

**Қ.А.ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ
ҚАЗАҚ-ТҮРІК УНИВЕРСИТЕТІ**

Асқазан диспепсия синдромы

**Қабылдаған: Садыкова К.Ж
Орындаған: Бектұрсынова А
Тобы: ЖМ-324**



ЖОСПАРЫ:

I.Кіріспе.

Асқазан диспепсия синдромы

II.Негізгі бөлім.

□ *Гастрит*

□ *Асқазан ойық жарасы*

III.Қорытынды.

IV.Пайдаланылған әдебиеттер тізімі.

Кіріспе.

Асқазанның диспепсиясы- медицинада ас қорыту жүйесінің бұзылуында пайда болатын синдромдардың жиынтығы аталады.

Көбінесе, асқазан асқазанның тағамдық ас қорыту процесінің бұзылуы. Бұл ауру тек асқазанның патологиялық процестерінің аясында ғана емес, сонымен қатар ас қорыту жүйесінің құрамына кірмейтін басқа аурулармен де кездеседі.

АХЖ - 10

Коды	Атауы
К 29.3	Созылмалы сыртқы гастрит
К 29.4	Созылмалы атрофиялық гастрит
К 29.9	Созылмалы аутоиммунды гастрит

Жедел гастрит

- **Жедел гастрит**- асқазанның шырышты қабықшасының жедел қабынуы, асқазан қуысына түсетін (түскен) қтты тітіркендіргіштің әсеріне байланысты болады.
- Этиологиясы: Жедел гастриттің дамуы *экзогенді* және *эндогенді* факторларға байланысты болуы мүмкін. Жедел гастриттің келесі түрлерін ажыратады.

Экзогенді



- сандық және сапалық күштемелер
- майлы, ащы, қуырылған тамақ
- Дәрілік заттарды қодану
(салицилаттар, глюкокортикоидтар)

Эндогенді



- Жедел инфекциялық аурулар
- стафилококкты инфекция және т.б

Клиникалық көрінісі

- жалпы жағдайдың нашарлауы, көп мөлшерде сілекей ағу, жүрек айну, тәбеттің төмендеуі, эпигастральды аймақта «толу» сезімі;
- тоңу, содан кейін субфебрильді қалтырау болуы мүмкін;
- содан кейін іштің ауырсынуы болады, бірнеше рет құсу, құсық массаларында
-4-6 сағат бұрын ішкен тамақтың қалдықтары
Объективті:терісінің бозаруы, тілдің ақшыл сары жамылғымен жабылуы,
метеоризм, іштің пальпациясы кезінде - эпигастральды аймақтағы ауырсыну;
- Диарея

Жіктемесі

Жалпы қабылданған клиникалық жіктелу Хьюстендық гастриттер модификациясы болып табылады, 1996 ж

1-кесте. Созылмалы гастриттерді жіктеудің сиднейлік жүйесі

<i>Гастрит типі</i>	<i>Этиологиялық факторлар</i>
<i>Атрофиялық емес</i>	<i>Helicobacter pylori</i> <i>Басқа факторлар</i>
<i>Атрофиялық аутоиммунный</i>	<i>Иммундық механизмдер</i>
<i>Атрофиялық мультифокалдық</i>	<i>Helicobacter pylori</i> <i>Тамақтанудың бұзылулары</i> <i>Орта факторлары</i>



Химиялық	Химиялық тітіркендіргіштер: Өт (ДГР) НҚКҚ қабылдау	С типті реактивті гастрит Реактивті рефлюкс-гастрит
Радиациялық	Сәулелік зақымдану	
Лимфоцитарлық	Идиопатиялық Иммундық механизмдер Глютен	Целиакиямен ассоцирленген гастрит
Гранулематозды	Крон ауруы Саркоидоз Гранулематоз Вегенера Бөгде денелер Идиопатиялық	Оқшауланған гранулематоз
Эозинофилді	Тағамдық аллергия Басқа аллергендер	Аллергиялық
Басқа инфекциялық	Бактериялар (Helicobacter pylori басқа) Саңырауқұлақтар, Паразиттер	

*Морфологиялық өзгертулерді сипаттау
гастриттерді эндоскопиялық санаттардың
сипаттамасымен толықтырылады:*

1 .Гиперемия, асқазанның
шырышты қабықшасының ісінуі;

1 .Беткейлі гастрит;

2.Эрозиялар, асқазан қатпарларының
гиперплазиясы немесе
гипертрофиясы;

2.Эрозивті гастрит;

