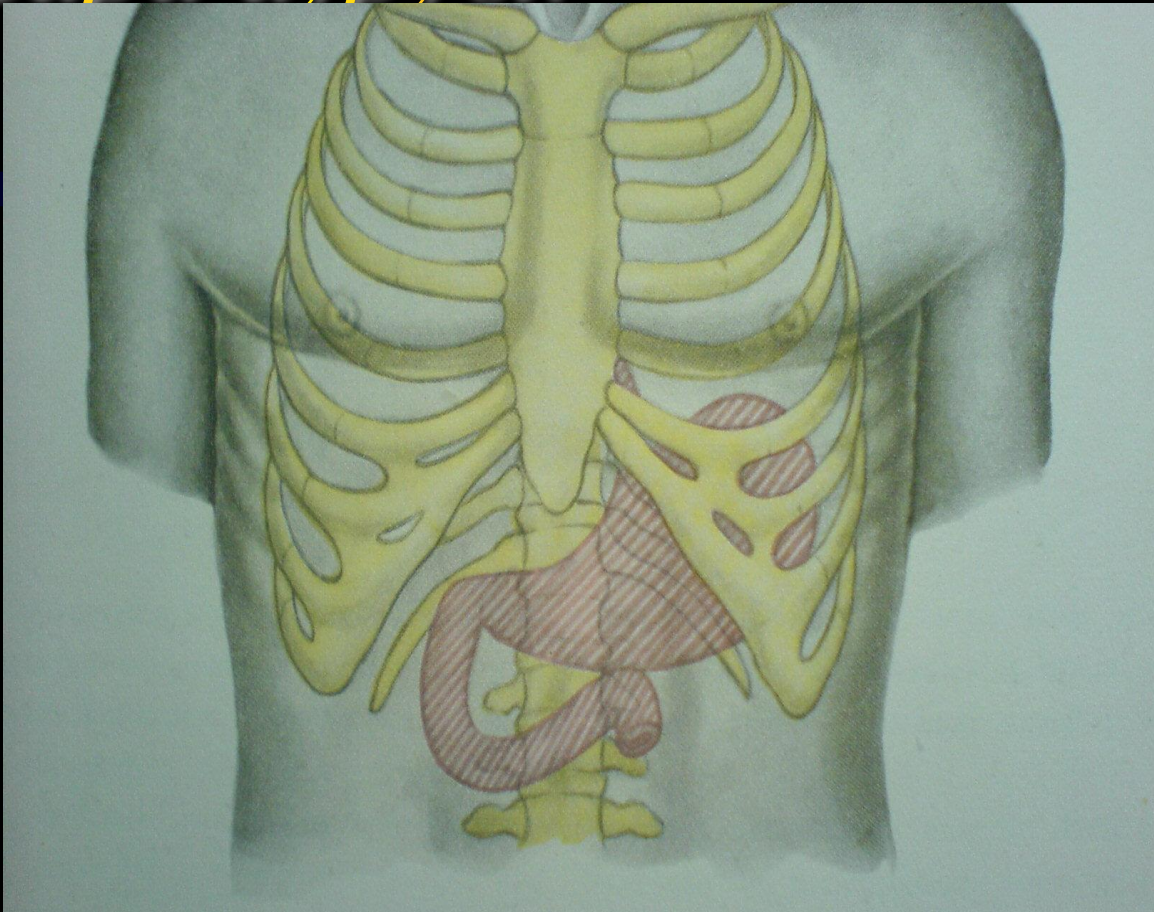
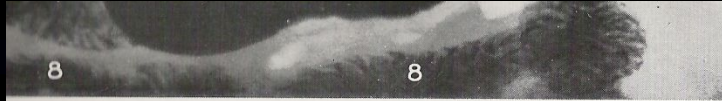


# Асқазан мен 12-елі ішектің

жсара ауруы.

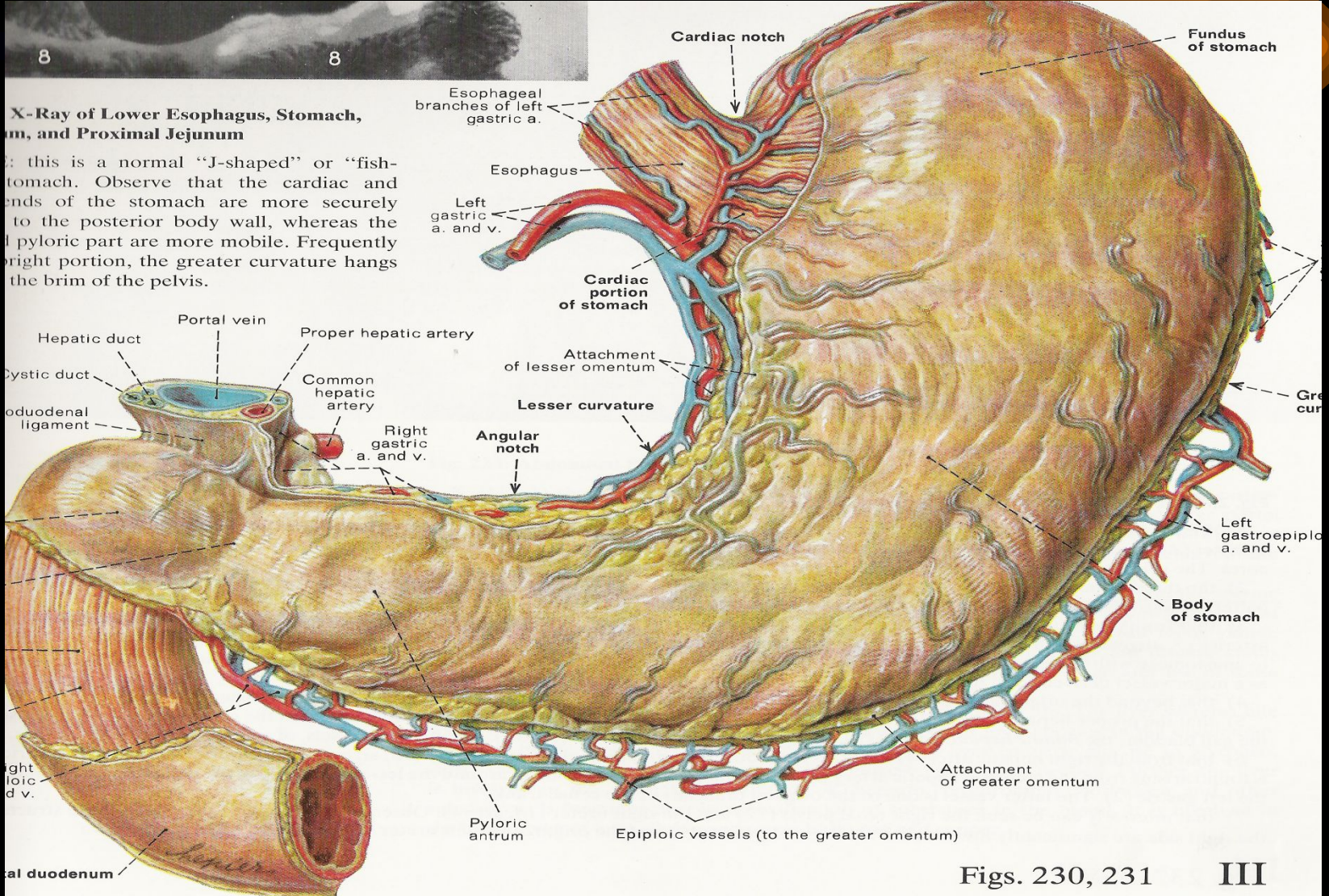


# PEPTIC ULCERS



**X-Ray of Lower Esophagus, Stomach, Duodenum, and Proximal Jejunum**

This is a normal "J-shaped" or "fish-tomach." Observe that the cardiac and pyloric ends of the stomach are more securely attached to the posterior body wall, whereas the lesser and greater curvatures and the pyloric part are more mobile. Frequently in the right portion, the greater curvature hangs down to the brim of the pelvis.



- Жара ауруы-полиэтиологиялық ауру.Патогенезі көп факторлы.
- Жара ауруына әкелетін факторлар:
  - 1.Тұқым қуалаушылық.
  - 2.Өмір салты.
  - 3.Стресстік бұзылыстар.
  - 4.Химиялық және физикалық факторлар.
  - 5.Дәрілік препараттар.
  - 6.Жастық нейроэндогенді өзгерістер.

Жара ауруының этиологиясында *Helicobacter pylori* бактериясының орны өте маңызды.

