

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ  
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА  
УНИВЕРСИТЕТІ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.  
Д.АСФЕНДИЯРОВА**

**СӨЖ**

Almaty 2016

# Мазмұны

1Асқазан мен он екі елі ішектің жара ауруы

2Этиологиясы және патогенезі

2.1Аурудың пайда болуына әкелетін факторлар:

2.2Микроскопиялық жара түбінде өршу фазасында 4 қабатты ажыратады:

3Клиникасы

4Асқынуы

5Емі

6.Қорытынды

7.Дереккөздер

Жара ауруы-полиэтиологиялық ауру.

Патогенезі көп факторлы.

Жара ауруына әкелетін факторлар: 1.

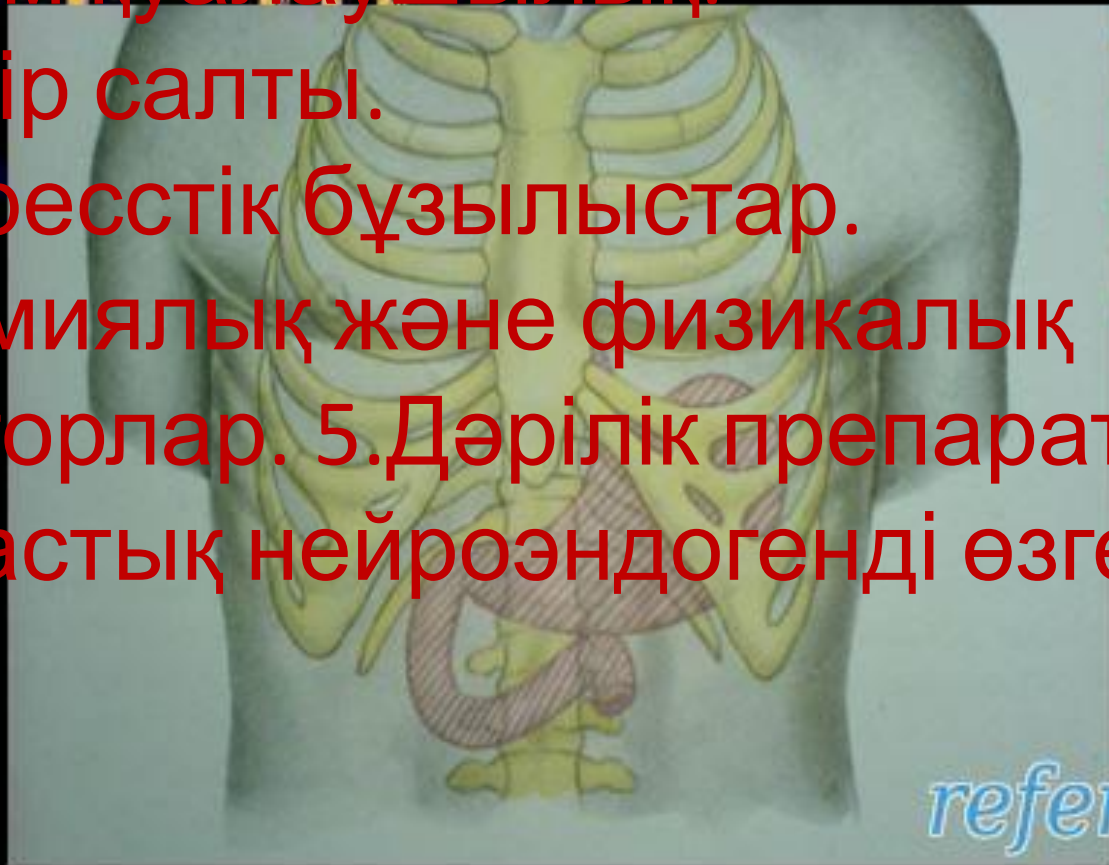
Тұқым қуалаушылық.

2.Өмір салты.

3.Стресстік бұзылыстар.

4.Химиялық және физикалық факторлар. 5.Дәрілік препараттар.

