

Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті
ШЫМКЕНТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТЫ
Дипломнан кейінгі білім беру факультеті
«Хирургия, анестезиология-реанимация» кафедрасы

***Тақырыбы:** Асқазан-ішек жолдарының ойықжараларынан қан кету. Клиникалық және эндоскопиялық жіктемесі, диагностикасы, саралау диагностикасы, қан жоғалту мен геморрагиялық шоктың патогенезі. Емдеу тәсілі, хирургиялық ем қолдану көрсетімдері. Операция тәсілдерін таңдау.*

Қабылдаған: м.ғ.к., профессор. Сатханбаев А.З.

Орындаған: Жаппаров.С

Тобы: ХҚ-701

Жоспар:

- Ас қорыту мүшелерінің анатомия-физиологиясы, гистологиясы
- Асқан-ішек жолдарының ойық жараларынан қан кету.
- Этиологиясы – патогенезі .
- Классификациясы және патоанатомиясы.
- Клиникасы. Диагностика. Дифференциалді диагностика.
- Асқынулары. Емі.

- Ас қорыту жүйесі - адам организмдеріндегі асты (азықты) қабылдау, өңдеу, қорыту, сіңіру және жын қалдығын сыртқы ортаға шығару қызметтерін атқаратын мүшелердің жүйесі. Асқорыту жүйесі түтік тәрізді мүшелерден және ас қорыту бездерінен тұрады.
- Филогенездік және онтогенездік тұрғыдан асқорыту жүйесін төрт бөлімге бөледі:
- бас бөлімді — ауызжұтқыншақ (аран)
- алдыңғы бөлімді - өңеш пен қарын (асқазан)
- ортаңғы бөлімді — ащы ішектер (он екі елі ішек, аш ішек, мықын ішек) мен ірі асқорыту бездері (ұйқы безі, бауыр)
- артқы бөлімді - жуан ішектер (бүйен, тоқ ішек, тік ішек) құрайды



Физиологиясы

Азық қорыту жүйелерінің атқаратын негізгі қызметтері: сөл бөлу, ұсақтау, араластыру, жылжыту, керексіз заттарды сыртқа шығару және сору.

Қабылданған азық ағзада физикалық, химиялық және биологиялық түрде өнделеді.

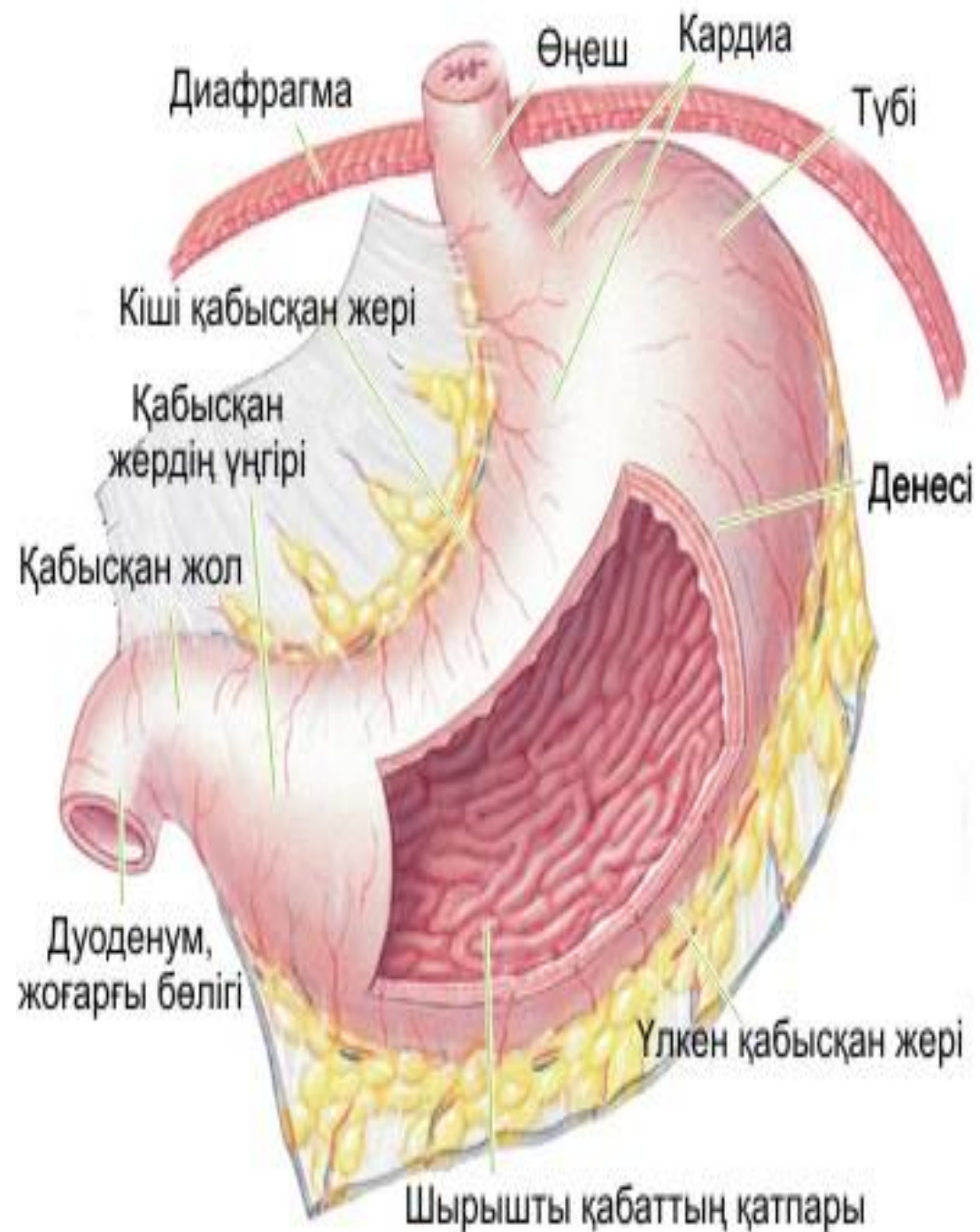
Физикалық өнделуі дегеніміз – азықтың ылғалдануы, ұсақталуы, жұтылуы және асқазан арқылы жылжуы. Химиялық өндеу ферменттердің қатысуымен жүреді. Фермент дегеніміз ағзадағы химиялық реакцияларды жылдамдататын биологиялық катализаторлар. Тағамды қорытатын ферменттер үш топқа бөлінеді: 1- протеазалар – белоктарды ыдыратушылар; 2- карбогидралазалар – қанттарды ыдыратушылар; 3- эстеразалар мен липоидтарды ыдыратады.

