



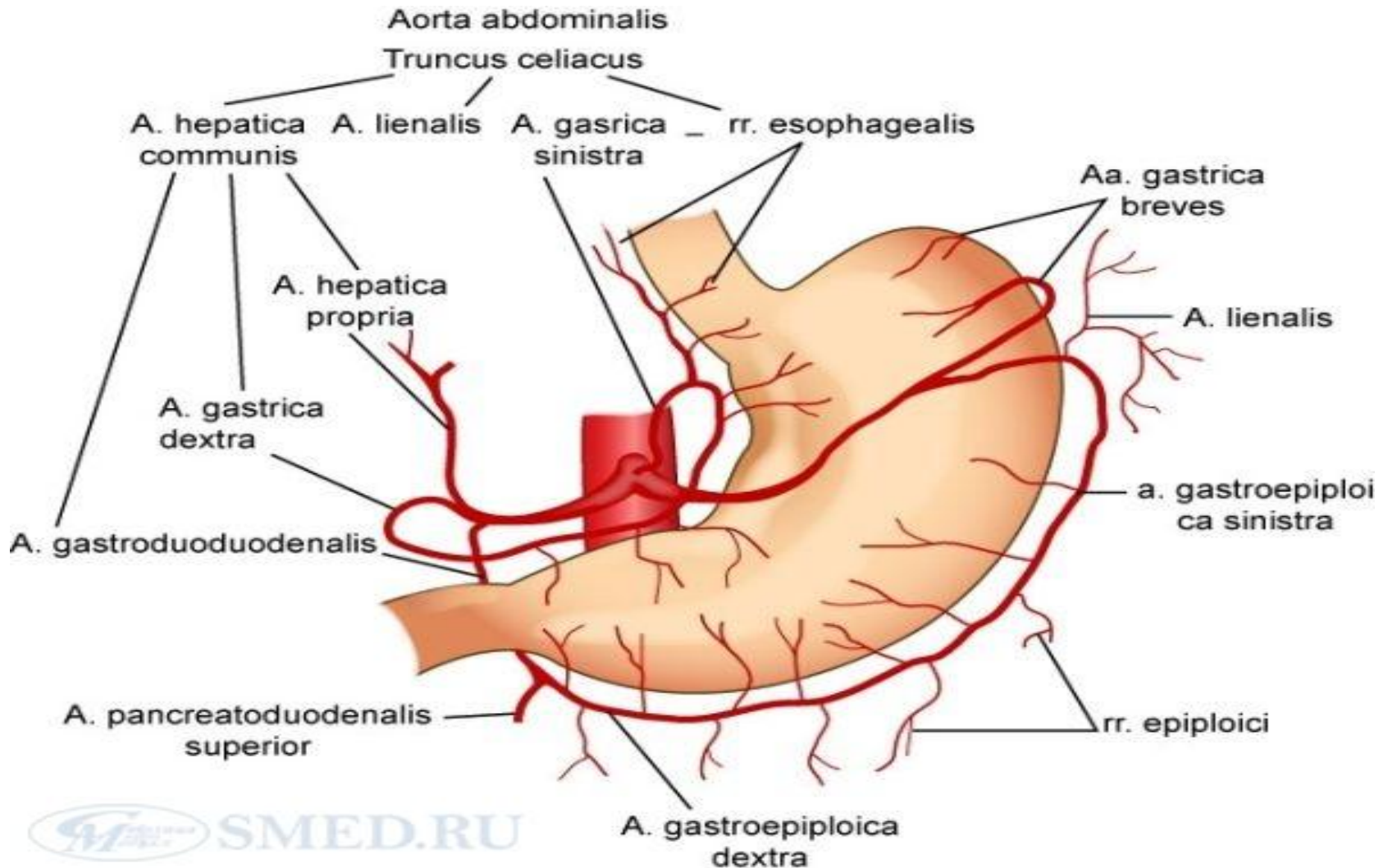
Қарағанды мемлекеттік медицина университеті

Тақырыбы: **Асқазан
резекциясы**

Доцент Алибеков А.Е.

Қарағанда 2015ж

Асқазан қан айналымы





Асқазан жара ауруы. Он екі елі ішектің жарасы

- 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.*



Қара 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 қабатқабынуын 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.



Асқазан және он екі елі ішек жарасының 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:
- Нервті жол: бас ми қыртысы- аралық ми-кезбе нерв орталығы-кезбе нерв-гастродуо-денальді зона.
- Гормональді жол: ми қыртысы-гипоталамус-гипофиз-бүйрек үсті без қыртысы-глюко-кортикоидтар-гастродуаденальді зона.
- Жара дефектісі асқазан мен 12 елі ішекте агрессия және шырыш қабат қорғанысының ди-намикалық 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 қорыту қабілетінің бұзылуы, өт аралас болса - дуо-деногастальді 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 (haematemesis) немесе қанды нәжіс (melaena) ретінде болуы мүмкін.
- **Қыжылдау** - эпигастрий аймағында немесе төс артында жағымсыз әсер болады. Ас, антоцид қабылдаған соң басылады. Оның пайда болуы асқазан ішек рефлюксіне



12- елі ішек жара ауруы:

- Жара 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. Ренгенологиялық 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



Жара ауруының емі:

- *Консервативті ем* — қышқыл өндіруді тежеуші, антацит, седативті, шырышты 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 жасалады.



Асқазан жара ауруы.

- **Джонсон** классификациясы бойынша 3-типке бөлінеді:
- -медиогостралы жара, асқазан денесінде орналасады.
- -асқазан мен 12 елі ішек біріккен жара ауруы.
- -пилорикалық каналдың және препилорика-лық жара.
- Асқазан медиогостральді 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 бас-талады. Ауырсыну тамақ асқазаннан шыққан кезде басылады. Ауырсыну семсер тәрізді өсінді-ден 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:
- 12 елі ішек жара ауруы дамиды;
- асқазан жара ауруы дамып клиникасы өзгереді. Ауырсыну симптомы жалғасады, асқыну ұзарады, жара баяу тыртықтанады, асқыну жиілігі 60%.
- **Емі:** оперативті.



