

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ЖАРРОХЛИГИ
КАФЕДРАСИ КЕНГАШИДА КЎРИБ ЧИҚИЛГАН
ВА ТАСДИҚЛАНГАН
КАФ. МУДИРИ АКАД. КАРИМОВ Ш.И.

МЕЪДА ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ АСОРАТЛАРИ (қон кетиши, привратник стенози)

Даволаш факультетнинг
4 курс талабалари учун

маъруза

ЯМС асосида ёзилган

Маъруза номи: *Меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги асоратлари (қон кетиш, привратник стенози)*

Маъруза мулжалланган: *даволаш факультетининг 4 курс талабаларига*

Мавзуни асослаш: Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги - ҳозирги замон гастроэнтерологиясининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу касаллик 1000 аҳолига ҳисоб қилганда 4-5 ҳолларда учрайди. Касаллик ёшлар ва ёши улғайган ҳамда кекса одамларда ҳам учраб турсада, асосан 20-40 ёшдаги кишиларда бўлади. Ёшликда унинг дуоденал формаси, кексаликда меъда яраси учрайди. Эркак ва аёлларда учраш нисбати ёшларда ва ўрта ёшларда 5/6, ёши улғайган одамларда 3/1 ва кексаларда деярли 1/1. Беморларнинг ногирон бўлишлари жиҳатидан яра касаллиги 2 - ўринни эгаллайди (юррак-томирлар касалликларидан кейин).

Маърузу мақсади: талабаларни меъда ва 12 б. ичак яра касалиги асоратлари (қон кетиш, привратник стенози) билан таништириб, уларнинг этиологияси ва патогенези билан таништириш. Меъда ва 12б. ичак яра касаллиги асоратларини диагностикаси, симптоматикаси ва бажариладиган операция усуллари билан таништириш.

Тарбиявий мақсадлар: маъруза давомида талабаларда меъда ва 12б. ичак яра касаллиги асоратлари билан беморлар билан мулоқат қилиш, тўғри диагностика усуллари бажариш, даволаш усуллари билан танишиш, этика ва инсоний хурмат, эътиборни шакиллаштириш талаб этилади.

Маъруза масалалари: Талабаларни меъда ва 12б. ичак яра касалиги асоратлари билан таништириш (қон кетиш, стеноз). Талабаларга меъда ва 12б. ичак яра касаллиги асоратлари этиологияси, патогенези, таснифи, диагностикаси ва дифференциал диагностикаси билан таништириш. Талабаларга яра касаллиги асоратларидаги операция турини танлашни ўргатиш.

Мухокама учун саволлар:

1. Меъда-ичак трактидн қон кетиш (МИТҚК) бўйича ва пилородуоденал стенозлар (ПДС) бўйича тушинча бериш 10 мин.
2. МИТҚК этиологияси ва патогенези 5 мин.
3. МИТҚК классификация 5 мин.
4. МИТҚК клиникаси ва диагностикаси 10 мин.
5. МИТҚК даволаш 20 мин.
6. ПДС этиологияси ва патогенези 10 мин.
7. ПДС клиникаси ва диагностикаси 10 мин.
8. ПДС даволаш усуллари 20 мин.

Ярадан қон кетиши

Ярадан қон кетиш яширин ва очикдан-очик бўлади. Қон меъда ва 12-бармоқли ичак капиллярлари, веналари, артерияларидан ва аъзолардан ташқаридаги томирлардан оқади. «Кичик» деган ном олган кам қон йўқотишларда (50 мл гача) клиник манзара амалда ифодаланмаган бўлади, гарчи давомли «кичик» қон кетишлар ҳам камқонликка олиб келиши мумкин.

Ярадан профуз қон кетиши. Унинг сабабчиси кўпчилик ҳолларда меъда ва 12-бармоқли ичакнинг пенетрацияли яралари ҳисобланади. Кўп марта қон кетиб, аҳвол тобора ёмонлаша бориши мумкин. Яра касаллиги қўзиган даврда, баҳор-куз мавсумида қон кетиш ҳоллари кўпайиши қайд қилинади. Қон кетишининг пайдо бўлишида ичкилик ичиш, дори-дармонлар қабул қилиш (ацетилсалицилат кислота, бутадион, резерпин, глюкокортикоидлар, антикоагулянтлар ва бошқалар) ҳам сабабчи бўла олади.

Яра касаллигининг қон кетиш билан асоратланиши 15-20 фоизни ташкил этади. Яра касаллигидан беморларнинг ўлими сабаблари орасида қон кетиши биринчи ўринни эгаллайди. Ўткир гастродуоденал қон кетишларининг клиник манзараси уларнинг сабабларига, қон йўқотиш даражасига ва асосийси, қон кетиш интенсивлигига боғлиқ.