- НР-70-79%-созылмалы гастрит ауруында 70%-асқазан жарасы 90%-дуоденальді жара ауруларында кездеседі. НР тек асқазан эпителиінде ғана өмір сүре алады. Олар асқазанның антральді бөлігінде орналасып, созылмалы қабыну туғызады.

- 12-елі ішек жара ауруы бар науқастардың бәрінде асқазан эпителиінде ошақтар болады, олар клетка метоплазиясынан, яғни асқазан сөлінің көп бөлінуінен пайда болады. Бұл жерлерде микроорганизмдер көбейіп, шырышты қабат қабынуын тудырады. НР қышқыл ортада тіршілік ету ерекшелігі уреаза-ферментін бөлуі, ол мочевианы ыдырата алады. НР айналасына көмірқышқылы мен аммиактан тұратын қабат түзеді, ол асқазан тұз қышқылын нейтролиздейді.

## *Патогенезі:*

- қышқыл-пептикалық фактор, моторика мен қышқыл түзудің бұзылуы, шырышты қабат регенерациясы мен морфологиялық қайта құрылу жатады. Жара ауруында стресс факторы маңызды орын алады  
Гастродуоденальді зонаға стрессор әсері 2 жолмен өтеді:

1. Нервті жол: бас ми қыртысы- аралық ми- кезбе нерв орталығы-кезбе нерв-гастродуоденальді зона.

2. Гормональді жол: ми қыртысы-гипоталамус-гипофиз-бүйрек үсті без қыртысы-глюкокортикоидтар-гастродуоденальді зона.

Жара дефектісі асқазан мен 12 елі ішекте агрессия және шырыш қабат қорғанысының динамикалық тепе-теңдігі бұзылғанда дамиды.

Негізгі агрессия факторы тұз қышқылы мен пепсин. Тұз қышқылы тіндерге зақымдаушы әсер етеді, пепсин некрозға ұшыраған тіндерді қорытады. Шырышты қабаттың резистенттілігін қамтамасыз етуде муциннің маңызы зор, ол жапқыш эпителий клеткаларын шығарады. Буферлік жүйеге байланысты муцин қышқылдар мен негіздерді нейтраліздейді.



# Жара ауруының негізгі симптомдары.

Ауырсыну - мезгілге байланысты (күз, көктем) күшейеді. Эпигастрий аймағында “қанжар сұққан тәрізді” ауырсыну болады.

Асқорыту немесе аш кезінде қатты ауырсыну болады. Ауырсыну ас қабылдаған соң 15-40 мин кейін болса, ерте ауырсыну деп аталады. 1.5-3 сағаттан соң болса, кеш ауырсыну дейді. Ас қабылдағанға байланысты, құсудан соң жеңілдік болады.

Құсу-құсық тамақ, өт, қан, нәжіс аралас болады. Құсық тамақ аралас болса-асқазан қоры-

ту қабілетінің бұзылуы, өт аралас болса-дуоденогастальді рефлюкс, нәжіспен болса-асқазан мен көлденең тоқ ішек арасында жыланкөздің болуына байланысты. Жара ауруында қан кету анық және жасырын болуы мүмкін. Қан кету қанды құсықпен (haematomesis) немесе қанды нәжіс (mellaena) ретінде болуы мүмкін.

**Қыжылдау-эпигастрий** аймағында немесе төс артында жағымсыз әсер болады. Ас, антоцид қабылдаған соң басылады. Оның пайда болуы асқазан ішек рефлюксіне байланысты.

## *12- елі ішек жара ауруы.*

94% науқастарда 12 елі ішек басында орналасады. Екі жара қатарынан болуы мүмкін-алдыңғы және артқы қабырғада (“целующиеся язвы”) және басынан тыс жара болады.

**Клиникасы.** Жас, орта жастағы адамдар, көбіне ер адамдар ауырады. Ауырсыну эпигастрий аймағында, ас қабылдағанға байланысты.

Ауырсыну ритмі: аштық-ауырсыну-ас қабылдау-жеңілдік-аштық-ауырсыну. Құсу жеңілдік әкеледі. Рентгенологиялық зерттеуде “рельефнишаны” көруге болады.

- **Дифференциальды диагноз:** 12 елі ішек жара ауруының клиникасында ауырсыну оң жақ қабырға астында ұстама болса, өт-тас ауруымен, холециститпен салыстырады. Жара ауруы кезінде ауру мезгілге байланысты асқынады, құсудан соң ауырсыну басылады, пальпация жасағанда оң түзу бұлшықет аумағы ауырса, өт-тас ауруында оң жақ қабырға асты ауырсынады.

Созылмалы панкреатитпен салыстырмалы диагноз жасау керек, ауырсыну іштің жоғарғы бөлігінде, ас қабылдаудан соң болады, құсудан соң жеңілдік жоқ, ауырсыну иррадиация береді.

# Емі:

консервативті-қышқыл өндіруді тежеуші, антацит, седативті, шыршыты қабаттың қорғаныс қызметін жақсартатын заттар. Консервативті ем әсері болмаса оперативті ем қолданылады.

Ваготомия және дистальді асқазан резекциясы жасалады. Асқазан резекциясы кезінде гастрин өндіретін антральді бөлімді алып тастайды, Билирот I әдісін қолданады. Бағаналық Ваготомия, селективті асқазан Ваготомиясы, проксимальді селективті Ваготомия, Джадду бойынша пилоропластика, Жабулэ бойынша гатродуоденостомия, Финей бойынша пилоропластика, гастроеюностомия.

## **Асқазан жара ауруы.**

Джонсон классификациясы бойынша 3-типке бөлінеді:

I.-медигостральді жара, асқазан денесінде орналасады.

II.-асқазан мен 12 елі ішек біріккен жара ауруы.

III.-пилорикалық каналдың және препилорикалық жара.

**Асқазан медигостральді жара ауруы дуоденальді жара ауруынан 4 есе жиі кездеседі.**

**Патогенезі.** Дуоденогастральді рефлюкс-созылмалы антральді гастрит-шырышты қабаттың қышқыл-пептикалық әсерге қарсы тұруының төмендеуі.

**Клиникасы.** 40 жастан асқан адамдарда жиі кездеседі. Ауырсыну эпигастрий аймағында. Ас қабылдағаннан кейін немесе 15-45 мин соң басталады. Ауырсыну тамақ асқазаннан шыққан кезде басылады. Ауырсыну семсер тәрізді өсіндіден кіндік аймағында, орта сызықтан солға қарай болады, төс артына, сол кеуде бөлігіне, арқаға таралады. Қыжылдау мен кекіру жиі болады. Ауырсыну күшейгенде құсу болады, жеңілдік береді.

**Емі:** оперативті ем. Асқазанның дистальді резекциясы антральді бөлімді алу, гастродуодено-анастомоз Билирот I әдісі қолданылады.

**Асқазан мен 12 елі ішек біріккен жарасы.** Ең алдымен 12 елі ішек жарасы пайда болып, 1-неше жылдан соң асқазан жара ауруы дамиды.

**Клиникасы.** 2 периодтан тұрады.

1. 12 елі ішек жара ауруы дамиды;
2. асқазан жара ауруы дамып клиникасы өзгереді. Ауырсыну симптомы жалғасады, асқыну ұзарады, жара баяу тыртықтанады, асқыну жиілігі 60%.

**Емі:** оперативті.



## **Пилорикалық каналдың және препилорикалық жара.**

Клиникалық ағымы 12 елі ішек жара ауруымен бірдей, ерекшелігі малигнизация (3%) болады.

**Дифференциальды диагноз:** қатерсіз және малигнизацияланған жара ауруымен жүргізіледі. Гастроскопия мен биопсия жасалады.

