

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



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

Кафедра: № 1 хирургиялық аурулар

СӨЖ

**Тақырыбы: Асқазан –ішек ойық
жараларының тесілуі(перфорациясы).**

Орындаған : Байтишева.М

Курс : 5

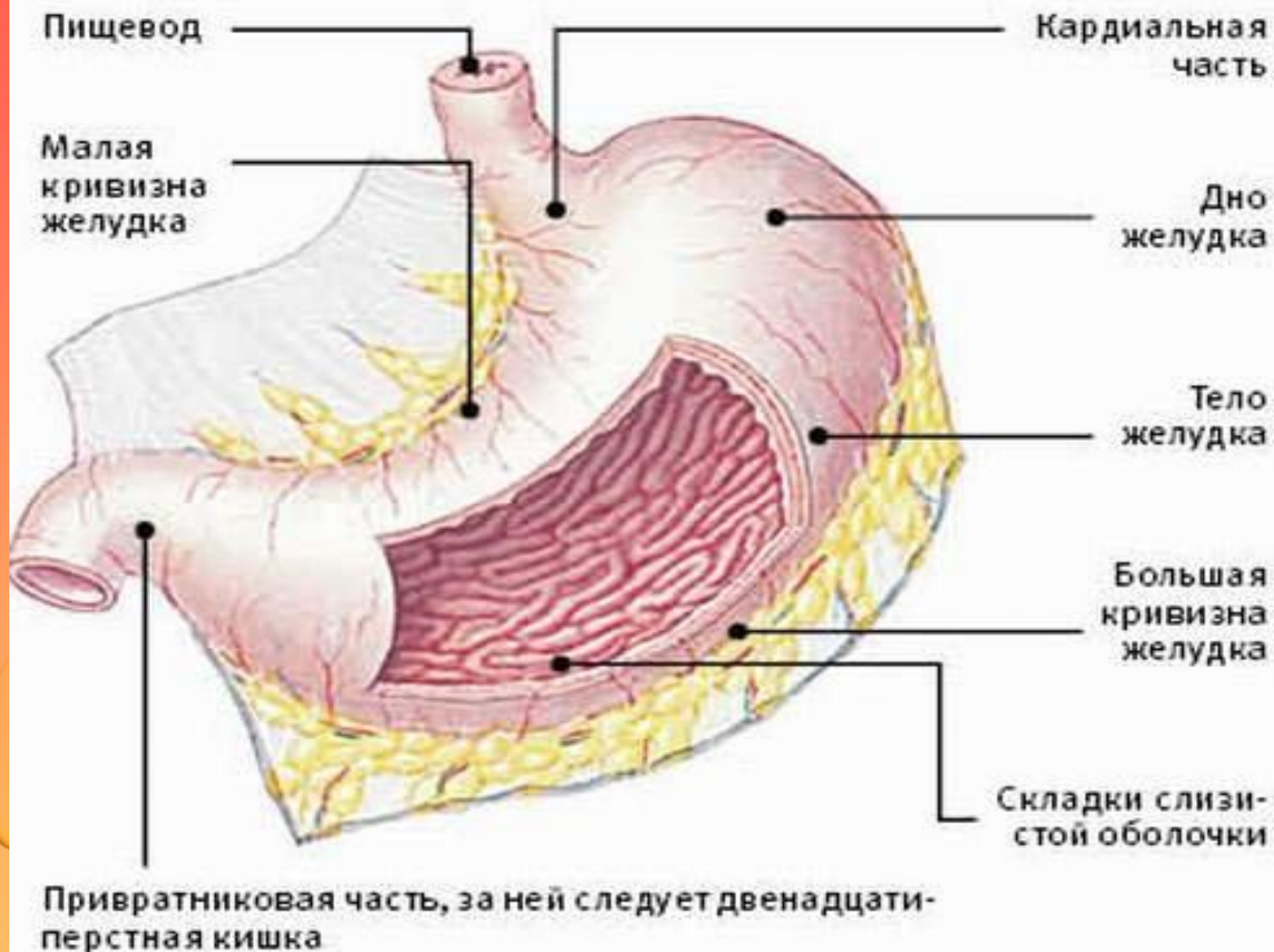
Факультет : Жалпы медицина

Тобы : 11-17-1к

Тексерген: Қаныбеков.А.Қ

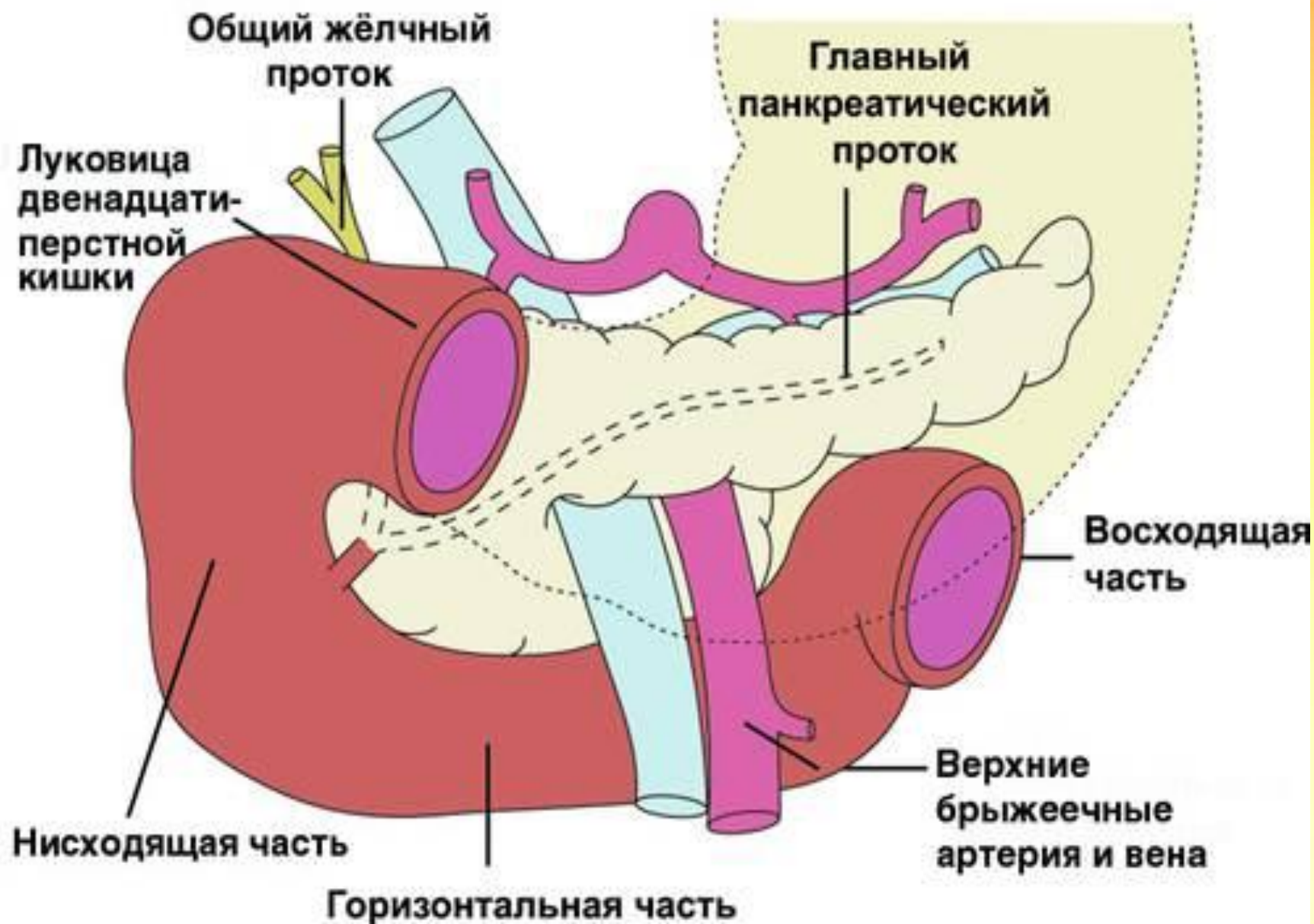
Алматы 2016

- **Асқазанның негізгі бөлімдері мыналар:** түп (fundus),
- кардиалдық (pars cardiaca), дене (corpus ventriculi), пилорикалық (pars pylorica) бөлімдері және пилорикалық озегін (canalis pyloricum). Ағзаның аталған әрбір бөлімдерінің өзіндік атақаратын морфо- функционалдық қызметтері бар. Осымен қатар, асқазанның, хирургиялық тұрғыдан маңызы бар, негізгі үш түрлі бездері болады. Олар **фундальді**, немесе **бас бездер**. Адам асқазанында бұл бездер саны жағынан, басқаларымен салыстырғанда, басым болып келеді (35 000 000) және олар төрт типті жасушалардан
- (клеткалардан) құралады.
- 1. Бас жасушалар, олар негізінен, І-У пепсиногендерді бөліп шығарады; 2. Қоршаушы (обкладочные) жасушалар. Олардың негізгі қызметі тұз қышқылын өндіру болып табылады. Олардың жалпы саны 1 миллиард шамасында, ал он екі елі ішектің ойық жарасында 1,5-2 есе көбейеді.



- 3. Қосымша жасушалар. Олар фундальді бездердің дене бөлігінде орналасып, мукоидты секрет бөліп шығарады.
- 4. Аралық жасушалар фундальді бездердің мойын бөлігінде орналасады және, қосымша жасушалар тәрізді, мукоидты секрет бөледі. Осылармен қатар, фундальді бездерде, серотонин бөліп шығаратын, аргентофильді жасушалар болады.
- **Кардиальді бездер**, олардың құрамында бас және қоршаушы жасушалар болады. Негізгі қызметі мукоидты секрет бөліп шығару. **Пилорикалық бездер** (3 млн. шамасында). Бұл бездер негізді реакциялық секрет бөліп шығарады. Асқазанның қабырғаларына келсек, олар үш қабаттан құралады (шырышты, бұлшық ет және сыртқы, яғни серозды қабаттары).

