

Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік Фармацевтик Академиясы

Тақырыбы: Зертханалық зерттеулерге материал алу. Қалыпты және патологиялық жағдайларда гастроэнтерологияда жүргізілетін биохимиялық, иммунологиялық зерттеу әдістері, нәтижесін талдау.

Орындаған: Кантемирова Н.
701 топ



- Жоспары:
- 12 елі ішек және асқазан жарасы кезіндегі ЖҚА,Б/Х және нәжістегі өзгерістер.
- Асқазан қышқылдылығын зерттеу

- **Асқазанның және 12 елі ішек жарасы-**
асқазанның және 12 елі ішек қабырғасында пептикалық жараның пайда болуымен жүретін созылмалы ауру. Ауру жиі қайталанып отырады. Негізгі себебі болып - хеликобактерной инфекцияй (*Helicobacter pylori*).

Лабораторлы зерттеу қортындылары жаралардың ағымының ерекшеліктеріне, асқынуына, аурудың жасына, аурудың сатысына байланысты. Және т.б себептерге байланысты.

- Жалпы қан анализінде эритроциттер және гемоглобиннің аздаған жоғарлауы болады. Әсіресе жараның пилорикалық бөлімінде орналасқанда. Жара ауруының асқынбаған түрінде лейкоциттер мен лейкоцитарлы формуланың өзгерісі болмайды. Аздаған лимфоцитоз болады.

- Қалытқының стенозында анемия және ЭТЖ жоғарлауы болады.

- Жараның перфорациясында лейкоцитоз, нейтрофильдерде токсикалық түйіршіктердің пайда болуы жүреді.ЭТЖ төмендеуі.

- Жедел қан жоғалту постгеморрагиялық анемияға алып келеді. Оның ішінде эритроциттердің, гемоглобиннің, тромбоциттердің, лейкоциттердің.

- Жара ауруларында асқазан сөлінің қышқылдылығы жоғарлайды, гиперсекреция. Қышқыл түзуші функциясы ұзақ ағымды жара ауруларында кездеседі. Сонымен қатар жалпы тамақтану бұзылысында кездеседі. ең жоғарғы секреция 12 елі ішек жарасында. Ахлоргидрия жиі қатерлі болып келеді.

- 12елі ішектегі орналасқан жаралар пепсиннің және уропепсиннің экскрециясын түзілуін жоғарлатады. Жара ауруларының асқынуында анализдегі қозғалыстар айқын болып келеді.

- Асқазанның безді аппаратының функциональді және морфологиялық жағдайын бағалау үшін(гиперплазия немесе атрофия шырышты қабаттың) базальді секреция және максимальді қышқылдылық өнімін анықтау ұсынылады.