Қон кетишининг асосий белгилари - умумий ҳолсизлик, бош айланиши, тери ва шиллиқ пардаларнинг бўзарганлиги, тахикардия, юрак уриши, артериал босим пасайиши; коллапс ривожланиши мумкин.

Гастродуоденал қон кетишининг бош белгиларидан бири «кофе қуйкаси» типигаги ёки қирмизи қон рангли қон аралаш қайт қилиш (гематемезис) ҳисобланади. Қусуқ массаларининг характери бўйича аксарият қон кетиш манбаи тўғрисида хулоса чиқариш мумкин. Қирмизи қизил қон ёки олча ранг ивинди манбаи меъдада бўлган қон кетиши учун, «кофе қуйкасига» ўхшаш қон манбаи 12-бармоқли ичакдан қон кетиши учун хос. Мўл қон кетишларда ҳатто дуоденал ярадан қон аралаш қусиш кузатилиши эҳтимол. Меъдадан қон кетишининг бошқа патогномик симптоми қатронсимон ахлат (мелена), айрим ҳолларда олча ранг ахлат бўлиши мумкин. Қон рангининг ўзгариши меъдада

гематин хлорид (яра касаллигида кислоталилик нормал ёки ошган) ҳосил бўлиши билан, қатронсимон ахлат - ичакда гемоглобинлар темир сульфат ҳосил бўлиши билан боғлиқ. Мўл қон кетиши меъданинг тез бўшалишига, перистальтикаси кучайишига ва қора рангли ёки кам ўзгарган қон аралаш бадбўй мўл суюқ ич келишига сабаб бўлиши мумкин.

Қон кетиш бошланган вақтдан 2-3 сутка ўтгач беморларда тана ҳарорати қон парчаланиш махсулотларининг ичакдан сўрилиши ҳисобига кўтарилиши қайд қилиниши мумкин. Жигар-буйрак етишмовчилиги рўй бериши эҳтимол.

Қон кетиши бошланишининг дастлабки соатларида ва ҳатто суткаларида қизил қон кўрсаткичларини ўрганиш ҳақиқий ўзгаришларни ва қон йўқотилишини акс эттирмайди, шунга гемоглобин ва эритроцит кўрсаткичларинигина эмас, балки гематокрит, марказий вена босими (МВБ), глобуляр ҳажм (ГХ) танқислигини ҳам динамик ўрганиш лозим.

Қон кетишининг 4 даражасини фарқ қилинади:

I даражаси - кам қон йўқотади, гемодинамиканинг бузилишлари кам бўлади. Қон томир уриши оз-моз тезлашади, артериал босим нормал. МВБ танқислиги керагидан 5 фоизгача, гемоглобин 100 г/ л дан юқори.

II даражаси - кўпроқ қон йўқотади. Беморнинг аҳволи ўртача оғирликда, бўшашган, тери қопламлари рангпар. Қон томир уришии тезлашган, артериал босими симоб устуни ҳисобида 80 мм гача. Гемоглобин 80 г/л.

III даражаси - беморнинг умумий аҳволи оғир, ранги кескин бўзарган, уни совуқ тер босган, қон томир уришии тезлашган, артериал босими симоб устуни ҳисобида 60 мм гача пасайган. МВБ танқислиги керагидан 30 фоизгача, гемоглобин 50 г/л.

IV даражаси - мўл қон йўқотиб, бемор узоқ вақтгача ҳушидан кетади, бу ҳолат агонал ҳолатга яқин бўлади. Қон томир уриши ва босим амалда аниқланмайди. МВБ танқислиги 30 фоиздан юқори. Бундай кўп қон йўқотишлар бемор ҳаёти учун жиддий хавф туғдиради ва зудлик билан глобуляр ҳажм танқислигини, қоннинг плазма ҳажмини қон қуйиш,

эритроцитар масса қуйиш, изотоник эритмалар юбориш билан тўлдиришни талаб этади.

Трансфузион терапия қон йўқотилишига боғлиқ: чунончи, МВБнинг 10 фоизга танқислиги деярли коррекцион терапияни талаб этмайди, МВБ танқислиги 20 фоиз атрофида бўлса, қон ўрнини босадиган суюқликлар (плазма, альбумин, протеин ва б.) қуйилиши шарт. 25-35 фоиз МВБ атрофида қон йўқотилиши эритроцитар масса (1/2 г ҳажм) ва кейинчалик қон ўрнини босадиган суюқликлар (юқори молекуляр декстранлар, кристаллоид препаратлар) билан тўлдирилади.

