

*Қ.А.ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ - ТҮРІК
УНИВЕРСИТЕТ*

*Шымкент медицина институты
Акушерлік-гинекология және педиатрия кафедрасы*

{ ИӨЖ

Тақырыбы: Асқорту жүйесінің аурулары және жүктілік

Қабылдаған: Құлжабаева Ж.М

Орындаған: Рахимов Б

ЖТД-729

- ❖ Жоспар
- ❖ Кіріспе:
- ❖ Негізгі бөлім:
 - ❖ 1. Жүктілердегі асқазан – он екі елі ішек аурулары
 - ❖ 2. Клиникалық көрінісі
 - ❖ 3. Дифференциальды диагностикасы
- ❖ Қортынды:

Жүктілердегі асқазан – он екі елі ішек аурулары

- Гастроэнтерологияда асқазан – он екі елі ішек аурулары маңызды орын алады. Созылмалы гастрит, гастродуоденит, жара ауруылары басқа асқорту ауруларына қарағанда жиі кездеседі.

□ Созылмалы гастрит — асқазанның кілегей қабығының жасушалық инфильтрациясымен, регенерациясының бұзылысымен жүретін және үнемі меңдеуінен бездік эпителийдің атрофиясына, кілігей қабықтың ішіктік метаплазиясына алып келіп, асқазанның секрециялық моторикалық, инкрециялық функцияларының жетіспеушілігін туғызатын асқазанның кілігей қабығының созылмалы қабыну ауруы.

Гастрит – *H. Pylori* жұқпасының немесе басқа да зақымдаушы факторлардың әсерінен жасушалық инфильтрация, регенерация бұзылуы, без эпителиінің атрофиясы, ішек метаплазиясы дамуымен сондай-ақ асқазанның сөлдену, қозғалу және ішкі секрециялық функциясы бұзылуымен сипатталатын асқазанның сілемейлі қабатының қабынуы.

□ Созылмалы аутоиммунды гастрит А гендердің белгісіз кемістігінен даму мүмкін аутоиммунды ауру. Гастриттің басталу кезінен асқазанның түбі мен денесінде орналасқан басты бездер зақымданады. Атрофиялынған аймақтарда қалыпты бездер жойылады, орнына псевдопилорикалық бездер немесе ішектік метаплазия пайда болады, яғни антральді метаплазия пайда болады.

○ Созылмалы антральді гастрит В секрецияның қалыпты немесе жоғары кезінде ауырсынудың түрі жара ауруына өте ұқсайды. Ашқарында тамақтанғаннан кейін 1,5-2 сағаттан кейін мазалайды, өйткені пилорикалық каналмен он екі елі ішектің қышқылды затпен тітіркенуінен асқазанның қалытқысы түйіледі. Сондықтан ауырсыну эпигастрий аймағының оң жартысында орналасқан. Аурсыну синдромы тамақтанғаннан немесе спазмолитиктерді сілтілі заттарды қабылдағаннан уақытша басылады.



- Созылмалы гастрит арнайы симптомдармен көрінбейді. Ол басқа аурулардың клиникалық көріністерімен ұқсас келеді. Маңызды белгілері эпигастрий аймағаның ауырсынуы және диспепсиялық синдромдармен көрінуі мүмкін. Созылмалы гастритте секреторлық жетіспеушілікке байланысты асқазандық (кекіру, жүрек айну, құсу) және ішектік (метеоризм).

Жүктілік кезіндегі аурудың ағымы

Жүктілік жара ауруының ағымына жағымды әсер етуі мүмкін. 80-85% әйелдерде жара ауруының ремиссиясы жүреді. Жағымды әсер етуі қазіргі кезге дейін белгісіз. Көптеген зерттеулер бойынша ол сектерторлық қызыметінің (қышқылдылықтың төмендеуі, шырышты қабығының қалыптасуы) және моторлық-эвакуаторлық (қозғалыс активтілігінің төмендеуі) қызыметінің өзгеруіне, қан айналымының жақсаруына байланысты.



Емі

- Процесс белсенділігі айқын дәрежедегі Нр-жұқпасымен қабаттасқан гастрит кезінде дәрі-дәрмектік ем ретінде эрадикация қолданылады. Бірінші кезектегі емдеу. Протондық насос ингибиторы (20 мг омепразол*, 20 мг рабепразол*А,) немесе стандартты мөлшерде ранитидин-висмут-цитрат* + 500 мг кларитромицин*А + 1000 мг амоксициллин*А немесе 500 мг метронидазол; барлық дәрі-дәрмектер 7 күн бойы күніне 2 реттен қабылданады. Кларитромицин мен амоксициллин сәйкестігі кларитромицин мен метронидазол*В-ға қарағанда дұрыстау, өйткені екінші кезеңдегі ем кезінде жақсы нәтижеге жетуге әсер етеді. Күніне екі рет 500 мг кларитромицин* қабылдау дәріні күніне екі рет 250 мг мөлшерінде қабылдағаннан тиімдірек екендігі байқалды.

