

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.
Д.АСФЕНДИЯРОВА

Тақырыбы: “Ойық жара этиологиялық гастродуоденалды қан кетулер.Клиникалық және эндоскопиялық классификациясы,диф.диагностика,қан жоғалту геморраргиялық шок патогенезі.Емдік тактика, хирургиялық емге көрсеткіштер.Операция түрін таңдау . Асқынулары.”

Орындаған: Аймағанбетов Е.

Тексерген : м.ғ.д. Кулакеев О.Қ.

Алматы 2016 ж.

Жоспар

- Ойық жарадан қан кету
- Клиникалық және эндоскопиялық классификация
- Дифференциалды диагностика
- Қан жоғалту патогенезі және геммораргиялық шок
- Емдік тактика
- Хирургиялық емге көрсеткіштер
- Операция түрлері
- Операциядан кейінгі асқынулары

Қан кету – қан айналу ағзаларынан қанның шығуы. АІЖ – нан массивті қан кету адам ағзасына қауіпті геморрагиялық шокқа әкеліп соқтыруы мүмкін.

Этиология және патогенезі:

- Тамыр қабырғасында патологиялық процесс дамуына байланысты дефект (жедел немесе созылмалы жарадан аррозивты қан кету)
- Тамыр қабырғасының өткізгіштігінің нашарлауы (авитаминоз, жедел инфекциялық сырқат, афилаксия, сепсис, интоксикация)
- Бауыр циррозы кезіндегі өңештің кеңейген веналарынан және асқазаннан қан кету
- Өңештің шырышты қабатынан және асқазаннан қан кету (Меллори –Вейсс синдромы)

Қан жоғалту патогенезі

- Гемодинамикалық бұзылыстардың патогенезі: Қан кетуге жауап ретінде организмнің компенсаторлық реакциялары іске қосылады. Оларды үш кезеңге бөлуге болады: Олигемия кезеңі (АҚҚ төмендеуі) — ұзақтығы 12-24 сағ. Рефлекторлы спазм мен қанның деподан қан айналымға шығуымен сипатталады. Эритроциттер мен гемоглобиннің қаның көлемдік сандық құрамында өзгермейді. Гемодилюция кезеңі — 2-3 күннен кейін тіндік сұйықтықтың қан ағымына ағуы салдарынан дамиды. Эритропоэздің белсену кезеңі — 3 — 4 күннен кейін басталады. Перифериялық қанда ретикулоциттер пайда болады. Организмде пайда болатын өзгерістер жоғалтқан қан көлеміне байланысты. АҚҚ 10-15% -дай қан кету кезінде гемодинамика бұзылмайды. Ал АҚҚ 15% көп жоғалтқан жағдайда АҚҚ 15-30%-ға төмендейді. Гиповолемия перифериялықтамырлардың спазмын тудырады. Тіндік гипоксия дамиды. Зат алмасу процесі анаэробты түрге ауысады, соның салдарынан сүт қышқылы бөлініп метаболикалық ацидоз дамиды. Ішек қуысына түскен қанның гидролизге ұшырауы салдарынан организмнің интоксикациясы

• АІЖ – нан қан кету себептері:

АІЖ – ның жоғарғы бөлімдерінен :

1. Асқазан немесе онекіелі ішек жарасы.
2. Өңештің варикозды кеңейген веналарынан қан кету.
3. Шырышты қабаттың эрозивті – жаралы зақымдалуы (стресстік, дәрілік, азотемиялық)
4. Мэллори –Вейсс синдромы
5. Өңеш, асқазан, онекіелі ішек ісіктері
6. Ангиомалар

АІЖ – ның төменгі бөлімінен:

1. Дивертикулит немесе меккель диверертикулиті.
2. Тоқ ішек ісіктері және полиптері.
3. Ангиодисплазия.
4. Спецификалық емес жаралы колит және Крон ауруы.
5. Геморрой.
6. Инфекциялық ауруы.

