

«Астана медицина
университеті» АҚ



Балалар аурулары кафедрасы

Тақырыбы :

Асқазан және ұлтабар ойық жара ауруы

Дайындаған: Болатбек Т.Б.

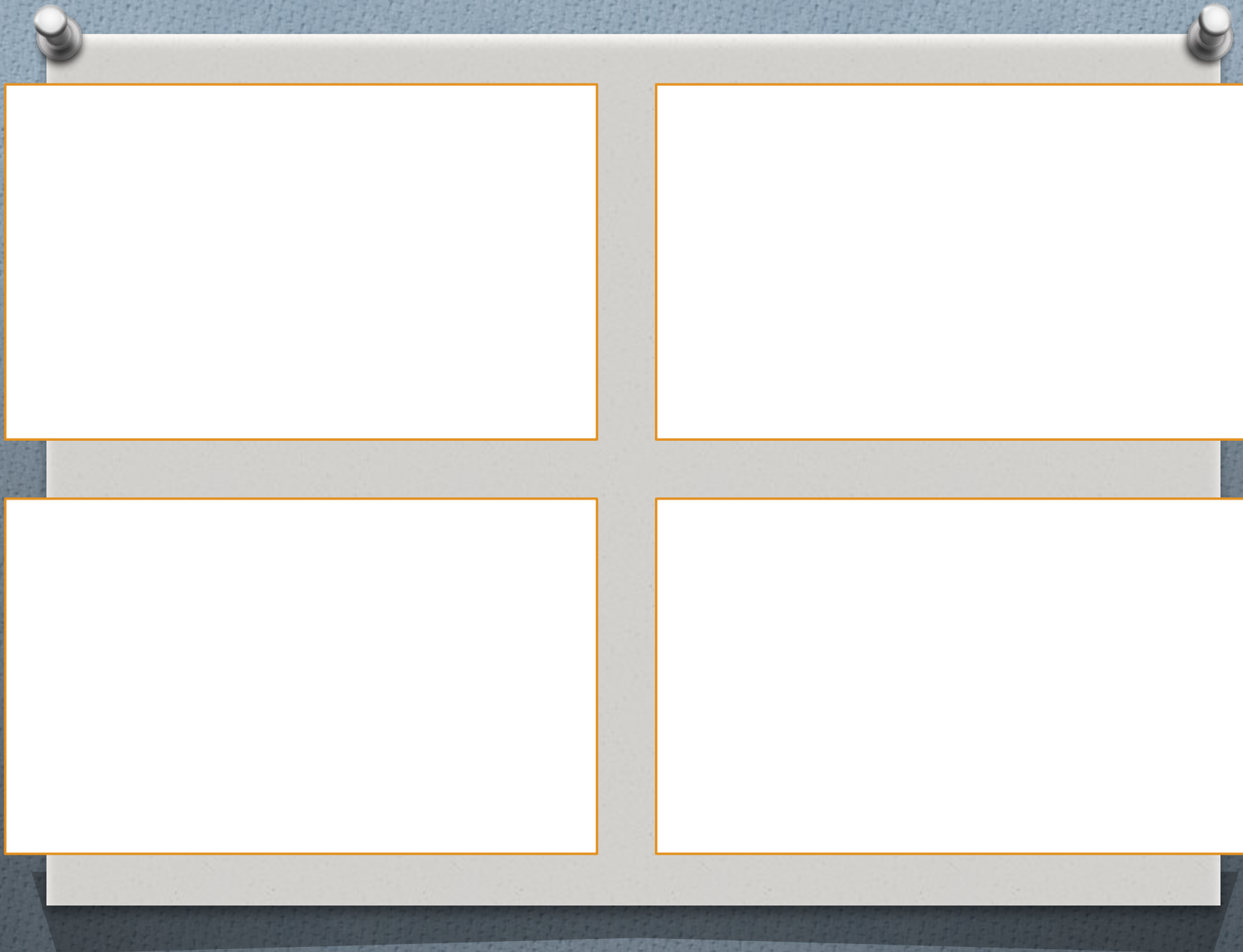
537 ЖМ тобы.

Тексерген: Макибаева М.Г.

Астана 2017

ЖОСПАРЫ

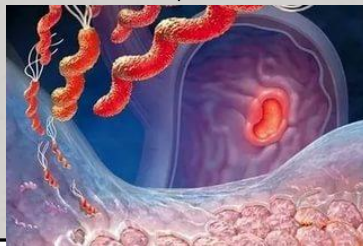
- ❖ Кіріспе
- ❖ Асқазан мен он екі елі ішектің жара ауруы.
- ❖ Ойық жараның жіктелуі
- ❖ Этиологиясы.
- ❖ Эпидемиологиясы
- ❖ Клиникасы.
- ❖ Аурудың диагностикасы.
- ❖ Диф.диагностикасы
- ❖ Болжамы және асқынулары
- ❖ Емі.
- ❖ Қолданылған әдебиеттер



Helicobacter pylori
этиологиялық фактор
болып табылады



95% шамасындағы ұлтабар
және 80%
шамасындағы асқазан ойық
жарасы



Ойық жара ауруы – асқазан,
ұлтабардағы немесе ащы
ішектің проксималды
бөліміндегі ойық жаралы
ақаулар, патологиялық
процесске жиірек ас қорыту
жүйесінің басқа ауруларының
қосылуы мен көптеген
асқынулардың дамуы,
негізгі морфологиялық субстрат
болып табылатын созылмалы
рецидив беретін ауру.

