

“Астана Медицина Университеті” АҚ

*Тақырыбы: Асқазан және ұлтабардың ойық
жарасы.*

Орындаған:

Тексерген:

Астана - 2015

ЖОСПАРЫ

- ❖ Асқазан мен он екі елі ішектің жара ауруы.
- ❖ Ойық жараның жіктелуі
- ❖ Этиологиясы.
- ❖ Клиникасы.
- ❖ Аурудың диагностикасы.
- ❖ Емі.

Асқазан мен он екі елі ішектің жара ауруы.

- Жара ауруы – созылмалы рецидивті ауру, негізгі белгісі асқазан мен 12 елі ішек қабатында жараның түзілуі болып табылады.

- Асқазан жарасының мөлшері бірнеше мм – ден 5 -6 см дейін және одан да көп, тереңдігі 20мм асады. Олар тек шырыш асты қабатында ғана өсіп, жиі асқазанның барлық қабаттарын бұзады.
- Микроскопиялық жара түбінде өршу фазасында 4 қабатты ажыратады

Клиникалық формалары:

□ I. Жараның орнына байланысты:

- 1. Асқазан жарасы
- 2. 12-елі ішек жарасы.
- 3. Асқазан, 12-елі ішек жарасы.

□ II. Асқазанның секреторлық қызметіне байланысты:

- 1. Қышқылдығы қалыпты
- 2. Қышқылдығы жоғары
- 3. Қышқылдығы төмен

□ III. 1. Асқынған 2. Асқынбаған.

❑ IV. Этиологиясы бойынша:

- 1. Helicobacter pylori -мен ассоциирленген.
- 2. Helicobacter pylori-мен ассоциирленбеген.

❑ V. Клиникалық фаза.

- I. Өршуі: жаңа пайда болған ойық жара; эпителизацияның басталуы
- II. Өршудің басылуы: ойық жараның тыртықсыз жазыуы; тыртықты ойық жаралы деформация.
- III. Ремиссия (оңалу).

❑ VI. Ауырлығы бойынша:

- жеңіл; орташа ауырлықты, ауыр.

❑ Асқазан ойықжарасы:

- - кардиальді және субкардиальді бөлімі;
- - асқазан денесі мен бұрышы;
- - антральді бөлігі;
- - пилорикалық канал.

❑ Ұлтабар ойықжарасы:

- - ұлтабар баданасы;
- - постбульбарлы бөлімі (банадаішілік ойықжаралар).

❑ Ойықжара саны мен диаметрі бойынша:

- - біреулік;
- - көптеген;
- - кіші (0,5 см дейін);
- - орташа (0,6-1,9);
- - үлкен (2,0-3,0);
- - алып ($> 3,0$).

❑ Клиникалық формасы бойынша:

- - типті;
- - атипті (атипті ауыру синдромымен, ауырсынусыз, симптомсыз).

❑ Ауру ағымының мінезі бойынша:

- жіті (алғаш анықталған ойықжара);
- созылмалы: сирек асқынулармен (2-3 жылда 1 рет); ай сайынға асқынулармен (жылына 2 рет және жиі).

- **Этиологиясы:** Асқазан жарасының 90%- да және он екі елі ішек жарасының 100%- да НР табылады. НР- дің үйреншікті мекендейтін жері- асқазанның антральдік бөлігі. Ұлтабарды мекендеген НР жүре келе жараның, эрозиялардың дамуына әкеледі. НР-ді емдеп жойса, асқазан мен он екі елі ішектің моторикалық бұзылыстары азаяды, гастринемия төмендейді, қабыну процесі жойылып, жаралар тез жазылады және оның қайталануы тоқтайды.

Жара ауруының дамуында НР- мен бірге өзге факторлардың да қатысы бар, мәселен никотиннің, алкогольдің әсерлері, өткір тағамға әуесқойлықтың, гастропатиялық әсерлі дәрмектердің (аспирин, индометацин, резерпин).

Клиникасы

Жиі ауырсыну кеуде клеткасының сол жағына төстің семсер тірізді өсіндісі аймағына, омытқа жотасының бел не кеуде аймағына беріледі. Ауырсыну тамақ ішумен байланысты. Асқазан денесінің жарасында, ауырсыну тамақ ішкеннен 30 – 60 мин. кейін пайда болады, яғни **ерте ауырсыну**. 12 елі ішек жараларында: 2-3 сағ.кейін кіші аурсыну, сондай – ақ аш қарынға – **“аш қарынға ауырсыну”** болады. Пайда болу механизмі бойынша “аш қарынға ауырсынуға” түнгі ауырсыну жақын, ол жиі кешкі 11ден таңғы сағат 3 дейінгі кезеңде пайда болады. Жара ауруна тән сиптом аурсынудың шынында пайда болатын және жеңілдік әкелетін асқазанның қышқыл құрамымен құсу болып табылады. Кейде науқастар осыған байланысты құсу рефлексін өздері шақырады. Кейде басқа да дисперсиялық бұзылыстар: қыжыл, жүрек айну, кекіру, іш қатпасы да байқалады.