Асқазан-ішек жолдарынан қан кетудің жалпы белгілері:

- Жалпы әлсіздік
- Селқостық
- Көз алдыда шіркейлердің көрінуі
- Суық тер
- Коллапс
- Бас айналу
- Құлақта шу
- Көз алдында қарауыту
- Ентігу
- Жүрек қағу

Асқазан-ішек жолдарынан қан кетудің жергілікті белгілері:

- Гематомезис- қою “кофе қойыртпағы” тәрізді құсық
Мелена- сұйық қара нәжіс

Қан кетудің айқын белгілеріне жатады:

- Қан құсу
- Қан аралас нәжіс.
- ⊙ **Қан құсу** (гематомезис) – құсық массаларымен өзгерген (қою көфе тәрізді) немесе өзгермеген қанның шығуы. Асқазаннан, өңештен, ұлтбардан қан кеткенде байқалады.
- ⊙ **Мелена** – нәжіспен өзгерген қанның шығуы. Ұлтабардан және асқазаннан көлемі 500мл және одан көп профузды қан кеткенде байқалады.
- ⊙ **Гематохезия** – нәжіспен ал-қызыл қанның шығуы.

Клиникалық және эндоскопиялық классификациясы

Клиникалық формасы :

- 1) Жедел немесе алғаш пайда болған
- 2) Созылмалы

Ағымы :

- 1) Латентті
- 2) Жеңіл немесе сирек рецидивтенетін
- 3) Орташа немесе рецидивтенетін (1-2 рет жылына)
- 4) Ауыр (3-4 реттен көп немесе үздіксіз)

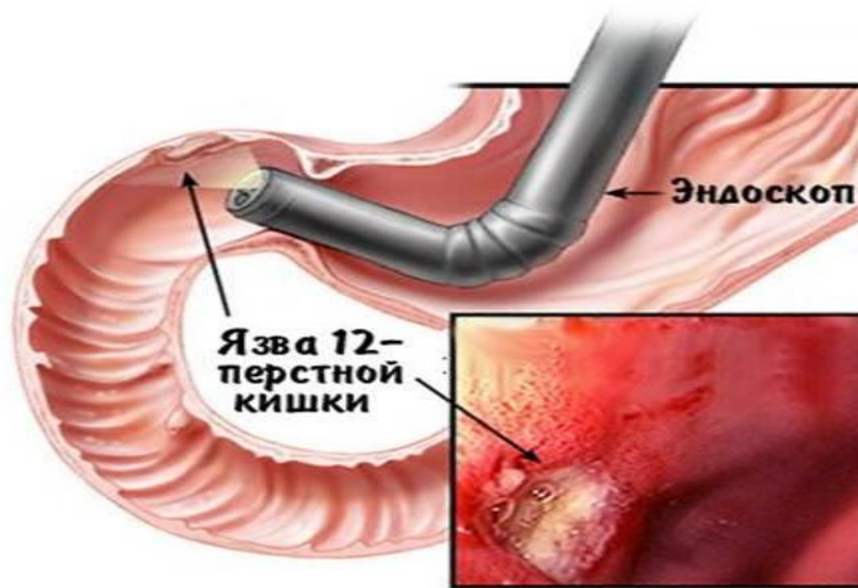
Ойық жараның көлемі :

- 1) Кіші 0,5 см-ге дейін
- 2) Орташа 0,5-1 см
- 3) Үлкен 1,1-3 см
- 4) Өте үлкен 3 см-ден асады



Даму стадиясы :

- 1) Активті
- 2) Тыртықтанатын
- 3) Қызыл тыртық стадиясы
- 4) Ақ тыртық стадиясы
- 5) Ұзақ уақыт бойы тыртықтанбайтын



Язва двенадцатиперстной кишки

Эндоскопиялық классификация Forrest бойынша

Жаралық қан кетулердің Форрест бойынша эндоскопиялық жіктеуі кең таралған (1987):

- · FIA – жарадан шапшып қан кету;
- · FIB – жарадан тамшылап қан кету;
- · FIIA – жара түбінде тромбтанған қан тамыралыр көрінеді;
- · FIIB – жараны жауып тұрған қан ұйығы;
- · FIIC – қан кету белгілері жоқ жара;
- · FIII – қан кету көздері анықталмаған.