Эпидемиологиясы

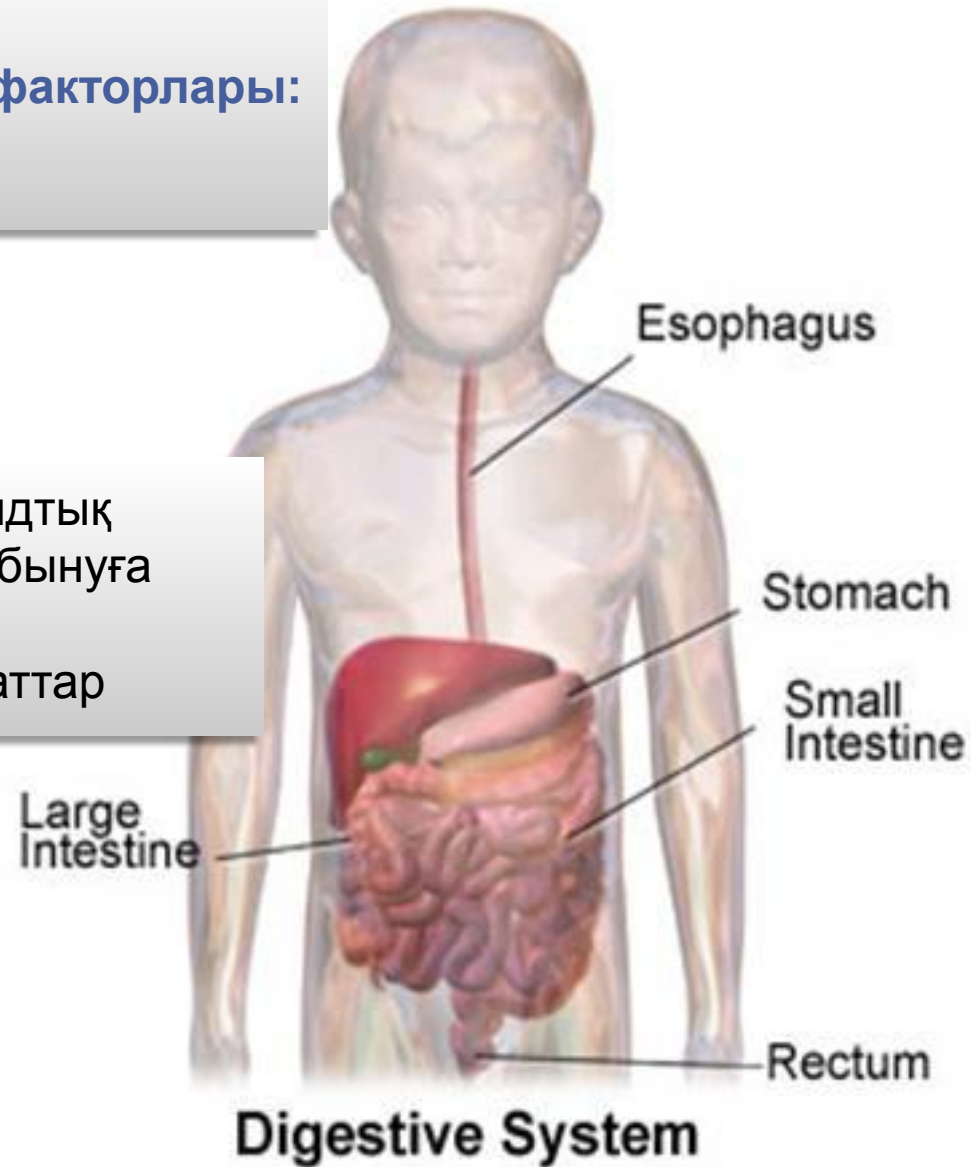
- 0 Соңғы жылдары балалардағы ойық жарасының кездесу жиілігі жоғарылап, 600 баланың біреуі ауыратындығын көрсетті. Сонымен қоса, аурудың «жасаруы» ауыр ағымы мен емдеу нәтижелерінің төмендеуі патологиялық аймақтың ұлғаюына әкеліп соғуда. Осыған сәйкес, ойық жара ауруы балалар арасындағы маңызды мәселеге айналуда.