Илорикалық каналдың және препилорикалық жарасы.

- **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.

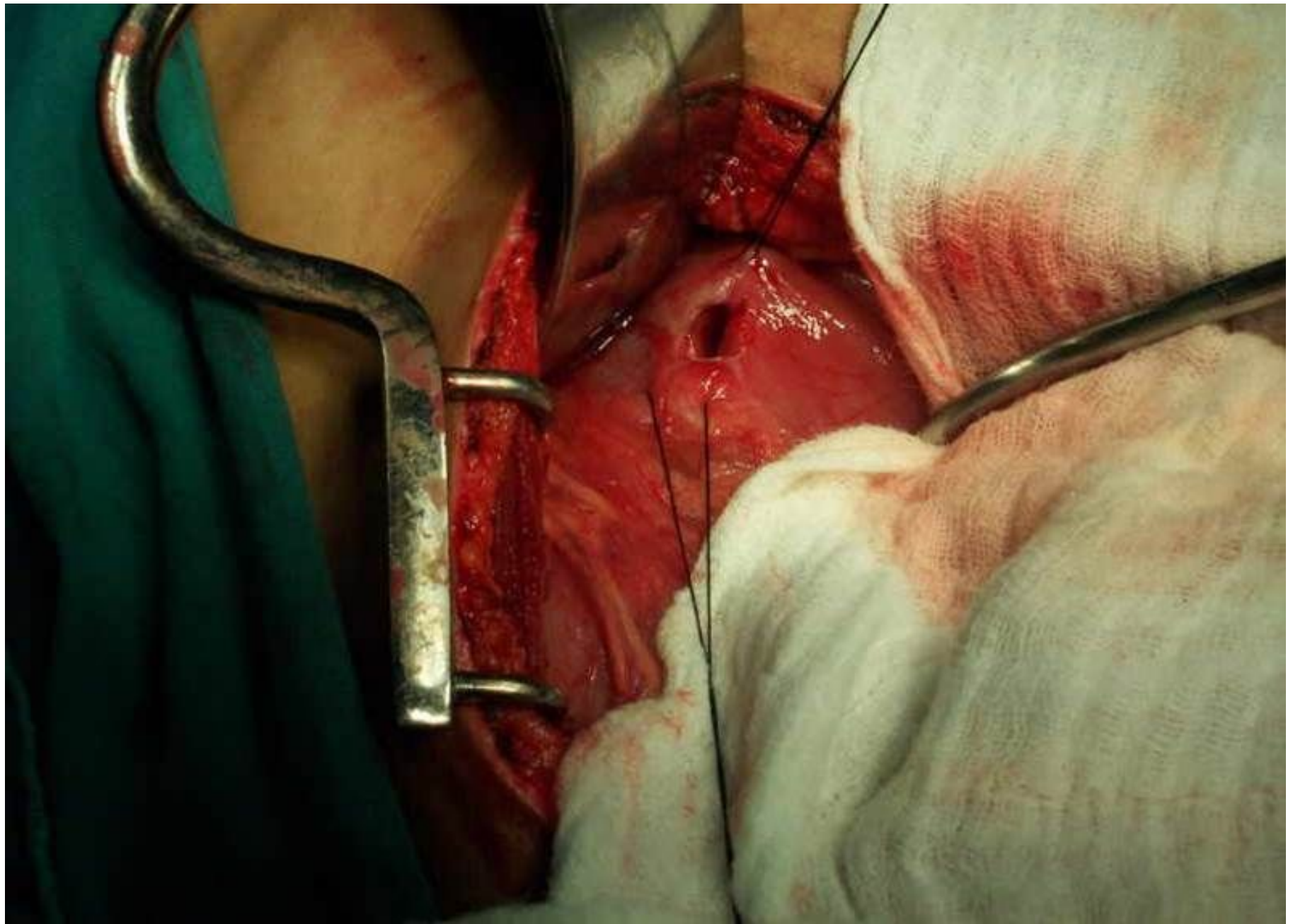


Асқынулар:

Перфорация.

Жіктелуі:

- бос іш қуысына перфорация;
- 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 ай-мағында. Ауырсыну нәтижесінде ауыр абдомин-альді 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, пери-стальтика әлсіз. Пальпация кезінде ауырсыну, Щеткин-Блюмберг симптомы оң, іш қуысында газ, сұйықтық көбейеді. Лейкоцитоз, аздап лейкоцитарлы формула солға жылжыған.



- **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 гемато-крит жоғарлаған, гиперкалиемия, метаболикалық ацидоз.



ифферинциальды диагноз:

- жедел холециститпен , Майлы тағам жеген соң, оң жақ қабырға асты аймағында ауырсыну болады. Құсу жеңілдік әкелмейді.
- Жедел панкреатит-эпигастрий аймағында ауырсыну, 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.