6.Жастық нейроэндогенді өзгерістер

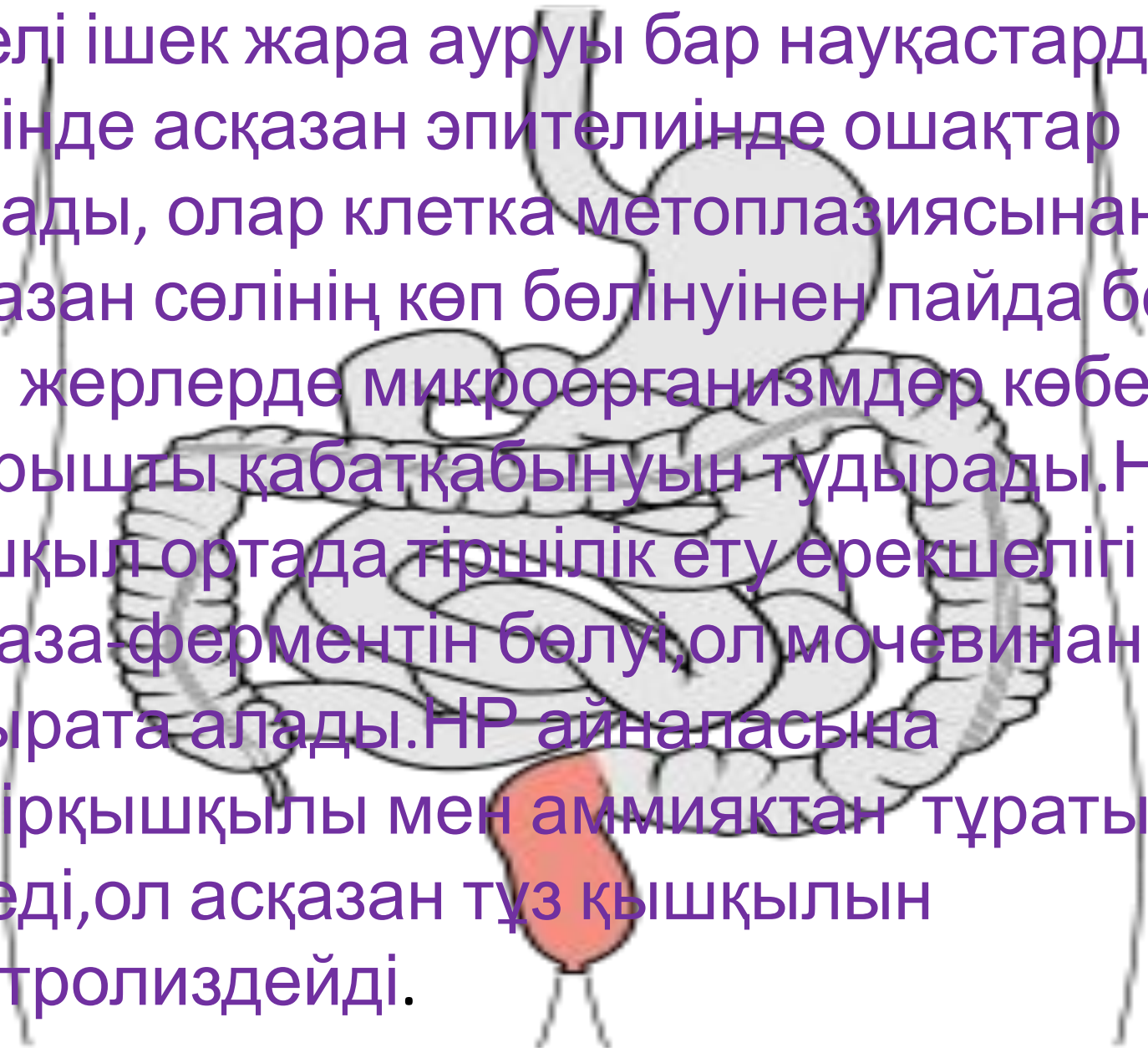


Жара ауруының этиологиясында *Helicobacter pylori* бактериясының орны өте маңызды. НР-70-79%- созылмалы гастрит ауруында 70%-асқазан жарасы 90%-дуоденальді жара ауруларында кездеседі. НР тек асқазан эпителиінде ғана өмір сүре алады. Олар асқазанның антральді бөлігінде орналасы созылмалы қабыну туғызады.