**Емі:** оперативті.

**Асқынулар.**

**Перфорация. Жіктелуі:**

1. бос іш қуысына перфорация;
2. жабық перфорация;

12 елі ішектің алдыңғы қабырғасы мен препилорикалық жаралар жиі перфорацияға ұшырайды. Тесік диаметрі 2мм-2см. Жара перфорациясы перитонитке әкеледі. Бос іш қуысына жараның перфорациялануы 3 кезеңнен тұрады: I. алғашқы шок-3-6сағат; II. “жалған жақсару” -6 сағатқа дейін; III. жайылған перитонит-6 сағаттан кейін;

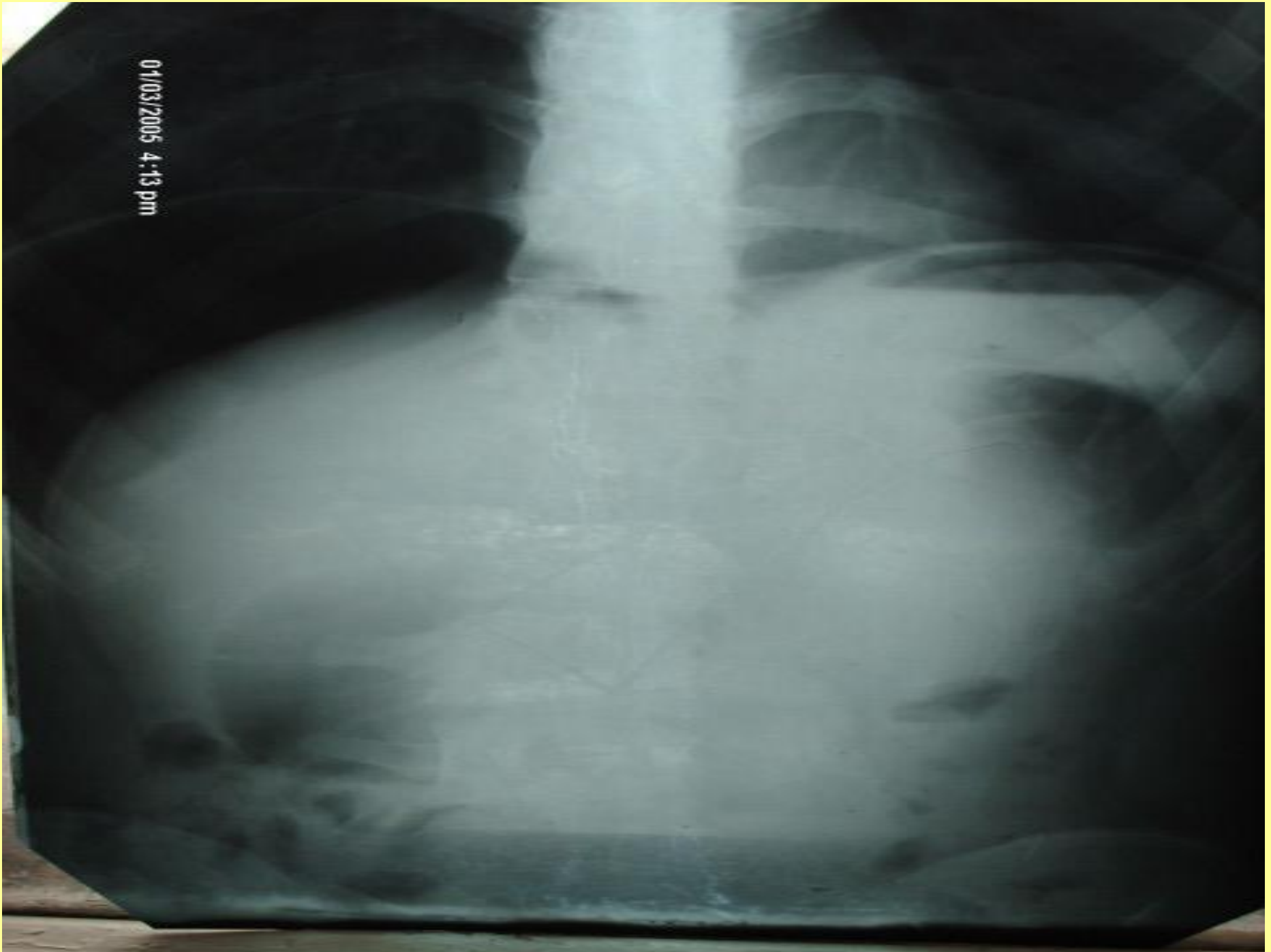
1. кезеңде ауырсыну қатты, ұзақ, эпигастрий аймағында. Ауырсыну нәтижесінде ауыр абдоминальді шок дамиды. Ауырсыну бүкіл ішке, оң және сол жауырынға бұғана аймағына таралады. Құсу немесе жүрек айну, температура төмен, пульс нормадан 50-60 ретке баяулайды, қан қысымы төмендейді.

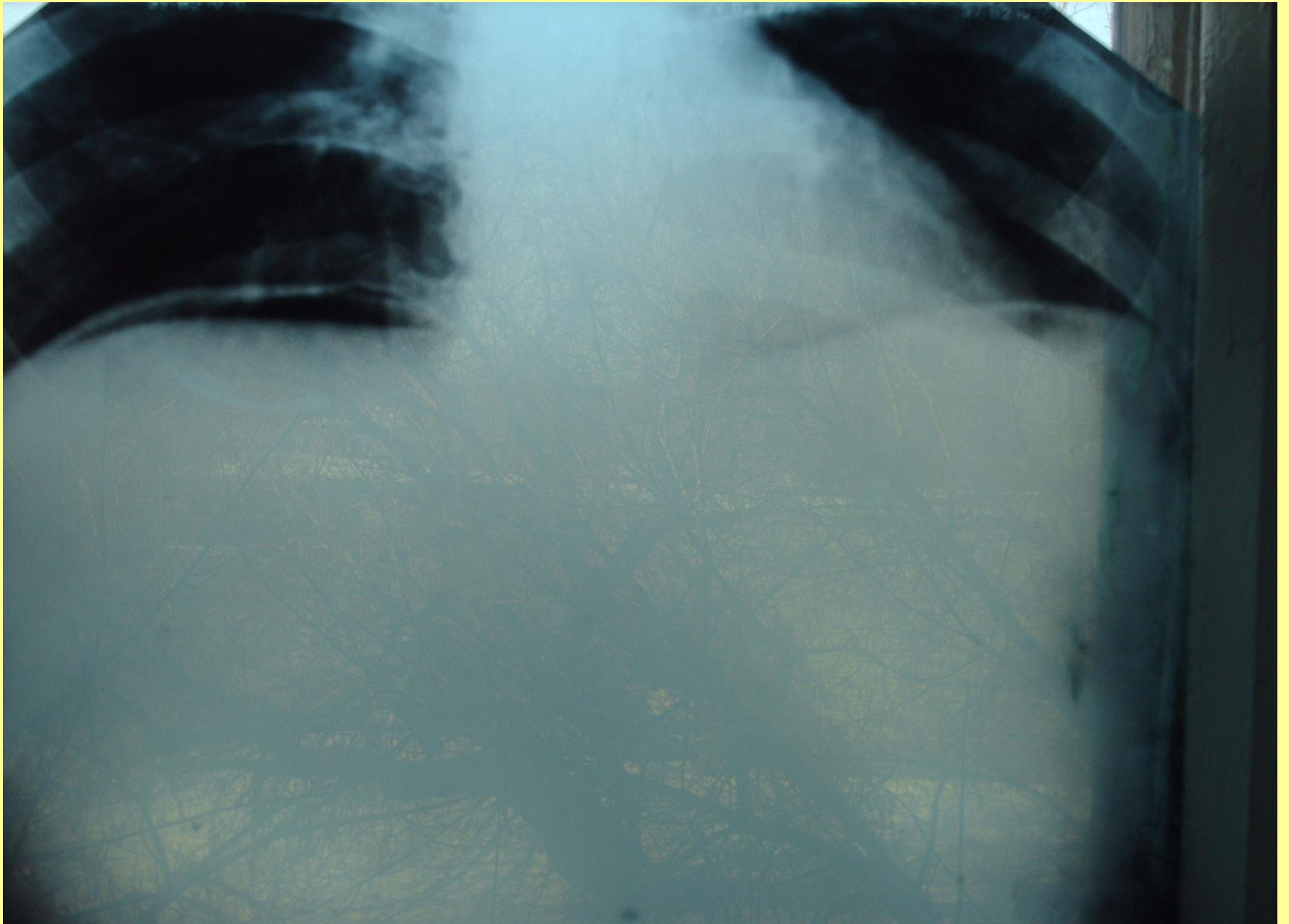
Щеткин-Блюмберг симптомы оң. Бос газ іш қуысында (пневмоперитонеум)-газ бауыр не-месе диафрагма астында жиналады.

2.кезеңде “жалған жақсару” болады. Науқас өзін жақсы сезінеді, іш қуысындағы тұз қышқылы эксудатпен араласып, тітіркену азаяды, ауырсыну азаяды. Тыныс алу, температура, қан қысымы нормаға келеді. Құсу, жүрек айну, тілі құрғақ, газ шықпайды. Іші ауаға толы, метиоризм, перистальтика әлсіз. Пальпация кезінде ауырсыну, Щеткин-Блюмберг симптомы оң, іш қуысында газ, сұйықтық көбейеді. Лейкоцитоз, аздап лейкоцитарлы формула солға жылжыған.