○ Гастродуоденальді жара ауруының патогенезінде гастроинтестинальді гормондар (гастрин, ВИП, бомбезин, мотилин, соматостатин), простогландин және эндорфиндер жүктілік кезінде басты роль атқарады. Көптеген зерттеулер бойынша жыныс гормондары соның ішінде эстрогендердің гиперпродукциясы асқорыту жолдарының тіндерінің регенерациялық процесін және гастродуоденальді аймақтың қан айналымын жоғарылатады.

○ Жүктілік кезінде жара ауруының өршуі 22,8% әйелдерде жүктіліктің кез-келген мерзімінде кездеседі. Өршуі көбінесе жүктіліктің бірінші триместрінде немесе босануға дейінгі 2-4 апта аралығында болады. Өршуі көбінесе жүктілік ағымындағы стрестік жағдайлар, босану алдындағы қорқыныш, үрейлердің әсерінен дамуы мүмкін.

❖ Босану ағымының ұзаруы, қан кетулер, иммунитеттің төмендеуі, фето-плацентарлы гормондар қызметінің төмендеуі жара ауруының өршуіне әкелуі мүмкін. Асқазан жарасы перфорациясының босанғаннан кейінгі ерекшелігі: ауырсыну симптомдарының анық білінбеуі диагностикалауда қиындық туғызады. Аурудың басталуы жедел көрінбейді және қанжар сұққандай ауырсыну болмайды.





Диагноз қою

- нәжісті жасырын қанға тексеру,
- эритроцит, гемоглобин, гематокрит, түс көрсеткіш (қан кетуден кейінге анемияны анықтау),
- асқазанның секреторлық функциясын анықтау маңызды орын алады.

Белгілері	он екі елі ішек жарасы	асқазан жарасы
жасы	40 жасқа дейін	40 жастан кейін
Жынысы	ерлерде жиі кездеседі	Бірдей жиілікте
Ауырсыну түрі	түнгі ауырсыну	тамақтан кейін
Құсу	жиі емес	жиі
Аппетит	қалыпты немес жоғары, тамақ ішуден қорқу	Анорексия
салмақ	тұрақты	төмендеген

Анықтау тәсілдері

Эндоскопиялық

Рентгенологиялық

Гастроскопия

Капрограмма

Жедел ішек түйілуі

Динамикалық



Паралитикалы
қ

Спастикалық

Механикалық



Обтурациялық

Странгуляциял
ық

Этиология.

Жүкті әйелдерде странгуляциялық ішек түйілуі жиі кездеседі. Әдетте ол ішастар қуысының жабысуымен және перистальтиканың жоғарлауымен көрінеді. Жедел ішек түйілуі әсіресе жүктіліктің екінші жартысында және босану кезінде кездеседі.

Клиника:

Ауырсыну бірқалыпты, тұрақсыз түрде эпигастралды аймақта немесе бүкіл іш қуысында болады. Сирек құсу, улану көрінісімен көрінеді.

□ Жедел ішек түйілуі кезінде басты мақсат жүктілікті сақтау болып табылады. Науқастың жағдайы нашарлағанда лапаротомия және кесар тілігін жасап босандыру қажет, артынша хирургиялық ем жасалынады. Жедел ішек түйілуінде ем хирург кеңесімен бірге жүргізіледі.

Жедел аппендицит

- Соқыр ішектің күрт тәрізді өсіндісінің қабынуы жедел хирургияда күрделі проблемалардың бірі болып табылады. Аурудың кең таралуына және асқынған түрлерінің жиі кездесуіне байланысты, операциядан кейінгі кезеңде де, асқынулар жиі кездеседі.
- Ол адамдардың жас ерекшеліктеріне байланысты 20-40 жас аралығында жиі кездесіп, әйелдер еркектерге қарағанда 2 есе жиі ауырады. өлім 0,1-0,3% құрайды. Операциядан кейінгі асқыну 5-9% кездеседі.