Пищевод

Вход

Малая кривизна

Дно желудка

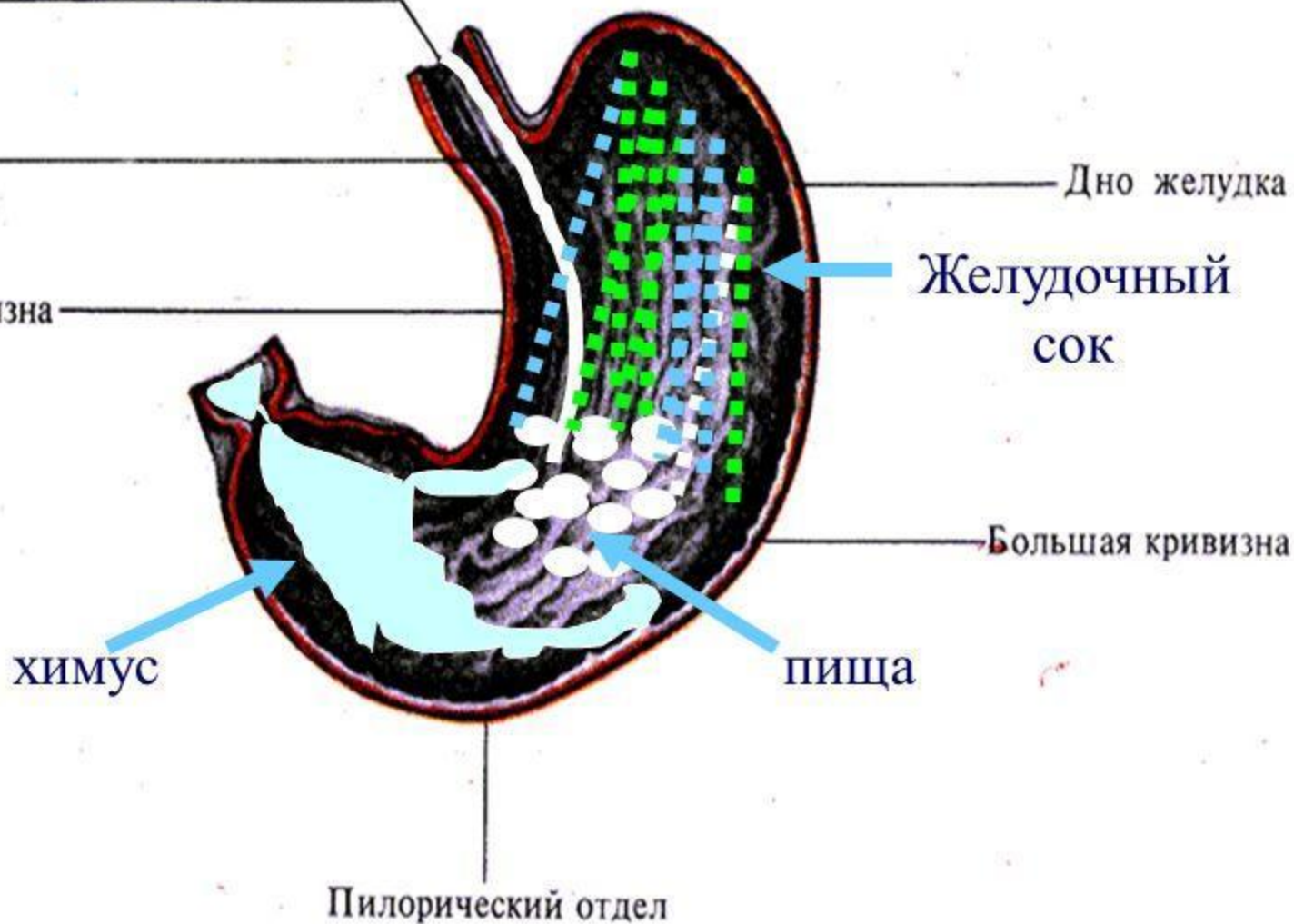
Желудочный
СОК

Большая кривизна

химус

пища

Пилорический отдел



1. Асқазан сөлінің секрециясын (бөлінуі) фракциялық әдіспен зерттеу.

Жіңішке резеңке түтікше көмегімен асқазандағы сұйықтық аш қарынға алынады, бұл 1-ші порция (үлес немесе тиісті бөлік), соң 1 сағат ішінде әр 15 минут сайын асқазан сөлін сорғызып 4 порция алынады бұл негізгі (базальды) секреция, кейінгі екінші сағат ішінде байқау тағамдары беріліп немесе парентеральды секреция стимуляторлары (дем беруші) енгізілгеннен кейін екінші кезеңдегі 1 сағат ішінде әр 15 минут сайын 4 порция алылады, бұл стимуляция жасалғаннан кейінгі секреция. Асқазан сөлінің 9 порцияға 2 сағат ішінде алынып, асқазанның негізгі (базальды) және стимуляция жасалғаннан кейінгі секрециясын зерттеу фракциялық зерттеу әдісі деп аталады. Зерттеу үшін қолданылатын жіңішке жұмсақ резеңке түтікше диаметрі 3-5 мм, ұзындығы 1,5 м. Түтікшеде 50 см ұзындықта 1-ші белгі көрсетілген, бұл тістен асқазанға кіре беріске дейінгі аралықты көрсетеді, 70 см аралықта 2-ші белгі көрсетілген бұл қарын қалтқысына кіру тұсты көрсетеді, 90 см аралықта 3-ші белгі көрсетілген. Түтікшенің екінші соңына 10 немесе 20 гр шприц асқазандағы сұйықтықты сорғызу үшін кигізіледі. Асқазан секрециясын стимулдаушы (дем беруші) ретінде байқау тағамдарынан; Лепорский әдісімен 200 мл орамжапырақ шырыны, Петров ж/е Рысса әдісімен 200 мл орамжапырақ қайнатпасы немесе 200 мл ет сорпасы қолданылады. Аталған байқау тағамдарының стимулдеуші әсері әлсіз болғандықтан жиі секреция стимуляторлары ретінде парентеральды стимуляторлардан гистамин, пентагастрин қолданады.

