



ҚАЗАҚСТАН  
РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ  
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖӘНЕ  
ӘЛЕУМЕТТІК МИНИСТРЛІГІ



Оңтүстік Қазақстан  
Мемлекеттік Фармацевтика  
Академиясы

# ПРЕЗЕНТАЦИЯ

Асқазан-12-елі ішiктiң ойық жара аурулары

Дайындаған: Сарсенов Н.

Қабылдаған: Кудайбергенова Г.А

CHD

Шымкент-2016ж



# Асқазан-12-елі ішіктің ойық жара аурулары

- СОЗЫЛМАЛЫ ҚАЙТАЛАМАЛЫ АУРУ, асқазан мен 12-елі ішектің ойық жара дефектпен қалыптасуымен, жергілікті қорғаныс және агрессия факторларының тепе-теңдігінің бұзылыс салдарынан.



# Классификациясы

## Локализациясы:

- Қарын
- Медигастралды
- Пилороантралды
- 12-елі ішек
- Бульбарлы
- Пост бульбарлы
- Асказан және 12-елі ішек



## Клиникалық фазасы және эндоскопиялық стадиясы

- I. Қозу
- II. Жаңа ойық шара
- Эпителизацияның басталуы
- Қозудың бәсеңдеуі
- Ш. Ойық жара: жазылуы, тыртықсыз, тыртықпен деформациясы, ремиссия



# АҒЫМЫНЫҢ ауырлығы

- Жеңіл
- Орта
- Ауыр



# Асқынулары

- Қан кету
- Перфорация
- Пенетрация
- Стеноз
- Перивисцерит



## ЭТИОЛОГИЯСЫ

- 99,9% жағдайда хеликобактер ойық жара ауруларында табылған. Генетикалық фактор, нейро-эндокрин реттеуі, және патогенезінде қорғаныс факторларымен агрессивті факторлердің тепе-теңдігінің бұзылулары айрықша орын алады.



## Клиникасы.

Ауырсыну синдромы, Мойнинган ритімімен, ауруы ашқарынға, болмаса 1,5-2 сағат тамақтанудан кейін, кейде түнде, тамақ ішкенде ауруы төмендейді, немесе кетеді, тамақтың буферлық қасиетімен байланысты.





- Ауырсыну антацид болмаса, спазмолитиктен де тоқтайды. Ауырсыну эпигастралда, кейде оң жақта, төс артында жүрекке иррадиациялайды



- **Диспепсиялық бұзылыстары:**  
қыжылдау, ойық жара рефлюксі – эзофагитпен байланысты. Кекіру және қышқыл құраммен құсу, әдетте бір рет, жеңілдік әкеледі. Көніл айну ойық жараға тән емес, әдетте тәбеті жақсы.



## Диагностика

- - эндоскопияда қарында болмаса 12-емі ішекте ойық жара дефектісін табады
- рентгенологиялық
- секреторлық қызметін
- хеликобактерге тексерулер жүргізеді



**Қышқыл болмаса - ойық  
жара болмайды!!!!**



## Емі.

1. Диета, стол №1.

2. Асқазан согінің агрессивті әсерін төмендету:

антацидты, селективті М,

холинолитиктер, Н<sub>2</sub>

гистаминоблокаторлар,

ингибиторлар Н<sup>+</sup>, К<sup>+</sup>, АТФазы



## H2 гистаминоблокаторлар:

Ранитидин 150 мг бір реттік доза  
300-450 мг тәул. Дозасы, курс  
4-6 апта



# Ингибиторлар Н+, К+, АТФазы:

- Омепразол-20-40 мг/сут, 1 рет

Үйқыдан тұрған соң

Курс 4 апта

7 жастан бастап !



# Селективті М холинолитиктер:

Гастроцедин 25 мг 2 рет  
тамақтың алдында, курс 3-4  
апта





- Кілегей қабықтың қорғаныс қызметін арттыру (цитопротекция) -
- вентер 0,5 г, 3-4 рет, курс 4-6 апта
- пленкотүзушілер (висмуттың коллоидты:
- де-нол 1 т. 3 рет тамақтың алдында 40 минут, сосын түнде, курс 4-6 апта, тек қана 7 жастан бастап; субстраты сукральфат, простогландиндер.



- де-нол 1 т. 3 рет тамақтың алдында 40 минут бұрын, соңғысын түнде жатардың алдында, курс 4-6 апта (тек қана 7 жастан бастап); субстраты сукральфат, простогландиндер.



# Эрадикация Нр.бактер 5 жастан бастап!!

## 3 компонентты схемасы:

- Де-нол 120 мг 2 рет+
- Метронидазол 250 мг 2 рет +
- Амоксициллин 500 мг 2 рет

Курс 7 күн



- Моторлы қызметін реттеу.
- Физиотерапия.
  - Санаторий.
- Рецидивке қарсы терапия.
- Диспансерлік бақылау.



# Назарларыңызға рахмет!