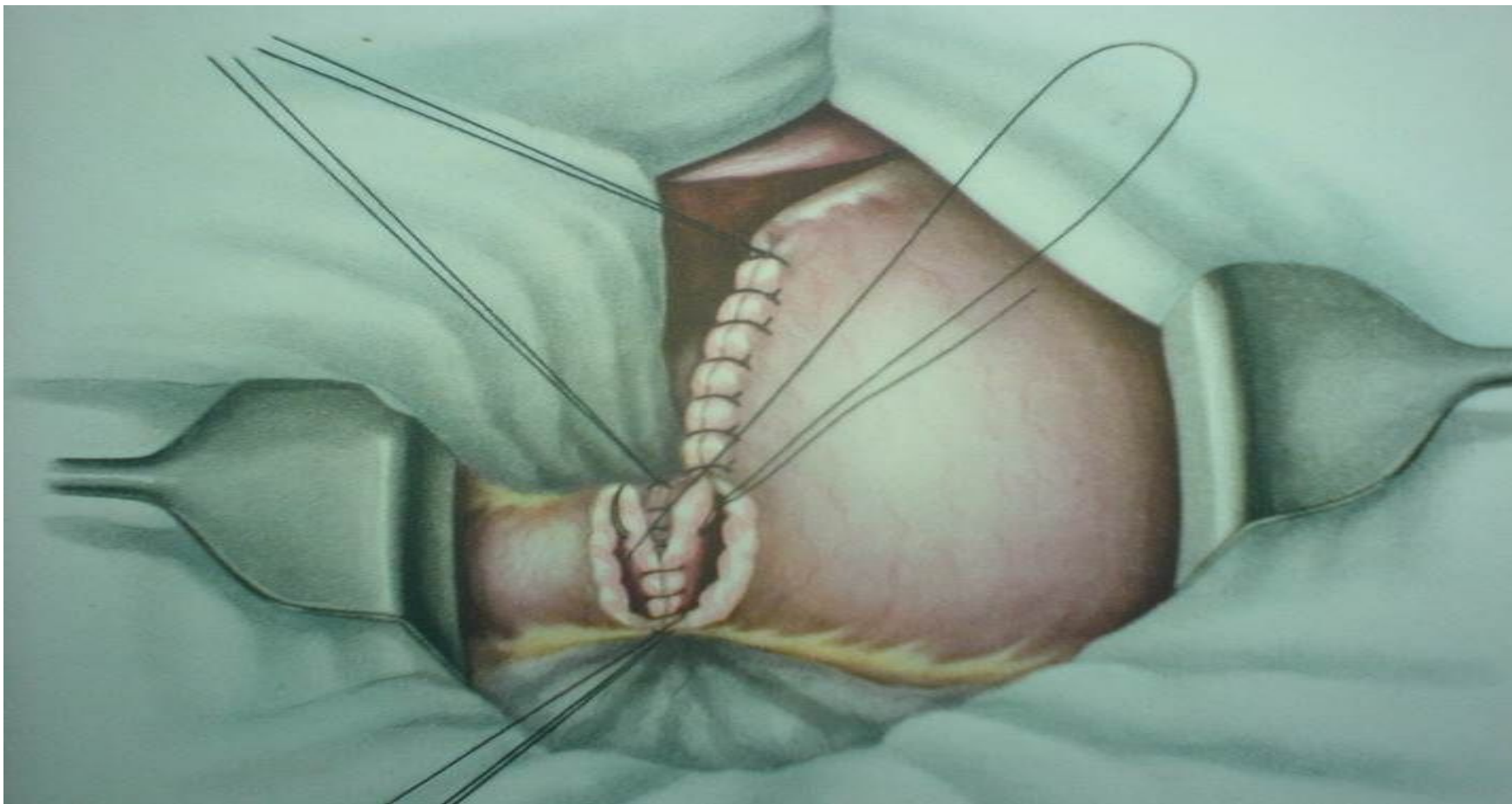
ильрот 1 тәсілі бойынша асқазан резекциясы.

- Христиан Альберт Теодор Бильрот
- «Теодор Бильрот операция үшін», Адальберт Зелигманн картинасы
- Жараның асқазанды антральді немесе пилорикалық бөлімінде орналасуы кезінде және он екі елі ішектің тыртықты өзгерісі болмаса Бильрот 1 тәсілін қолданамыз.
- **Операция техникасы:** Асқазан мобилизациясынан кейін пилорикалық бөлімімен он екі елі ішектің бастапқы бөліміне ішектік жомдар қояды. Жомдар арасынан асқазанды кесіп, сол жаққа қайырады. Асқазан 3/1 бөлігіне Пайра жомы және Гофмейстер-Фейнстер тәсілі бойынша екі қысқыш салады. Салынған жіптерді анастомоз салған кезде ұстағыш ретінде болатын шеткісінен басқасын кесіп өтеді. Осыдан кейін жомдар арасындағы асқазанды кесіп препаратты алып тастайды. Қалған жомның кіші иіліміне жіп-ұстағыш тағады және жоғарғы жоммен бірге асқазан қабырғасының шетін кесіп алады. Асқазан культіне бастапқыда үздіксіз кетгутты жіп салады да кейін түйінді серозды-бұлшықетті жіп тағады. Культтің жоғарғы бөлігін тіккеннен кейін, асқазан және 12 елі ішек қабырғаларының шетін кесіп өтеді