Fig. 1. Imagen de gastroscopia donde se evidencian los pliegues de cuerpo y antro engrosados con presencia de ulceraciones superficiales cubiertas de fibrina.

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-гастродуоденальді зона. Гормональді жол: ми қыртысы-гипоталамус-гипофиз-бүйрек үсті без қыртысы-глюко-кортикоидтар-гастродуоденальді зона. Жара дефектісі асқазан мен 12 елі ішекте агрессия және шырыш қабат қорғанысының динамикалық тепе-теңдігі бұзылғанда дамидыкөзі:

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.

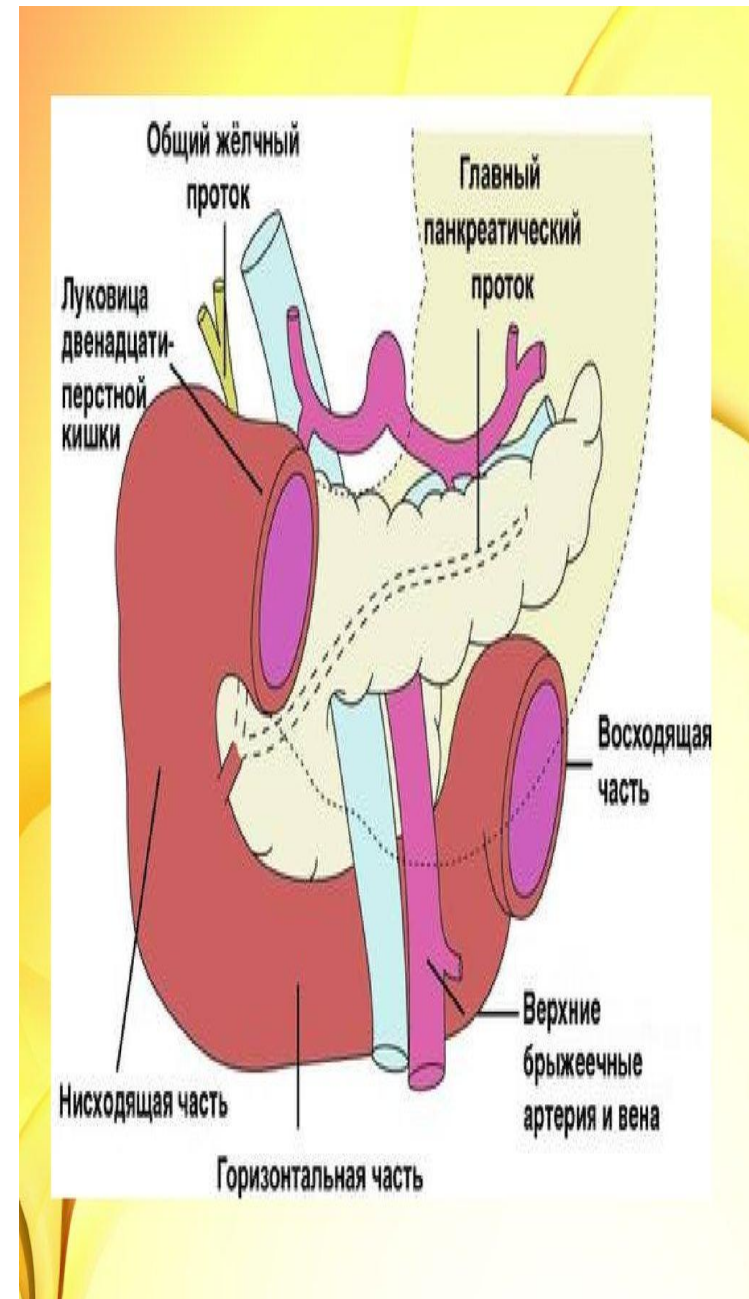
1.5-3 сағаттан соң болса, кеш ауырсыну дейді. Ас қабылдағанға байланысты, құсудан соң жеңілдік болады.