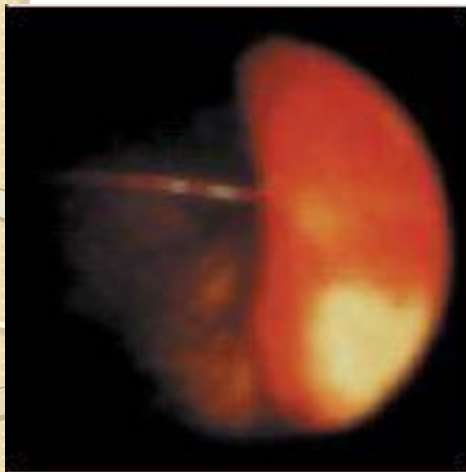


Рис. 1. Артериальное кровотечение из язвы желудка (тип Forrest I a)

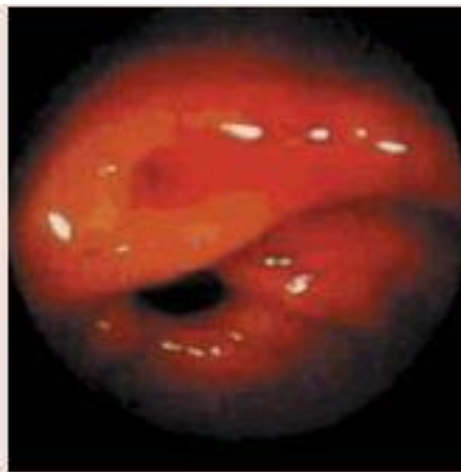


Рис. 2. Кровотечение из язвы пилорического отдела с медленным выделением крови (тип Forrest I b)

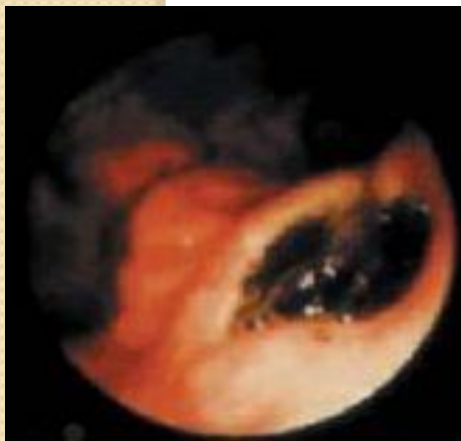


Рис. 3. Тромб в основании язвы (тип Forrest II a)

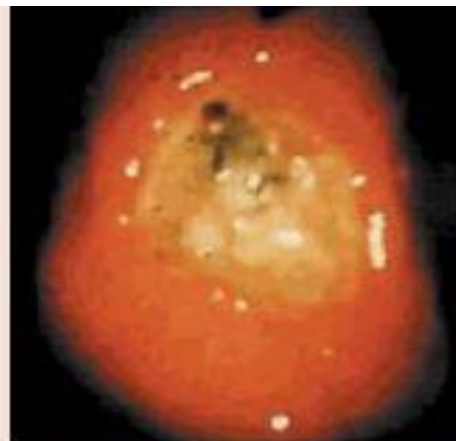


Рис. 4. Видимый участок кровеносного сосуда в язве (тип Forrest II b)



Рис. 5. Язва желудка без признаков свежего кровотечения (тип Forrest III)

Қан кетудің түрлері

- Жедел қан кетулер
- Профузды қан кетулер
- Созылмалы қан кетулер

Симптомны
кровотечения
из язвы
желудка:

- кровавая рвота
- дегтеобразный стул
- снижение давления
крови
- бледность кожи
- исчезновение боли



Кровотечение - одно
из наиболее частых
осложнений пептической
язвы.

Кровь может изливаться
внутри желудка или
наружу - в брюшную
полость.

- **Жедел қан кету**- 500 мл және одан жоғары көлемді тез қан кетуден пайда болады және келесідей клиникалық көріністермен сипатталады: әлсіздік, селқостық, коллапс, бас айналу, көз алдында шіркейлердің көрінуі, гематомезис, мелена.
- 500 мл және одан жоғары көлемде қан кетудің компенсаторлы механизмі, тез арада қан мен тінаралық сұйықтықтың қайта бөлінуі болып табылады. Жүйелі вазоконстрикция, қан деполарынан(көкбауыр, бауыр) қанның мобилизациясына әкеледі, ал антидиуретикалық гормон мен альдостерон бөлінуі, тінаралық сұйықтықтың тамыр арнасына түсуі есебінен тамырішілік көлемді қалпына келтіреді. Бұл өзгерістер гемоглобин мен гематокрит деңгейлерінің төмендеуімен, гипопротеинемиямен, жүрек лақтырысының төмендеуімен, тахикардиямен жүреді, ал систолалық қысым қалыпты болып қалады немесе көтерілуі мүмкін.