Қон кетиш сабабини, унинг кучини дифференциал диагностика қилишда, ҳозир шошилишч гастродуоденофиброскопияга катта аҳамият берилади.

Гастродуоденал қон кетиши бўлган ҳамма беморлар унинг кучи ва даражасидан қатъи назар, кечаю кундуз, шошилишч ёрдам кўрсатадиган хирургик бўлимларга ётқизилади. Қон йўқотишнинг оғир даражасидаги, актив қон оқадиган беморлар, ёши улғайган ва кекса одамлар реанимацион бўлимга ёки интенсив терапия палатасига ётқизилишлари керак, бу ерда қуйидаги диагностик ва даволаш; МВБ ни ўлчаш; 2) меъдани зондлаш, уни совуқ ҳислигини тўлдириш учун ўмров ости венасини катетрлаш; МВБ ни ўлчаш; 2) меъдани зондлаш, уни совуқ сув ёки эпсилонаминокапрон кислота билан ювиш; 3) шошилишч эзофагогастрофиброскопия; 4) оксигенотерапия; 5) кардиотерапия; 6) қон йўқотиш даражасини аниқлаш; 7) гемостатик препаратлар юбориш.

Гемостатик даволаш учун қон ивиш хусусиятини оширадиган ва қон кетаётган соҳадаги қон оқимини камайтирадиган дори-дармонлар қўлланилади: 1) қуруқ ва натив плазмами 20-30 мл дан ҳар 4 соатда бўлиб-бўлиб юбориш; 2) 1% ли викасол эритмасини суткасига 6-8 мл гача мушак тўқимасига юбориш; 3) вена ичига 1 % ли кальций хлорид эритмаси юбориш (унинг 10% ли эритмасини юборишдан сақланиш керак, чунки у қайта қустириб қон кетишини кучайтиради); 4) желатинол, поливинолни вена ичига юбориш; 5) эпсилонаминокапрон кислота 5% ли эритмасини 100- 200 мл дан ҳар 5-6 соатда

юбориш; 6) қон ивиш системасини яхшилашга ёрдам берадиган дицинон, питуитрин ва бошқа препаратларнинг эритмаларини вена ичига юбориш; 7) меъдани локал гипотермия қилиш - музли халтача қўйиш, муз бўлакчаларини шимдириш, махсус аппарат билан гипотермия қилиш; 8) эндоскопик тўхтатиш (диатермокоагуляция, лазер таъсири).

Волемик бузилишлар МВБ, умумий статусни қатъий назорат қилиб турган ҳолда коррекция қилиниши (изга солиниши) керак. Беморга қон кетиши тўхтагандан кейин ҳам 10-12 кунгача ўринда ётиш тавсия этилади.

Шошилинч операцияга кўрсатмалар бўлмаганда кейинги тактика ва операция усулини танлаш аниқланмаган ўзгаришларга, беморнинг аҳволига боғлиқ бўлади.

Дастлабки 12-24 соат ичида массив қон кетиши фонида рўйроқ геморагик шокда шошилинч операция консерватив даволаш наф бермаганда, стационарда қон кетиши қайталанган беморларда ўтказилади.

Шошилинч операция (дастлабки 24-48 соатда) кўп қон кетганда анчагина микдорда қон, суюқлик қуйиш бемор аҳволини яхшиламаганда, МВБ аввалги паст рақамларда қолганда, яъни консерватив даволашдан фойда бўлмаганда ўтказилади.

Ёши улғайган ва кекса ёшдаги одамларда, яра анамнези давомлилигидан қатъи назар қонаб турадиган яралар бўлганда шошилинч операцияларга кўрсатмаларни айниқса кенгайтириш лозим, чунки бу категориядаги беморларда каллёз яралар қонаб туради, қон йўқотишдаги компенсатор механизмлар эса бирмунча пасайган бўлади.

Қонаб турадиган гастродуоденал яраларда операция қилишдан мақсад қон кетишини тўхтатиш ва беморни яра касаллигидан ҳоли қиладиган радикал операцияни имкон борича эрта ўтказишдан иборат бўлади. Меъда яраларида меъда резекция қилиниб, қонаб турган яра олиб ташланади (қон кам йўқотилса ва операциядан хавф кам бўлса); оғир ётган, ёши улғайган ва кекса беморларда - ярани кесиш ёки қонаётган томирни гастротомик кесма орқали тикиш, ваготомия пилоропластика ва билан ўтказилади.