Асқазанның анатомиясы.

- Асқазан— өңеш пен он екі елі ішек арасында орналасқан қуысты бұлшық етті мүше.
- Бос тұрған кезде асқазанның көлемі шамамен 0,5 л. Тамақ қабылдағаннан кейін 1л-ден 4л-ге дейін ұлғаюы мүмкін.
- Әлсіз толған асқазанның ұзындығы 24—26 см, үлкен және кіші иіндерінің арасы 10—12 см, алдыңғы және артқы қабырғасы бір-бірінен шамамен 8—9 см алшақ орналасады. Ал бос асқазанның ұзындығы 18—20 см, үлкен және кіші иінінің арасы — 7—8 см, алдыңғы және артқы қабырғасы бір-біріне жанасады.
- Үлкен адамдарда асқазанның сиымдылығы орташа 3 л (1,5-4л)
- Интраперитонеальды орналасқан.



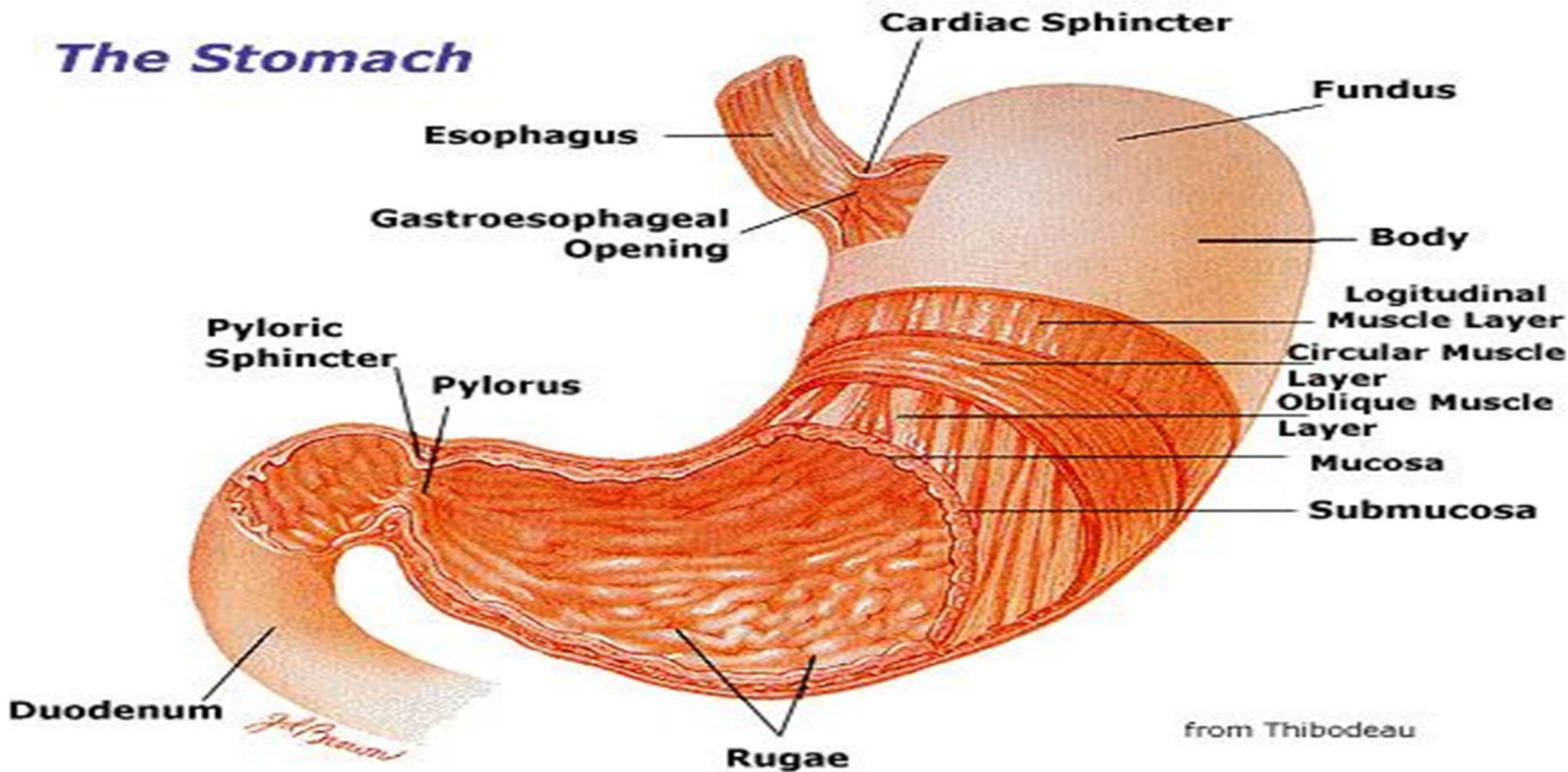
- Асқазан-жоғарғы жағынан өңешпен, төменгі жағынан аш ішектің басталар жері ұлтабармен жалғасады. Қарынның ішкі жағын астарлап жатқан қатпарлы сілемейлі (шырышты) қабықшасы оның көлемін үлкейтеді. Асқазанның қабырғасындағы бірыңғайсалалы бұлшықет талшықтары үш түрлі бағытта орналасқан. ішкі қабаты - қиғаш, ортаңғысы - сақина тәрізді, ал сыртқысы - ұзыннан орналасқан. Қарынның катпарланған сілемейлі (шырышты) қабықшасында өте көп ұсақ бездер бар. Бұл бездерден асқазан сөлі бөлінеді. Асқазанның өңешпен және ұлтабармен (он екі елі ішек) байланысқан жерінде сақина тәрізді бұлшықеттер болады .



Асқазан сөліндегі тұз қышқылының функциясы:

- Пепсиногенді пepsинге айналдырады.
- Пепсиннің әсерін күшейтеді.
- Белоктардың ішіне фермент енуін жеңілдетеді.
- Микробтарды жояды, тұз қышқылы ерітіндісінде тырысқақ вибрионы 15 минуттың ішінде өледі.
- Химустың 12 елі ішекке өтуіне септігін тигізеді. Тұз қышқылы сіңген химус пилоруске жеткен сәтте шырышты қабық хеморецепторлары тітіркенеді де, пилорус сфинктері босаңсып ашылады, асқазан жиырылған кезде ығысып ол 12 елі ішекке өтеді.
- Просекретин гормонын секретинге айналдырып ұйқы безінің сөл шығаруын күшейтеді.
- Қарын сөлінің өзін-өзі реттеуін қамтамасыз етеді. Ас тұзы өте көбейіп кетсе, пилорустың шырышты қабығында бөлінетін гастрон гормонының түзілуі күшейеді. Гастрон гастрин шығуын тежеп асқазан сөлін азайтады.