- **Профузды қан кету**-бірмезетте асқазан-ішек жолдарының қуысына 1л-ге дейін қанның түсуімен және келесідей симптомокомплекспен сипатталатын жағдай: қан аралас құсу, мелена және геморрагиялық шок.
- 1л жоғары қан кетуде компенсаторлы механизмдер, циркуляцияланатын қан көлемінің тамыр арнасының көлеміне сәйкес келмеуі себебінен қызметін атқармайды. Бұл қан жоғалтудан кейін немесе бірнеше сағат ішінде геморрагиялық шоктың дамуына әкеледі.

- 50-100 мл-ге дейін қан кетуде, қан кетудің клиникасы болмайды және оның белгілерін тек зертханалық әдістермен (Греггерсен реакциясы-нәжісті жасырын қанға зерттеу) анықталады. Мұндай қан кетулер **созылмалы** сипатта болады, бірақ белгілі бір уақытта массивті қан кетуге және анемизацияға әкелуі мүмкін. Осыған байланысты олар хирургиялық емге көрсеткіш болып табылады.

- **Жаралық қан кету бар науқасты зерттеу жоспарына кіреді:**
- Анамнез жинау
- Шағымдары
- Объективті зерттеу жүргізу
- Зертханалық тексерулер
- Шұғыл фиброгастродуоденоскопия

- **Анамнезінен**, жара ауруына тән көріністер барын анықтау керек:
 - Тамақ ішкеннен кейін немесе аш қарында ауырсыну
 - Қыжылдау, жүрек айну және құсу
 - Маусымдылық- көктем-күз мезгілінде өршуі
- Қан кету, жиі жара ауруының өршуі кезінде болады, бірақ онсыз да жалпы қанағаттанарлық жағдайда дамуы мүмкін.

- **Науқастың шағымдары:** Жарадан қан кетудің классикалық белгілері- кофе қойыртпағымен құсу және мелена, пайда болуына дейін, науқастар әлсіздікке, бас айналуға, жоғары тершендікке, көз алдында шіркейлердің көрінуіне, құлақтың шуылдауына, жүрек айну, шөлдеу, жүрек қағуы, ұйқышылдыққы шағымданады. Ауыр қан кетуде, оның бірінші көрінісі болып, науқастың қозғалуы кезінде немесе физикалық күш түскенде, мысалы дефекация актысынан кейін дамитын есінен тану жатады. Кофе қойырпағындай құсу, қан кетудің көзі асқазанда екенін, ал мелена жараның он екі елі ішекте орналасқанын білдіреді.

- **Науқасты объективті зерттеу** нәтижесі жаралық қан кетудің интенсивтілігі мен қан кетудің дәрежесіне байланысты. Қан кетудің жеңіл дәрежесінде науқастың жалпы жағдайы қанағаттанарлық, ал ауыр дәрежесінде коматозды болады. Қан кетудің жалпы белгілері: тері қабаты мен шырышты қабаттардың анық бозаруы, құрғақ тіл, жиі жіп тәрізді пульс. Артериялық қан қысымы басында жоғарылайды, содан кейін прогрессивті төмендейді. Сонымен қатар орталық веноздық қысым төмендейді.
- Тексеру кезінде іш тыныс алу актісіне қатысады, қатаймаған, пальпацияда ауырсынбайды. Жарадан қан кету кезінде пайда болатын ауырсынудың, қанның асқазанның қышқыл құрамын сілтілеуі нәтижесінде жоғалуы-бұл асқынуға тән белгілердің бірі. Ректальды тексеру кезінде мелена түсті нәжіс анықталады.

- **Қан анализінде:** Қан кетудің басталуынан 2-4 сағат өткен соң перифериялық қанда гемоглобин жоғарлауы байқалады. Бірақ ары қарай оның деңгейі және гематокрит деңгейі төмендейді. Мұндай төмендеу гемодилюция нәтижесі, ол қан кету жалғасқанда дами түседі. Сонымен қатар циркуляцияланатын қан көлемі де төмендейді.

- Шұғыл фиброгастроуденоскопияда ақпараттылығы бойынша басқа зерттеу әдістерінен алға шығады.

Зерттеу алдында науқасқа жуан зондпен асқазанын суық сумен жуады. 20-30 минут бұрын атропин мен промедол енгізеді, 1% дикаин ерітіндісімен ауыз қуысының шырықты қабатына және жұтқыншаққа жергілікті жансыздандыру жүргізеді.