Қауіп қатер факторлары:

- *Helicobacter pylori* дің болуы;

- стероидтық
емес қабынуға
қарсы
препараттар

- отбасылық
анамнездің болуы;
- дәрілік заттарды
ретсіз қабылдау;



Нозология бойынша

I. Ойықжара ауруы.

II. Симптоматикалық гастродуоденальді ойықжаралар:

1. “Стресстік” ойықжаралар:

- таралған күйіктер кезінде (Курлинг ойықжарасы);
- бассүейік-милық жарақат кезінде, миға қан құйылу, нейрохирургиялық операциялар (Курлинг ойықжарасы);
- миокард инфаркты кезінде, сепсис, ауыр жарақаттар мен қуыстық операцияларда.

Нозология бойынша

2. Дәрілік ойықжаралар.

3. Эндокриндік жаралар:

- Золлингер-Эллисон синдромы;
- гиперпаратиреоз кезіндегі гастродуоденальді ойықжаралар.

4. Ішкі ағзалардың кейбір аурулары кезіндегі гастродуоденальді ойықжаралар:

- өкпенің бейспецификалық аурулары кезінде;
- бауыр аурулары кезінде (гепатогенді);
- ұйқыбез аурулары кезінде (панкреатогенді);
- СБФЖ кезінде;
- ревматоидты артрит кезінде;
- өзге аурулар кезінде (атеросклероз, қантты, эритропения және басқалар).

Зақымдалудың орналасуы бойынш

1. Асқазан ойықжарасы:

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

2. Ұлтабар ойықжарасы:

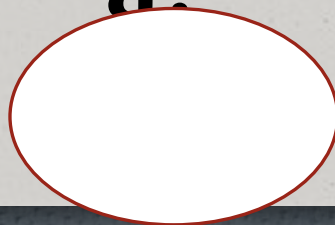
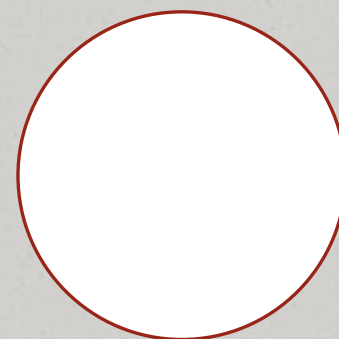
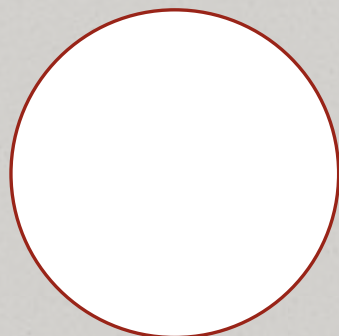
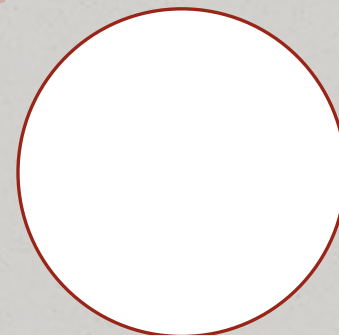
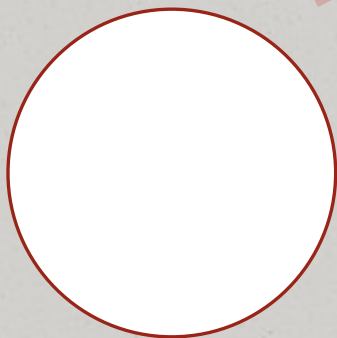
- ұлтабар баданасы;
- постбульбарлы бөлімі (банадаішілік ойықжаралар).

3 Асқазан мен ұлтабар ойықжарасының бірлесуі.

Асқазан мен ұлтабар зақымдалуының проекциясы:

- кіші иін;
- үлкен иін;
- алдыңғы қабырға;
- артқы қабырға.

Ойықжа
ра саны
мен
диаметр
і
бойынш
а:



Клиникалық формасы бойынша:

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

Асқазанның қышқыл бөлу деңгейі бойынша:

- жоғарылаған;
- қалыпты;
- төмендеген.

Жіті және созылмалы ағымы бойынша

Гастродуоденальді моторика мінезі бойынша:

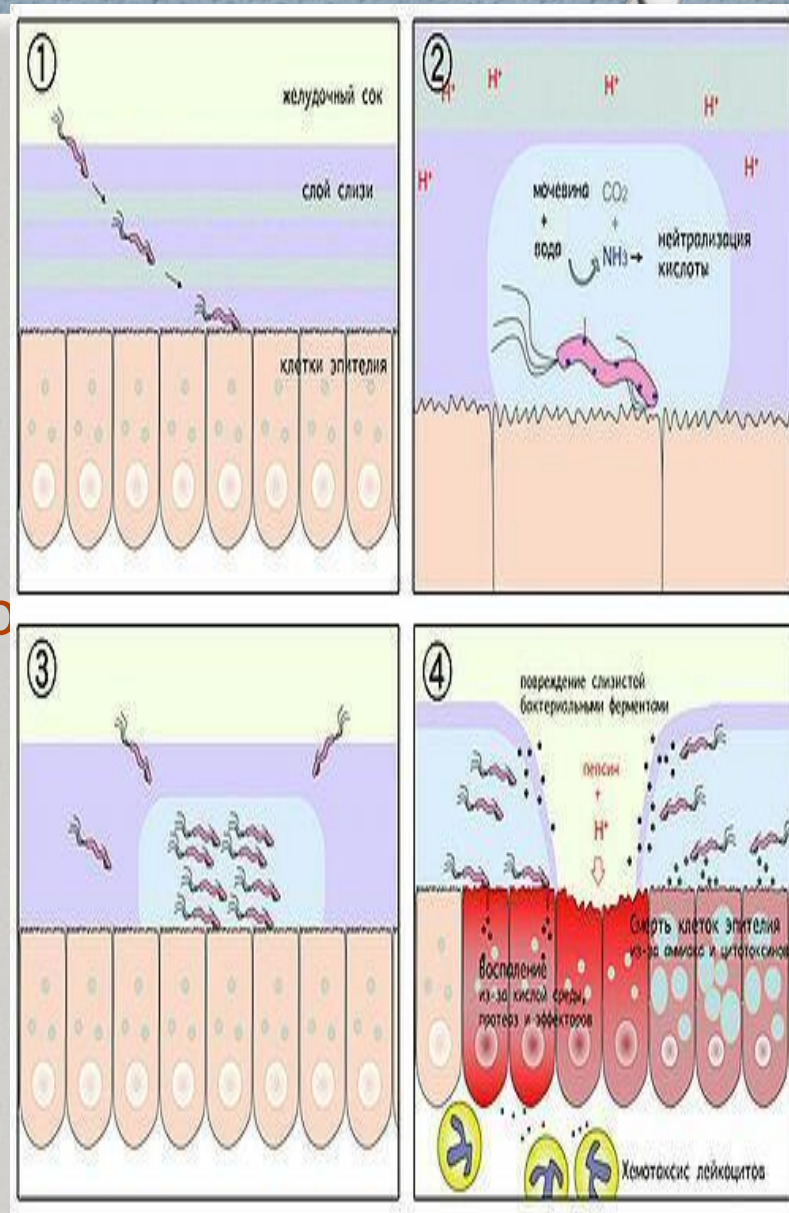
- асқазан мен ұлтабардың тонусының жоғарылауы және перистальтикасының күшеюі;
- асқазан мен ұлтабардың тонусының төмендеуі және перистальтикасының босауы;
- дуоденогастральді рефлюкс.

Ауру фазасы бойынша:

- өршу фазасы;
- тыртықтану фазасы;
- ремиссия фазасы.

Патогенезі

О Ойықтың дамуы созылмалы гиперхлоргидрияға және пептидтік протеолиз, асқазанның басты бездерінің гипергастринемия және гиперплазиясы, сонымен қатар гастродуоденальді дисмоторика және ұзақ уақыттық антробульбарлы аймақтың қышқылдануымен байланыстырылады.



0 Тұз қышқылы секрециясы мен пепсиннің жоғарылауына, шырышты заттардың түзуінің төмендеуіне және гастродуоденальді зонаның моторлы реттелуінің төмендеуіне әкелетін бірнеше механизмдер қарастырылған. Секрецияға және асқазан мен он екі елі ішектің моторикасына екі жақты әсер ететін ОЖЖ маңызды орын алады. Орталық және вегетативті жүйке жүйесіндегі патологиялық өзгерістер қорғаныс пен қауіп факторлары арасындағы тепе-теңдікті сақтай алмай, ойықты дефекттің пайда болуына әкеледі.

Клиникалық көрінісі үрдістің локализациясы мен клинико-эндоскопиялық сатысына байланысты.

• I саты (ойықтың бастамасы).

- ❖ Басты клиникалық симптом — оң жақта кіндік аймағына жақын, орта сызығының оң жақ бойында эпигастрий аймағындағы ауырсыну. Ауырсыну аш қарын кезінде тамақ қабылдағаннан кейін 2-3 сағаттан соң біліне бастайды (кешкі ауыру сезімі). Балалардың басым көпшілігінде түнгі ауыру сезімі байқалады. Ауыру сезімі байқалады: аш қарында — ауыру — тамақ қабылдау — жеңілдену сезімін туындатады. Диспепсиялық синдром байқалады: қыжылдау (ерте және жиі белгі), лоқсу, іш өту. Іштің беткей пальпациясы ауырсынусыз, терең — беткі бұлшық еттердің қорғаныштық жиырылуына байланысты қиындық келтіреді. Эндоскопиялық зерттеу кезінде шырышты қабаттың гастродуоденальді аймақтың сұр — сары немесе ақ түсті фибринмен қапталған дөңгелектенген және сопақша пішінді буылтықты дефект айқындалған қабыну ошағы көрінеді. Пилороантральді бөлікте орналасқан асқазан ойық жарасы көбінесе ер балаларда кездеседі. 12 елі ішектің алдыңғы қабырғасында және бульбодуоденальді айналымда орналасуы мүмкін. Моторлы — эвакуаторлы бұзылыстарға дуоденогастральді рефлюкс және спастикалық деформацияны жатқызуға болады.