The Stomach



Кезбе жүйке асқазан бездерінің сөл шығару қабілетін күшейтеді, ал симпатикалық жүйке керісінше сөл шығуан тежейді.

Сөл шығару қан және жүйке жүйесі арқылы реттеледі, сөл шығару 3 кезеңде жүреді:

Рефлекстік кезең

Асқазандық кезең

Ішектегі кезең

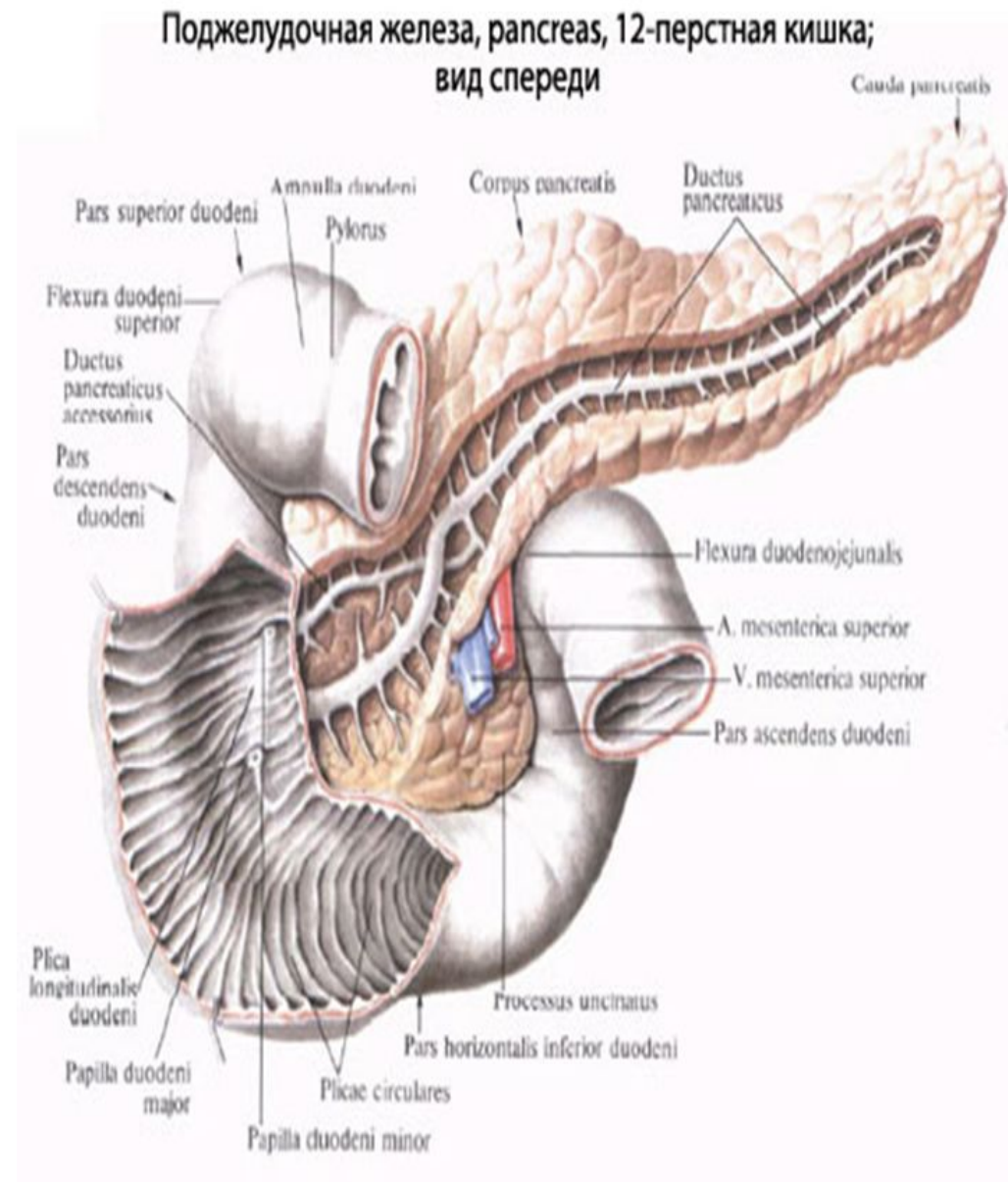
Асқазан моторикасының реттелуі:

Рефлекстік релаксация

Фазалық жиырылуы

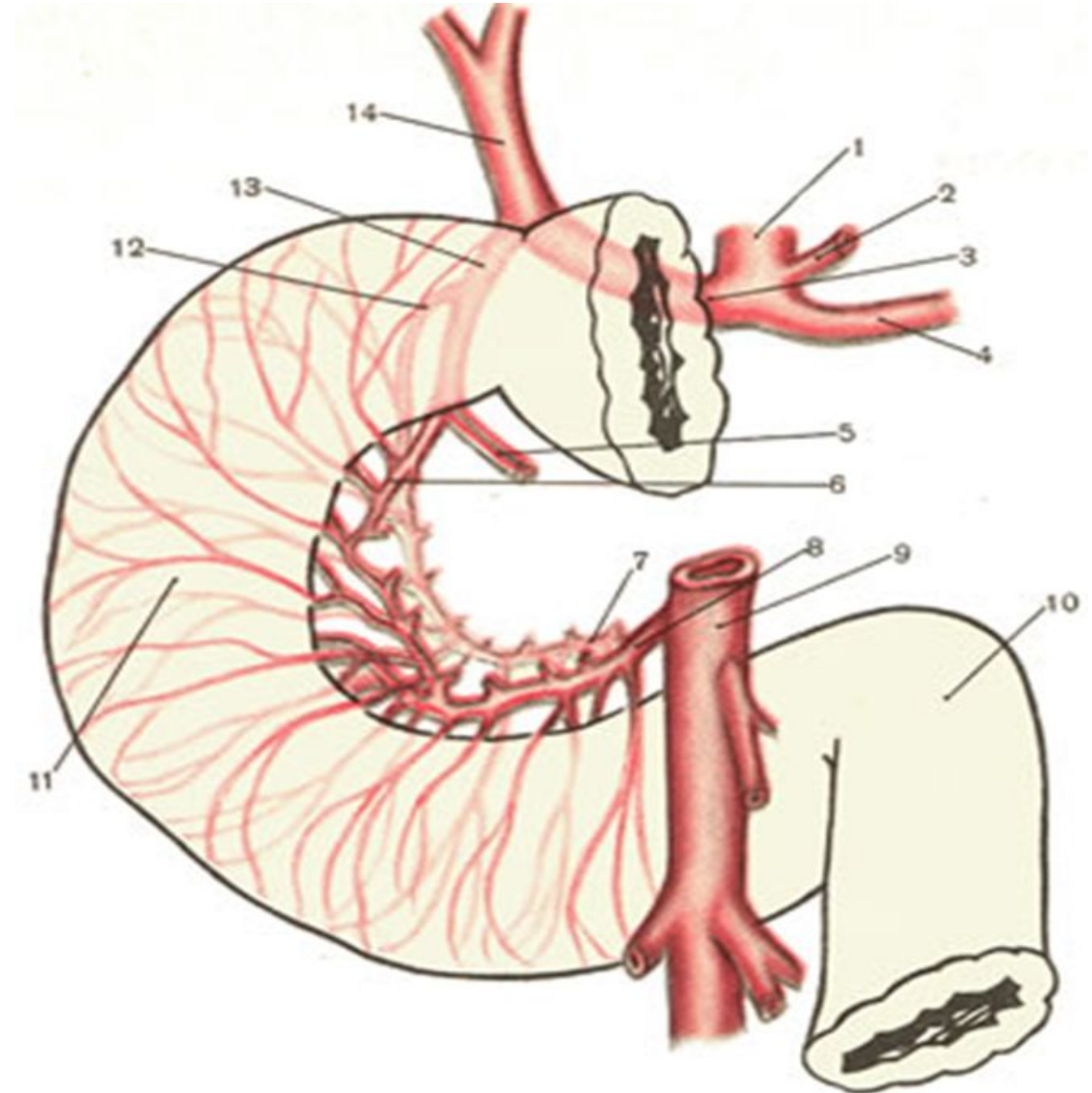
Тонустық жиырылу

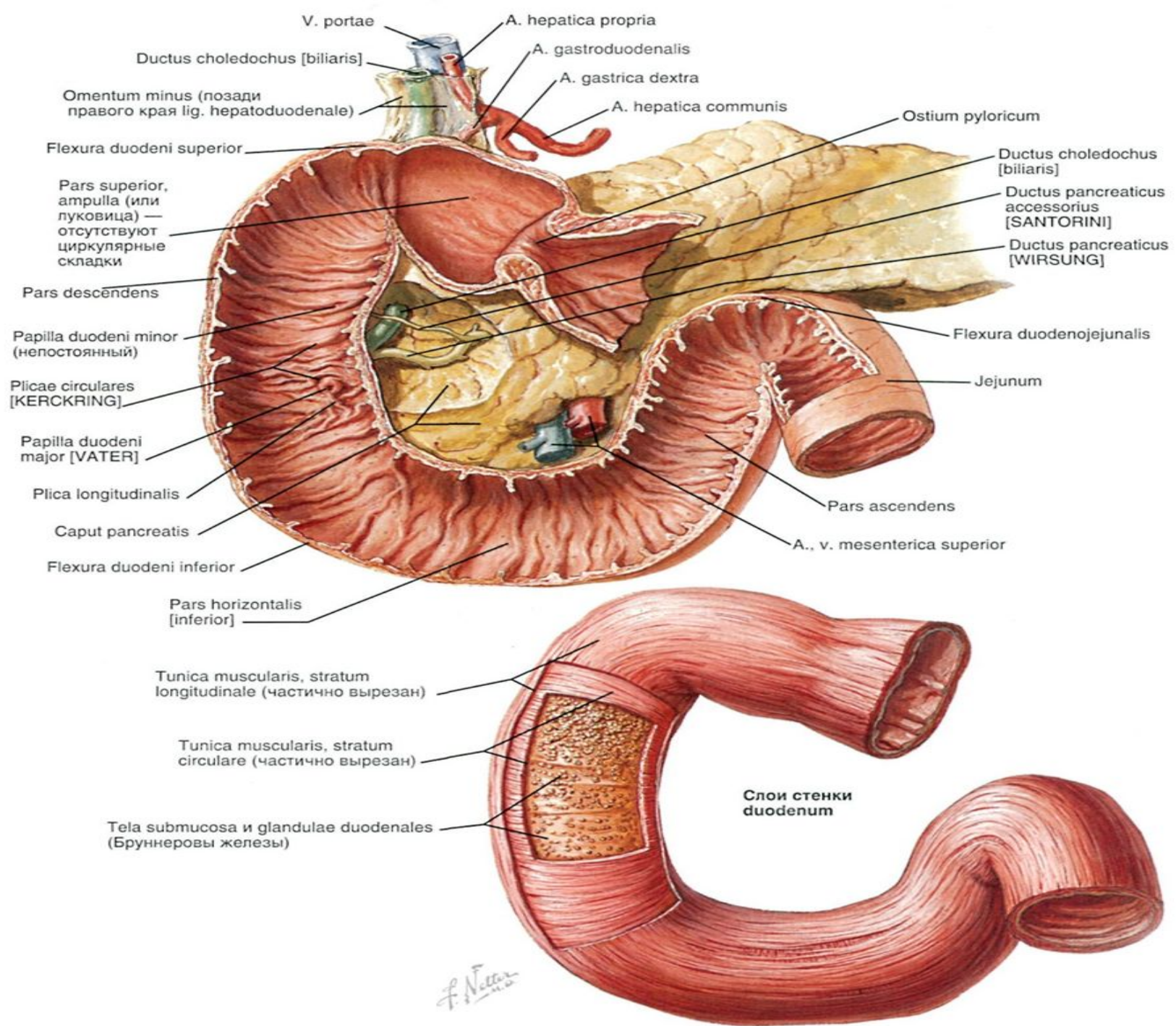
- Он екі елі ішектің анатомиялық ерекшелігі
- Он екі елі ішек толықтай ішастардың артында орналасқан және шажырқайы жоқ.
- Он екі елі ішектің басталатын бөлімі ампуласы, ampulla.
- 12 елі ішектің ішкі беткейінде дөңгелек қатпарлар және ампуласында және төмендеуші медиальді бөлімінде ұзына бойлы қатпарлар plica longitudinalis duodeni.
- Төмендеуші бөлімінде қатпардың астында үлкен дуоденальді емізікше, papilla duodeni major жалпы өттік түтік және асқазан асты безінің түтігі ашылады.
- Үлкен дуоденальді емізікшенің үстінде кіші дуоденальді емізікше, papilla duodeni minor орналасқан, асқазан асты безінің қосымша түтігі ашылады



Қанмен қамтамасыз етілуі.