- I саты. Ауыру сезімі әсіресе эпигастрий аймағында және ортаңғы сызықтың оң жағында. Ауыру сезімі аш қарынға немесе тамақтан 2-3 сағ. соң, әсіресе түнгі уақытта. Диспепсиялық өзгерістер де байқалады.
- II саты. Эпигастрий аймағында ауыру сезімі сақталған бірақ қатты емес. Эндоскопияда жара фибринді жабыннан тазарған және айналасы ісінген.
- III саты. Ауыру сезімі тек аш қарынға ғана болады, 12 елі ішек және асқазанның шырышты қабатында өзгерістер жоқ, диспепсиялық бұзылыстар жоқ.

Esophagus—

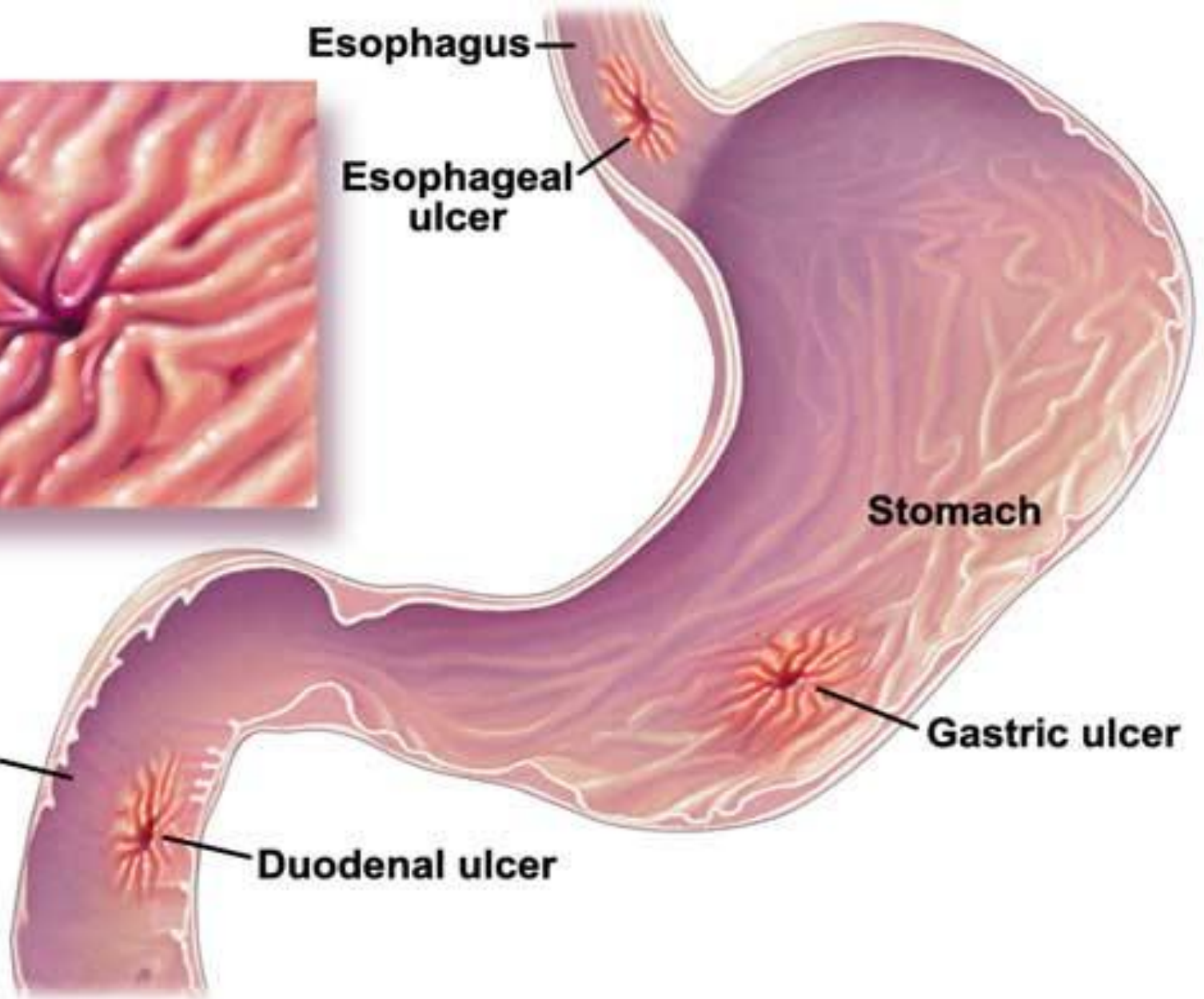
**Esophageal
ulcer**

Stomach

Gastric ulcer

Duodenal ulcer

**Small
intestine**



- **Асқынулар:**

- қан кету;
- тесілу;
- көрші ағзаға жабысып тесілу;
- перигастрит;
- перидуоденит;

- - привратниктің тыртықтық-ойықжаралы стенозы;
- малигнизация.