- **II саты (ойық дефектісінің эпителизациясы)**
 - ❖ Балалардың басым көпшілігінде эпигастриалды аймағындағы кешкілік ауырсыну сезімі сақталады, күндіз де байқалады, ал тамақтанған соң жеңілдене түскендей күй кешеді. Беткей пальпацияда жақсы сезуге мүмкіндік туса, терең пальпация барысында бұлшық еттік қорғаныштық байқалады. Диспепсиялық көрініс азырақ білінеді. Эндоскопиялық зерттеу барысында шырышты қабықтың гиперемиясы әлсіз, ойықтық дефекттің айналасындағы ісіну азайған, қабыну аймағы жоғала бастайды. Дефект фибриннен босай бастайды, ойықтық конвергенция басталып, жазылудың белгілері пайда болады.



- **III саты (ойықтың жазылуы).**
 - ❖ Ауырсыну сезімі тек аш қарында байқалады, түнгі уақытта аштық сезімі сақталады. Терең пальпация кезінде іш айқын сезіледі, бірақ ауыру сезімі әлі де сақталған. Диспепсиялық бұзылыс білінбейді. Эндоскопиялық зерттеу барысында — сызықты, циркулярлы, жұлдызша пішінді қызыл түсті буылтықтар репарацияның ізін көрсетеді. Асқазан мен он екі елі ішек қабырғасының деформациясы білінеді. Асқазан мен он екі елі ішектің шырышты қабатында қабыну үрдісінің белгілері байқалады, сонымен бірге моторлы — эвакуаторлы бұзылыс білінеді.

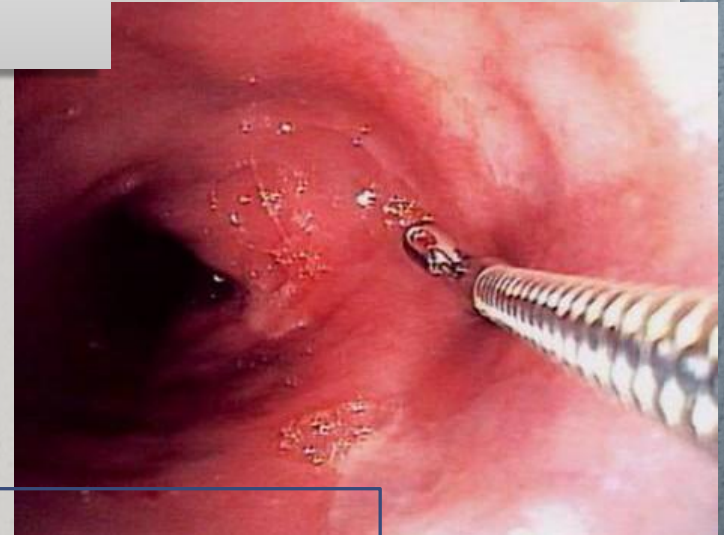


- **IV саты (ремиссия)**

❖ Жалпы жағдайы — қанағаттанарлық. Шағымы жоқ. Іш пальпациясы ауырсынусыз. Эндоскопиялық зерттеу кезіндегі асқазан мен он екі елі ішектің шырышты қабықта өзгеріс жоқ. Алайда 70-80% жағдайда асқазанның қышқыл түзуші қызметі жоғарылаған.

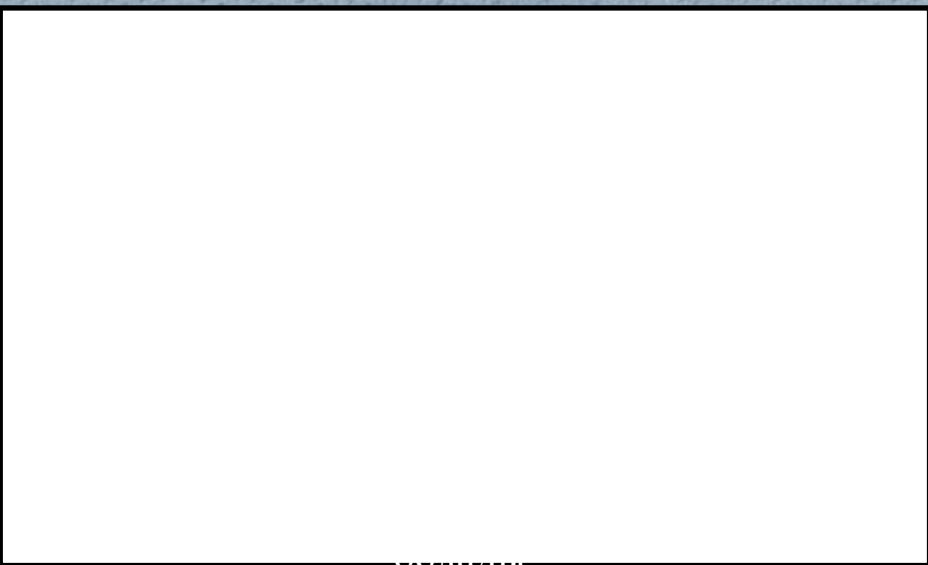
Диагностика критерилері

Шағымдар мен анамнез
Ауыру сезім.