01/03/2005 4:13 pm







3. кезеңде науқас жағдайы ауыр. Көп рет құсу, температура жоғары немесе төмен, пульсі жиі (110-120), қан қысымы төмен, коллапс. Тыныс алу беткей, жиі, тілі құрғақ, іші үлкейген, ішек парезі, перистальтикасы жоқ, іш қуысында бос сұйықтық бар. Щеткин-Блюмберг симптомы оң. Диурез азайған. Лабораториялық зерттеулер: лейкоцитоз, лейкоцитарлы формула солға жылжыған, гемоглобин мен гемокрит жоғарлаған, гиперкалиемия, метоболикалық ацидоз.

**Дифференциальды диагноз:** жедел холециститпен, Майлы тағам жеген соң, оң жақ қабырға асты аймағында ауырсыну болады. Құсу жеңілдік әкелмейді.

Жедел панкреатит-эпигастрий аймағында ау-



ырсыну, майлы тағам немесе алкоголь қабылдаған соң, көп рет құсу, құрамы өт, іш бұлшық етінің қатаюы жоқ.

Жедел аппендицит- ауырсыну эпигастрий аймағына беріледі. Бұлшық ет қатаюы айқын болады, температура жоғары болады.

**Емі:** операциялық ем –жараны тігу, пилора-антрумэктомиямен ваготомия, эконмды асқазан резекциясы жасалынады.

### **Пилородуоденальды стеноз.**

даму себебі 12 елі ішек жара ауруы, сирек пилорикалық каналдың және препилорикалық жаралары.

**Клиникасы:** 3 кезеңде өтеді: 1. компенсация-лық; 2. субкомпенсациялық; 3. декомпенсация-лық;

1-ші кезеңде науқас жағдайы орташа. Тағам тарылған саңылаудан ауырсынып өтеді. Эпигастрий аймағында ауырсыну сезімі, қыжылдау, кекіру, құсу болады. Құсудан соң жеңілдік, ауырсыну басталады. Рентген зерттеуде асқазан үлкейген, перистальтика күшейген, пилородуаденальді 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, пилородуоденальді канал тарылған.

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

**Дифференциальды диагноз:** жаралы пилородуоденальды стенозбен асқазанның ісікті стенозы. Жара ауруының анамнезі ұзақ созылмалы рецидивті ауру, ал ісікті ауру кезінде

анамнез қысқа, науқас өте тез жүдейді, пальпациялағанда ісікті сезуге болады.

**Емі:** операциялық ем және консервативті ем.

## **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 шарбыға, ұйқы безі басына, бауыр, 12 елі ішек байламына шығады. Жара пенетрациясы 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. Зерттеуде бұлшық ет қатаюы (висцеро-моторлы рефлекс), локальды ауырсыну. Қан анализінде лейкоцитоз, СОЭ жоғарылайды. Рентген зерттеуде 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 орналасқан жаралар кезінде болады. Асқыну құрсақ арты флегмонасына әкеледі.

### **Жара ауруының қайталануы.**

Жара ауруына операциядан соң асқыну жараның рецидив беруі. Операциядан соң 2 жыл өткен соң қайталануы мүмкін. Негізгі шағым іштің жоғары бөлігінде ауырсыну, ас қабылдаған соң күшейеді. Жара пенетрациясы себебінен ауырсыну жалғасып, күшейеді. Қан кету, гематолизис, мелена түрінде болады. Нәтижесінде анемия дамиды. **Емі:** Операциялық ем-диафрагма асты бағаналық ваготомия.

Жара ауруының асқынған түрлері ғана абсолютті көрсеткіші бойынша хирургиялық емдеуге жатады.

1. Перфоративті жара.
2. Пенетрацияланған жара.
3. Пилоро-дуоденальді стеноз
4. Жарадан қан кету.
5. Малигнизацияланған жара.

*Асқазан ішек жолдарының  
жоғарғы бөлімдерінен қан  
кетудің негізгі себептері.*

<i>Себептері:</i>	<i>Жиілігі:</i>
<i>Жара ауруы</i>	<i>46-56</i>
<i>Асқазан және он екі елі ішек эрозиялары</i>	<i>16-20</i>
<i>Өңеш және асқазанның көк тамырларының варикозды кеңеюі</i>	<i>9-22</i>



# *Шокты индекс бойынша АҚК дефицитін анықтау.*

ШИ көрсеткіштері:

0,5

1,0

2,0

АҚК дефициті:

15

30

70

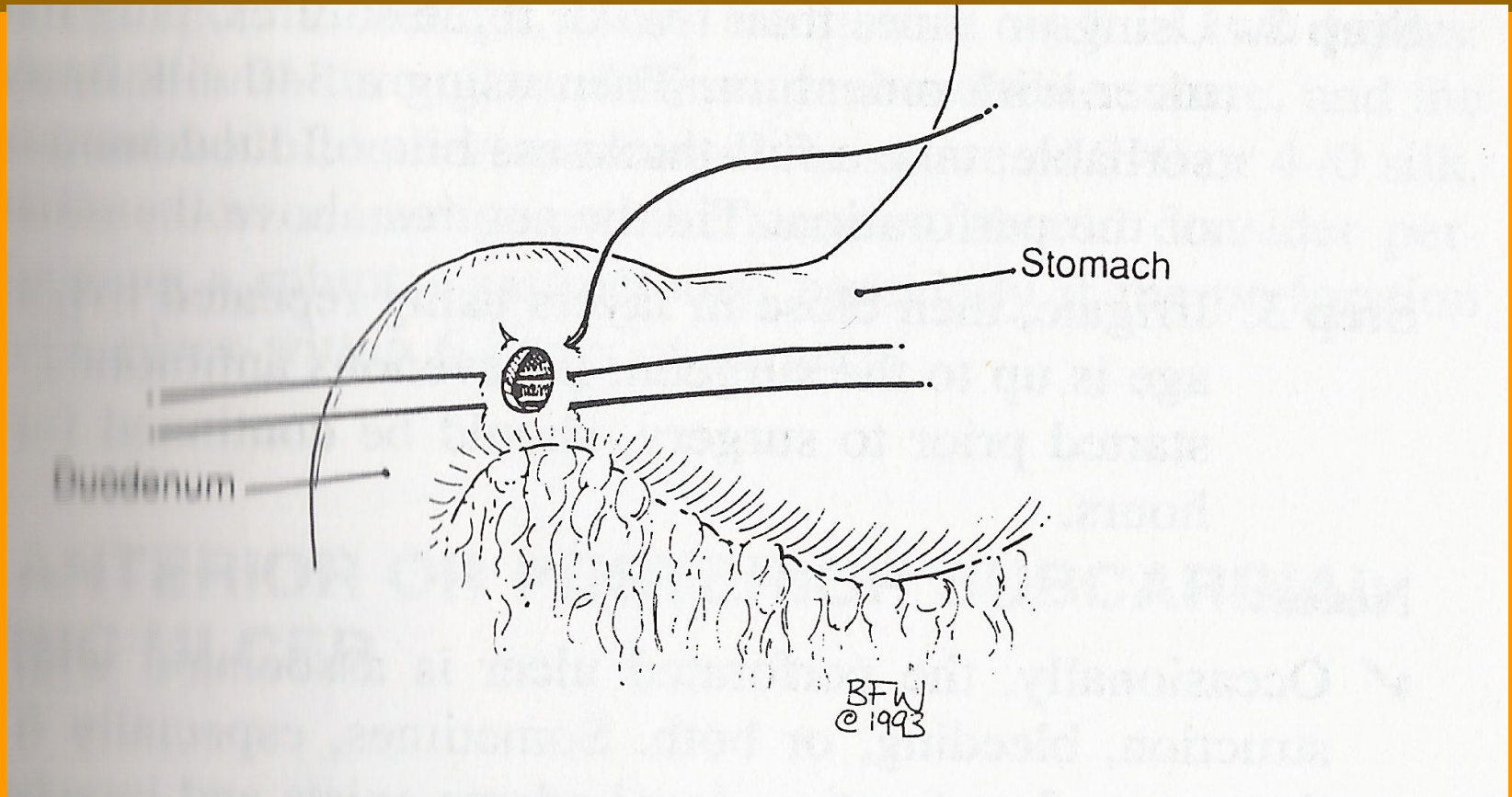


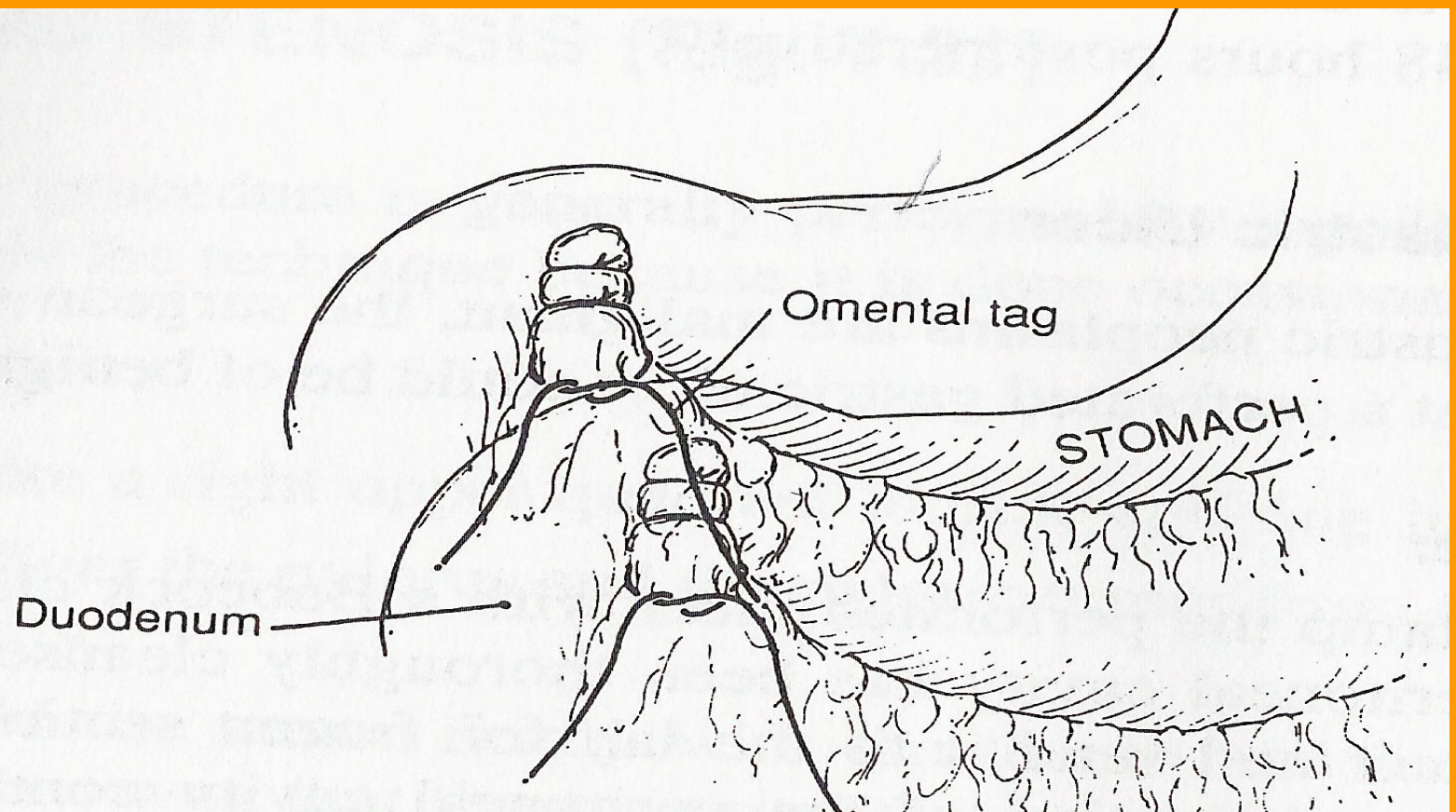
# Антихеликобактерлі терапиясының схамасы

## Квадротерапия

Үштік терапия			Висмут
Н2-блокатор (ағынды насос блокаторы) Квамател-40 мг бүкіл курс бойы	Метронида- зол  Клион-250мг 4рет күніне 7-8кін	Антибиотик Амоксициллин- 500мг*4рет тәулігіне н/е кларитромицин -500мг *2рет 7-10 күн	препараты Висмуттың каллойдты субнитра-ты Де-нол (бисмофальк)

# Duodenal Graham Patch





# Тесілген жараны тігу, пилоро- дуоденопластика

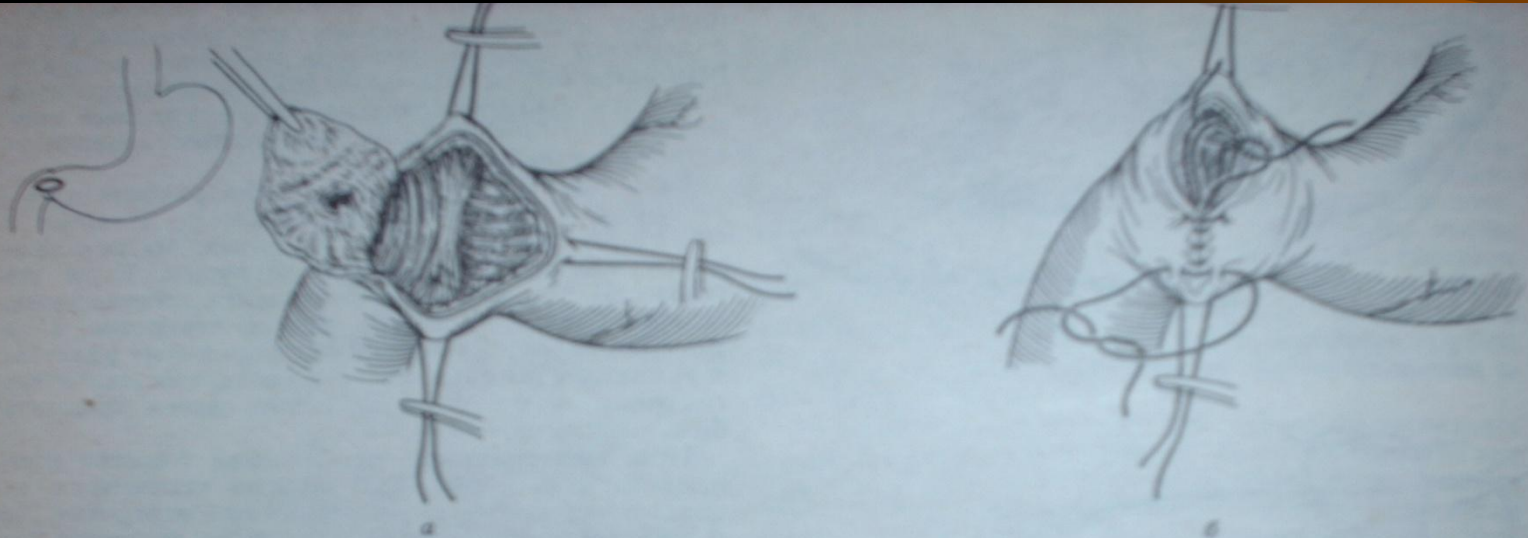
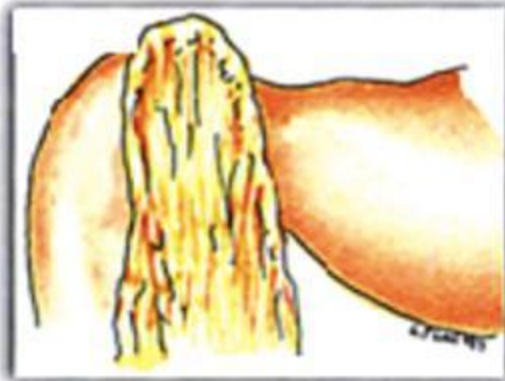
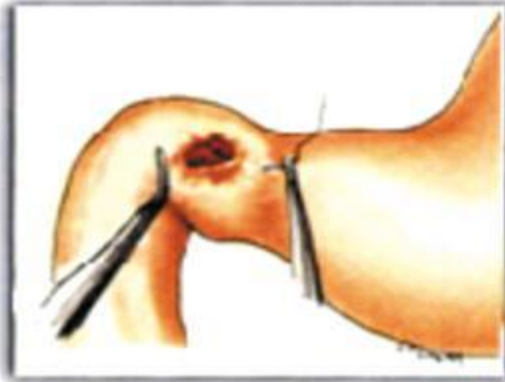


Рис. 5-158. Экспликация при перфорированной язве желудка (а) и пластика прирастания желудка (б)



Рис. 5-159. Закрытие перфорационного отверстия в желудке наложением швов (а) и покрытие линии швов большим сальником (б)