- **Он екі елі ішек (ұлтабар, duodenum).** Аталмыш ішектің сыртқы пішіні таға тәрізді болып келеді де, ұйқы безінің бас жақ бөлігін қоршай орналасады. Он екі елі ішектің мына төмендегідей бөліктерін ажыратады: жоғарғы (pars superior), немесе жоғарғы горизонтальді бөлік; төмен бағытталған бөлік (pars descendens) және төменгі (pars inferior), немесе төменгі горизонтальді бөлік. Ішектің соңғы аталған бөлігі, өз кезегінде, горизонтальді (pars horizontalis) және жоғары бағытталған (pars ascendens) бөлікшелерден құралады. Он екі елі ішек іш қуысында екі байламмен бекітілген. Олар бауыр- он екі елі ішек байламы (Lig.hepatoduodenalis) және Трейц байламы (Lig.Treitz)



- Асқазан және он екі елі ішектің ойық жаралары жиі кездесетін сырқаттар қатарына жатады. Ғалымдардың деректеріне қарағанда ересек тұрғындардың 1,5% осы ауруға шалдығатын көрінеді. Ер адамдарда бұл сырқат, әйелдерге қарағанда, 4-6 есе жиі кездеседі. Ауру, әдетте, ұзақ мерзімге созылып, клиникалық барысы циклды түрде, яғни өршуі мен бәсеңдеуінің кезектесіп келуімен сипатталады. Бұл аурудың сипаттамасын алғаш рет 1825ж. француз ғалымы Крювелье жариялаған болатын. Сондықтан кейбір әдебиет көздерінде ол Крювелье ауруы деген атпен белгіленген.

Язвенная болезнь

Язва 12-перстной кишки

Желудок

Тонкий кишечник

Язва желудка



- Асқазанның және он екі елі ішектің ойық жара аурулары, жоғарыда көрсетілгендей, осы ағзалардың шырышты қабаттарының бүтіндігі әр себептермен бұзылып (этиологиясы мен патогенезін қара), ол ағзаларда ойық жараларының пайда болуымен сипатталады. Аталмыш жара біртіндеп ағзалардың шырышты қабатының астында жатқан қабаттарды да қамтып оның асқынуларының пайда болу себептерін тудырады. Әдетте, емделмеген жаралардың барысы ұзаққа созылып, циклды түрде (өршуі мен бәсеңдеуінің, яғни ремиссия- сының кезектесуі) өтеді.