Фиброгастроуденоскопия қанталаған гастродуоденальды жараны диагностикалауға және қатерсіз бен малигнизацияланған жараны ажыратуға, қан кетудің басқа себептерін (асқазан ісіктері, өңеш веналарының варикозды кеңеюі, геморрагиялық гастрит және т.б.) анықтауға мүмкіндік береді.

Фиброгастроуденоскопияда жараның өлшемдерін, жара түбінде тормбталған тамырлардың бар жоқтығын анықтау, қан жоғалту ауырлығына байланысты гемостазды бағалау, қан кетудің қайталануын болжауға мүмкіндік береді. Қалыпты гемостаз кезінде консервативті ем жүргізіледі, ал жалғасқан қан кетуде шұғыл түрде оперативті арасу жүргізіледі.

- Емдеу тактикасын таңдау үшін қан кетудің нақты ауырлығын анықтау маңызды. Хирургиялық тәжірибеде қан кетудің ауырлығын клиникалық белгілеріне және ЦҚК зерттеу нәтижелері бойынша анықтау ыңғайлы.

Гастродуоденальды қан кетулердің жіктелуі (Стручков В.И., 1977)

- I дәреже- жеңіл қан кету. Науқастың жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Қан аралас құсу бір рет немесе қоймалжың нәжіс. Пульс аздап жиілеген, АҚҚ қалыпты, гемоглобин 100 г/л жоғары, ЦҚК дефициті 5% шамасында.
- II дәреже-анық қан кету. Науқастың жалпы жағдайы орташа ауырлықта, бас айналуына, әлсіздік, қайталанатын құсық немесе қоймалжың нәжіске шағымданады. Тері жабындылары мен шырышты қабаты бозарған. Пульсі жиілеген. АҚҚ 90 мм.с.б. дейін төмендеген, гемоглобин-80 г/л дейін, ЦҚК-нің дефициті 15% шамасында.
- III дәреже- ауыр қан кету. Науқастың жалпы жағдайы ауыр. Шөлдеу, ұйқышылдық. Талықсу жағдайы, тері жабындылары мен шырышты қабатының бозаруы, суық тер, көп қайталанатын құсу байқалады. Пульсі анық жиілеген, АҚҚ 60 мм.с.б., гемоглобин 50 г/л дейін төмендеген. ЦҚК дефициті 30%. I-II дәрежелі геморрагиялық шок.
- IV дәреже-көп мөлшерде қан кету. Науқас ессіз, жалпы жағдайы ауыр. Пульс анықталмайды. ЦҚК дефициті 30% жоғары, гемоглобин 50 г/л-ден төмен, I V дәрежелі геморрагиялық шок.

Қан кетудің ауырлық дәрежесі (Горбашко А.И., 1982)

Қан кету көрсеткіштері	Қан кету дәрежесі		
	жеңіл	орташа	ауыр
Эритроциттер саны	>3,5-10*12 /л	3,5-10*12 /л-2,5-10*12/л	<2,5-10*12/л
Гемоглобин деңгейі,г/л	>100	83-100	<83
1 мин пульс жиілігі	80 дейін	80-100	100 ден жоғары
Систоалық ҚҚ (мм.с.б.)	>110	110-90	<90
Гематокрит саны %	>30	25-30	<25
Дефицит ГО %	20 дейін	20-дан 30ға дейін	30 және жоғары

● **Альговердің шоктық индексі**

Пульс/систолалық қысым

- **0,5-1 – жеңіл дәрежедегі қан кету**
- **1-1,5 – орташа дәрежедегі қан кету**
- **1,5-2 – ауыр дәрежедегі қан кету**

● Жаралық қан кетулердің салыстырмалы диагностикасы, этиологиясы жаралық емес және өкпелік қан кетулермен жүргізіледі.

1. Портальды гипертензия кезіндегі өңеш пен асқазан веналарының варикозды кеңеюі.
2. Маллори-Вейсс синдромы
3. Эрозивті геморрагиялық гастродуоденит
4. Асқазанның қатерлі және қатерсіз ісіктері, дивертикулдар.
5. Диафрагманың өңештік тесігінің жарығы
6. Асқазанның химиялық күйігі кезіндегі қан кету
7. Золингер-Эллисон синдромы

Жедел қанағыш жаралардың дамуына, гипертоникалық ауру, атеросклероз, капилляротоксикоз, бауыр циррозы, уремия, әртүрлі этиологиялы шок, сонымен қатар асқазан мен он екі елі ішектің шырышты қабатына әсер етітін токсикалық және дәрілік әсерлер әкеледі. Бұрын салынған асқазан-ішектік анастомоздардың пептикалық жараларынан қан кету дамуы мүмкін.