28/03/2006 9:10 am



*Omental patching  
perforated ulcer*

# Асқазан резекциясы Бильрот I, Бильрот II тәсілі бойынша

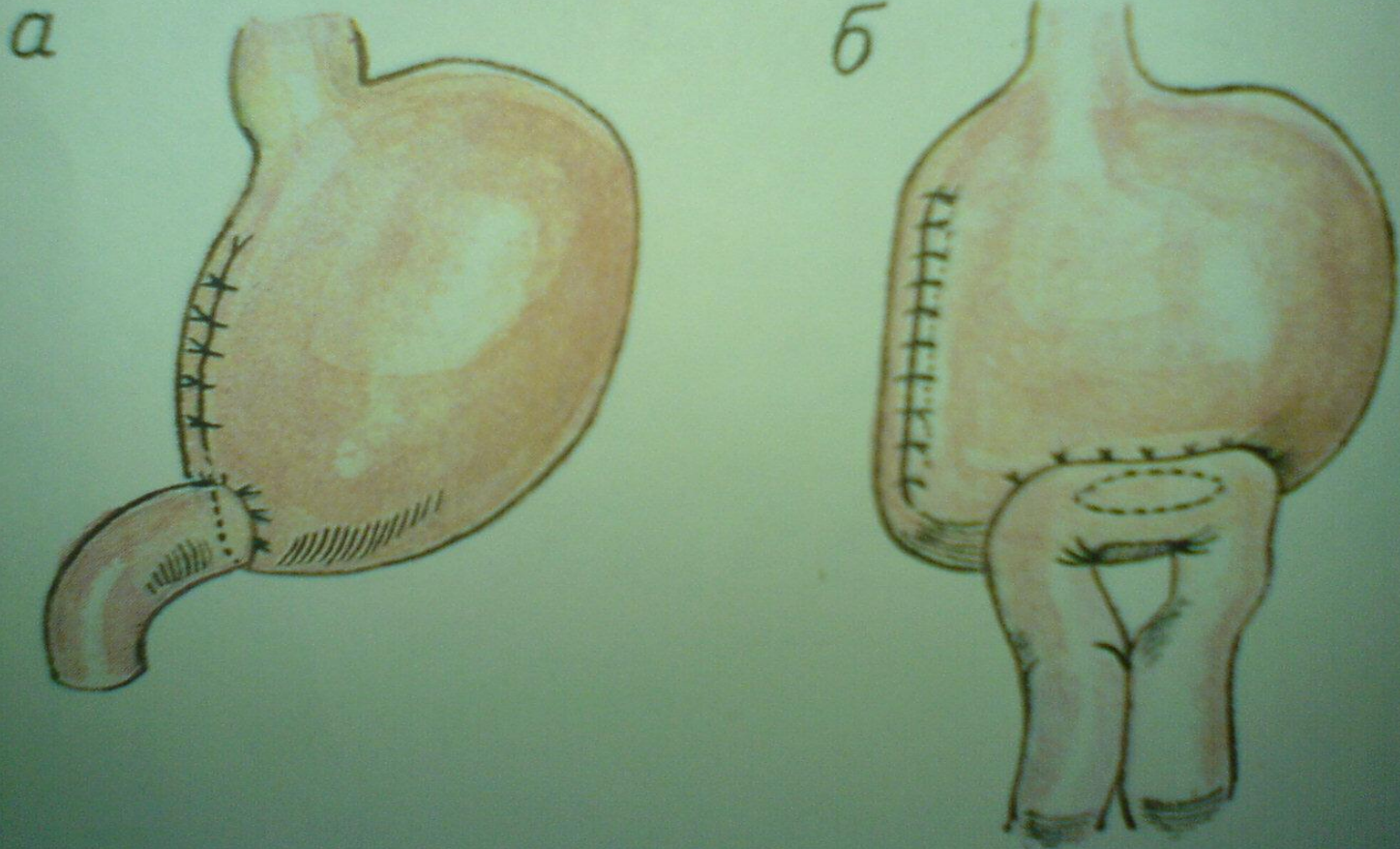


Рис. 20. Резекция желудка по способу Бильрот-I (а)

# Ваготомия

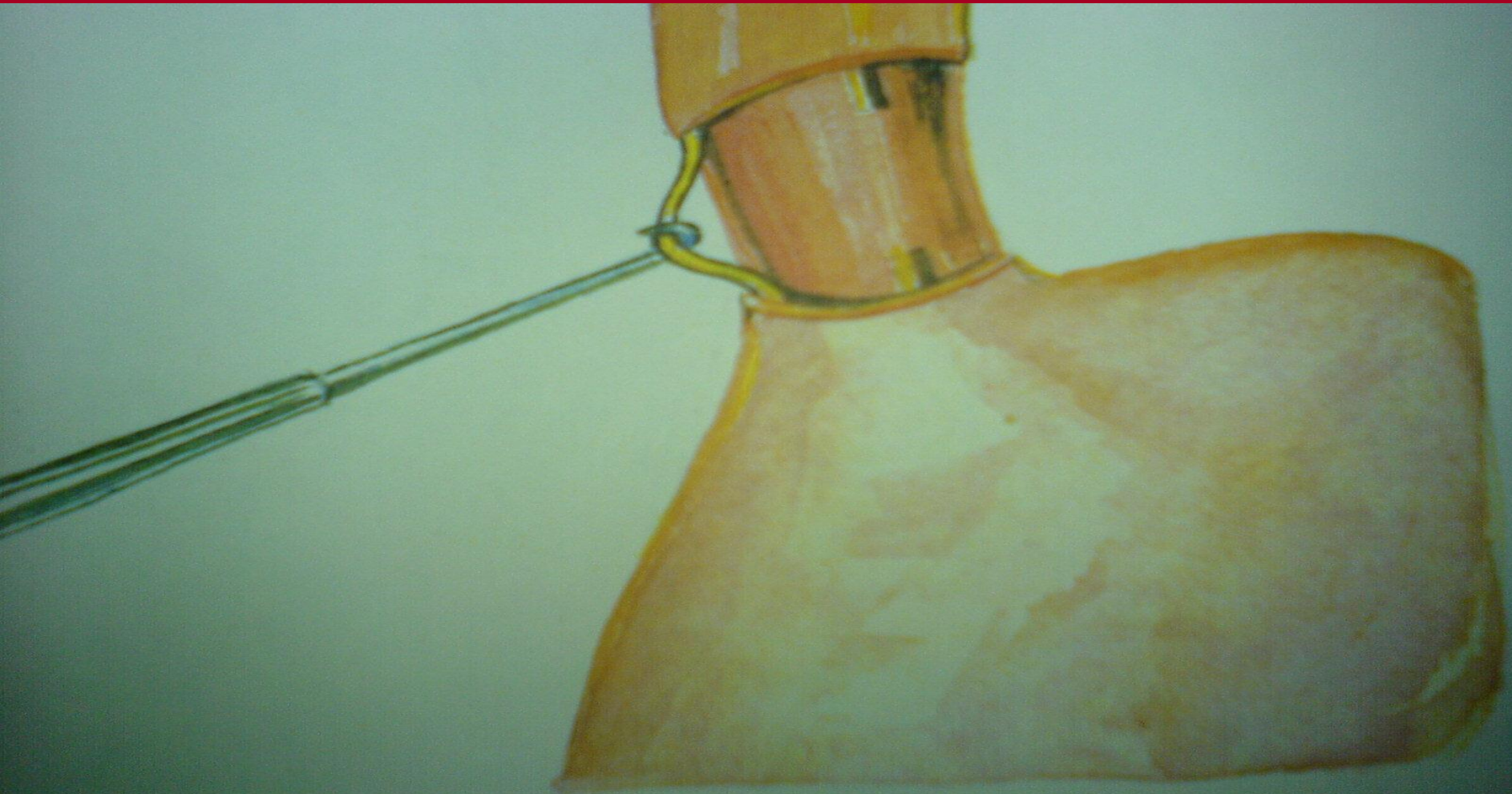
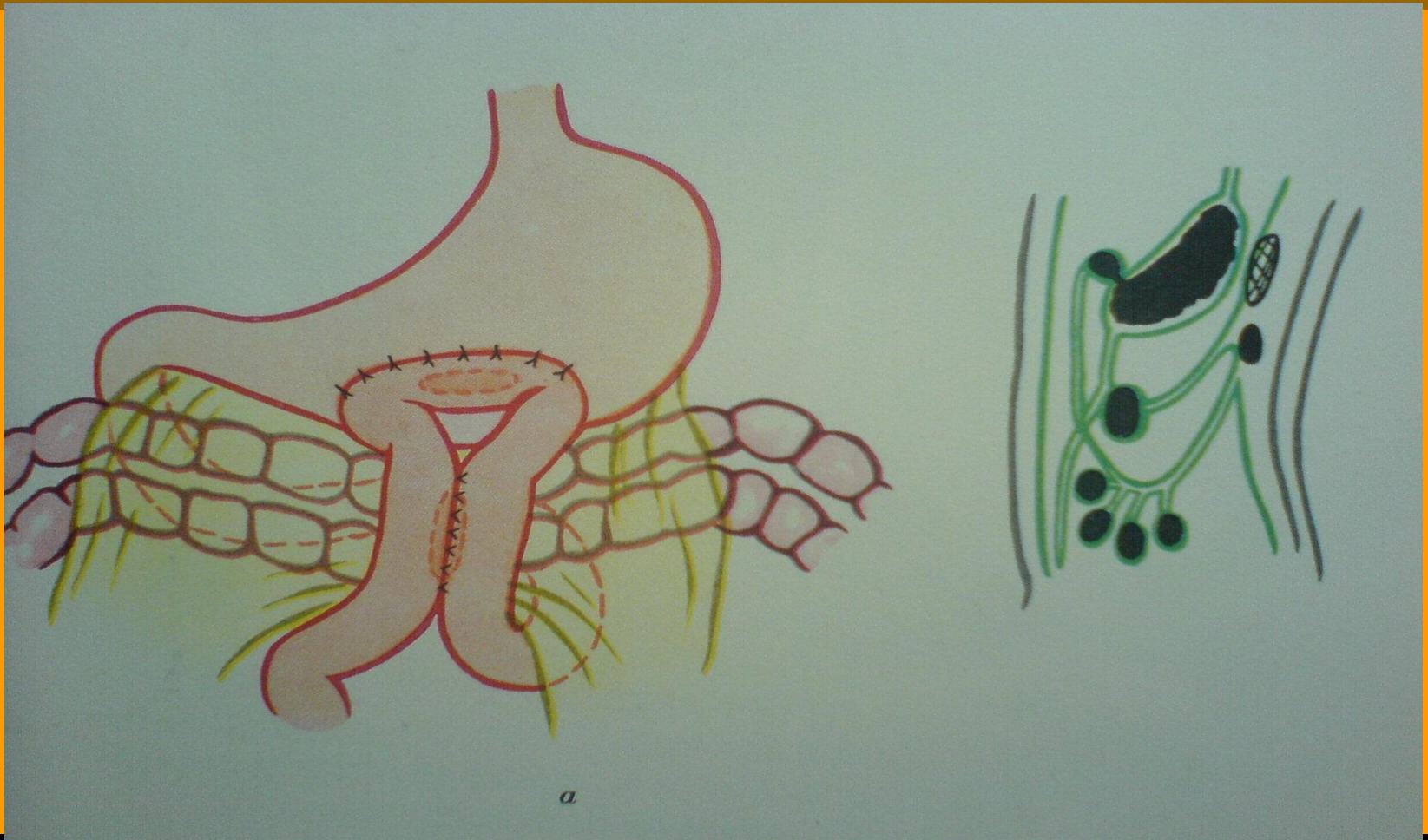