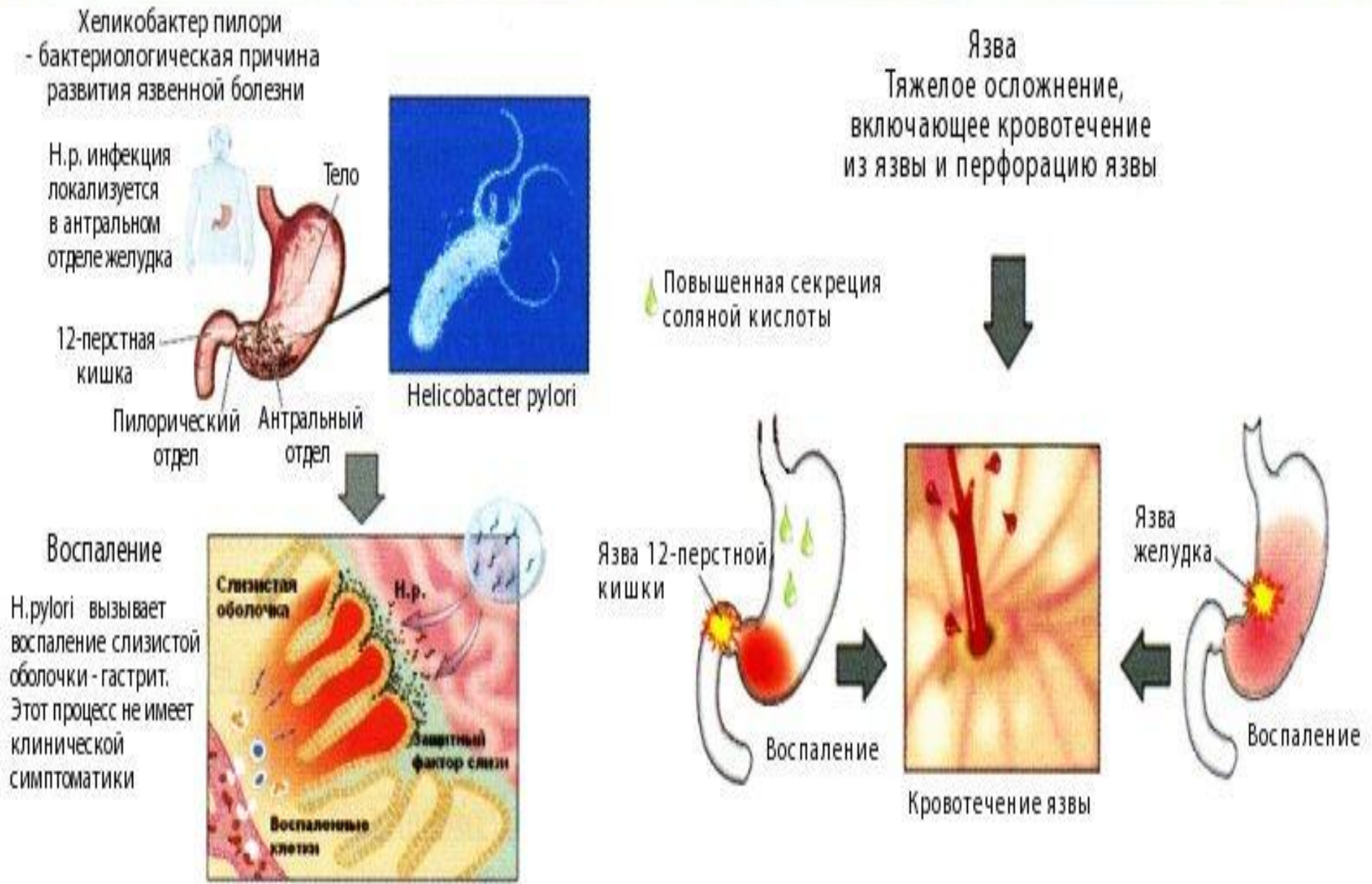
- **Ауруды топтау.** Асқазан мен он екі елі ішектің ойық жара ауруын топтау, оның этиопатогенетикалық, морфологиялық ерекшеліктерін және клиникалық көріністерінің құбылмалығын ескерсе, оңай жұмыс емес. Johnson (1965) асқазанның ойық жарасының патогенетикалық ерекшеліктеріне қарай үш түрін (типін) ажыратқан:
- **Б і р і н ш і түрі** (типі) - асқазанның кіші иілімінің бойында немесе субкардия бөлігінде орналасатын және асқазан сөлі қышқылдығының төмендеуімен сипатталатын ойық жара (“асқазанның классикалық ойық жарасы”);
- **Е к і н ш і түрі** (типі) - он екі елі ішектің стеноздаушы ойық жарасымен қабаттасқан және асқазан сөлі қышқылдығының жоғарылауымен сипатталатын асқазан ойық жарасы (“асқазанның стазикалық ойық жарасы”);

- **Ү ш і н ш і түрі (типі)** - пилорустың алдында (препилорикалық бөлікте) орналасқан және асқазан сөлі қышқылдығының қалыпты немесе жоғарылауымен сипатталатын асқазан ойық жарасы.
- Басқа топтау жобаларында гастродуоденалды ойық жараларды симптоматикалық ойық жара және өзалды жеке; «ойық жара ауруы» деп бөледі. Симптоматикалық ойық жаралар, әдетте, әртүрлі аурулар мен жарақаттардан соң (эндокриндік аурулар, уремия, сепсис, күй, жарақаттану т.с.с.) немесе кейбір дәрілерді қолданудан немесе стресс тудыратын жағдайлардан соң пайда болады («дәрілік» және «стресс» ойық жаралар).
- Сырқат барысында ағзаларда туатын морфологиялық өзгерістерге және аурудың клиникалық барысына қарай жедел, созылмалы, каллезді (мүйізденген) ойық жаралар ажыратылады. Сонымен қатар, өршу немесе ремиссия фазаларындағы ойық жаралар, асқынбаған және асқынған ойық жаралар деп бөлінеді. Жоғарыда айтылғандай, хирургия кафедраларында ойық жаралардың асқынған түрлері талдауға түседі. Өйтені ойық жаралардың асқынулары негізінде хирургиялық жолмен емделеді. **Сырқаттың мына төмендегідей асқынуларын ажыратады:** тесілу (перфорация), қан кету (геморрагия), асқазанның шығар бөлігінің тыртықты тарылуы (пилоростеноз), пенетрация және малигнизация.