- Қансырау. Клиникалық кофе тұнбасына ұқсас құраммен құсу асқазан жарасында және қора нәжіс – малина түсті 12 елі ішек жарасында байқалады. Кейде жара аурунда қансырау асқазан ішектің қансырауының жалпы сиптомдарының көрініс табады: әлсідік, бас айналу, артериалды қан қысымының төмендеуі тері бозғылттығы тура белгілері мысалы милена түсті нежіс бірнеше сағаттан кейін пайда болады.
- Пенетрация – асқазан қабаттары тұсынан немесе 12 елі ішек қабаты тұсынан қоршаған ағзаларға жараның өтуі (ұйқы без, кіші сальник, бауыр және өт жолдары және т.б) ауырсынудың кезеңділігі жоғалып, ауырсыну тұрақты, болады, бір аймаққа иррадиацияланады(мысалы : бел аймағында ұйқы безге жара пенетрацияланғанда) және дене температурасы - субфибрилді , лейкоцитоз, ЭТЖ інің жоғарлауы байқалады.
- Перивицерит – перигастрит, перидуоденит, асқазан немесе 12 елі ішек және көрші ағазармен жабысқақ үрдісі нәтижесінде дамиды. Ауыру интенсивтілігі, әсіресе тойып тамақ ішкеннен кейін, физикалық күш түскеннен кейін, дене температурасының жоғарлауымен: ЭТЖ нің жоғарлауымен байқалады

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

- 1. Жалпы қан анализі (Er, Hb, L, лейкоформула, СОЭ).
- 2. Жалпы зәр анализі.
- 3. Қырынды.
- 4. Копрограмма.
- 5. Құрсақ қуысы ағзаларының УДЗ.
- 6. Эзофагогастродуоденоскопия.
- 7. Биоптатты гистологиялық зерттеу.
- 8. АІЖ жоғарғы бөлімдерінің тәуліктік рН-метриясы (енгізуді қажет етеді).
- 9. H.pylori нақтамасы (тыныс алу тесті, нәжістегі HpSA, HP-FA IgG анықтау, уреазды тест, 1 браш-цитология).
- 10. Стоматолог кеңесі.

Қосымша диагностикалық шаралар тізімі:

- 1. Электрокардиография.
- 2. Диастазды анықтау.
- 3. Электроэнцефалография.
- 4. Реоэнцефалография.
- 5. Асқазан сөлін зерттеу.
- 6. Сарысулық Fe анықтау.
- 7. Невропатолог кеңесі.
- 8. АІЖ жоғарғы бөлімдерін бариймен рентгенологиялық зерттеу.

Лабораторлық зерттеулер:

- 1. Мочевинаға тыныстық тест – тыныс алған ауада C-13 изотопын анықтау.
- 2. Нәжісте Helicobacter Pylori (HpSA) антигендерін анықтау. (A.1a).
- 3. Серологиялық тест (IgG к Helicobacter Pylori анықтау) (A,1b).
- 4. Инвазивті диагностикалық шараларды қан ағу, пенетрация, және перфорация симптомдары бар барлық емделушілерге жасау қажет. Диагностикалық шаралар
- аяқталғанша эмпириялық терапия тағайындалмайды.
- 5. Биопсиялық уреазды тест.

- **Инструменталдық зерттеулер:** асқазан және ұлтабар ойық жарасының диагнозы тек гастродуоденоскопия нәтижелерінен кейін айқындалады, емделудің басынан 6-8 апта өткеннен соң тыртықтануды растау үшін және малигнизацияның жоғын дәлелдеу үшін қайталанады.

Ем мақсаты:

- 1. *H.pylori* эрадикациясы.
- 2. Ойық жара ақауының жазылуы, асқазан және ұлтабар сілемейлі қабығындағы белсенді қабынуды «тоқтату» (басу).
- 3. Ауру сезімі және диспепсиялық синдромдардың жоғалуы, аурудың асқынуы мен қайталауын ескерту.

- **Дәрі-дәрмексіз ем:** ауруды тудыратын немесе клиникалық көріністерін күшейтетін тағамдарға тиым салу диетасы (мысалы, ащы тұздықтар, маринадталған, кептірілген азық-түліктер)

- Емі: Микробқа қарсы-Де-нол, фуразолидон,, т.б. гастросидин, қызылмай, итмұрын майы, алмагель, викалин, Физиоом-инеман емдеу, электроұйқы.
- Диспансерлік бақылау: 1-ші жылы - ай сайын бақылау, жылына 3 рет 1 айдан рецидивке қарсы ем, денешынықтырудан босату.
2-3ші жылы-квартал сайын бақылау, жылына 2 рет рецидивке қарсы ем, дайындық тобында дене шынықтыру.

Оперативті ем.

Абсолютті көрсеткіштері:

- Жара перфорациясы,
- Профузды жаралы қансырау,
- Қылтаның декомписеренген тарылуы
- Жара малигнизациясы.

Салыстырмалы көрсеткіштері:

- Пенетрирлеуші гастродуоденальды жаралар.
- Асқазанның каллезді жаралары.
- Асқазан мен 12 елі ішектің тыртықты - жаралы деформациялары, асқазанның эвакуаторлы функциясының бұзылуы мен жүретін.
- Рецидивті жаралы қансыраулар.
- Жараның қатерлі ісікке айналуы.