Кўпинча пенетрация қиладиган дуоденал яраларда қонаб турган ярани пилоропластика ва ваготомия (яхшиси, ствол ваготомияси) билан тикиш энг маъқул операция ҳисобланади. Қўшилиб келган яраларда ствол ваготомияси ва антрумэктомия ёки меъданинг бирламчи резекциясини қилиш керак.

Пилородуоденал стеноз

Унинг сабаби кўпинча 12-бармоқли ичак ёки пилорик бўлими, ёки пилорик каналидаги ярада периульцероз инфильтрат, шиш, спазм ва чандикданиш бўлишидир. Ярали анамнез одатда давомлилиги, бироқ, ёши улғайган ва кекса одамларда касаллик пайдо бўлган вақтдан бошлаб 1-3 ой ичида стеноз ривожланган ҳоллар маълум.

Эвакуациянинг бузилиш даражасига кўра стенознинг 3 асосий босқичи фарқ қилинади.

Компенсацияланган стеноз бирор белгиларсиз ўтади: овқатнинг торайган участка орқали қийинлик билан ўтиши меъданинг кучайган перистальтикаси билан қопланади, яъни компенсацияланади. Клиник жиҳатдан яра касаллигининг одатдаги симптомлари фонида меъданинг тўлиб кетиш сезгиси, эпигастрийда, айниқса кўп овқат ейилгандан кейин оғирлик пайдо бўлади. Нордон кекириш, баъзан меъда суюқлиги аралаш нордон ҳидли қайт қилиш энгиллик беради. Рентгенологик текширувда меъда ўлчами нормал, бироқ гипермоторика, барийнинг ўртача тутилиб қолиши аниқланади.

Субкомпенсацияланган стеноз меъдада тўлиқлик ҳисси палағса бўлган тухум ҳиди келадиган ёқимсиз кекириш, санчиксимон оғриқ, қорин қулдираши билан ўтади. Қусиш кўпроқ бўлади, беморлар ўзларини қусишга мажбур этадилар, у энгиллик беради. Қусуқ массасида ундан олдин ёйилган овқат қолдиқлари бўлади. Беморларнинг аҳволи ёмонлашади, ҳолсизланиш, озиб кетиш, сув-электролит баланси бузилишлари ифодаланган. Обьектив текширишда эпигастрийда «чайқалиш шовқини» қайд қилинади. Рентгенологик наҳорга меъдада суюқлик, унинг перистальтикаси сустлашган, торайган

пилородуоденал канал орқали секинлашган эвакуация қайд қилиниб, барий 6-12 соатгача тутилиб қолади. 24 соат ўтгач меъдада барий бўлмайди.

Декомпенсацияланган стеноз меъдада суюқлик эвакуациясининг кескин бузилиши, умумий ҳолатнинг ёмонлашиши билан ўтади. Меъдада суюқликнинг туриб қолиши меъданинг чўзилиб кетишига, дилатациясига олиб келади, меъдада бир неча литргача бадбўй суюқлик тўпланиб қолади, палағса бўлган тухум ҳиди келадиган кекириш пайдо бўлади. Атайин қўзғатилган қусишдан кейин бемор аҳволи вақтинчалик енгиллашади, бироқ тез-тез қайт қилиш, кўп микдорда суюқлик, хлоридлар, калий ионлари йўқотиш дегидратацияга, қоннинг қуюқлашувига, хлоридлар камайишига, алкалоз, диурез камайиб кетишига олиб келади.

Беморларнинг умумий аҳволи ёмонлашади, улар озиб кетади, тери қопламанинг эластиклиги пасаяди, адинамия бўлади. Қорин деворининг турткисимон чайқалишларида «чайқалиш шовқини», меъдада кўзга кўринадиган қисқариш аниқланади.

Рентгенологик текширувда қабул қилинган контраст аралашмаси пастга тушади ва меъда косача кўринишини олади, бунда меъданинг пастки қутби тароқсимон чизикдан 6-10 см пастга тушади, текшириш вақтида суюқлик эвакуацияси бўлмайди, меъда перистальтикаси секин ёки бўлмайди, меъдада барий 24 соат ва бундан кўп вақт тутилиб қолади.

Декомпенсация босқичида беморда кескин сувсизланиш, кахексия ривожланиши эҳтимол, буйракдан қон оқими пасаяди, диурез камаяди, нордон маҳсулотлар сийдик билан чиқарилмайди, алкалоз ацидозга ўтади, оғир ҳолларда гастроген тетания ривожланади (талваса, тризм, «акушер қўли»-Труссо симптоми).