Зерттеу тәсілдері

- Хирургиялық клиникаларда асқазан мен он екі елі ішектің ойық жараларын және олардың асқынуларын анықтауда қолданылатын негізгі аспапты зерттеу түрлері мына төмендегі көрсетілген зерттеу тәсілдері болып келеді:
- -асқазан мен он екі елі ішекті сүңгімен (зондпен) зерттеу;
- -рентгенологиялық зерттеу: рентгеноскопия, рентгенография (27- сурет);
- -фиброгастродуоденоскопия (ФГДС,28- сурет);
- -ультрадыбысты зерттеу (УДЗ);
- -лапараскопия.

Рис.5. Этапы развития *H.pylori* инфицированного язвенного поражения желудка. Адаптировано [6].



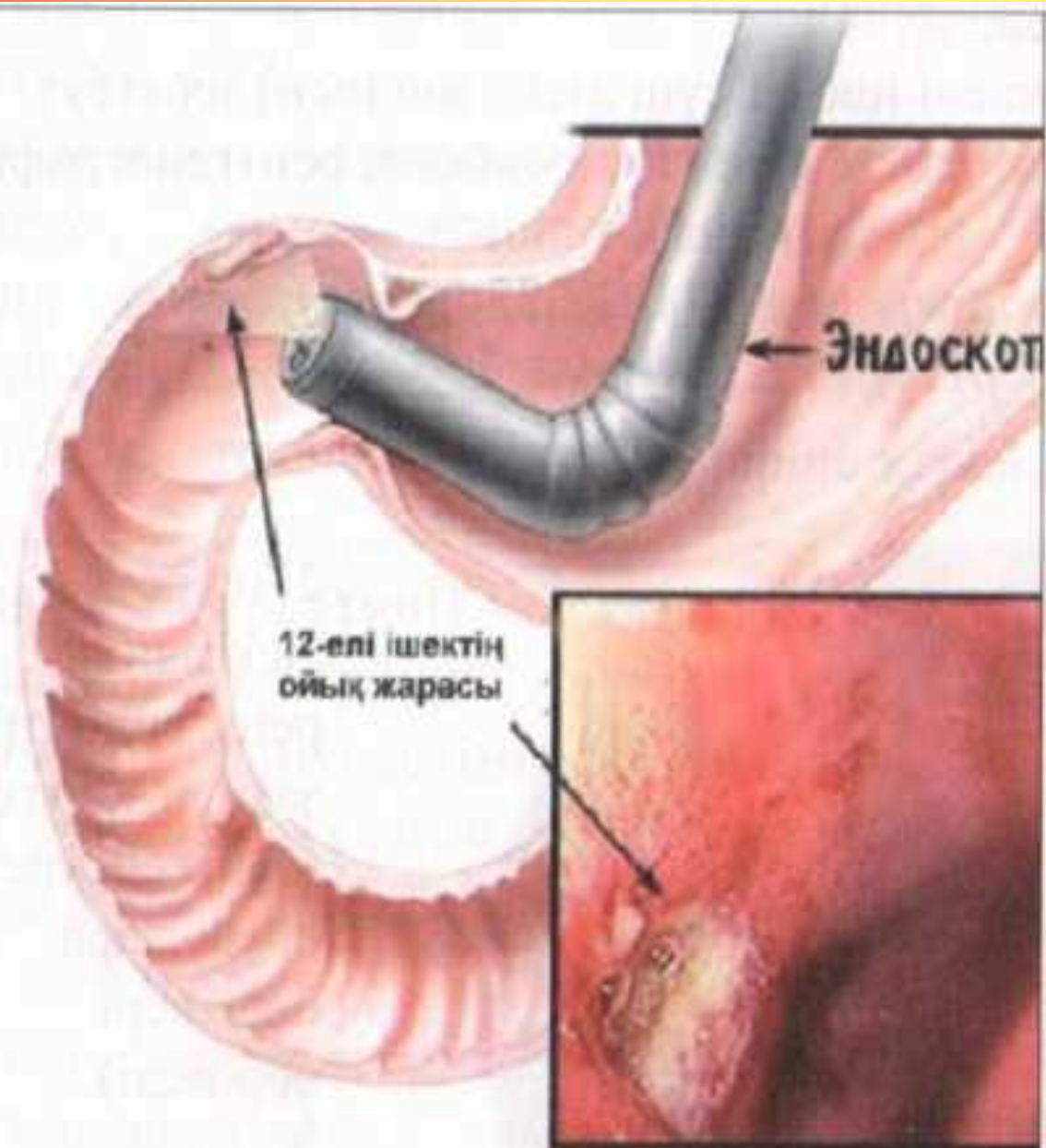
- **Ойық жаралардың тесілуі** (перфорация, *ulcus perforans*). Аталмыш асқыну ойық жара асқазан немесе он екі елі ішек қабаттарын (шырышты, шырышты асты, бұлшық ет, сероза) зақымдап, олардың қабырғаларын тесіп өтуімен сипатталады. Бұндай жағдайда ағзалардағы заттар (сұйықтық, ас қалдықтары, ауа т.с.с.) іш қуысына шығады да, одан соң туатын клиникалық, патофизиологиялық өзгерістер осы құбылыспен тікелей байланысты болып келеді.
- Перфорация жедел хирургиялық аурулар структурасында 2- 15%-да кездеседі (Борисов Е.А., 2000), ал ойық жараның қайта тесілуі 0,6-5,5%-да орын алады (Яицкий Н. А., Седов В.М., Морозов В.П., 2002). Кейінгі кездердегі ақпараттарға жүгінсек, бұл асқынудың пайда болу жиілігі 2,6 есеге көбейген, ал операциядан соңғы өлім көрсеткіштерінің 2,9 %-3,75 %-ға жоғарылаған (Рыбачков В.В., Дряженков И.Г., 2005, Гостищев В.К. и соавт., 2009).