Субмаксимальды гистамин байқауы. Гистамин гидрохлорид негізгі I секреция алынғаннан кейін 0,01 мг/кг мөлшерде тері астына енгізіледі. Гистаминнің секреторлық әсері 7-10 минуттан соң басталып, 20-30 минутта жоғарғы деңгейіне жетеді, әсері 1,5 сағатқа созылады.

Гистамин байқауын жүргізуге қарсы көрсетілімдер: феохромоцитома, аллергиялық аурулар, қан қысымының жоғары болуы, асқазан және ішектен қан кеткеніне 2-3 аптаның болуы.

Максимальды гистамин байқауы. Гистамин ерітіндісі тері астына 0,024 мг/кг мөлшерде енгізіледі. Кейбір науқастар дене терісінде қызарулар, бас ауру, әлсіздік, тахикардия байқалғанын сезеді, бірақ аталған симптомдар өздігінен өтіп кетеді және медициналық көмек қажет етпейді. Гистаминнің организмге жағымсыз әсерінің алдын алу үшін, байқау өткізуден 30 минут бұрын науқасқа 2 мл 2 процентті супрастин препаратын бұлшық етке енгізеді.

Пентагастрин байқауы.

Негізгі секреция алынғаннан кейін пентагастрин 6 мкг/кг мөлшерде бұлшық етке енгізіледі. Пентагастриннің секрецияға әсері 7-10 минуттан соң басталып, әсері 1 сағат бойы жоғары деңгейде тұрады. Пентагастриннің организмге теріс әсері байқалмайды. Алынған асқазан сөлі зертханада 3 бағытта тексеріледі:

Асқазан сөлін макроскопиялық зерттеу яғни физикалық қасиеті тексеріледі: ашқарынға алынған, негізгі және стимуляция жасалғаннан кейінгі секреция мөлшері, иісі, түсі және шырыш тексеріледі. Қалыпты жағдайда иісі болмайды немесе әлсіз қышқыл, түссіз, шырыш аз мөлшерде болады.

2. Асқазан ішілік РН метрия.

Асқазан қабырғасындағы тұз қышқылы мөлшерін электрометрлік әдіспен анықтауда асқазанның фундальді және антральді бөлігіне электродтар қойылады. Екі электрод аралығындағы қашықтық 11 см. Зерттеу барысын тіркейтін құрал ретінде стандарт санды немесе белгі көрсететін иономерлер, арнайы РН-метрлер қолданады. Зерттеу нәтижесі ЭВМ көмегімен қағазда тіркеліп көрсетіледі. Зерттеу таңертеңгілік ашқарынға жүргізіледі. Егер асқазан эвакуациясы бұзылған жағдайда зерттеуден алдын кешке асқазан тағамнан тазартылып, таңертеңгісін асқазанға жиналған шырыш сорылып алынады.

Қазіргі уақытта қолданылатын резеңке түтікше диаметрі 2 мм. Түтікше ауыз қуысы арқылы енгізіледі, ал микротүтікшелер мұрын қуысы арқылы енгізіледі. Кейбір жағдайларда асқазандағы электродтардың орналасқан орнын және түтікшелерді енгізгенде ену барысын рентген аппаратымен бақылауға болады. Зерттеу ашқарынға 30 мин бойы жүргізіледі.

Асқазан сөлі қышқылдылығын анықтауда жүргізілген зерттеу нәтижесі төмендегідей:

РН - 0,9-1,05 - гиперацидті жағдай .

РН - 1,6-2,0 - нормацидті жағдай

РН- 2,1-5,0- гипюцидті жағдай.

РН - 6,0-н жоғары - ахлоргидрия .

Гистамин немесе пентагастринмен стимуляция жасалғаннан кейінгі
секреция көрсеткіштері:

Стимуляция жасалғаннан кейін

РН көрсеткіштері 30-60 минут бойы тіркеледі.

РН - 0,9 - 1,2 гиперацидті жағдай .

РН - 1,2 - 2,0 нормацидті жағдай .