- Құрсақ сабауы-жалпы бауыр артериясы-гастродуоденальді артерия-жоғарғы алдыңғы және артқы панкреатодуоденальді артерия – дуоденальді тармақтар, панкреатикалық тармақтар
- Жоғарғы шажырқай артериясы – төменгі панкреатодуоденальді артерия





Иннервациясы.

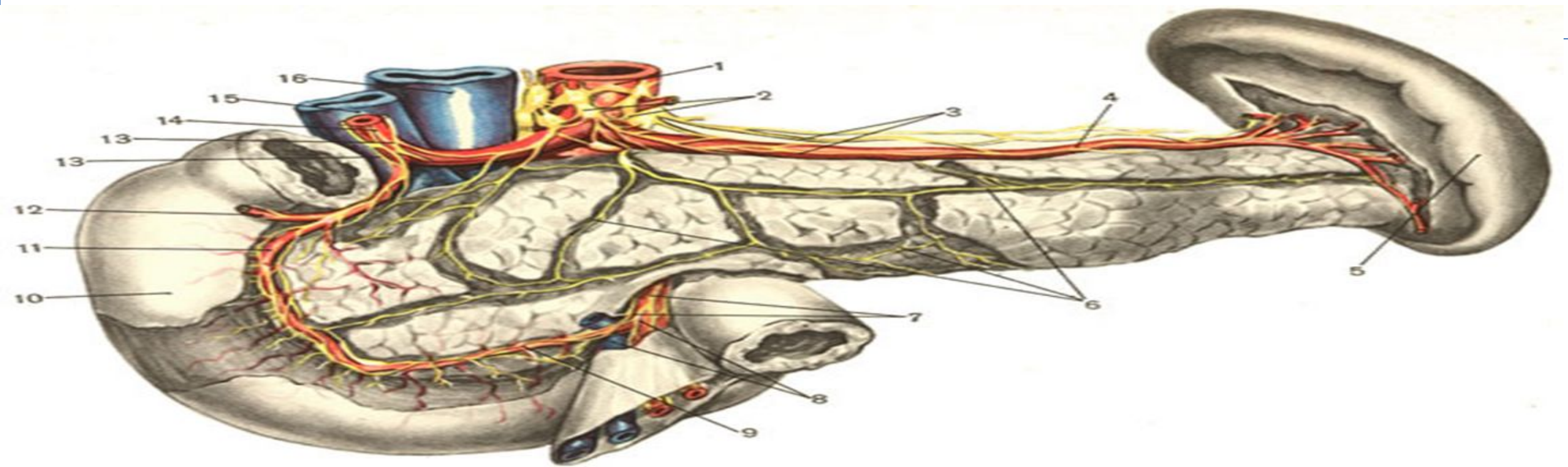
Симпатикалық

Парасимпатикалық

Кезбе нерв

Мейснер өрімі – ішкі өрім шырыш асты қабатта орналасады, ішектегі секрецияға жауап береді.

Ауэрбах өрімі – сыртқы өрім ұзын және дөңгелек бұлшық еттер арасында орналасады, қозғалысқа жауап береді.



ФИЗИОЛОГИЯСЫ.

- секреторлық, моторлық и эвакуаторлық функциялар
- Дуоденальды сок вырабатывается бокаловидными клетками и дуоденальными железами. В двенадцатиперстную кишку поступают сок поджелудочной железы и желчь, обеспечивающие начавшееся в желудке дальнейшее переваривание пищевых веществ.
- Ас он екі елі ішекке келіп түсісімен 3 түрлі сөл келіп қосылады: ұйқы безінің ферменттері және гормондары, өт, 12 елі ішектен бөлінген сөл.
- 12 елі ішектің шырышты қабығында бруннер бездері бар, олар сөл бөлім отырады. 12 елі ішек сөлі сілтілі, рН-7,2-8,0, құрамында пепсин ферменті бар.

Асқазан және ішек жолдарынан қан кету

- Асқазан және ішек жолдарынан қан кету

- Жиі себептері

Гастродуоденальды шырышты қабатта эрозивті – жаралық процестің болуы (он екі елі ішектен қан кету басым) -7-13%

Мэллори-Вейсса синдромы - 6-16%

Портальды гипертензия кезінде өңеш пен асқазан веналарының варикозды кеңеюілері - 8 - 65%

Асқазанның және өңештің қатерлі ісіктері– 6 -12%

Асқорыту трактінің жоғарғы бөлімінен қан кетудің себептері.

Тамырлардың мальформациясы (телеангиэктазилар, ангиодисплазилар, геморрагиялық гастропатиялар)

Дивертикулез және дивертикулит (Меккелев дивертикул и др.)

Крон ауруы

Жіңішке ішек ісіктері

Дъелафуа ауруы

коагуляциялық гемостаздың бұзылысы, соның ішінде дәрі – дәрмек қабылдаудың себебінен

Асқазан және ішек жолдарынан қан кетудің клиникалық көріністері

- әлсіздік, ауыздың құрғауы (шөлдеу), тершеңдік, жүректің жиі соғысы
- қысқа уақытқа дейін есін жоғалту есінен танған жағдайдың шокқа дейін болуы
- Қан аралас құсу - гематомезис (қанық қызыл қан немесе күңгірт қан ұйындылары және кофе қойыртпағы түріндегі қосынды. Құсудың тез-тез қайталануы қан кету болып жатқанын білдіреді. Ал қан кету тоқтап кейін қайталануы қан кетудің қайтадан басталғанын білдіреді.
- Мелена - кара, сұйық, жабысқақ өзіндік иісі бар нәжіс.