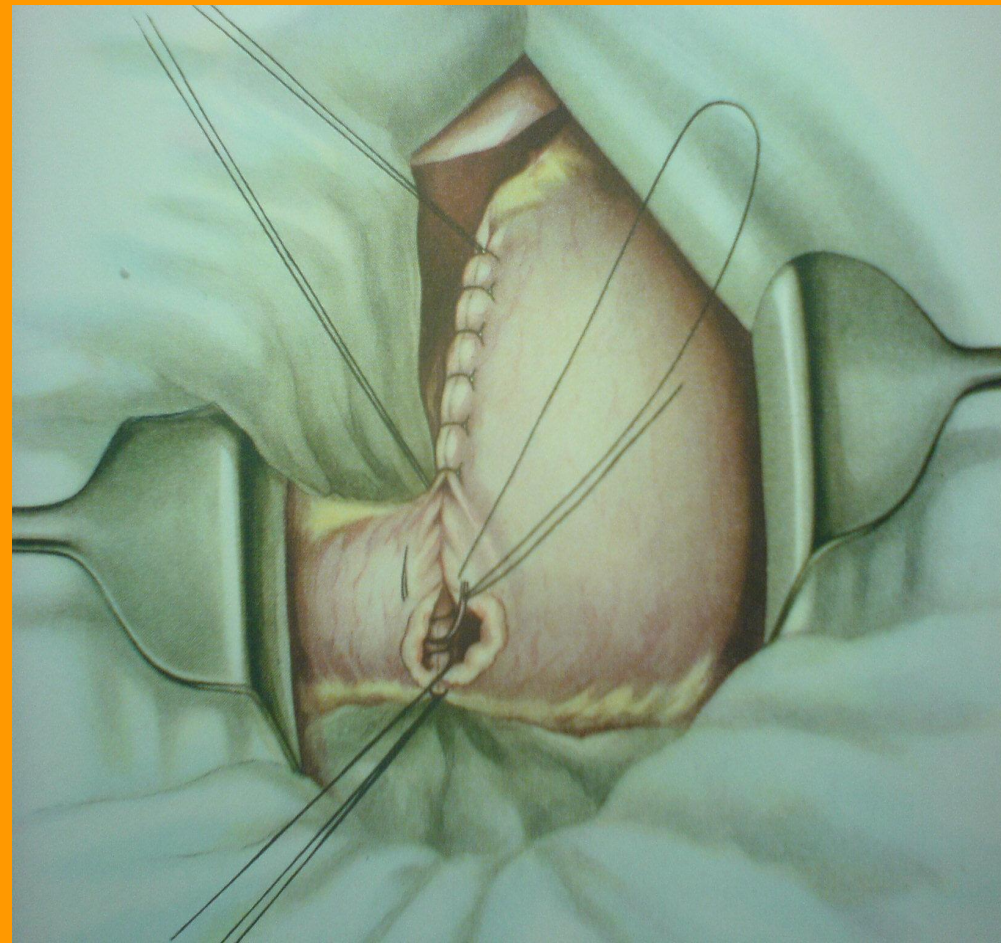
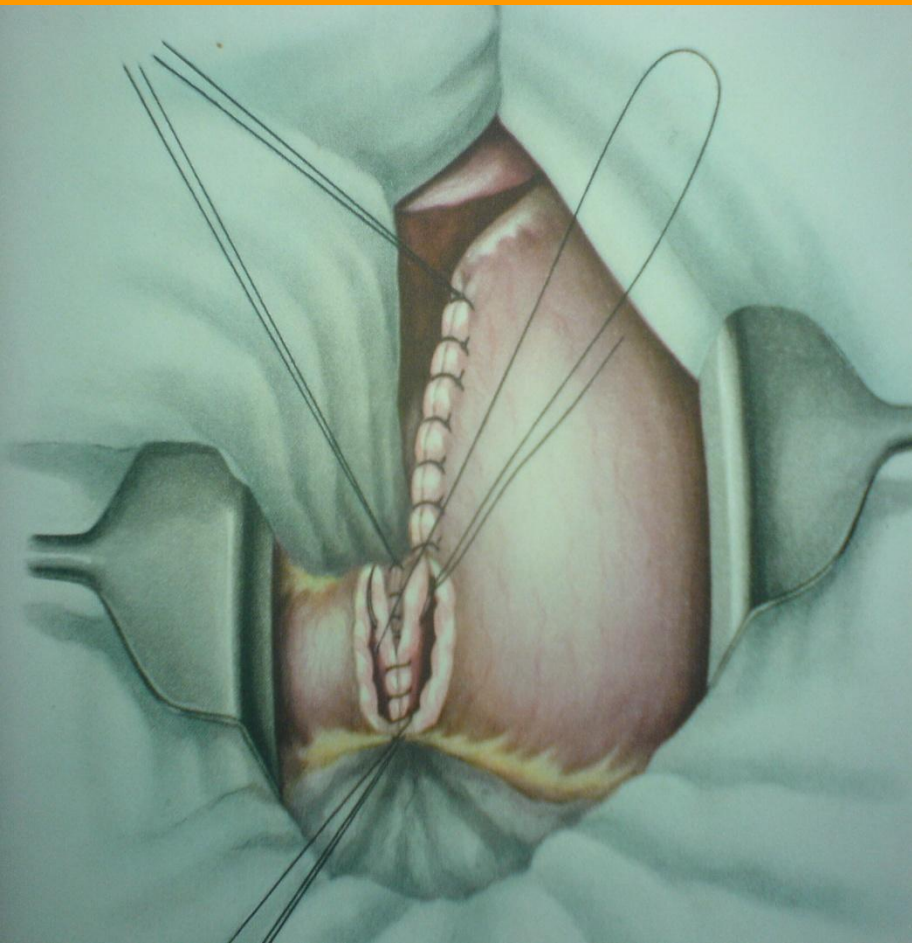
Рис. 19. Стрелочная ваготомия