Қан кетудің өкпелік генезі, ауыз қуысынан жөтелу кезінде қызыл көпіршікті қанның бөлінуі, перкуссия, аускультация, өкпенің рентгендік зерттеуі мәліметтері негізінде анықталады.

- Асқазан-ішектен қан кетуге күмәнданғанда науқасты хирургиялық стационарға жатқызады. Тасымалдауды, носилкада жатқан күйде жүзеге асырады.
- Шұғыл фиброгастродуоденоскопия, зертханалық тексеру, науқасты физикалық тексеруден кейін консервативті терапияның қолайлы көлемі және оперативті араласудың көрсеткіштері мен шұғылдығы анықталады.

- **Госпитализация алдындағы ем:** ЖЖ –нің негізгі мақсаты науқасты хирургиялық бөлімге жеткізіп, оны госпитализациялау. АҚ және ТАЖ мониторингке алып оны қадағалау керек, витальды функцияларын сақтау.

Геморрагиялық шок көріністері (қалтырау, суық тер, тамыр толуыны төмендеуі, тахикардия, гипотония) болған жағдайда тамыр ішіне тамшылатып сұйқтық енгізуді бастау: гидроксидэтилкрахмал 400 мл, глюкоза ерітіндісі 5 % - 400 мл, натрий хлорид ерітіндісі 0,9 % - 400 мл.

Егер геморрагиялық шок көріністері болмаса. Онда инфузионды терапияны бастамаған жөн.

АІЖ жоғарғы бөлімінен қан кету болса:

- Тамыр ішіне баяу 2 мин барысында фамотидин 20 мг (1 ампуланы алдын ала 5 – 10 мл 0,9% натрий хлорид ерітіндісімен араластыру).
- Тамыр ішіне тамшылатып октреотид 0,1 мг (сома – тостатин аналогы)
- Фибринолиз активациясы фонында: т/і тамшылатып амнокапрон қышқылы 5 % - 100 мл

Комплексті гемостатикалық терапия жүргізіледі.

- Қатаң төсек режимі, эпигастрий аймағына суық қою, асқазанды суық сумен жуу тағайындалады. Асқазанға зондпен 0,1% 4 мл адреналин ерітіндісімен 100-150 мл 5% аминокапрон қышқылын енгізеді немесе бұл ерітіндіні бір шай қасықпен әр 15 мин сайын ішкізеді.
- Гемостатикалық терапия келесі көлемде жүргізіледі: аминокапрон қышқылы 5% 200мл, децинон 250 мг, кальций хлориді 10% 10 мл, фибриноген 1-2 гр 250 мл натрий хлоридінің изотоникалық ерітіндісіне, викасол 1% 3мл бұлшық етке.
- Волемиялық бұзылыстарды жою мен ЦҚК толтыруды қан және оның компоненттерін құюмен жүргізеді, нативті, құрғақ және мұздатылған плазма 200-800 мл дейін, сонымен қатар декстранондар, альбуминдер, протеиндер, кристаллоидтар.
- Жаралық қан кетуде консервативті терапия мақсатына гемодинамиканы тұрақтандыру үшін жүректік, тамырлық және тыныс алу дәрілерін қолдану, метаболикалық ацидозды жою үшін натрий гидрокарбонаты 4% 200 мл және микроциркуляцияны қалыптастыру үшін реополиглюкин 400 мл және трентал 10-15 мл 250 мл натрий хлоридінің изотоникалық ерітіндісіне құяды.

- Жаралық қан кетуді тоқтатуда маңызды рөлді емдік фиброгастроуденоскопия атқарады. Гемостаз мақсатымен жараны 0,1 % адреналин немесе норадреналин ерітіндісімен теседі, қанаған тамырға электрокоагуляция, тамырды металл клипсымен тігеді, лазерлік коагуляция, жараны медициналық клеймен МК № 6,7,8 пломбирлеу. Мамандандырылған мекемелерде жарадағы қанаған тамырды, жасанды эмболды сан артериясы арқылы суперселективті енгізу арқылы эмболизациялау жүргізіледі.