Ауырлық дәрежесін бағалау:

- I дәрежесі – жалпы жағдайы қанағаттанарлық; шамалы тахикардия; АҚҚ өзгермеген; Нв > 100 г/л; АҚК-ң дефициті нормадағыдан >5% көп.
- II дәрежесі - жалпы жағдайы орташа ауырлықты, әлсіздік, бас айналу, талмалық жағдай, тері жабындарының бозғылттығы, айқын тахикардия; АҚҚ 90 мм сын.бағ.төмендеген; Нв - 80 г/л; АҚК-ң дефициті нормадағыдан 15% құрайды.
- III дәрежесі - жалпы жағдайы ауыр, тері жабындары бозғылт, суық жабысқақ тер; науқас есінеп, су ішуге сұрайды (шөлдеу); пульсі жиі, жіп тәрізді, АҚҚ 60 мм сын.бағ. төмендеген; Нв - 50 г/л; АҚК-ң дефициті нормадағыдан 30 % құрайды.
- IV дәрежесі - жалпы жағдайы өте ауыр, агоналдымен шектесуде, есін ұзақ уақыт жоғалту тері жабындары бозғылт, суық жабысқақ тер; науқас есінеп, су ішуге сұрайды (шөлдеу); пульсі жиі, жіп тәрізді, АҚҚ 60 мм сын.бағ.төмендеген; Нв - 50 г/л; АҚК-ң дефициті нормадағыдан >30 % құрайды.
- II-IV дәрежелі қан жоғалтуы бар науқастарға диагностикалық және емдік маниауляциялар алдында инфузиялық терапия жасалуы керек.

Асқазан және ішек жолдарынан қан кетудің диагностикасы

- Фиброколоноскопия
- Спиральная компьютерная томография
- Капсульная эндоскопия
- Рентгено-энтерография
- Фиброэнтероскопия
- Селективная ангиография
- Радиоизотопная сцинтиграфия (Хr)

Жаралық қан кетулердің J.A.N.Forrest (1976) бойынша жіктелуі

Активті қан кету	FIA – жарадан шапшып қан кету;(active bleeding (sputing hemorrhage))
	FIB – жарадан тамшылап қан кету;(active bleeding (oozing hemorrhage))
Болып қойған қан кету	· FIIA – жара түбінде тромбтанған қан тамыралыр көрінеді; (visible vessel-pigmented protuberance)
	· FIIB – жараны жауып тұрған қан ұйығы; (adherent clot)
	FII c - жара түбінің геморрагиялық сіңуі, жалпақ қара дақ (black base)
	FIII – жара түбінің таза болуы, жоғарыда аталып өткен тікелей визуалды белгілердің болмауы (no stigmata)

Консервативті ем схемасы (бірінші этап)

Схема в/в инъекций

- * Sol. NaCl 0,9% - 400,0 ml*
- * Sol. Acidi aminocapronici 5% - 100,0 ml*
- * СЗП одnogруппная – 300 ml*
- * Sol. Glucosi 10% - 400,0 ml + Insulini 10 ED + Sol. Acidi ascorbinici 5% - 3,0 ml*
- * Sol. KCl 4% - 100,0 ml*
- * P-p реополиглюкина 400,0 мл*
- * Sol. Chlasoli (Ringeri и т.д.) – 400,0 ml*
- * Омепразол по 80 мг, а потом по 20 мг 2 раза в сутки в/в. При отсутствии фамотидин (квamatел) по 20 мг. 2 раза в сутки в/в

Схема в/м инъекций

- Sol. Etamsylati (Dicynoni) 12,5% - 2,0 ml; в/м 4 раза в сутки

* - при признаках продолжающегося кровотечения и отсутствия перегрузки объемом повторить через 4-5 часов.

Консервативті ем схемасы (екінші этап)

- После остановки кровотечения
- Схема в/м инъекций (гемостатическая терапия):
- * Sol. Etamsylati (Dicynoni) 12,5% - 2,0 ml; в/м 4 раза в сутки
- Схема лечения per os:
- * Омепразол по 20 мг 2 раза в сутки.
- * кларитромицин (кларид) 250 мг. 2 раза в день. При отсутствии амоксициллин по 500 мг. 2 раза в день в конце еды.
- * метронидазол (трихопол) по 500 мг. 2 раза в день в конце еды.
- * Sol. Acidi aminocarponici 5% по 1 столовой ложке 6-8 раз в сутки.
- Оптимальной дозой является 80 мг омепразола болюсно, в последующем – 8 мг/ч на протяжении первых трех дней лечения

Асқынуы.

- Перфорация
- Пенетрация
- Қан кету
- Тыртықтану(стеноз)
- Малегнизация

Хирургиялық емі

- Форест 1-де экстренді операция көрсетілген.
- 24сағ ішінде 1500мл қан құйылып жағдайы жақсармаса мерзімді операция жасалады.
- Форест 2,3-те нуқастың жасы 50-ден асса, анамнезінде ұзақ ойық жара болса, каллезді жара болса, стеноздаушы жара болса қосымша ауруларын ескеріп операцияға алады.
- Асқазан жарасынан қан кетіп тұрғанда: бағаналы ваготомия+асқазанның экономды резекциясы + Ру бойынша гастроеюналды анастомоз немесе Бильрот 1. әлсіз науқастарды - бағаналы ваготомия+жараны ойып алумен гастротомия және пилоропластикамен. Ауыр науқастарда – қансырап тұрған тамырды тігумен гастротомия, немесе жараны ойып алып тігу.
- Ұлтабардың жарасынан қан кетіп тұрғанда: бағаналы ваготомия немесе селективті проксималды ваготомия + қансырап тұрған тамырды тігу мен пилоропластика. Асқазан мен ұлтабардың қосарласқан жараларында бағаналы ваготомия + антрумэктомия + Ру бойынша анастомоз.
- Мэллори-Вейс синдромында Блэйкмор зондымен тампонада. Гастротомия, шырышты қабат дефектісін тігу. Склерозотерапия.
- Шунттаушы операциялар (портокавалды, спленореналды, мезокавалды шунтар және т.б. Анастомоздар)

Оталық емге көрсеткіш.

- Консервативті емнің нәтижежесіздігі.
- Ойық жараның асқынулары.

Оталық ем.

ваготомия.