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

Бильрот I, гастро-дуоденоанастомоз



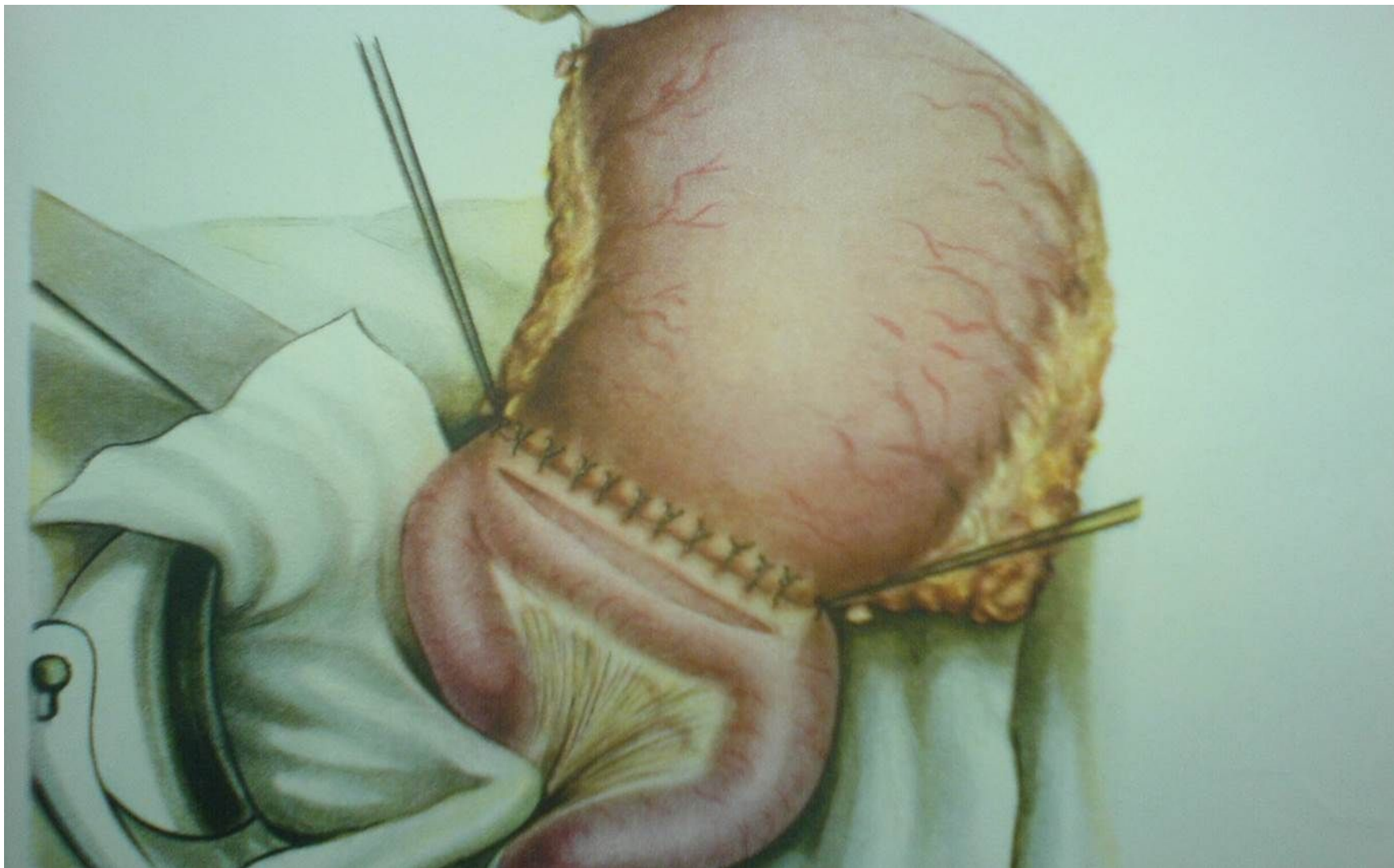


Асқазан резекциясын Бильрот 2 тәсілі бойынша жүргізу

- **Жара ауры кезіндегі асқазан мобилизациясы.**
- lig, gastrocolicumді асқазаннан кесіп алуды үлкен иілімнің 3/1 бөлігінен бастау керек. Ол үшін асқазан мен көлденең тоқ ішекті жараға шығарып асқазан тоқ ішек байламын тамырсыз, май тарамдары орналасқан жерінен кеседі. Асқазан-тоқ ішек байламын кесу әдетте осы артериялардың майлық тарамдарын байлау арқылы асқазан-май артериясынан төмен жүргізіледі. Кейбір хирургтер аа. gastro-epiploicae dextrae et sinistrae асқазан тарамдарын байлап осы байланған жеодің үстінен кеседі. Пайда болған тесікке иілген қысқаш (зажим) енгізіп онымен теседі. Содан кейін маңайында жатқан байламды қысады. Бірінші қысқашпен дистальдірек екінші қысқашді қысады және қысылған бөлігін кеседі. Кіші аудандарымен солға үлкен иілімін мобилизациялайды және асқазанның 3/1 бөлігіне дейін a. et v. gastro-epiploica sinistra қысқашдер арасында қиылысатын жерінде мобилизациялайды.
- Барлық қысылған тамырларды ретімен байлайды. Осылайша асқазан-тоқ ішек байламының оң жақ бөлігін онекі елі ішекке өтетін жерге дейін байлайды және кеседі. Асқазан қалтқысында a. at v. gastro-epiploica dextra –ны бөлек байлайды.
- Бұл кезде a. gastro-epiploicae dextrae-нің қасында орналасқан a. colicae mediae-ні қоса ала кетпеу үшін және зақымдамау үшін үлкен сақтық қажет. Осыдан кейін 12елі ішектің бастапқы бөлігін мобилизациялайды



