тиіс.



## Медикаменттік ем.

- 1. (*Helicobacter pylori*) үшін тинидазол, де-нол беріледі, бұларға ауру шақырған бактерия өте сезімтал. Агрессивті жайлардың әсерін төмендету (белсенді қышқылды-пептикалық факторға қарсы)- А-алмагель, Na гидрокарбонаты, кальций карбонаты, көмір қышқыл және күйдірілген магнезия
- 2. Витаминді терапия.
- 3. Ауырсыну синдромы өте айқын жағдайда спазмолитик қосқан жөн (папверин, но-шпа).
- 4. Диспепсиялық синдромда /күсуда/ реглан, церукал сияқты асқорыту жүйесінің жұмысын реттеуге арналған дәрілер тиімді
- 5. Гастрофарм- асқорыту жолдарының шырышты қабатына трофикалық, қорғаныс және регенерациялық оң әсері бар дәрі.
- 6. ферменттер (фестал, панзинорм, мезим-форте) және өт айдайтын дәрілер беру пайдалы.



## Физиоєм.

- электрофорез (новокайн, платифиллин, папаверин) эпигастрий үстіне жасалады. Балшық, озокерит, су емін қосарлау тиімді (радон, хвоя, хлоридті-натрийлі ванналар
- 5.Санаторлық-курорттық ем. Ем жүйесінің маңызды кезеңіне жатады. Негізгі мақсаты-ауруханада қол жеткен игі өзгерістерді тұрақтандыру



- **Асқазан, 12-елі ішек жарасы.**
- Асқазан және 12-елі ішектің шырышты қабатында жараның пайда болуымен сипатталатын ,рецидивті өтетін созылмалы ауру.
- **Этиологиясы:** тамақтанудың режимінің және сапасының бұзылыстары, стресстік ситуациялар, тұқым қуалаушылық, инфекциялық фактор-хеликобактерлер.
- **Клиникалық формалары:**
- **I. Жараның орнына байланысты:**
- 1. Асқазан жарасы
- 2. 12-елі ішек жарасы.
- 3. Асқазан, 12-елі ішек жарасы.



□ II. Асқазанның секреторлық қызметіне байланысты:

1. Қышқылдығы қалыпты
2. Қышқылдығы жоғары
3. Қышқылдығы төмен

III. 1. Асқынған 2. Асқынбаған.

Диагностикалық критерийлері: диспепсиялық бұзылыстар, лоқсу, құсу, кекіру, қыжылдау, аш қарында ауырсынулар /түнгі/.

Емі: Микробқа қарсы-Де-нол, фуразолидон, ампициллин, т.б. гастросидин, қызылмай, итмұрын майы, алмагель, викалин, Физиоем-инемен емдеу, электроұйқы.

Диспансерлік бақылау: 1-ші жылы — ай сайын бақылау, жылына 3 рет 1 айдан рецидивке қарсы ем, денешынықтырудан босату.

2-3ші жылы-квартал сайын бақылау, жылына 2 рет рецидивке қарсы ем, дайындық тобында дене шынықтыру.