3.Асқазанның шырышты
қабықшасына қан құйылу

3 .Геморрагиялық гастрит;

4.Дуоденогастральды рефлюкс:

4.Рефлюкс - эзофагит;

Диагностика

- Созылмалы клиникалық гастриттерде айқын клиникалық белгілер байқалмайды, мүмкін белгілер:
 - **H. pylori- ассоцирленген созылмалы антральды сыртқы гастритте** «жараға ұқсас» диспепсия нұсқасы мүмкін (эпигастрия және/немесе пилородуоденалды аймақтағы сырқырап ауыру немесе «асқазан диспепсиясының» дискинетикалық нұсқасы - тамақтан кейін тез тою, шамадан тыс толу сезімі, іштің үрілуі, жүрек айнуы;
 - **созылмалы атрофиялық мультифокалды гастритте** «асқазан диспепсиясы» мүмкін – тез тою сезімі, тамақтан кейін толып кету, іштің үрілуі, жүрек айну;
 - **аутоиммунды атрофиялық** – В-12-тапшылықты анемия белгілері және «асқазан диспепсиясы» белгілері болуы мүмкін.
 - **созылмалы антральды сыртқы H.pylori- ассоцирленген гастритінде** анамнезде: гастродуоденальды патология (ГДП) бойынша ауырлаған тұқым қуалаушылық.

Анамнез

СОЗЫЛМАЛЫ АНТРАЛЬДЫ СЫРТҚЫ ГАСТРИТТЕ

- Тамақтану режимінің бұзылуы, құрғақ тамақтану, ащы, сүрленген және қуырылған тамақты, газдалған сусындарды шамадан тыс қолдану;

АУТОИММУНДЫ АТРОФИЯЛЫҚ ГАСТРИТТЕ

- аутоиммундық аурулардың болуы (аутоиммундық тиреоидит, қалқанша бещ және қалқанша жанындағы бездің гипо- немесе гиперфункциясы, СД I типті, аутоиммундық (пернициозды) анемия).

Физикалық қарап-зерттеу

H.pylori-
ассоциирленген
созылмалы
антральды сыртқы
гастритте

- эпигастральды және пилоро-дуоденальды аймақта іш пальпациясында бір қалыпты ауыру, метеоризм болуы мүмкін;

созылмалы
атрофиялық
мультифоклды
гастритте

- "жылтыр" тіл немесе тілдегі ақ үлпек басқан тіл.
- Іш пальпациясында эпигастралды аймақтағы бірқалыпты жайылған ауырсыну;

аутоиммунды
атрофиялық
гастритте

- дәруменсіздік, глоссит, фуникулярлы миелоз белгісі, анемия, гепатомегалия белгілері, кейде – спленомагалия

Аспаптық зерттеулер

Көздеу биопсиясы бар
фиброзофагогастроуденоскопия

- сыртқы антральды *H.pylori* ассоциирленген гастритте – гиперемия, геморрагия ОЖ
- Атрофиялық мультфокальды және аутоимунды гастриттерде – тамырлардың сәулеленуі, АШҚ жұқаруы және солғындығы

Биоптаттың гистологиялық және
цитологиялық зерттеуі

- сыртқы антральды *H.pylori* ассоциирленген гастритте – эпителиалдық кеңістіктерді нейтрофильді инфильтрация;
- атрофиялық гастриттерде – темірлі аппараттың атрофиясы, эпителидің ішекті метаплазиясы.

Қосымша диагностикалық іс-шаралардың тізбесі:

- ЖҚТ – көрсетілімдер бойынша;
- қандағы сарысулы безін анықтау – анемияда;
- жабық қанға нәжісті талдау – анемияда;
- бауыр, өкпе жолдары және ұйқы безін УДЗ – көрсетілімдері бойынша (созылмалы аутоиммунды атрофиялық гастритте және/немесе гапатобилиарлық жүйесінің қосалқы және/немесе патологиясы);
- қанды биохимиялық талдаулар: жалпы билирубин және оның фракциялары, жалпы ақуыз, альбумин, холестерин, АЛТ, АСТ, глюкоза, амилаза – (созылмалы аутоиммундық атрофиялық гастритте және/немесе гапатобилиарлы жүйенің қосалқы патологиясында);
- париетальды жасушалар антиденесі анықтамасы – созылмалы аутоиммунды атрофиялық гастритте;
- қандағы 17-гастрин және пепсиноген I (ПГ I) және пепсиноген II (ПГ II) деңгейін анықтау – мультифокалды атрофиялық гастритте;
- интрагастралды рН-метрия – атрофиялық гастриттің ауыр дәрежесінде;
- барий бар АІЖ жоғары бөліктерін рентгенологиялық зерттеу – көрсетілімдер бойынша (пилоростенозде, эндоскопиялық зерттеулерге қарсы көрсетілімдер болғанда және ФЭГДС-тен пациент бас тартқанда).

АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ДЕҢГЕЙДЕ ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ

Емдеу мақсаты:

- аурудың толық ремиссиясына қол жеткізу
- атрофияның әрі қарай күшеюін және асқынулардың дамуын ескерту

Емдеудің негізгі міндеттері:

- қышқылдық-пептикалық фактор белсенділігін төмендету;
- асқазанның секреторлық-моторлық функциясын қалпына келтіру;



Дәрі-дәрмексіз емдеу және жалпы іс-шаралар

□ Диета:

- тамақтану толыққанды және әр түрлі;
- тамақтану режимі бөлшектік, тәулігіне 6 ретке дейін, ұсақ порциялармен;
- асқазанда ұзақ болатын заттар, асқазан секрециясы стимуляторлары, АІЖ механикалық және химиялық тітіркендіргіштерін шектеу;
- өте ыстық және өте суық тағамдарды алып тастау;

№	ХПА	Шығарылу нысаны	Дозалау режимі	ДД
Протонды помпа ингибиторлары				
1	Омепразол	Капсулалар (с.і. ішекте еритін, босату ұзартылған, гастрокпсулалар) 10 мг, 20 мг және 40 мг	Ауыз арқылы 20 мг тәулігіне 2 рет	А
2	Лансопразол	Капсулалар (с.і. модификацияланған босатылумен) 15 мг және 30 мг	Ауыз арқылы 20 мг тәулігіне 2 рет	А
3	Пантопразол	Таблеткалар, қабыршықты қабықпен қапталған (с.і. ішекте еритін); кейінге қалдырылған босатылумен 20мг және 40 мг	Ауыз арқылы 20 мг тәулігіне 2 рет	А
4	Рабепразол	Таблеткалар / капсулалар, ішекте еритін қабыршықты қабықпен жабылған 10 мг және 20 мг	Ауыз арқылы 20 мг тәулігіне 2 рет	А
5	Эзомепразол	Таблеткалар / Капсулалар (с.і. ішекте еритін, қатты және т.б.) 20 мг және 40 мг	Ауыз арқылы 20 мг тәулігіне 2 рет	А
H2 гистаминді рецепторлардың блокаторлары				
6	Фамотидин	Таблеткалар, қабыршықты қабықпен жабылған (с.і. пленкалық) 20 мг және 40 мг	Ауыз арқылы 20 мг тәулігіне 2 рет	А
7	Ранитидин	Таблеткалар қабыршақты қабықпен қапталған (с.і.	Ауыз арқылы 150 мг тәулігіне 2 рет	А

Медикаментозды

Әмі

- *Протонды помпа ингибиторлары – ИПП күшті антисекреторлық препараттар болып табылады. Олар ауыру синдромын және диспепсиялық күйзелістерді тоқтату мақсатымен, сондай-ақ тез ремиссияға жету үшін болып табылады*
- **H2 гистаминді рецепторларының блокаторлары** ИПП қарсы көрсетілімдер немесе төзгісіз жағдайларда қолданылуы мүмкін 2-желілі препараттар болып табылады. Сондай-ақ H2 гистаминді рецепторларының блокаторлары ИПП бірге толықтырушы терапия ретінде пайдаланылуы мүмкін.

- *Антацидтер асқазан ішілік рН > 3 деңгейін тәулігіне 4-6 сағат ішінде қолдауға қабілетті, ол монотерапия ретінде қолдануда олардың жеткіліксіз жоғары тиімділігін анықтайды. Осыған қарамастан СГ бар науқастар антацидтерді ауырсынуларды және диспепсиялық шағымдарды тоқтату үшін қабылдайды, ол көбіне рецептісіз жіберумен және олардың әрекеттерінің жылдамдығымен түсіндіріледі .*
- *Микробқа қарсы препараттар Н. Pylori қауымдастырылған СГ қолданылады. Эрадикациялық мақсатпен ИПП үйлестіруде аминопеницилиндер (амоксициллин), макролидтер (клатримидин) стандартты емдеудің тиімсіздігінде резерв препараттар және желі препараттары ретінде пайдаланылады: фторхинолондар (левофлоксацин), нитроимидазолдар (метронидазол), тетрациклиндер және висмут препараттары.*

Эрадикацияның ұсынылатын сызбалары (Маастрихт-V, 2015)

Бірінші желілі терапия (10-14 күн):

- 3- компонентті сызба: ИПП + амоксициллин + кларитромицин;
- квадротерапия висмутсыз: ИПП + амоксициллин + кларитромицин + нитроимидазол.