-селективті

-проксимальды

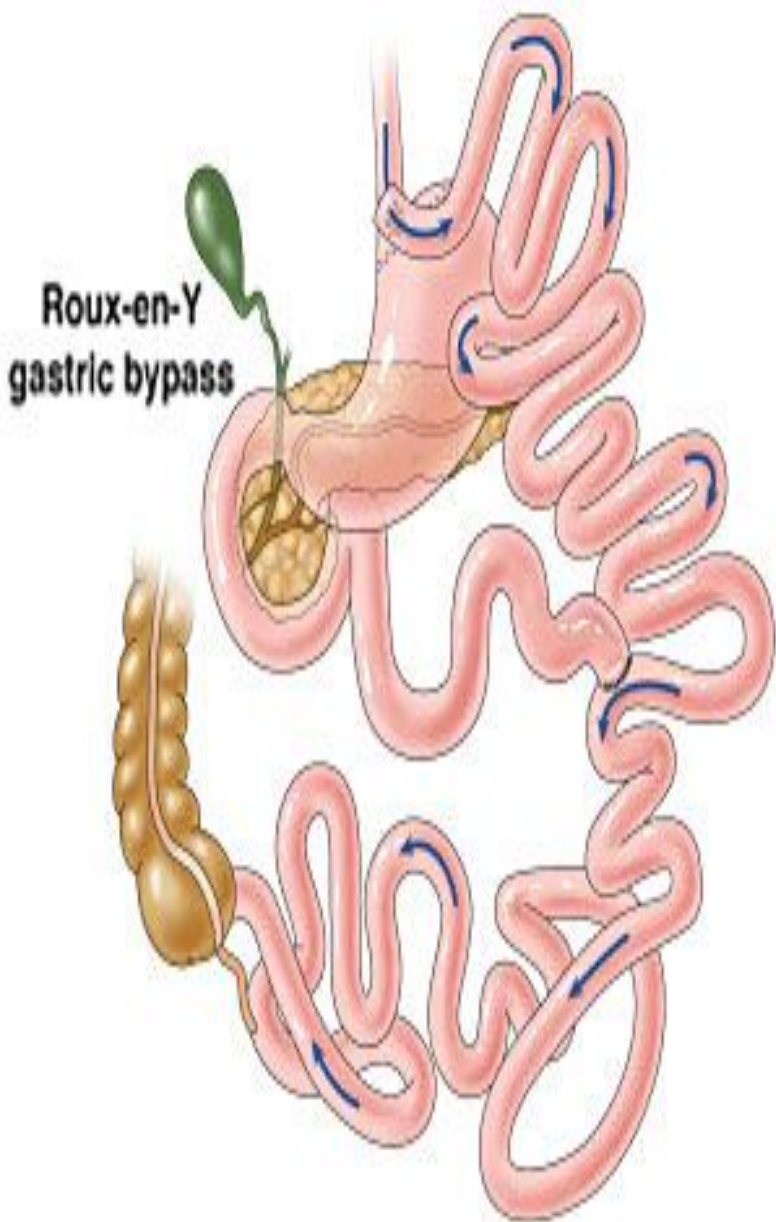
-бағаналық

Асқазан резекциясы.

Бильрот-I

Бильрот-II

РЕЗЕКЦИЯ ПО БИЛЬРОТ 1



С1
ПС СТУПЕНЧАТАЯ РЕЗЕКЦИЯ
ПО ШАМАХЕРУ



- Удаляется дистальная 1/3 желудка, анастомоз «конец в конец» между культей желудка и 12-перстной кишкой
- физиологична
- недостаточно снижает кислотность
- возможно натяжение и прорезывание швов
- возможно прободение в области угла анастомоза

Модификация по Шамахеру (ступенчатая резекция) - достаточно снижает кислотность

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ-1



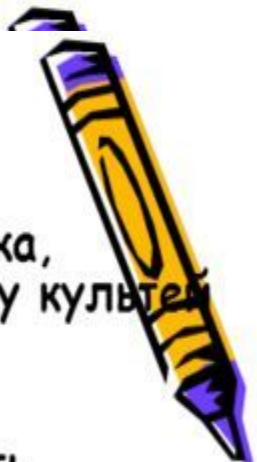
<http://Anastomoz.ru/>
АНАСТОМОЗ
КОНЕЦ В КОНЕЦ