- Перфорация ойық жараның этиологиялық негізгі себептерімен бірге, жергілікті фактор, яғни ағза тіндерінің резистенттілік қасиетінің төмендеуінің салдарынан деструктивті ошақтың пайда болуынан туады. Осындай структурасы бұзылған патологиялық ошақ бар жерге әртүрлі себептермен байланысты (ауыр жұмыс немесе асқазанның тамақпен тым толуынан, әлде әртүрлі сыртқы жарақаттар немесе алкогольмен улану т.б.) күш түсу әсерінен перфорация пайда болады.
- **Әдебиет көздерінде ойық жараның тесілу асқынуының үш түрін ажыратады:** ашық, жабыңқы (жабылған) және атипті перфорация. **Ашық перфорацияда** асқазан мен он екі елі ішектегі заттар (тағам, сұйықтық, сөлдер т.с.с.) пайда болған тесік арқылы іш қуысына еш кедергісіз шығады, ал оның **жабыңқы түрінде** перфорациялық тесік тамақ қалдықтарымен немесе көрші жатқан ағзалармен, иә болмаса басқа тіндермен жабылады да, ағзада жатқан заттар іш қуысына қарай шығуы доғарылады (шектеледі). **Атипті перфорация** деп, негізінде, асқазан мен он екі елі ішектің артқы қабырғаларында орналасқан ойық жаралардың тесілуін айтады.

- . Перфорацияның бұл түрлерінде ағза ішіндегі заттар ішастардан тыс жатқан аймақтарға, кіші шарбы май қуысына, ағзалардың байлама аппараттарына қарай шығады. Осы себептен тесілу асқынуына тән типтік клиникалық көрініс өзгереді. Әрине бұндай жағдайда асқынуды анықтау да күрделене түседі. Аталған түрлері арасында, күнделікті тәжірибеде, перфорацияның ашық түрі жиі кездеседі.
- **Клиникалық көрінісі мен диагностикасы.** Ойық жаралардың тесілу асқынуының клиникалық көрінісі, әдетте, үш фазаға (сатыға) бөліп қарастырылады.
- **1-ші фазасы (сатысы) немесе шок фазасы** (асқыну пайда болған мезгілден шамамен 3-6 сағат аралығы),
- **2-ші фазасы (сатысы),** немесе жалған ремиссия кезеңі («жалған жақсы сезіну» сатысы, 6-12 сағат аралығы)
- **3-ші жайылған перитонит фазасы (сатысы).** Бұл саты асқынудың алғашқы басталу мерзімінен 12 сағаттан жоғары кезеңді қамтиды. “

28-сурет.
ФГДС (жоба).



- **Аскынудың бірінші фазасында** пациент эпигастрий аймағында кенеттен пайда болатын, аса күшті («ішке пышақ сұққандай») ауру сезіміне шағымданады (Дьелефуа симптомы). Бұл сезімнің күштілігінен кейбір ауру адамдар шокка тән жағдайға түсуі мүмкін. Сондықтан бұл кезең ертеректе шок фазасы деп аталып, сол ат осы күнге дейін сақталуда. Бұл фазада ауру адамдар әлсіреп, құлап қалуы ықтимал немесе жүріп келе жатқан адам кенеттен жүрісін тоқтатып отыруға немесе, мүмкіншілік болса, жатуға тырысады. Өйткені ауру сезімінің күштілігінен олар қозғапысын жалғастыра алмайды. Ауру адамның бет әлпеті бозарып, маңдайынан суық тер шығады, жүрек қағысы, вагус нервісінің тітіркенуінің салдарынан, саябырлайды (брадикардия). Сырқаттың типтік ағымында ауру сезімі, біраз мерзімнен соң эпигастрий аймағынан төмен карай ығысып, оң жак мықын аймағына карай тарайды және біртіндеп іштің барлық аймақтарын қамти бастайды. Кейбір жағдайларда ауру сезімі мойын, бұғана асты, иық және жаурын ортасына карай таралуы мүмкін (**Элекер симптомы**).

- Объективті зерттеу барысында, асқынудың алғашқы сатысында, ауру адамның керуетте (кушеткада) мәжбүрлі қалыпта, яғни екі аяғын ішіне тартып, еш қозғалыссыз, жатқанын байқаймыз. Оның себебі әрбір қимыл ауру сезімін күшейтіп, оны үдете түседі. Іштің алдыңғы қабырғасы тыныс алу актісіне мүлдем қатыспайды немесе ол қимыл шектелген. Пальпация тәсілімен зерттегенде іштің алдыңғы қабатын құрайтын бұлшықеттердің катаяып, жиырылғаны байқалады («тақтайдай қатты іш») және Щеткин-Блюмберг белгісі нақ анықталады. Перкуссия тәсілі іш қуысындағы бүйір өзектерінде бос сұйықтықтың жиналғанын және бауыр үстінде қалыпты жағдайда анықталатын тұйық дыбыс жоғалып, оның орнына сол жерлерде тимпанит дыбысы пайда болғанын анықтайды (**Спижарный белгісі**). Асқынудың бұл түрінде іш қуысын жалпы (контрасты затсыз) рентгенологиялық тәсілмен зерттегенде диафрагма күмбезі астында **қол орақ** пішінді көлеңке көрінеді. Бұл белгі іш қуысында бос ауа жиналуынан туады және перфорация асқынуына тән белгі болып табылады

- Егер перфорация асқынуы күмән тудырса, яғни рентгеноскопиялық зерттеу барысында бос ауа аныкталмаса, асқазан қуысына жеңіл қысыммен ауа жіберіп, рентгенологиялық зерттеуді қайталауға болады (пневмогастрография). Перфорация болған жағдайда, қысыммен енгізілген ауа ағзадан тыс шығып, қайталап орындалған рентген суретінде бос ауа белгісі анық көрінеді.
- **Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС)** тәсілі асқазанда немесе он екі елі ішекте түбі терең ойық жараны, ал кейбір жағдайларда олардың тесілгенін көрсетеді. **УДЗ** іш қуысында бос сұйықтық белгісін анықтайды. Бұл белгі, көбінесе, асқынудың екінші, үшінші сатыларына тән. Диагностикалық қиындықтар туа қалған жағдайда лапароцентез, лапараскопия әдістерін қолдану қажеттілігі туады. **Лабораториялық**, биохимиялық зерттеулер нәтижелерінде, асқынудың бұл сатысында, айтарлықтай өзгерістер байқалмауы мүмкін.