Бильрот II тәсілі **Рейхель-Полиа бойынша**





Ваготомия

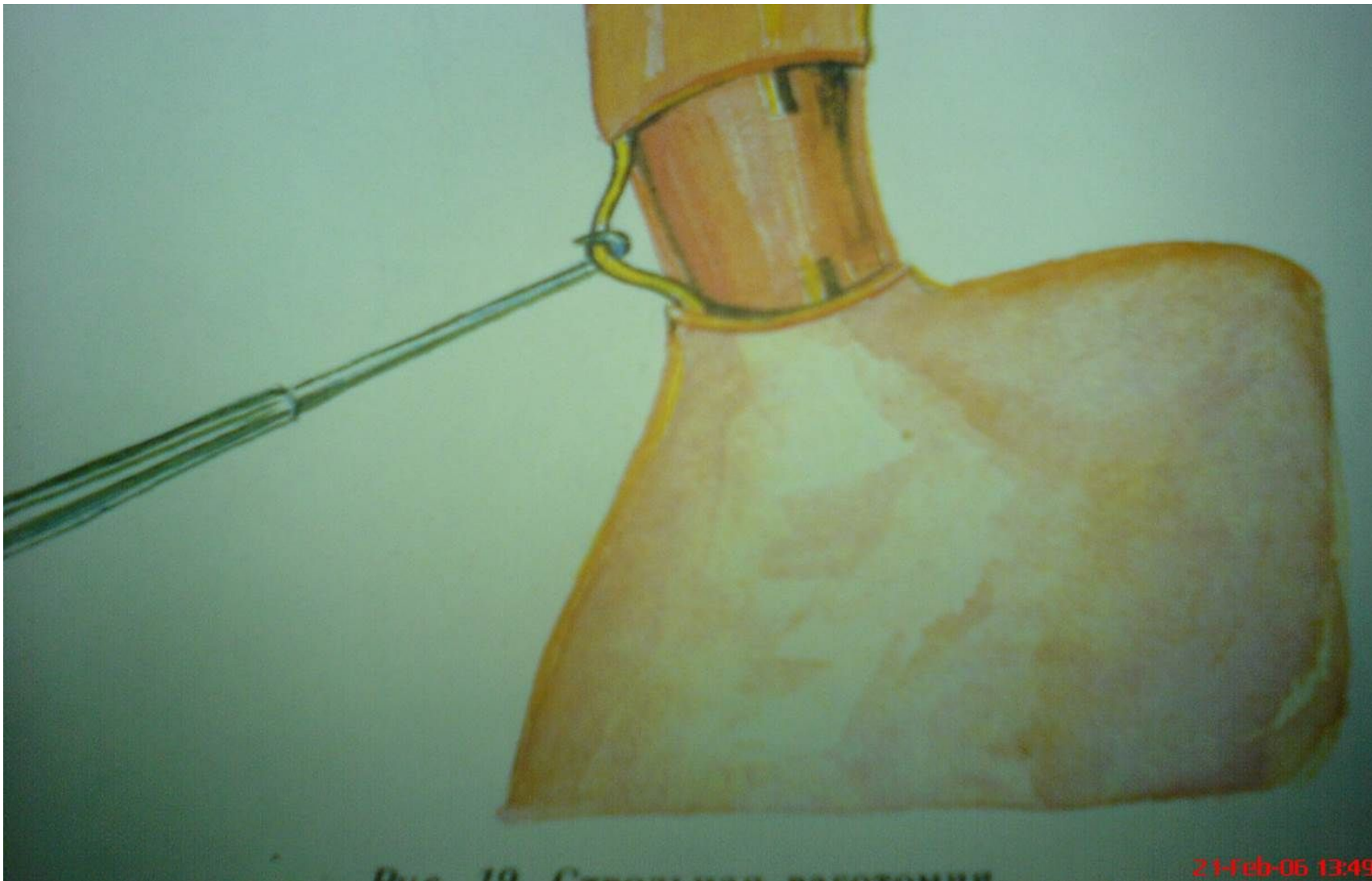
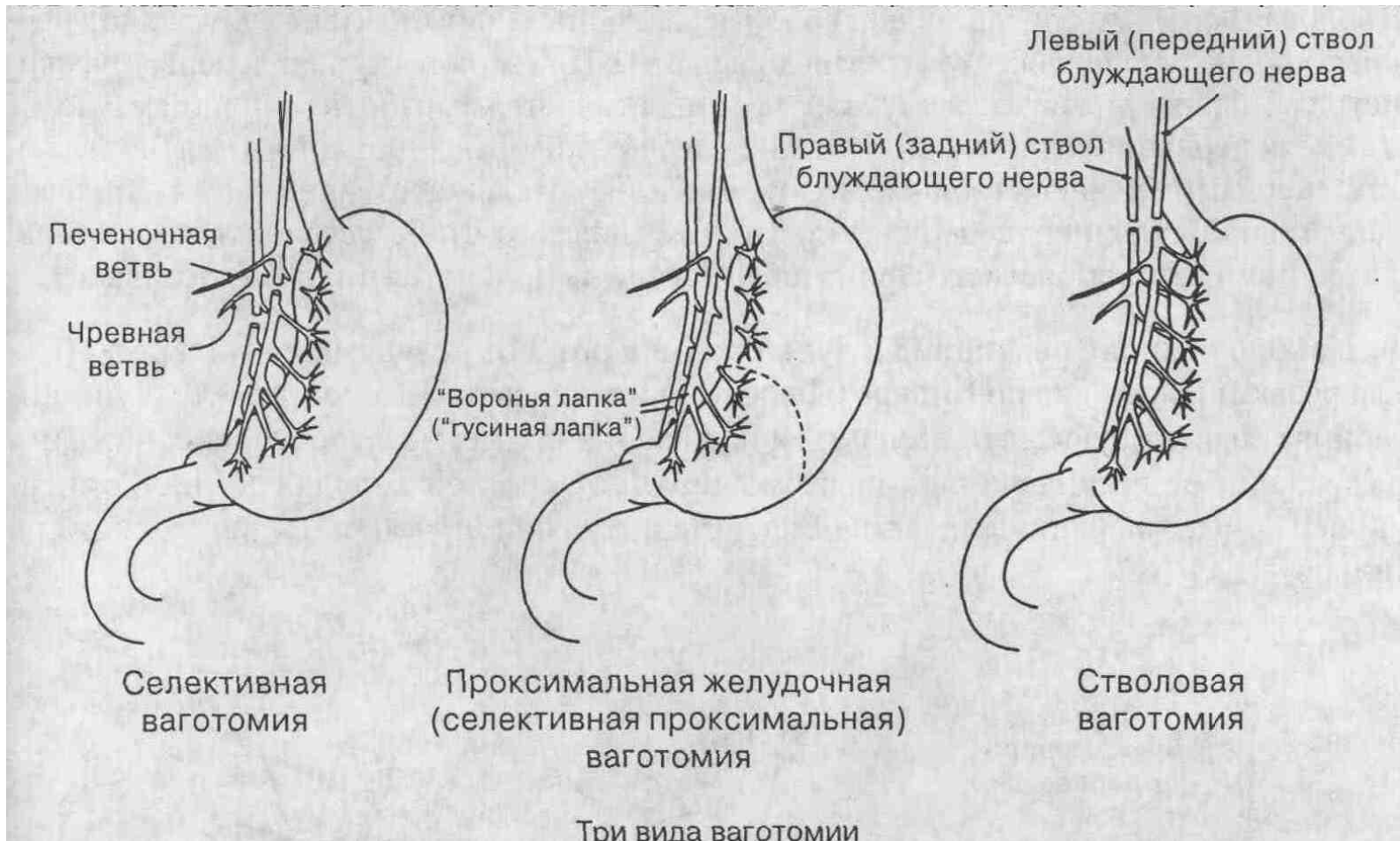