Ауыру сезімінің мінезін,
кезеңділігін, пайда болу мен
ауру сезімінің жоғалу
уақытын, тағам қабылдаумен
байланысын анықтау қажет.







- Ойық жаралық процесстің орналасуына байланысты аса тән проекциялы ауыру сезімі келесі жағдайларда тән:

- асқазанның кардиалды және субкардиалды бөлімдерінің ойық жаралары кезінде — семсер тәрізді өсіндінің аумағында

- асқазан денесінің ойық жарасы кезінде — орта сызықтан сол жақтағы эпигастралды аумақта.

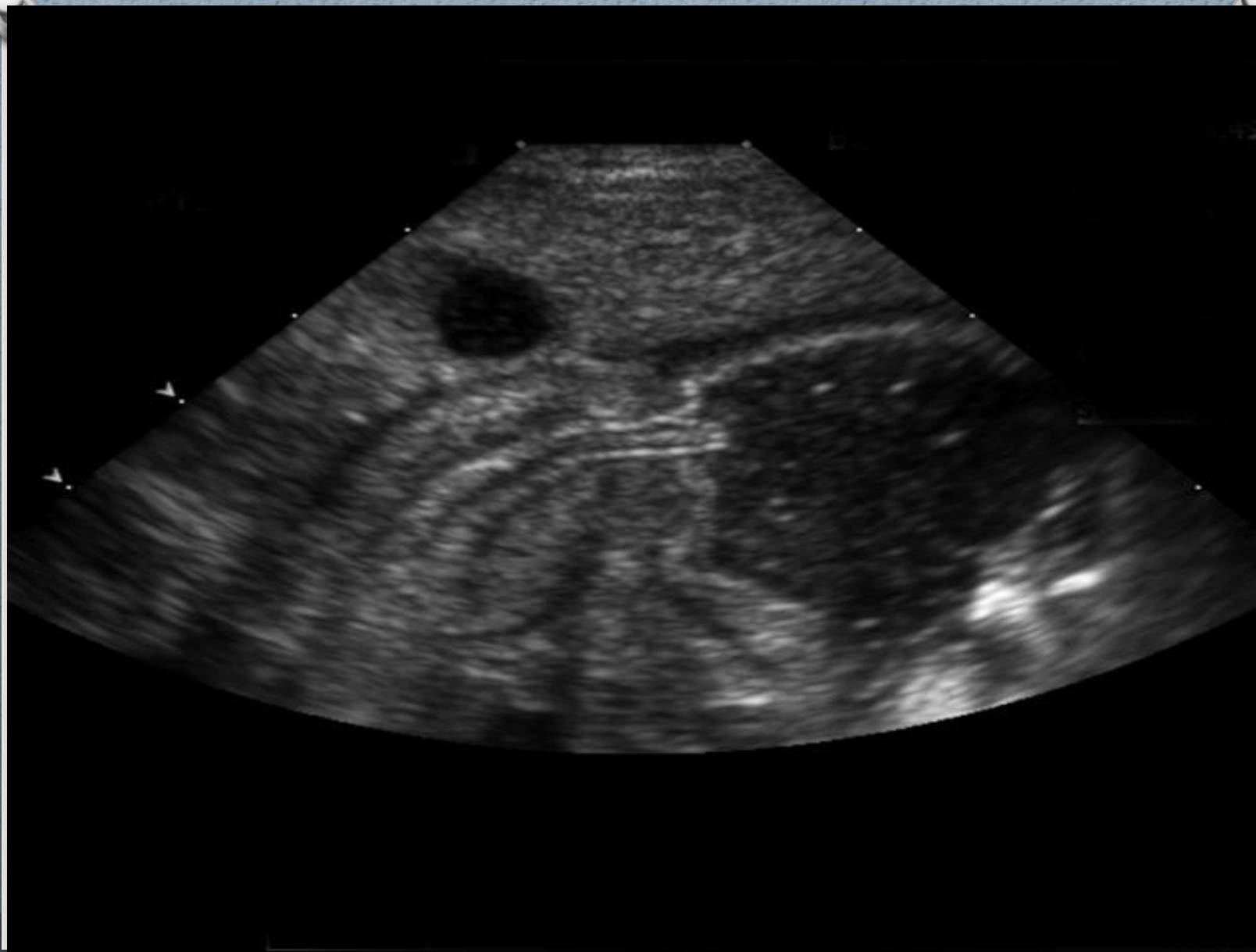
- пилорикалық бөлім және ұлтабар ойық жарасы кезінде — орта сызықтан оң жақтағы эпигастралды аумақта.