- **Екінші фазада** жоғарыда көрсетілген белгілердің көбі, әсіресе ауру сезімінің күші төмендейді немесе тіпті біржола жоғалуы мүмкін. Міне сол себептен ауру адам өзін бір шама жеңіл сезінеді. Бұл белгіні Ресейдің ғұлама ғалым хирургі С.С. Юдин (1942) “жалған жақсы сезіну” сатысы деп атаған. Оның себебі бұндай жеңілдену сезімі іш қуысындағы патологиялық процеске сәйкес келмейді, өйткені аталмыш процесс жойылмайды және кері дамымайды. Керісінше, одан әрі өрши береді де келесі даму сатысына, яғни жайылмалы перитонит фазасына өтеді. Ауру адамның өзін жеңіл сезінуін ғалымдар ішастар нерв жүйесінің адаптациялық (бейімделу) қасиетімен байланысты құбылыс деп санайды.
- Сонымен, ойық жараның тесілу асқынуында «жалған жеңілдену сезім» белгісі болатынын тұрақты есте ұстау керек. Егер ол белгіні дәрігер дұрыс бағаламаса, ауру адамның өміріне қауіп төнеді. Өйткені оны осы фазада алғаш көрген дәрігер диагноздан қателессе, операция жасау үшін қолайлы мезгілді өткізіп алуы мүмкін. Бұл фазаның клиникалық көрінісінде жалпы әлсіздену, организмнің улану белгілері, яғни құсу, дене қызуының көтерілуі, тахикардия белгілері алға шығады

- Объективтік зерттеу барысында тілдің құрғақтануы, іштің кебуі себебінен оның аумағының ұлғаюы, метеоризм, пульстің жиілеуі (тахикардия) т.с.с. белгілер байқалады. Перкуссия тәсілі, ішектерде газ жиналу себебінен, тимпанит дыбысын анықтайды. Қанды зерттеу нәтижесінде лейкоциттердің саны көбейіп (лейкоцитоз), онда улануға тән өзгерістер туады. Аталмыш асқыну клиникасының **үшінші фазасында** (жайылған перитонит) ауру адамның жалпы жағдайы төмендеп, нашарлайды. Объективтік зерттеу барысында пациенттің жалпы бет-әлпеті өзгергендігі білінеді. Көздері ішке карай тартылып, жақ сүйектері шығыңқырағаны, ерінінің кеберсігені байқалады (Гиппократ беті). Тілі өңезделіп, қатты құрғайды. Жиі қайталанатын ықылық мазалайды, енгігу, шаршау пайда болады. Ішек парезі пайда болу себебінен үлкен дәрет болмай, ішектегі газдар шықпайды, бүйрек қызметінің нашарлауынан олигурия пайда болады



Перфоративті жара.Лапараскопия

- . Ішінің көлемі, кебіну себебінен, ұлғайады (барабан тәрізді іш), пальпация тәсілі оның барлық бөлімдерінде ауру сезімін анықтайды. Перкуссия іш қуысында көп мөлшерде сұйықтық пен ішек қуыстарында газдың жиналғанын аңғартады. Аускультация ішек пристальтикасының саябырлағанын анықтайды. Қан мен зәрде организмнің улануы мен полиоргандық жетіспеушілікті сипаттайтын әртүрлі патологиялық өзгерістер (лейкоцитоз, зәрде-альбуминурия, креатинурия, цилиндрлер анықталады, АЛТ, АСТ, билирубин деңгейлері жоғарылайды т.с.с.).

MedUniver.com
все по медицине...



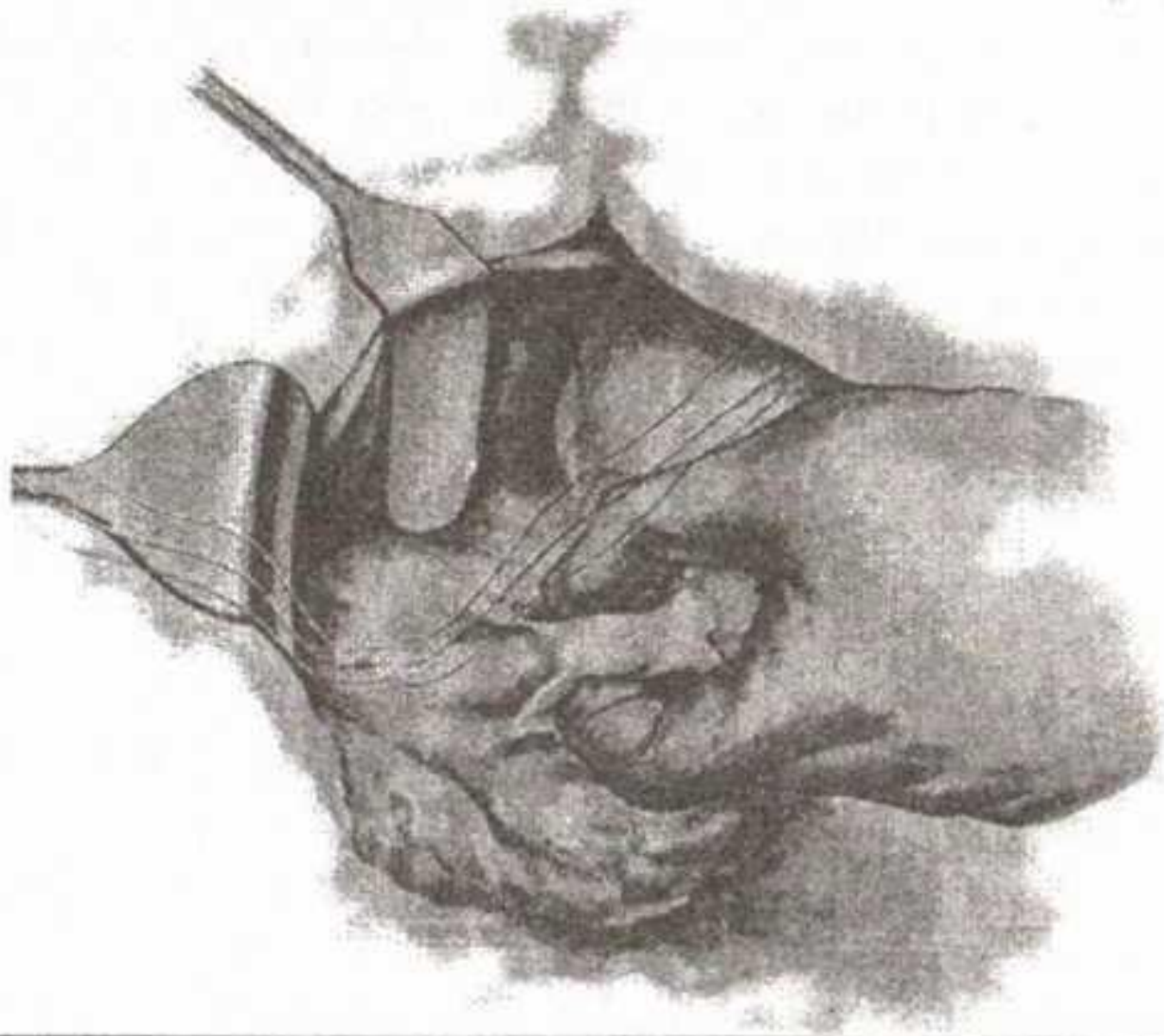
- **Дифференциалдық (ажыратна) диагноз.** Ойық жараның тесілу асқынуы туғанда оны іш қуысында пайда болатын басқа жедел хирургиялық аурулардан және кейбір терапевтік маңызы бар аурулардан ажырату қажеттілігі болады. Солардың арасында жедел аппендицит пен холециститті, жедел панкреатитті, тағаммен улануды (токсикоинфекция), миокард инфарктін, өкпенің базальді бөлігінің қабынуын т.б. сырқаттарды атап өту керек. Бұл аурулар мен перфорация араларында ажыратпа (дифференциалдық) диагнозды жоғарыда (жедел аппендицит ауруында) суреттелгендей дұрыс методикалық жолмен, яғни осы аурулардың клиникалық көріністерінің ерекшеліктерін, ауру адамның жастарын, жыныстарын, шағымдарын, анамнездерін салыстыра отыра, сонымен қатар объективтік және қосымша зерттеу нәтижелерін мұқият талдау арқылы жүргізу қажет. Егер диагнозды анықтау барысында белгілі бір диагностикалық қиындықтар туа қалған жағдайда лапароцентез, лапароскопия тәсілдерін қолдану қажет. Олар нәтиже бермеген жағдайларда диагностикалық лапаротомия орындалады.