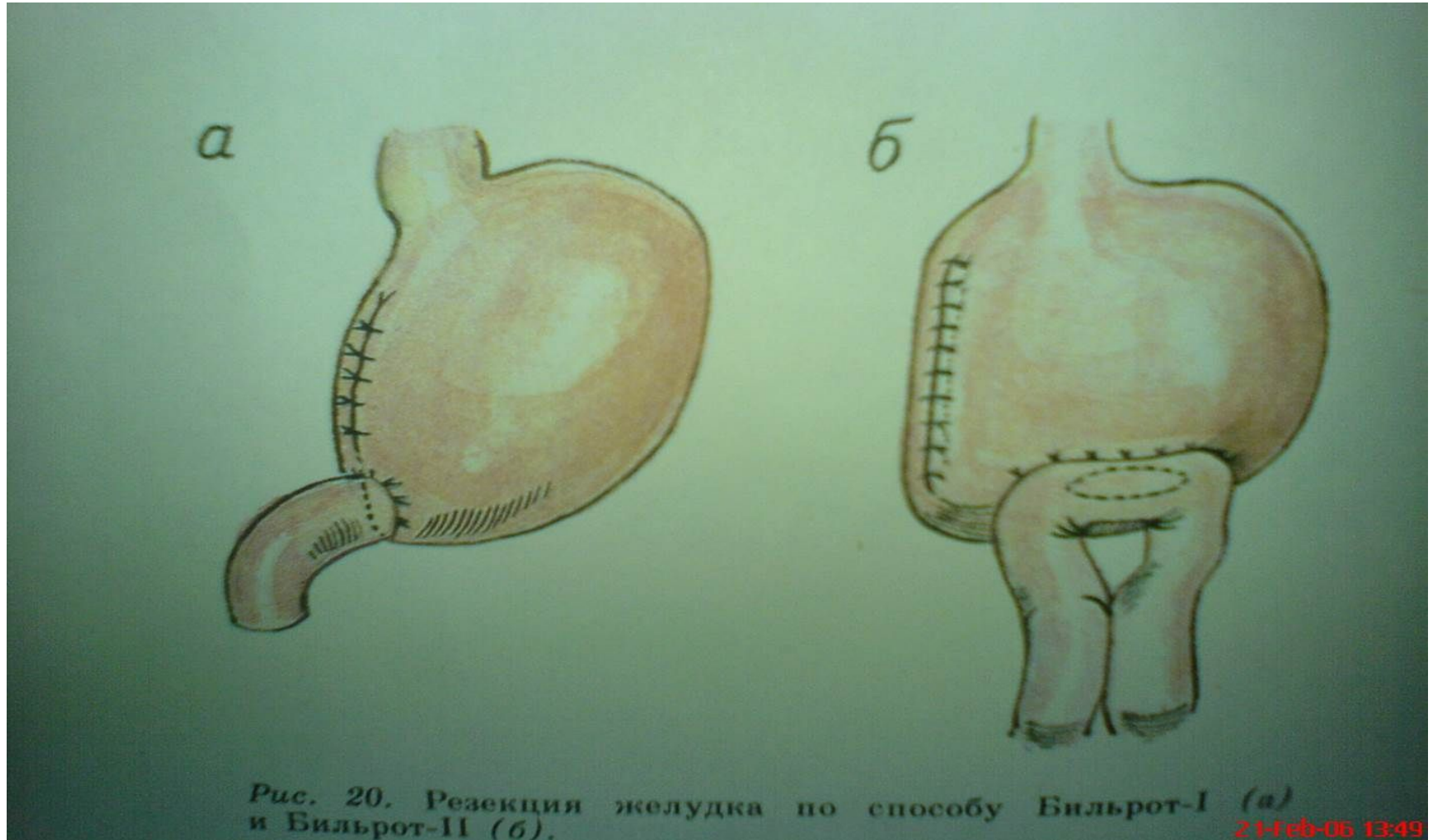
Рис. 19. Селезенная ваготомия

Ваготомия түрлері





Асқазан резекциясы Бильрот I, Бильрот II тәсілі бойынша





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, ауырсыну 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 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, пальпа-циялағанда 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. Зерт-теуде 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 жара-ның рецидив беруі. Операциядан соң 2 жыл өт-кен соң қайталануы мүмкін. Негізгі шағым іштің жоғары бөлігінде ауырсыну, ас қабылдаған соң күшейеді. Жара пенетрациясы себебінен ауыр-сыну жалғасып, күшейеді. Қан кету, гематоли-зис, мелена түрінде болады. Нәтижесінде анемия дамиды. Емі: Операциялық ем-диафрагма асты бағаналық ваготомия.