Инструменталдық зерттеулер:

- 0 1. ЭФГДС те ойық жаралы ақаудың болуы, асқазан ойық жарасы кезінде гистологиялық зерттеу, қатерлі ісікке айналуы жоқтығын білу үшін.
- 0 2. Сілемейлі қабықтағы Нр бар жоқтығын зерттеу. *Helicobacter Pylori* диагностикасы анамнезде асқазан мен ұлтабардың ойық жара аурулары, сонымен қатар ойық жара ауруы мен анамнездегі олардың асқынулары бар барлық науқастар үшін міндетті (А). *Helicobacter Pylori* анықтау бойынша диагностикалық араласуларды, шаралардың тиімділігін бағалау үшін, эрадикациялық терапияны бастауға дейін, сонымен қатар ол аяқталғаннан кейін жүргізу қажет.







Белгілері	Функциональді (ойықжарасыз) диспепсия	Ойықжара ауруы
Ауырудың тәуліктік ритмі	Тәне емес (тәуліктің кез келген уақытындағы ауырсынулар)	Тән
Ауырудың мезгілділігі	Жоқ	Тән
Ауырудың көптеген жылғы ритмі	Жоқ	Тән
Ауырудың үдемелі ритмі	Тән емес	Тән
Ауырудың ұзақтығы	Жиі 1-3 жылда	Жиірек 4-5 жылдан астам
Ауырудың басталуы	Балалық және жастық шақта жиі	Ересек жас адамдарда жиірек

Тамақтан соң жеңілдеу	Тән емес	Дуоденальді ойықжарада тән
Түнгі ауырулар	Тән емес	Дуоденальді ойықжарада тән
Ауырудың психоэмоциональді факторлармен байланысы	Тән	Кездеседі
Жүрек айну	Жиі кездеседі	Сирек
Нәжіс	Жиірек қалыпты	Жиі іш қатулар
Азу	Тән емес	Аздаған
Локальді пальпаторлы ауырсыну симптомы	Тән емес	Тән
Қосарланған невроздық көріністер	Тән	Кездеседі, бірақ заңдылық емес, ойықжарасыз диспепсиядағыдай маңызды емес
Рентгенологиялық зерттеулер	Асқазанның моторлы-эвакуаторлы дискинезиясы	Ойықжаралы «қуыс» анықталады, перидуоденит, перигастрит
ФЭГДС	Асқазан тонусының қалыпы немесе жоғарылауы, тамырлық сурет айқын, анық қатпарлар	Ойықжара, ойықжарадан кейінгі тыртық, гастрит

Ем мақсаты:

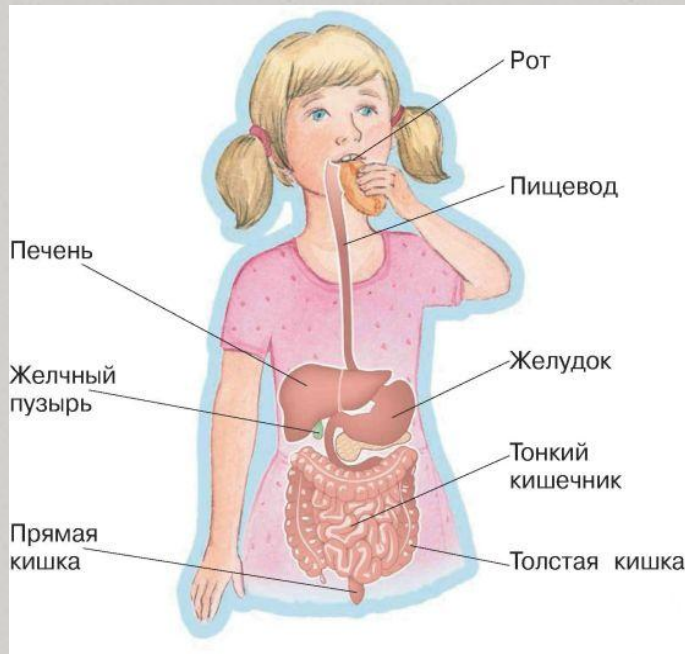
1. *H. pylori* эрадикациясы.
2. Ойық жара ақауының жазылуы, асқазан және ұлтабар сілемейлі қабығындағы белсенді қабынуды «тоқтату» (басу).
3. Ауру сезімі және диспепсиялық синдромдардың жоғалуы, аурудың асқынуы мен қайталауын ескерту.

- 0 **Дәрі-дәрмексіз ем:** ауруды тудыратын немесе клиникалық көріністерін күшейтетін тағамдарға тиым салу диетасы (мысалы, ащы тұздықтар, маринадталған, кептірілген азық-түліктер)
- 0 Емі: Микробқа қарсы-Де-нол, фуразолидон,, т.б. гастросидин, қызылмай, итмұрын майы, алмагель, викалин, Физиоєм-иңемен емдеу, электроұйқы.
- 0 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.

Дәрі дәрмектер тізімі:

Негізгі дәрі дәрмектер тізімі:

1. *Амоксициллин 1000 мг, табл.
2. *Кларитромицин 500 мг, табл.
3. **Омепразол 20 мг, табл.
4. *Пантопразол 40 мг, табл.
5. *Рабепразол, 20 мг, табл.
6. *Висмут трикалий дицитраты 120 мг, табл.



Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:

1. *Тетрациклин 100-200 мг, табл.
2. *Метронидазол 500 мг, табл.
3. *Фуразолидон, 50 мг, табл.
4. *Фамотидин 40 мг, табл.

Ем тиімділігінің индикаторлары:

- *H. pylori*. эрадикация;
- Ойықжара ақауының жазылуы;
- Тұрақты ремиссияға қол жеткізу;
- Асқынулардың дамуын алдын алу.

Оперативті ем.

Абсолютті көрсеткіштері:

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

Салыстырмалы көрсеткіштері:

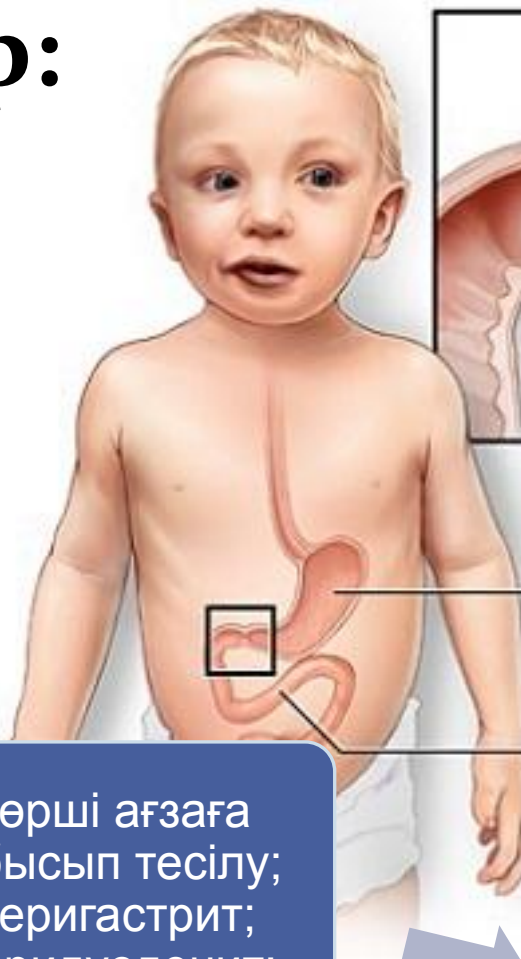
**Пенетрирлеуші гастродуоденальды жаралар.
Асқазанның каллезді жаралары.
Асқазан мен 12 елі ішектің тыртықты - жаралы
деформациялары, асқазанның эвакуаторлы
функциясының бұзылуы мен жүретін.
Рецидивтіжаралы қансыраулар.
Жараның қатерлі ісікке айналуы.**

Асқынулар:

- қан кету;
- тесілу;

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

- привратниктің тыртықтық-ойықжаралы стенозы;
- малигнизация.



Профилактикасы



- Профилактикасы. Ойық жаралы аурудың асқынуы мезгілдік сипатқа ие, сол себепті екіншілік профилактика тұрақты түрде педиатр мен профилактикалық терапия жүргізуді талап етеді, (антацидті препараттар), қажет жағдайда — диета, оқуда жүктеменің азаюы (1-2 күн аптасына жеке оқытуды талап етеді). Бәрінен де мектепте және үйде психозмоциональді жағымды жағдай ұйымдастыру. Болжам. Ойық жаралы аурудың ағымы және келешектегі болжамы біріншілік диагностиканың уақытына және адекватты терапияға тікелей байланысты. Ем жүргізудің жетістігі ата-ананың жағдайды түсініп қабылдауына да байланысты. Науқас баланың тұрақты түрде қадағалау гастроэнтерологта қарауда болуы, мезгілдік асқынуды ескере отырып, профилактика ережелерін қадағалау, асқыну кезіндегі арнайыланған бөлімдегі госпитализация дерттің келешектегі ағымын жақсырақ болжауға мүмкіндік тудырады.

Пайдаланылган әдебиеттер



Клинические рекомендации основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. /Под ред. И.Н.Денисова, В.И.Кулакова, Р.М. Хаитова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. - 1248 с.:

2. Клинические рекомендации+фармакологический справочник: Под ред. И.Н.Денисова, Ю.Л. Шевченко - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.-1184с.:ил. (серия «Доказательная Медицина»)

3. Society of Nuclear Medicine Procedure Guideline for Hepatobiliary Scintigraphy version 3.0, approved June 23, 2001. Society of nuclear medicine procedure guidelines manual; March 2003. – 357p.

4. Evidence-based clinical practice guidelines on the diagnosis and treatment of cholecystitis Domingo S. Bongala, Jr., MD, FPCS, Committee on Surgical Infections, Philippine College of Surgeons, Epifanio de los Santos Avenue, Quezon City, Philippines

5. Болезни детей старшего возраста, руководство для врачей, Р.Р. Шиляев и др., М, 2002

6. Рецепты диетических блюд, рекомендованных при холецистите, М Смирнова; РИПОЛ классик, 2013, 150с.