- **Емдеу.** Ойық жаралардың тесілу асқынуы хирургиялық емдеу жолын қолдануға абсолютті көрсеткіш болып табылады, яғни бұл асқыну анықталысымен ауру адамға бірден операция жасалуы керек,. Егер тесілудің жабыңқы түрі болса, пациент ауруханаға қабылданып, динамикалық бақылауға алынады. Бақылау барысында сырқаттың өршу немесе перфорацияға тән анық белгілер пайда болса ауру адам дереу операцияға алынады.
- 1954 ж. Д.Тэйлор (АҚШ) асқазан мен он екі елі ішектің тесілу асқынуында консервативтік емді алғаш қолданған болатын. Біздің елде бұл тәсіл оң шешімін таппады. Оны біз тек, пациент, дәрігердің бірнеше қайта ескертуіне қарамай, операцияға келісімін бермеген жағдайларда ғана қолдануға мәжбүр боламыз. Егер ондай жағдай туатын болса, консервативтік ем мына шараларды қолдануды талап етеді: а) өте қатал түрде төсек кестесін (режимін) сақтау; б) асқазанға, әуелде жуан сүңгі (зонд) енгізіп, асқазанды толық босатқан соң жіңішке зонд арқылы тұрақты аспирация жүргізу; в) парентеральді жолмен қажетті және құрамы толық бағалы тағамдармен немесе қоспалармен қоректендіру және су-электролит жетіспеушілігін толықтыру; г) әсері жоғары дәрежелі, тиімді антибиотиктерді қолдану.

- Ойық жараның тесілу асқынуын хирургиялық жолмен емдеу барысында мына төменде көрсетілген операциялар қолданылады:
- 1. **Тесілген ойық жараны тігу.** Паллиативті операция болғанмен күнделікті жұмыста бұл операция жиі қолданылатын хирургиялық тәсіл болып табылады. Өйткені, біріншіден, ол жедел хирургиялық жәрдем көрсету категориясына жататын операция болып саналады, ал екіншіден оны орындау техникасы жеңіл және күрделі хирургиялық аспаптарды қолдануды қажет етпейді. Бұл тәсіл, көбінесе, ауру адамдардың анамнездерінде асқазан мен он екі елі ішектің ойық жара ауруы бұдан бұрын мүлде анықталмаған жағдайда («мылқау ойық жара») немесе сырқат анамнезі қысқа, яғни ауру ұзақ мерзімге созылмаған жағдайда және жас пациенттерде қолданылады. Операция асқазанның ұзындық осыне көлденең бағытталған 2-4 тігіс салумен аяқталады (29-сурет). Кейбір жағдайларда тесікті шарбы май тармақтарымен бітеп тігеді (Поликарпов әдісі).