# 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.

## Жара ауруының емі:

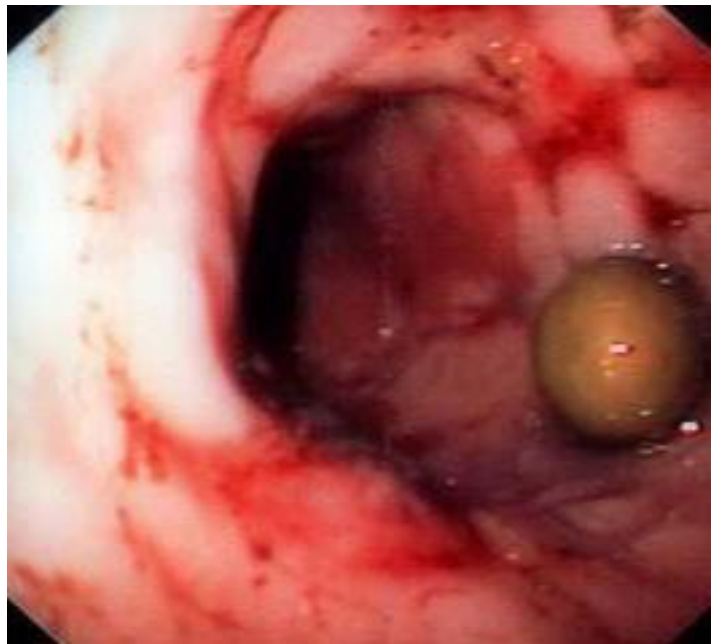
Консервативті ем — қышқыл өндіруді тежеуші, антацит, седативті, шырышты қабаттың қорғаныс қызметін жақсартатын заттар. Консервативті ем әсері болмаса, оперативті ем қолданылады. Ваготомия және дистальді асқазан резекциясы жасалады. Асқазан резекциясы кезінде гастрин өндіретін антральді бөлімді алып тастайды, 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 препилорикалық жара.

Асқазан медиогостральді жара ауруы дуоденальді жара ауруынан 4 есе жиі кездеседі

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 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.



## 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%



## Қорытынды.

Ойық жара ауруының асқынуларымен түскендердің саны азаюда: 2011ж.-326, ал 2013ж.-252. Бірақ жедел жағдайда түскендер саны жоғары болып тұр – 96,5%.

Ойық жараның асқынулары жиылығы сақталуда: қан кету-54%, перфорация-25%, басқалары-21%. Сонымен қатар қан кетудің мөлшері-59%-дан 51%-ға азайған, ал басқа асқынулар саны 16%-дан 26% көбейген.

Ойық жаралардың 33% асқазан, ал 67% он екі елі ішек жаралары, ерлер-81%, ал әйелдер 19% құрайды.

Хирургиялық белсенділік перфорацияда 100%, қан кетуде 23-21%, ал басқа асқынуларда аздап жоғарлаған 52%-дан 58% дейін. Асқазан резекциясы көбіне 17%-да Б-II Ру тәсілімен, ал 11% Б-I бойынша жасалынды.

Рационалды хирургиялық тактика перфорацияда 3,6-3,9%, қан кетуде 6,2-9,1%, басқа асқынуларда 6,8-5,6% леталдыққа қол жеткізді, ал отадан кейінгі асқынулар 1,6% құрады

# Қолданылған әдебиеттер:

1. [http://ru.wikipedia.org/wiki/Язва\\_желудка](http://ru.wikipedia.org/wiki/Язва_желудка)
2. [http://ru.wikipedia.org/wiki/Язва\\_двенадцатиперстной\\_кишки](http://ru.wikipedia.org/wiki/Язва_двенадцатиперстной_кишки)
3. Ивашкин В. Т., Шептулин А. А., Баранская Е. К. и др. Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни (пособие для врачей). М.: 2004

<http://kazmedic.kz/archives/323>