Хирургиялық емі:

- Жаралы қан кетулерде шұғыл, жедел және жоспарланған операция түрлерін ажыратады.
- Шұғыл операция қан тоқтату және жарадағы тромбыларға (тұрақсыз гемостаз) бірінші-екінші тәулікте, сонымен қатар қан кету қайталанғанда стационарда жасалады.
- Жоспарлы операция тұрақты гемостазда, үлкен емес жараларда, тромбтар мен қан жоғалтудың жеңіл дәрежесінде қолданылады.

- -Форест 1-де экстренді операция көрсетілген.
- -24сағ ішінде 1500мл қан құйылып жағдайы жақсармаса мерзімді операция жасалады.
- -Форест 2,3-те нуқастың жасы 50-ден асса, анамнезінде ұзақ ойық жара болса, каллезді жара болса, стеноздаушы жара болса қосымша ауруларын ескеріп операцияға алады.

Массивті қан кету

Колоноскопия, асқазан-ішек жолының жоғарғы бөлімдерінің эндоскопиясы

Қан кету көзін анықтағанда

Сәйкес ем

(-) Қан кету көзі болмаса

Ангиография

Қан кету көзін анықтағанда

Сәйкес ем

(-) Қан кету көзі болмаса

Оперативті ем

Қан кету көзін анықтағанда

Сәйкес ем

(-) Қан кету көзінің айқын белгілері жоқ болса

Интраоперациялық эндоскопия

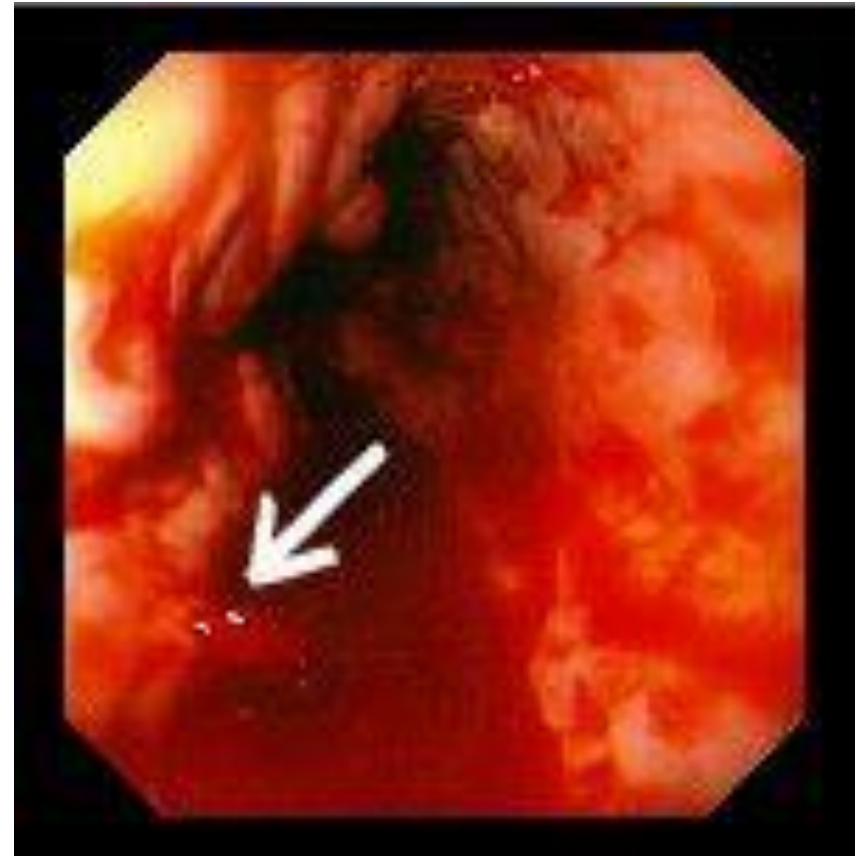
- Операцияның негізгі мақсаты қанкетуді тоқтату.
- **Асқазан жарасынан қан кетіп тұрғанда:** бағаналы ваготомия+асқазанның экономды резекциясы + Ру бойынша гастроеюналды анастомоз немесе Бильрот 1. әлсіз науқастарды - бағаналы ваготомия+жараны ойып алумен гастротомия және пилоропластикамен. Ауыр науқастарда – қансырап тұрған тамырды тігумен гастротомия, немесе жараны ойып алып тігу.