Екінші желілі терапия (10-14 күн):

- 3- компонентті сызба: ИПП + амоксициллин + фторхинолон
- висмутсыз квадротерапия: ИПП + амоксициллин + кларитромицин + нитроимидазол [8,9,10], (ДД А);
- висмутпен квадротерапия : ИПП + амоксициллин + кларитромицин + висмут трикалиядицитрат.

ЕМДЕУГЕ ЖАТҚЫЗУ ТИПІН КӨРСЕТУМЕН ЕМДЕУГЕ ЖАТҚЫЗУҒА АРНАЛҒАН КӨРСЕТІПІМДЕР.

Емдеуге жатқызуға арналған көрсетілімдер

Нозология	Емдеуге жатқызуға арналған көрсетілімдер	
	Жоспарлы	Шұғыл
Созылмалы сыртқы (антральды) H.pylori қауымдастырылған гастрит	ЖОҚ	ЖОҚ
Созылмалы мультифокальды атрофиялық гастрит	ЖОҚ	ЖОҚ
Созылмалы аутоиммунды атрофиялық гастрит	ЖОҚ	ЖОҚ

Асқазан ойық жарасы



АХЖ-10 бойынша коды (кодтары):

К25 Асқазан ойық жарасы

К26 Ұлтабар ойық жарасы

К27 Анықталмаған орынсыз пептикалық ойық жара

К28.3 Қан кету мен тесілуісіз жіті гастродуоденалды ойық жара

К28.7 Қан кету мен тесілуісіз созылмалы гастродуоденалды ойық жара

К28.9 Қан кету мен тесілуісіз анықталмаған жіті немесе созылмалы гастродуоденалды ойық жара

Ойық жара ауруы

- **Ойық жара ауруы** – асқазан, ұлтабардағы немесе ащы ішектің проксималды бөліміндегі ойық жаралы ақаулар, патологиялық процеске жиірек ас қорыту жүйесінің басқа ауруларының қосылуы мен көптеген асқынулардың дамуы, негізгі морфологиялық субстрат болып табылатын созылмалы рецидив беретін ауру.
- *Helicobacter pylori* этиологиялық фактор болып табылады - грамм-теріс спираль тәрізді бактерия. Колониялар асқазанда орналасады, жас өсе зақымдану қаупі артады. *Helicobacter pylori* инфекциясы көп жағдайда асқазан мен ұлтабардың ойық жаралы ауруының, В-клеткалы лимфома мен асқазан дисталды бөлігінің қатерлі ісігі дамуының себебі болып табылады. 95% шамасындағы ұлтабар ойық жарасы және 80% шамасындағы асқазан ойық жарасы *Helicobacter pylori* инфекциясының болуымен байланысты.

Жіктемесі (Гребенев А.Л., Шептулин А.А., 1989, 1995)

Нозология бойынша

I. Ойықжара ауруы.

II.
Симптоматикалық
гастродуоденальді
ойықжаралар:

1. “Стресстік” ойықжаралар

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

Эндокриндік жаралар:

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

Ішкі ағзалардың кейбір аурулары кезіндегі гастродуоденальді ойықжаралар:

- өкпенің бейспецификалық аурулары кезінде;
- - бауыр аурулары кезінде (гепатогенді);
- - ұйқыбез аурулары кезінде (панкреатогенді);
- - СБФЖ кезінде

Зақымдалудың орналасуы бойынша

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.

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).

Ауру фазасы бойынша:

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

Асқынула

р:

- қан кету;
- тесілу;
- көрші ағзаға жабысып тесілу;
- перигастрит;
- перидуоденит;
- привратниктің тыртықтық-ойықжаралы стенозы;
- малигнизация.