▣ *Жіктемесі*

▣ *Аппендициттің клинико –морфологиялық түрлері:*

- ▣ Жай (катаральді);
- ▣ Флегмонозды;
- ▣ Гангренозды;

▣ *Асқынуы:*

- ▣ Тесілуі;
- ▣ Жайылған перитонит;
- ▣ Аппендикулярлы инфильтрат;
- ▣ Іш қуысының абсцесстері (периаппендикулярлы, жамбастық, диафрагма асты, ішек аралық);
- ▣ Іш пердесі арты флегмонасы;

- *Іштің ауырсынуы — жедел аппендициттің алғашқы сатысындағы тұрақты белгі. Ол науқасты дәрігерге қаралуға мәжбүр етеді. Кезбе жүйкесінің әсерінің жоғарлауына байланысты ауырсыну кешке, түнде немесе таңғы сағаттарда болады. өсінді оң мықын аймағында орналасқанның өзінде де, ауырсыну оң мықын аймағында басталуы өте сирек кездеседі.*
- *Алғашқыда ауырсыну эпигастрий аймағында орналасады немесе кезбе сипатқа ие (белгілі бір аймақты көрсете алмайды, ауырсыну іштің барлық аймағында) болады. Бастапқы сатыда ауырсыну тұрақты тұйық, интенсивтілігі төмен болғанымен, кейде толғақ тәрізді болуы мүмкін. 2-3 сағат өткен соң ауырсыну күшейіп, оң мықын аймағына ауысады. Бұл – Кохер-Волкович белгісі деп аталады. Кейін ауырсыну оң мықын аймағында тұрақты болады.*

□ Кейде аурудың алғашқы сағаттарында 30-40% науқастарда рефлекторлы бір ретті құсу болу мүмкін. Науқстың жалпы жағдайы аз өзгереді. Тілі ылғал, беті ақ жабындымен жамылған. Қарағанда: іші кеппеген, біртегіс тынысалу актісіне қатысады. Оң мықын аймағында гиперестезия анықталады (Раздольский белгісі оң болуы). Бұл кезеңде жедел аппендицитке тән кейбір белгілерді анықтауға болады.

- Ровзинг белгісі: сол қолмен сигма тәрізді ішекті сол мықын сүйектің қырына басады, оң қолын осы аймақтан жоғары түрткілейді. Сол кезде тоқ ішектегі газ соқыр ішекті керіп, ауырсыну береді.
- Ситковский белгісі: науқасты сол бүйірге жатқызғанда, оң мықын аймағындағы ауырсынудың күшейуі.
- Бартомье-Михельсена белгісі: науқасты сол бүйірге жатқызып, оң мықын аймағын сипағанда ауырсынудың күшейуі.
- Образцов белгісі оң аяқты тізе буынын бүктірмей көтергенде, оң мықын аймағындағы ауырсынудың күшейуі.
- Жедел аппендициттің ерте объективті белгісіне - дене қызуының $37-37,5^{\circ}\text{C}$ жоғарлауы және $10-12 \times 10^9/\text{л}$ лейкоцитоз жатады.

❖ Жүктілік ағымында іштің ауырсынуы, жүрек айну, құсу сияқты белгілер кездеседі, сондықтан жедел аппендицит кезінде диагностиканы қиындатады. Жүктіліктің алғашқы жартысында қатты өзгеріс бола қоймайды. Жүктілік мерзімі ұлғайған соң аппендициттің белгілерін анықтау қиынға түседі. Жүктіліктің екінші жартысында диагностика қиындай түседі. Аппендициттегі ауырсынуды жүктіліктің екінші жартысындағы жатыр байламының керілуінен болатын ауырсынудан айыру керек. Анамнезді дұрыс сұрастыру барысында Кохер-Волкович белгісін анықтауға болады (алғашқыда ауырсыну эпигастрий аймағында болып, кейін оң мықын аймағына тұрақталады).

Қорытынды

- *Жүкті әйелдердегі жедел аппендиците іштің төменгі жағында, әсіресе оң қапталында, кенеттен пайда болатын тұрақты, ешқайда берілмейтін ауырсыну пайда болады. Ауырсынуды анықтау үшін жүкті әйелді сол бүйіріне жатқызып, оң мықын аймағын сипап тексеру қажет.*
- *Жүктіліктің соңғы кезеңдерінде соқыр ішек және оның құрт тәрізді өсіндісі жатыр артында орналасып, іш пердесінің тітіркену белгілері теріс болуы мүмкін. Образцов, Ситковский, Бартомье – Михайльсен белгілері оң мәнді болады. Егер сырқатқа тән арнайы белгілер айқын болмаса, жүкті әйелді ауруханаға жатқызып динамикада бақылау керек. Жүкті әйелде жедел аппендицит диагнозы қойылса, ол жүктіліктің мерзіміне қарамай хируриялық ем жасалады.*

Пайдаланган әдебиеттер:

- 1. Руководство по амбулаторно – поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Прилепская В.Е. «ГЭОТАР-МЕДИА», 2007 г.
- 2. Савельева Г.М «АКУШЕРСТВО» 2008 г.
- 3. «Хирургические болезни» под редакцией Савельева, А.И. Кириенко Москва «ГЭОТАР-МЕДИА», 2009 г.