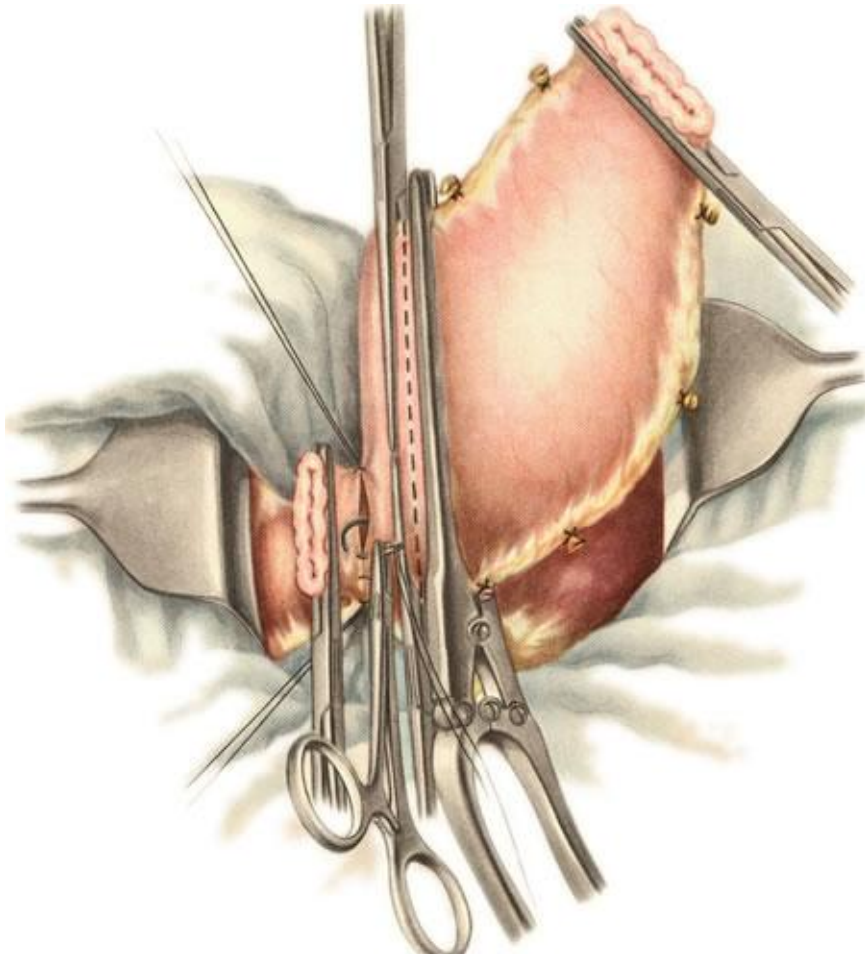


- Жара ауруының асқынған түрлері ғана абсолютті көрсеткіші бойынша хирургиялық емдеуге жатады. Олар:
- 1. Перфоративті жара.
- 2. Пенетрацияланған жара.
- 3. Пилоро-дуоденальді стеноз
- 4. Жарадан қан кету.
- 5. Малигнизацияланған жара.





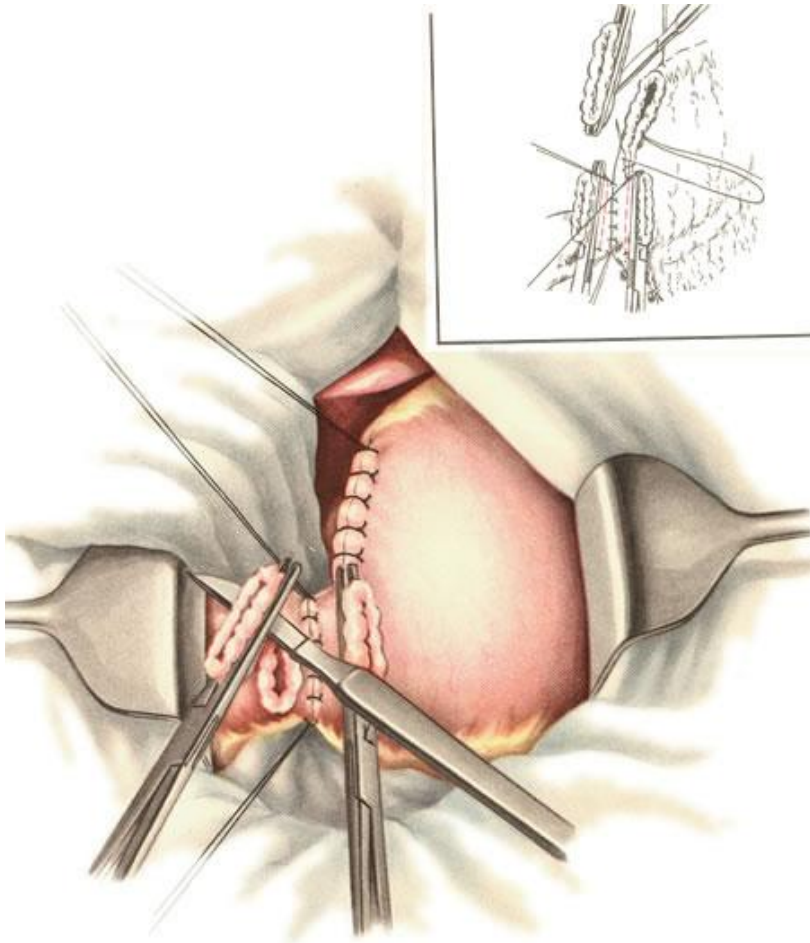
Асқазан резекциясы Бильрот 1 әдісі бойынша