Қауіп қатер факторлары:

- - *Helicobacter pylori* дің болуы;
- - *стероидтық емес қабынуға қарсы препараттар, стероидтық гармондарды қабылдау;*
 - *отбасылық анамнездің болуы;*
 - *дәрілік заттарды ретсіз қабылдау;*
 - *темекі тарту;*
 - *алкоголь ішу.*

Диагностика

- **Шағымдар мен анамнез**

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

- **Физикалық тексерулер**

- 1. Ерте ауыру сезімдер тамақтан соң 0,5-1 сағаттан кейін пайда болып, біртіндеп үдей түседі, 1.5 — 2 сағат бойы сақталады, асқазан құрамындағы заттардың ұлтабарға өту шамасы бойынша азаяды және жағалады; асқазан денесінің ойық жарасы үшін мінезді. При поражении Кардиалды, субкардиалды және фундалды бөлімдерінің зақымдануы кезінде ауыру сезімдері тамақтан соң бірден пайда болады.

- 2. Кеш ауыру сезімдері тамақтан соң 1,5-2 сағаттан кейін пайда болады, асқазан құрамындағы заттардың орын ауыстыру шамасы бойынша біртіндеп күшейеді; асқазанның пилорикалық бөлімінің ойық жарасы үшін және ұлтабар буылтығы үшін мінезді.

-

- 3. “Аш” (түнгі) ауыру сезімдері тамақтан соң 2,5-4 сағаттан кейін пайда болады, кезекті тағам қабылдаудан кейін жоғалады, ұлтабар ойық жарасы мен асқазан пилорикалық бөлімінің ойық жарасы үшін мінезді.
- 4. Ерте және кеш ауыру сезімдерінің қосылуы, қосарланған және көптеген ойық жаралар кезінде байқалады. Ауыру сезімдерінің айқындығы ойық жаралы ақаудың орналасуына (аздаған ауыру сезім — асқазан денесінің ойық жарасы кезінде, бірден пайда болатын ауыру сезім — ұлтабардың пилорикалық және буылтықтан тыс ойық жара кезінде), жасына (жастар арасында интенсивтілеу), асқынулардың болуына байланысты.

Инструменталдық зерттеулер:

- 1. ЭФГДС те ойық жаралы ақаудың болуы, асқазан ойық жарасы кезінде гистологиялық зерттеу, қатерлі ісікке айналуы жоқтығын білу үшін.
- 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.

Лабораторлық зерттеулер

- Қанның жалпы анализінде: постгеморрагиялық анемия, ретикулоцитоз, қан сарысуында және зәрде амилаза белсенділігінің артуы (ойықжараның ұйқыбезге тесілуінде немесе реактивті панкреатитте). Бауыр биохимиялық сынамаларының өзгеруі мүмкін (бейспецификалық реактивті гепатитте АЛТ, АСТ белсенділігінің артуы, қабынбалық-деструктивті процеске фатер емізігінің кіруі кезінде тура билирубин). Ойықжарадан қан ағу кезінде нәжістегі жасырын қанға реакция оң болады.
- НР болуы микроскопиялық, серологиялық тесттермен және уреазды тыныстық тестпен (төменнен қара)

Емі

- **Дәрі дәрмексіз ем**
- Диета №1 (1а, 15) аурудың клиникалық көріністерін тудыратын және күшейтетін тамақтарды алып тастау (мысалы, ащы приправалар, маринадталған және қақталған өнімдер). Тамақтану дүркін дүркінді, тәулігіне 5~6 рет.
-

Медикаментозды емі

- **Бірінші тізбектегі терапия**
- Протондық насос ингибиторлары (омепразол* 20 мг, рабепразол* 20 мг) немесе ранитидин-висмут-цитрат* стандартты дозада + кларитромицин* 500 мг + амоксициллин* 1000 мг немесе метронидазол* 500 мг; барлық дәрілік заттарды 7 күн бойы күніне 2 реттен қабылдайды.

Екінші тізбектегі терапияны қолдану

- Бірінші тізбектегі препараттардың тиімсіздігі кезінде ұсынылады.
- Протондық насос ингибиторлары стандартты дозада күніне 2 рет + висмут субсалицилаты 120 мг күніне 4 рет + метронидазол** 500 мг күніне 3 рет + тетрациклин** 100-200 мг күніне 4 рет.
- **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.

Госпитализациялау үшін көрсетімдер:

- - Ертеде асқынған асқазан мен ұлтабар ойық жара ауруы.
- - Асқынудың тез айқын клиникалық көріністерімен ойық жара ауруы: күшті ауру сезім синдромы, құсу, диспепсиялық бұзылыстар.
- - Ауыр ағымдағы *H. pylori* мен бірлескен, эрадикацияға көнбейтін ойық жара ауруы.
- - Қатерлі ісікке айналып кетуді болдырмау мақсатында, бай отбасылық анамнез кезіндегі ойық жара ауруы.
- - Өзара бай синдромымен ойық жара ауруы (қосымша аурулар)