Бундай асоратлар операциядан олдинги коррекцияни қунт билан ўтказиш, беморларни реанимацион бўлимга ётқизишни тақозо этади.

Пилородуоденал стенозларни операция йўли билан даволаш. Операциянинг мақсади бир томондан ўтказувчанликни тиклаш ва айни вақтда яра касаллигини батамом тузатиб юбориш учун шарт-шароитлар яратишдан

иборат. Ҳозирги вақтда пилородуоденал зона стенозларини даво-лашнинг кўп сонли усулларидан асосан 3 тури кулланилади: 1- радикал операциялар - декомпенсацияланган стенозда меъданинг $\frac{2}{3}$ қисмини резекция қилиш гастродуоденоанастомоз Бильрот- I (расм 1,2,3) ёки гастроэнтеро- анастомоз Бильрот- II усулида бажарилади (12-бармоқли ичак- нинг стенозловчи яраси ва меъда ярасининг қўшилиб келиши; дуоденостаз бўлганда ҳам), икки томонлама ствол ваготомияси билан антрумэктомия (ўша кўрсатмалар бўлганда ва кислоталиликнинг юқори рақамларида); II- паллиатив операциялар-меъдани дренажлашнинг ҳар хил турлари (гастроэнтероанастомоз, гастродуоденоанастомоз, пилоропластика). Бироқ операцияларнинг бу турлари алоҳида вариантда жуда оғир ётган, ҳолсизланган ва кекса беморлардагина қўлланилиши мумкин, чунки сақланиб қолган кислота ҳосил қиладиган ва секретор функциялар пептик яралар пайдо бўлишига олиб келади; III-аъзони сақлаб қоладиган операциялар ваготомиянинг турли вариантлари (ствол, селектив, селектив проксимал, ваготомиянинг бошқа ҳар хил вариантлари) билан бирга ўтказиладиган меъдани дренажловчи операциялар.

АДАБИЁТ

1. Апигорчев С.Г., Корытцев В.К. Дуоденал яраларда қон кетиш ва унда хирургик тактика //Хирургия 1999 №6 с. 20-22
2. Бабалич А.К. 12 бармоқли ичак яра касаллигини хирургик даволаш йўллари. Хирургия 1999 №7 б. 19-22
3. Басыстюк И.И. Операциядан кейинги даврда рецидив гастродуоденал қон кетишнинг диагностикаси ва давоси //Вестник-Хирургия 2000 №4 Там 158. б. 60-64 с. 16-34.
4. Гуриин Н.Н., Логунов К.В., Дмитренко В.В., Солдатов А.И., Макарев М.Р. Меъда касаллигида оператив давонинг кенг қўлланиши. //Вестник хирургии 2002. б. 17-19.
5. Зайцев В.Г., Лагада А.Е., Леопатягин Г.Ф., Байков В.В. 12 бармоқли ичак яра касаллигида ваготомиянинг қўлланиши //Клиническая хирургия 2001. №4 б. 47-52
6. Зубарев П.Н., Качетков А.В., 12 бармоқли ичак яра касаллигида комбинациялашган ваготомиянинг қўлланиши. //Вестник хирургии 1999. №4 б. 25-28
7. Курыгин А.А., Перегудов С.И. Перфоратив гастродуоденал яраларнинг хирургик давосида яйрим муоммалар. //Хирургия 2001. №6 б. 15-19
8. Мартироссов Ю.К. Гигант гастродуоденал яралар, асорати қон кетиш ва хирургик даволаш йўллари //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2003. №6 б. 73-75.
9. Мышкин К.И., Скопец М.Д., Скопец С.М. Гастродуоденал яраларда ваготомиянинг натижалари //Хирургия 2001 №4 б. 3-6
10. Ратнер Г.Л., Корытцев В.Н., катков С.А., Афанасенко В.П. 12 бармоқли ичак касаллиги асорати қон кетиш пайтида хирургик даво. //Хирургия 2003. №6 б.23-24.
11. Melton L.J. 3-rd., Crowson C.S., Khasla S et. al. Fracture risk after surgery for peptic ulcer disease a population – based cohort study. //Bone. 2001. №25 (1) P.61-67
12. Bitsch V. Gastric secretory pattens before and after vogotomy //Lancer – 2001 Vol. 1, №7450 – p.1288-1291
13. Hoffman J., Fisher A., Jensen H., Unsuccesful exrerience with closure of Japoulay gastroduodenostomosis in the treatment of postvagotomy dumping and diarrhea //Ann. Surg. 2002. vol. 198. №2 p. 142-145

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>