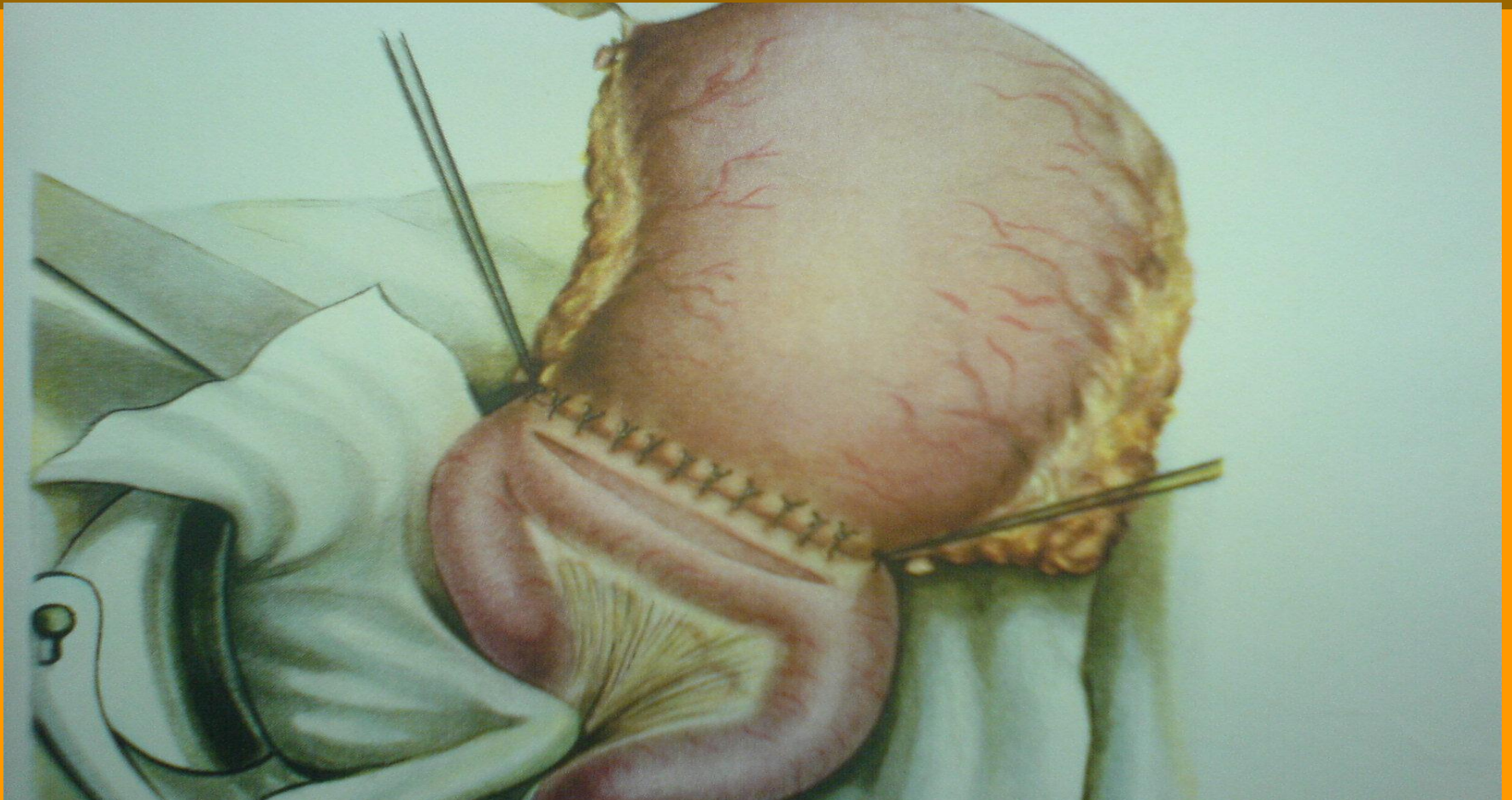
# Gastroenterostomia antecolica anterior (Вельфлер)



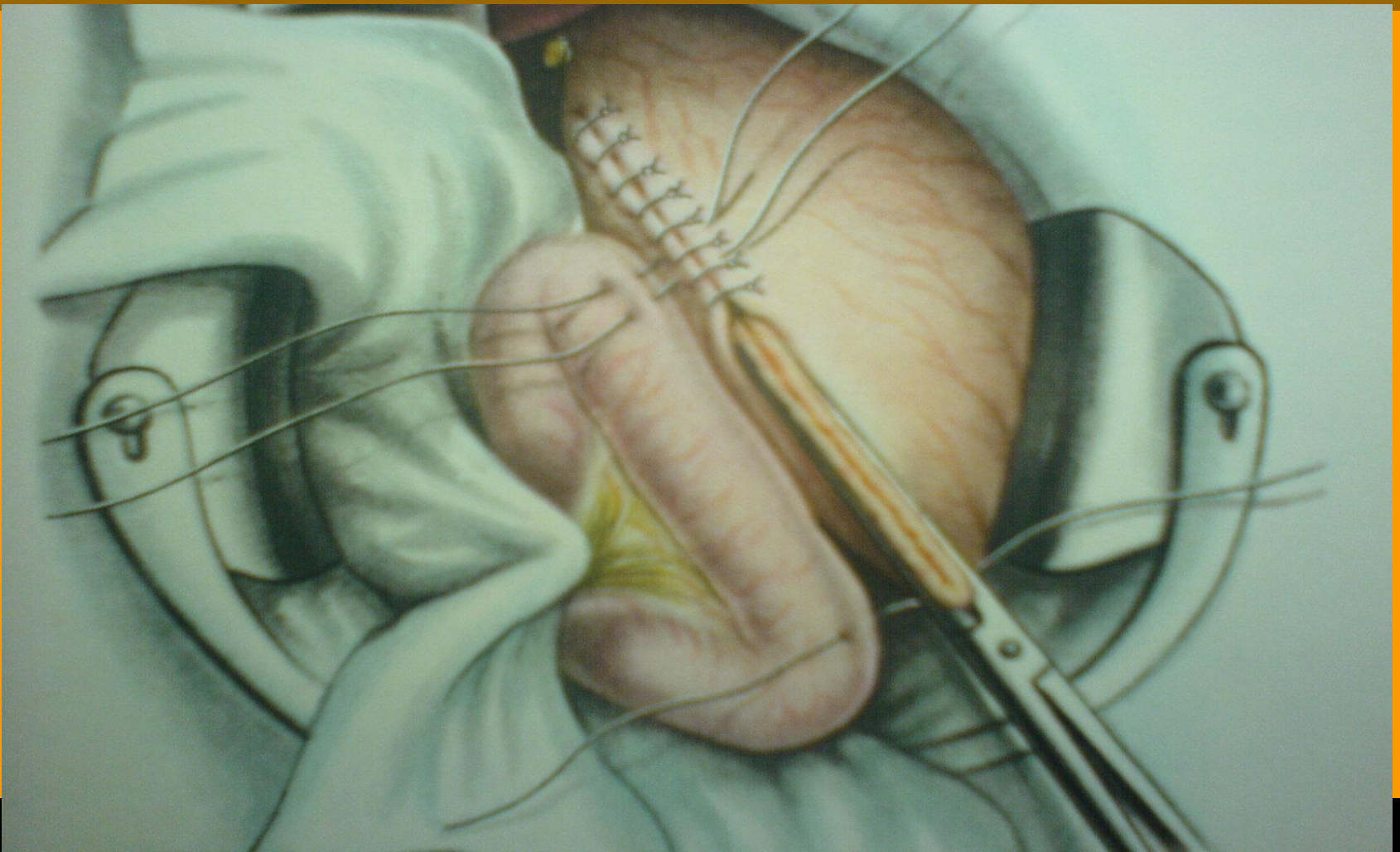
# Бильрот I, гастродуоденоанастомоз



# Бильрот II тәсілі Рейхель-Полиа бойынша өзгерген



# Бильрот II тәсілі Гофмейстера- Финстерера бойынша өзгерген



# Perforated DU