- **Ұлтабардың жарасынан қан кетіп тұрғанда:** бағаналы ваготомия немесе селективті проксималды ваготомия + қансырап тұрған тамырды тігу мен пилоропластика. Асқазан мен ұлтабардың қосарласқан жараларында бағаналы ваготомия + антрумэктомия + Ру бойынша анастомоз.
- **Мэллори-Вейс синдромында** Блэйкмор зондымен тампонада. Гастротомия, шырышты қабат дефектісін тігу. Склерозотерапия.
- **Шунттаушы операциялар** (портокавалды, спленореналды, мезокавалды шунтар және т.б. анастомоздар)

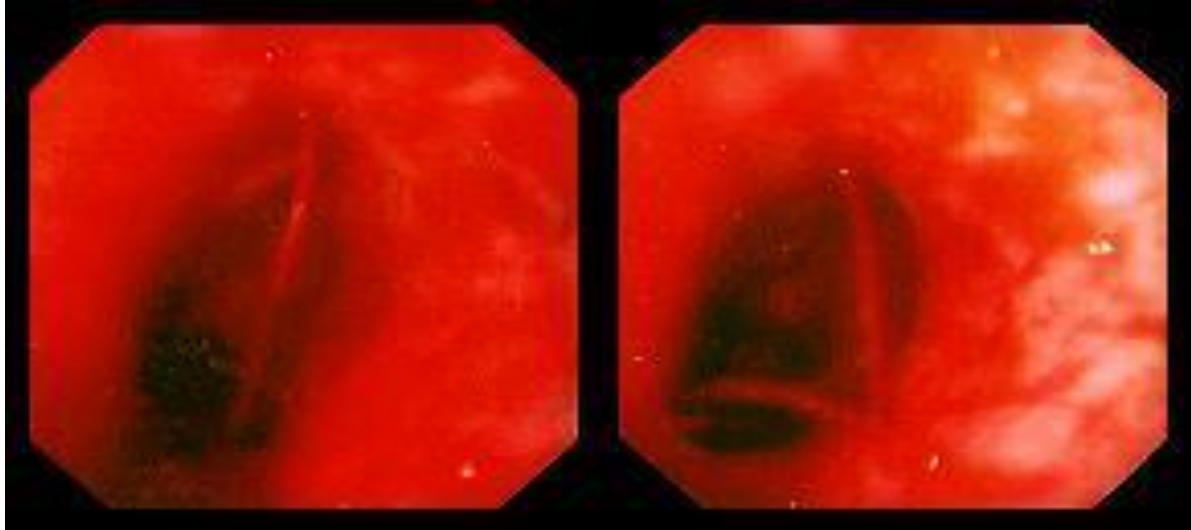
- Бауыр циррозымен зардап шегетін жас адамнан профузды қан кету. Варикозды түйіндерді байлауға арналған прибор арқылы көрініс. Оң жағында қансырап тұрған жерде гемостаз.



- 37 жасар бауыр циррозымен зардап шегетін науқастың өңешінен қан төменгі бөліктеріне жиналуы.



- 78 жасар ер адамда тоқ ішектің обырындағы бауырдың метастатикалық зақымдануымен байланысты дамыған порталды гипертензиясы бар науқастан профузды қан кету. Эндоскопияда қанның «фонтан» тәрізді атқылап шығуы көрінеді.



Асқазан мен онекіелі ішек ойық жарасы көптеген асқынуларға әкелуі мүмкін. Солардың ішінде:

- ойық жараның жиі қанауы;
- көрші ағзаларға жарып өтуі (пенетрациясы);
- тесіліп кетуі (перфорациясы);
- обыр өспесіне айналуы - организм үшін өте қауіпті.

Сонымен бірге, асқазан мен ұлтабардың ойық жара ауруы жиі анемия дамуына әкеледі.

Қолданылған әдебиеттер

1. А.Ж. Нұрмақов «Хирургия» , Алматы, 2009 ж.
2. М.И. Кузин «Хирургические болезни», Москва, 2005 ж.
3. 8 лекции по хирургии. Савельев 2008 жылы 526-529 беттер
4. Госпитальная хирургия Бисенков 2005 жылы