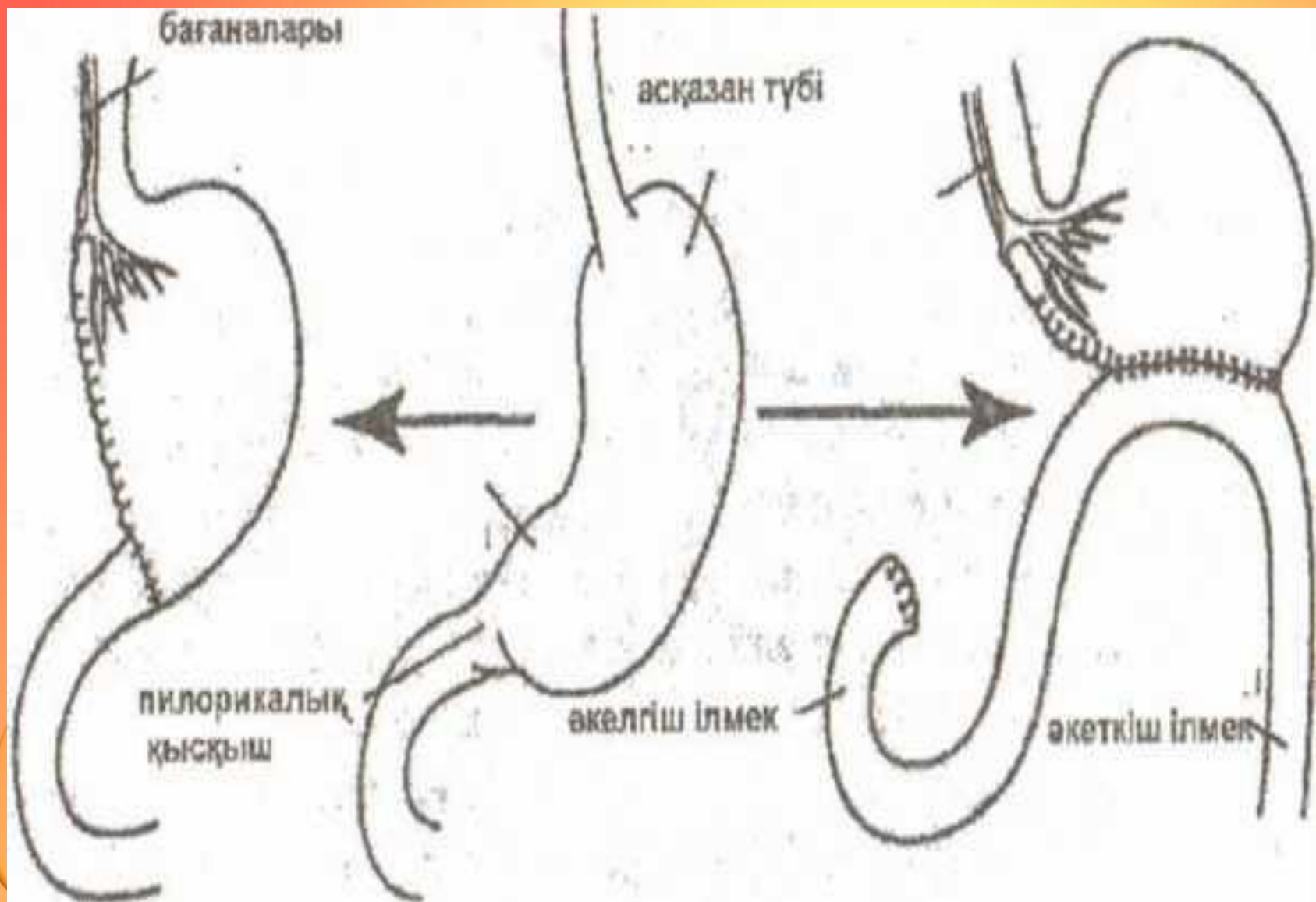
- Бүгінгі таңда тесілген жараны тігу операциясын эндовидео- хирургия технологиясын қолдану арқылы орындау хирургиялық тәжірибеге енгізілуде (Поташов Л.В. және басқ., 2005).
- **2. Асқазан резекциясы.** Ағзаның 2/3, 3/4 бөлігін жарамен қоса, алып тастау. Радикалды операциялар қатарына жатады. Ойық жараның тесілу асқынуында асқазан резекциясын қолдану үшін белгілі көрсеткіштер болуы керек. Олар: а) жасы 40-45-тен асқан және ұзақ мерзімді ауру анамнезі бар пациенттер; б) аурудың бұдан бұрын немесе осы асқынуына қоса басқа да асқынуларының (қан кету, стеноз, каллезді жара т.б.) анықталуы; в) бұдан бұрын бірнеше жылдар бойы консервативті ем қолданылғанмен оның оң нәтиже бермеуі.

- Дегенмен, бұл операция ойық жараның тесілуінде жедел түрде орындалатын болғандықтан асқазан резекцисын қолдану үшін бірнеше шарттардың болуы қажет. Олар: а) тесілу гiайда болу мерзімі 6-8 сағатта аспау керек, яғни операция үстінде фибринозды- іріңді перитонит белгілерінің анықталмауы; б) пациент жасының өте кәрі, сонымен қатар қауіпті немесе операциядан соң асқыну тудыратын қосымша сырқаттардың болмауы; в) операция жасайтын хирургтің тәжірибесінің жеткіліктігі; г) операцияны іске асыру үшін қолданылатын қажетті аспаптардың болуы және д) операция барысында және операциядан соңғы кезеңдерде қажет болған жағдайда лайықты анестезиологиялық-реаниматологиялық әсер көрсету мүмкіншілігінің болуы. Міне осы шарттар болған жағдайларда радикалды операция орындалады.



- Асқазан резекциясы, көбінесе, Бильрот-I немесе Гофмейстер мен Финстерер өзгерткен (модификациялаған) Бильрот-II тәсілдерімен іске асырылады
- Ваготомия және пилоропластика. XX ғасырдың 60-шы жылдарында он екі елі ішектің ойық жарасын хирургиялық жолмен емдеудің жаңа түрлері, яғни бағаналы және селективті ваготомия операциялары тәжірибеге еңгізіле бастады (Holle F. және Nagi 1965, Брякин М.И., 1965, Кузин М. И., Постолов П.М., 1968, Маят В.С., Панцырев Ю.М., 1971 т. б.). Бұл операциялардың негізінде асқазан мен он екі елі ішекті денервациялау арқылы асқазанның қышқыл шығару қызметін шектеу болып табылады. Асқазан резекциясы іспетті, бағаналы және селективті ваготомия радикалды операциялар қатарына жатады. Бұл операциялар бүгінгі таңда он екі елі ішектің ойық жараларында орындалатын негізгі операциялар болып саналады. Бірақ оларды іске асыру үшін мына төменде көрсетілген жағдайлардың болуы шарт.

- Олар: а) тесілген ойық жараның он екі елі ішекте орналасуы. Асқазан ойық жарасында ваготомия қолданылмайды; б) жәйылған перитонит және әртүрлі себепті асқазанның кеңуі мен дуоденостаз белгілерінің болмауы; в) ваготомия операциясын орындау жолын жақсы меңгерген, тәжірибесі мол хирургтің болуы. Ваготомия, пилоропластика операциялары ойық жаралардың тесілу асқынуы оның басқа асқынуларымен (пенетрация, қан кету, тыртықты тарылу т.б.) қосарласып анықталған жағдайларда тиімді болмайды.



Асқазанды Бильрот-I және Бильрот II әдістерімен резекциялау

Пайдаланылған әдебиеттер

1. А.Ж. Нұрмақов «Хирургия» , Алматы, 2009 ж.
2. М.И. Кузин «Хирургические болезни», Москва, 2005 г.
3. Богер М.М. Панкреатиты (физиологический и
4. wikipedia.org
5. meduniver.com
6. medgens.ru
7. <http://nsau.edu.ru>