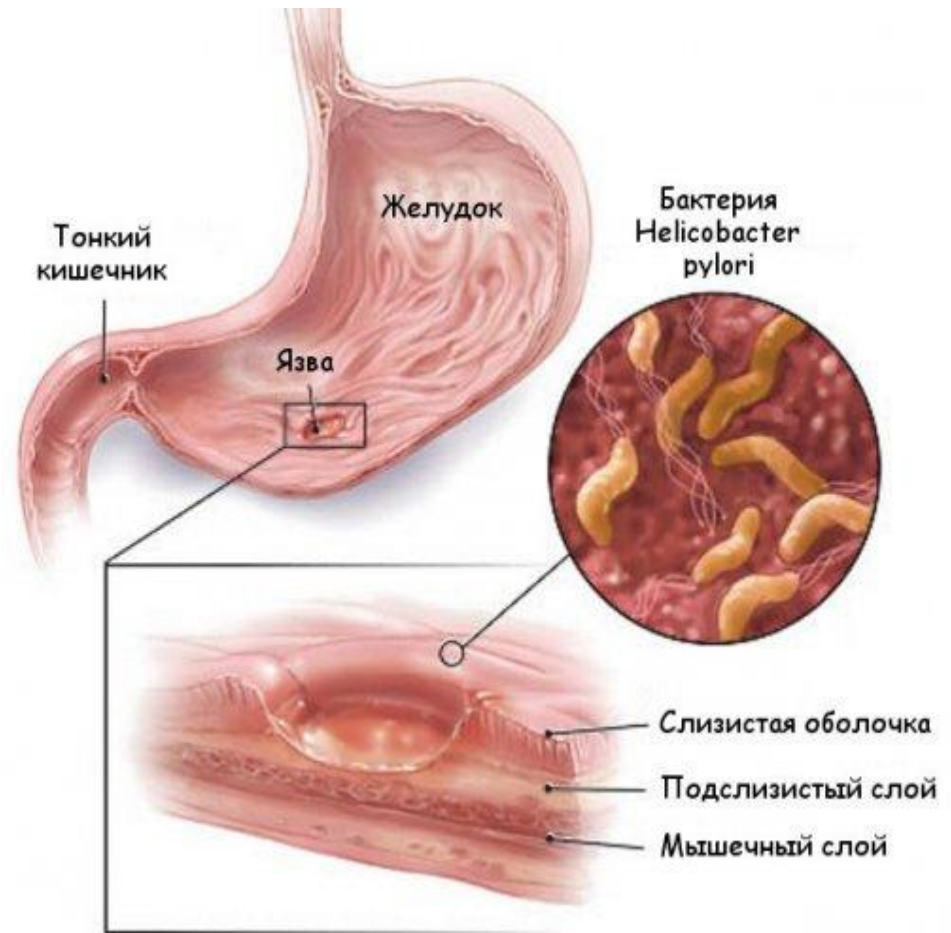
РН - 2,0-3,0 орташа гипоацидті жағдай .

Жара ауруы кезіндегі биохимиялық қан анализінің сипаттамасы:

- Асқынбаған жара ауруында айқын б/х қан анализінде өзгерістер болмайды. Жоспарлы зерттеуге белок және белок фракцияларын анықтау керек., глюкоза, билирубин, электролиттер.
- Қалытқының стенозында жалпы белоктың және электролиттердің төмендеуі болады, КЩС өзгерісі болады.
- Перитонитте қанда мочевианың жоғарлауы болады.
- Жараның перфорациясында – билирубин, гамма-глобулин, АЛТ жоғарлайды.
- Жараның малигнизациясында – үдемелі анемия, ахилия, асқазан сөлінде сүт қышқылының пайда болады.

- Жара ауруның барлық кезеңдерінде нәжісті жасырын қанға тексереді, Жасырын қан кету жара ауруының 10-15% жағдайында кездеседі. Жиі 12 елі ішек жарасында кездеседі.

- **Бактериологиялық егу** – НР инфицирленген кезде жүргізіледі. Жара антральді бөлікте орналасқанда НР 70 — 80 % жағдайда кездеседі., ал 12 елі ішекте орналасқанда 100 % жағдайда кездеседі.
- **Биоптатты гистологиялық зерттеу** – клеткалық құрамды анықтауға мүмкіндік береді, және қабыну себебін.



- Пайдаланылған әдебиеттер:
- Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

Анализы крови и мочи

Л.А. Данилова

ООО Салит-медкнига -2000г.