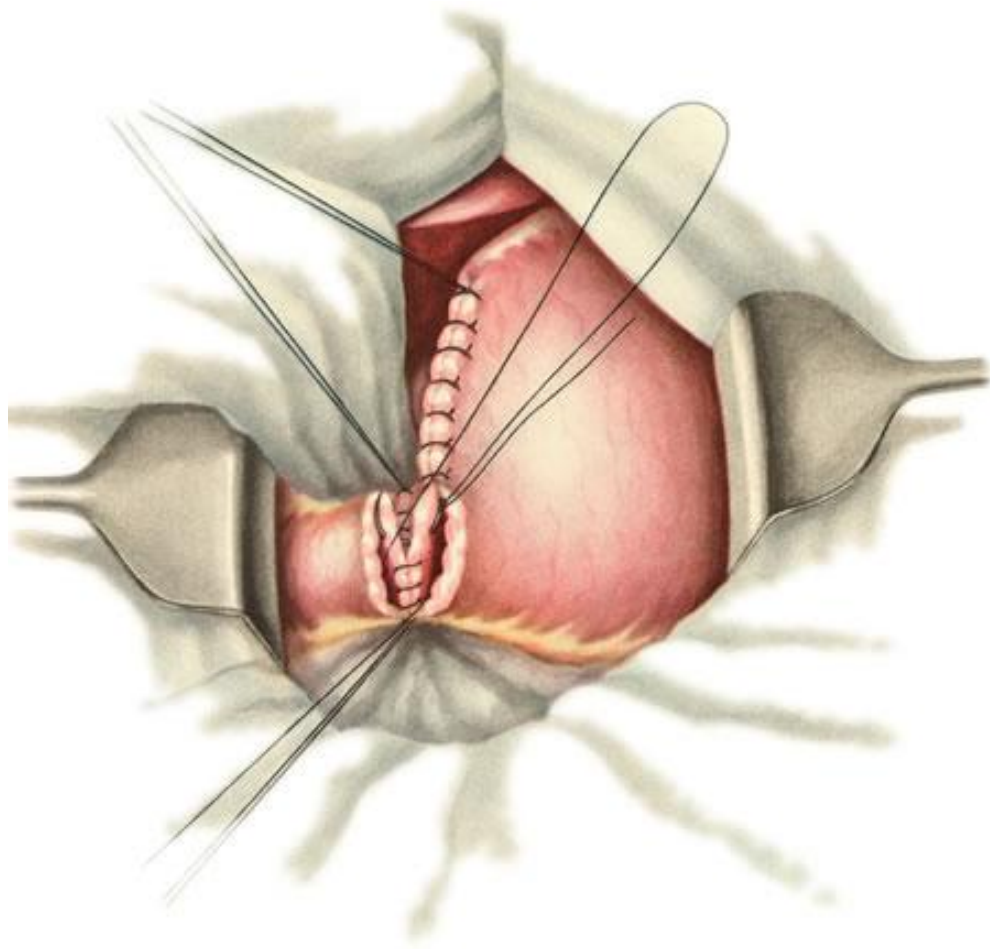
Асқазан мобилизациясынан кейін пилорикалық бөлімімен он екі елі ішектің бастапқы бөліміне ішектік жомдар қояды.



Асқазан резекциясы Бильрот 1 әдісі бойынша



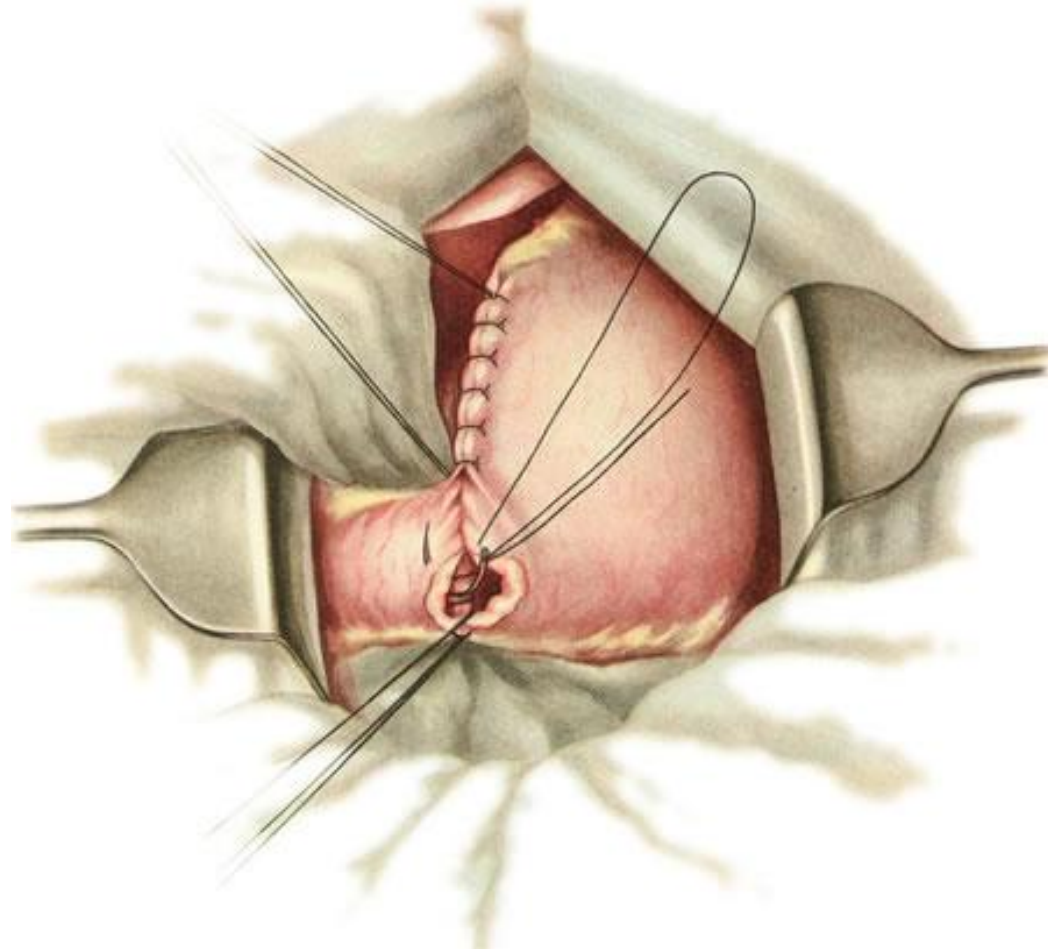
Жомдар арасынан
асқазанды кесіп, сол
жаққа қайырады. Асқазан
3/1 бөлігіне Пайра жомы
және Гофмейстер-
Фейнстер тәсілі бойынша
екі қысқыш салады.



Салынған жіптерді
анастомоз салған
кезде ұстағыш
ретінде болатын
шеткісінен басқасын
кесіп өтеді. Осыдан
кейін жомдар
арасындағы
асқазанды кесіп
препаратты алып
тастайды.



Қалған жомның кіші иіліміне жіп-ұстағыш тағады және жоғарғы жоммен бірге асқазан қабырғасының шетін кесіп алады. Асқазан культіне бастапқыда үздіксіз кетгутты жіп салады да кейін түйінді серозды-бұлшықетті жіп тағады.





Культтің жоғарғы бөлігін тіккеннен кейін, асқазан және 12 елі ішек қабырғаларының шетін кесіп өтеді