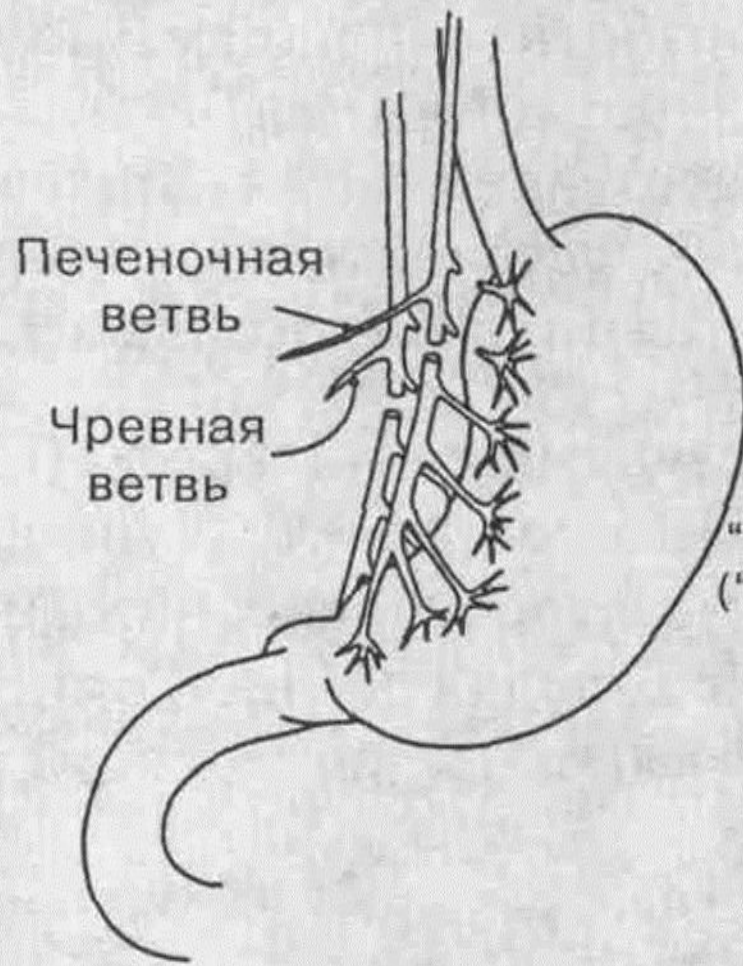
ПО ГАБЕРЕРУ



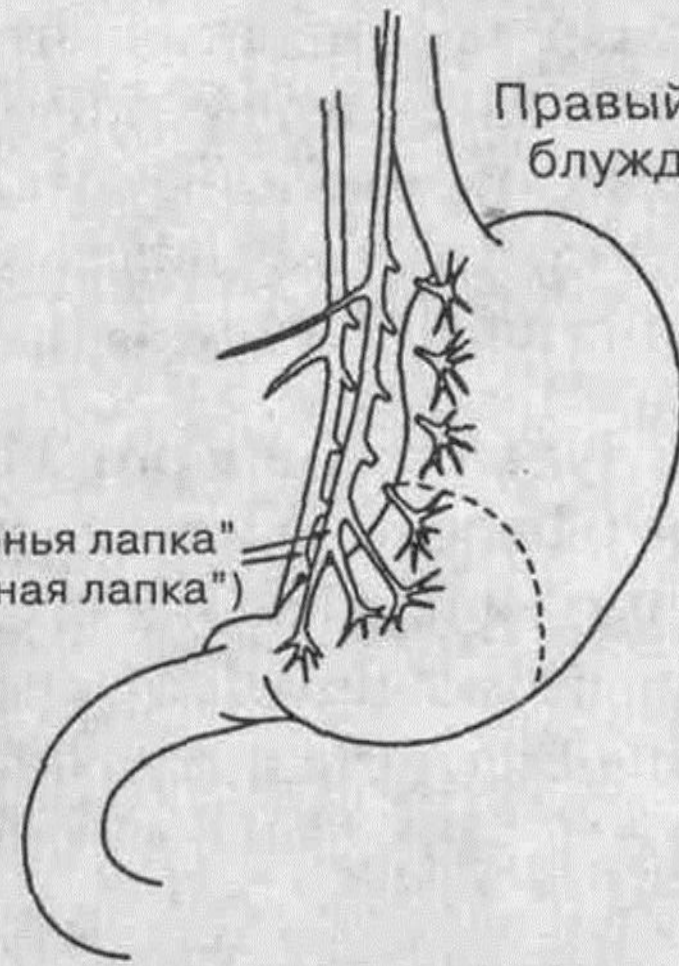
ГОФРИРОВАНИЕ
КУЛЬТИ



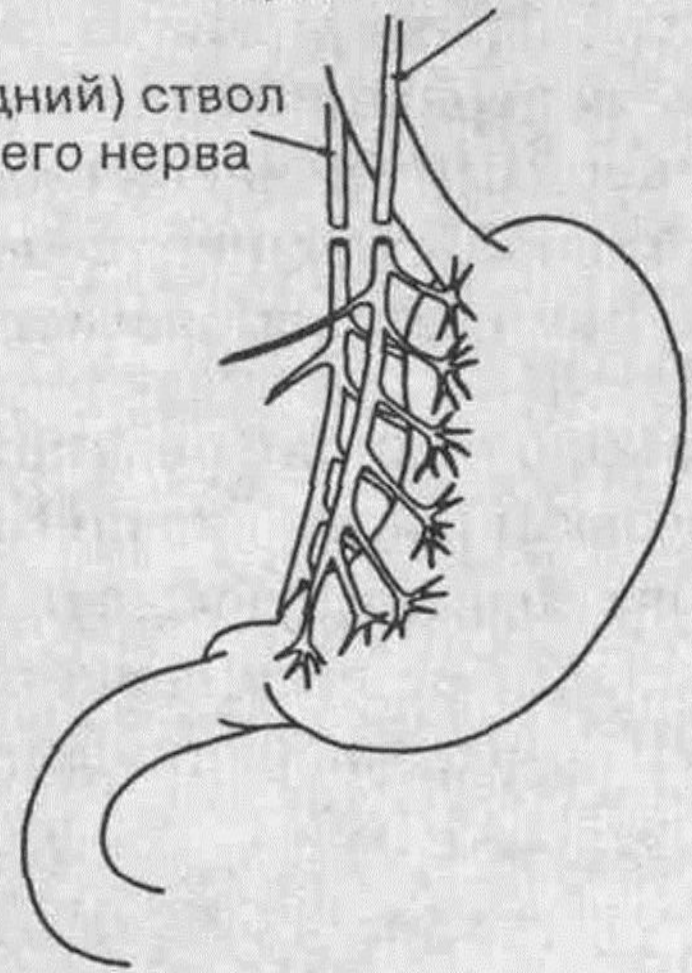
MyShared



Селективная
ваготомия



Проксимальная желудочная
(селективная проксимальная)
ваготомия



Стволовая
ваготомия

Левый (передний) ствол
блуждающего нерва

Правый (задний) ствол
блуждающего нерва

Три вида ваготомии

Инфузиялық ем

- АҚК-ң жетіспеушілігі 10%-дан көп болмағанда қан мен қан алмастырушы сұйықтықтарды құю қажет емес. Әсерлі асқазан-ішектік жедел қан кетуі бар науқастар, әсіресе тұрақсыз жағдайдағылар интенсивті терапия немесе реанимация бөліміне жатқызылуы керек. Орталық веналардың біреуін катетеризациялау қажет. Инфузиялық ем үнемі жүрек қызметін, АҚК, бүйрек қызметін (зәр мөлшері) және қосымша оксигенациясын бақылау үстінде жүргізіледі. Орталық гемодинамиканы қалпына келтіру үшін физ., Рингер, базис ер-р қолданады. Коллойдты қан алмастырушы ретінде орташа молекулярлы полиглюкин қолдануға болады. Микроциркуляцияны қалыптастыру үшін ұсақ молекулярлы коллойдты ер-р (реополиглюкин, гемодез, желатиноль) қолданылады. Қанды оксигенация (эр масса) мен ұйығыштықты (плазма, тромбоциттер) жақсарту үшін құяды. Тура қан құю гемостатикалық мақсатта жүргізіледі. Егер циррозға байланысты қан ұйығыштығы бұзылған болса СЗП мен тромбоцитарлы масса құйған дұрыс. Науқас инфузиялық емді жағдайы түзелгенше қабылдау керек. Егер қан кету жалғасып жатса немесе қайта басталса инфузиялық емді толық тоқтағанша және гемодинамика параметрлері тұрақтанғанша жүргізеді.

Пайдаланылган әдебиеттер:

- 1. Майстренко И.А., Мовгун К.Н. Хирургическое лечение язв 12 п. кишки. – СПб.: «Гиппократ». – 2000. - 348С.
- 2. Маят В.С., Панцырев Ю.М., Квашнин Ю.К., Гринберг А.А. и др. резекция желудка и гастрэктомия. – М: «Медицина». – 1975. – 367С.
- 3. Минушкин О.Н., Зверков И.В., Елизиветина Г.А., Масловский Л.В., Язвенная болезнь. – М. «Медицина». – 1995. – 199С.
- 4. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия язвенной болезни желудка и 12 п.кишки: руководство для врачей. – М. «Медицина». – 1996. – 255С.
- 5. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. – М: Медицина, 1965 – 272С.